Naciones Unidas E/2009/86

Consejo Económico y Social

Distr. general
28 de mayo de 2009
Español
Original: inglés

Período de sesiones sustantivo de 2009
Ginebra, 6 a 31 de julio de 2009
Tema 2 b) del programa provisional*
Serie de sesiones de alto nivel: examen ministerial anual

Carta de fecha 19 de mayo de 2009 dirigida a la Presidenta del Consejo Económico y Social por el Representante Permanente del Japón ante las Naciones Unidas

Tengo el honor de remitirle adjunto el informe nacional del Japón, titulado "Cumplimiento de los objetivos y compromisos convenidos internacionalmente con respecto a la salud pública mundial", correspondiente al examen ministerial anual que se prevé celebrar durante la serie de sesiones de alto nivel del período de sesiones sustantivo de 2009 del Consejo Económico y Social (véase el anexo).

Agradecería que tuviera a bien hacer distribuir la presente carta y su anexo como documento del Consejo Económico y Social, en relación con el tema 2 b) del programa provisional.

(*Firmado*) Yukio **Takasu**
Embajador
Representante Permanente

* E/2009/100.

09-35384 (S) 290609 300609

Se ruega reciclar

Anexo de la carta de fecha 19 de mayo de 2009 dirigida a la Presidenta del Consejo Económico y Social por el Representante Permanente del Japón ante las Naciones Unidas

Informe nacional del Japón

Cumplimiento de los objetivos y compromisos convenidos internacionalmente con respecto a la salud pública mundial

A. Esfuerzos del Gobierno del Japón para aplicar las estrategias y políticas nacionales de desarrollo

1. Marco normativo

a) La Carta de la asistencia oficial para el desarrollo

1. La asistencia oficial para el desarrollo (AOD) del Japón constituye una parte integrante de su política exterior. Respalda el desarrollo de capacidades y la consolidación nacional en los países en desarrollo, además de contribuir a afrontar los problemas mundiales. Conforme a lo estipulado en la Carta de la AOD, revisada en 2003 con respecto a la versión original de 1992, los objetivos de la AOD del Japón son contribuir a la paz y el desarrollo de la comunidad internacional de tal manera que se ayude a asegurar la propia seguridad y prosperidad del Japón.

2. Las principales políticas que se desarrollan con arreglo a la Carta de la AOD son: a) respaldar las actividades de autoayuda de los países en desarrollo; b) considerar las cuestiones desde la perspectiva de la seguridad humana; c) garantizar la justicia; d) aprovechar los conocimientos especializados y la experiencia del Japón; y e) promover la colaboración con la comunidad internacional y otras partes interesadas, incluidas las organizaciones internacionales, otros países donantes, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y el sector privado. La Carta determina asimismo que tienen prioridad las siguientes cuestiones: a) la reducción de la pobreza; b) el crecimiento sostenible; c) la atención a los problemas mundiales; y d) la consolidación de la paz. Los principios para el suministro de AOD establecidos en la Carta estipulan que la ayuda no deberá destinarse en ningún caso a fines militares y que debe promover la democratización de los países en desarrollo.

b) Política sobre la asistencia oficial para el desarrollo a mediano plazo, planes de asistencia a los países y política prioritaria anual para la cooperación internacional

3. De conformidad con la Carta de la AOD, la política a mediano plazo sobre la asistencia oficial para el desarrollo, aprobada en 2005, se formuló con el fin de definir y elaborar las políticas básicas del Japón sobre la ayuda a mediano plazo, incluido lo que aporta para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La política a mediano plazo está complementada por los planes del Japón de asistencia a los países, que establecen la base para la ayuda que aporta a cada país, y por iniciativas concretas por sectores, que son directrices establecidas sector por sector. Conjuntamente, los planes e iniciativas constituyen un marco adicional para la ayuda proporcionada por el Japón y, hasta la fecha, el país ha adoptado 28 de los

primeros y 8 de las segundas, incluso en el sector sanitario. Con el fin de suministrar la AOD de forma más coherente, eficaz y efectiva, cada uno de los planes de asistencia a los países establece el calendario para la ayuda que se proporcionará durante aproximadamente los próximos cinco años, basándose en las necesidades de desarrollo del país al que va dirigida y sus planes de desarrollo vigentes. También describe la importancia de la ayuda del Japón para dicho país, la dirección que debería tomar la cooperación en el futuro, las áreas prioritarias y los principales retos y cuestiones que deberían considerarse con relación al suministro de la ayuda.

4. Además, desde 2007 se ha formulado en cada ejercicio económico un documento titulado "Priority Policy for International Cooperation" (Política prioritaria para la cooperación internacional). Como complemento a los planes de asistencia a los países, éste identifica aquellas cuestiones a las que el Japón da prioridad, de forma que pueda responder con rapidez a acontecimientos y problemas recientes para la diplomacia del país. Para el ejercicio económico de 2009 se identificaron las siguientes prioridades: a) respaldar los esfuerzos de los países asiáticos por reforzar su potencial de crecimiento y ampliar la demanda interna en respuesta a la actual crisis financiera y económica; b) respaldar la labor de reconstrucción en el Afganistán y la estabilización económica del Pakistán con el fin de erradicar el terrorismo; c) respaldar medidas destinadas a abordar cuestiones sobre el cambio climático (promover la "Cool Earth Partnership" [asociación a favor de un planeta fresco]); d) aplicar de forma constante compromisos como el de duplicar la AOD del Japón a África (Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV) y contribuir a realizar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Cumbre de Hokkaido Toyako del Grupo de los Ocho); e) promover el comercio y la inversión en los países en desarrollo; y f) promover aún más la colaboración con las ONG.

2. Estructura básica y aplicación

a) Función estratégica

5. El programa de cooperación internacional del Japón ha sido objeto de importantes reformas y considerable reestructuración desde 2006. Concretamente, se han reforzado sus funciones de planificación política y estratégica, y se ha establecido el nuevo Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA).

6. Con respecto al refuerzo de las funciones estratégicas, en abril de 2006 se fundó el Consejo de Cooperación Económica en el Extranjero como órgano supremo para la toma de decisiones estratégicas. Presidido por el Primer Ministro y compuesto por el Secretario General del Gabinete, el Ministro de Relaciones Exteriores, el Ministro de Finanzas y el Ministro de Economía, Comercio e Industria, participa en deliberaciones prácticas y flexibles sobre cuestiones importantes relacionadas con la cooperación económica en el extranjero. Entre las cuestiones en las que ha centrado su atención se incluyen la política de AOD; la cantidad y calidad de AOD con respecto a Asia, África, China, el Iraq, la India y el Afganistán, los recursos, la energía, el medio ambiente, el apoyo a los sistemas jurídicos y la consolidación de la paz.

b) Función de planificación y formulación de políticas

7. Respecto a la función de planificación y formulación de políticas, el Ministerio de Relaciones Exteriores desempeña un papel fundamental dentro del Gobierno en la coordinación de actividades en el ámbito normativo. Dentro del propio Ministerio, la Dirección de Cooperación Internacional, establecida en agosto de 2006, se encarga de la planificación y elaboración generales de las políticas relativas a la ayuda al desarrollo tanto bilateral como multilateral. Dentro del Gobierno, la dirección también desempeña un papel fundamental en la coordinación del trabajo realizado por los organismos gubernamentales, con el fin de garantizar que la AOD proporcionada por cada uno de ellos se diseñe y proporcione de forma coherente y acorde con los valores estratégicos y además obtenga el máximo resultado. La Sede de Planificación de la Cooperación Internacional, establecida dentro del Ministerio de Relaciones Exteriores, planifica y formula políticas como las "Priority Policies for International Cooperation" (Políticas prioritarias de cooperación internacional), además de deliberar sobre importantes aspectos referentes a cooperación internacional.

3. Establecimiento del nuevo Organismo Japonés de Cooperación Internacional

8. En octubre de 2008, el antiguo Organismo Japonés de Cooperación Internacional (JICA), que se encargaba de la cooperación técnica y promovía el suministro de ayuda no reembolsable, se fusionó con la dependencia de cooperación económica en el extranjero dentro del antiguo Banco Japonés de Cooperación Internacional, que se había encargado de proporcionar préstamos de AOD, dando lugar al nuevo JICA. Además, gran parte de la función de suministro de ayuda no reembolsable, que antes recaía en el Ministerio de Relaciones Exteriores, se transfirió al nuevo JICA, lo que lo convierte en la mayor organización bilateral de desarrollo del mundo, que dispone de recursos financieros de un monto de aproximadamente 10.300 millones de dólares de los EE.UU. Esto hace que el nuevo JICA pueda gestionar de forma integrada los tres instrumentos de la ayuda: la cooperación técnica, la ayuda no reembolsable y los préstamos de AOD, lo que permite aumentar al máximo los efectos de sinergia. Por ejemplo, antes, cuando se formulaba un proyecto, se hacían distintos estudios de desarrollo para distintos instrumentos de ayuda. Los estudios preparatorios, de nueva adopción y aplicados uniformemente a los tres sistemas, pueden realizar análisis de desarrollo sin estar vinculados a ninguno de ellos y acelerar el proceso de formulación de proyectos. El nuevo JICA incluye los estudios y la investigación sobre cooperación internacional entre sus principales funciones y, por ello, ha establecido el Instituto de Investigación del JICA. El nuevo JICA sigue realizando las operaciones que lleva a cabo desde hace tiempo, como el envío de voluntarios japoneses para la cooperación en el extranjero y voluntarios de edad en el extranjero para que ayuden en la mejora social y económica de los países en desarrollo, así como los equipos japoneses de socorro en casos de desastre para proporcionar artículos de socorro de emergencia tras grandes catástrofes. La apertura del nuevo JICA mejora la calidad de la AOD del Japón ya que promueve una aplicación más eficiente, efectiva y rápida.

4. Volumen de la ayuda

9. Durante el decenio de 1990, el Japón fue el mayor país donante del mundo. El presupuesto de AOD del Japón alcanzó su nivel máximo en el ejercicio económico

de 1997 y, desde entonces, el volumen de su ayuda se ha ido reduciendo más o menos constantemente. Entre los países del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE-CAD), los desembolsos netos de AOD del Japón para 2002 se situaron en segundo lugar detrás de los Estados Unidos; en 2008 se situaron en quinta posición. Los desembolsos netos del Japón en AOD para 2008 ascendieron a 9.362 millones de dólares, en comparación con los 7.678 millones de 2007, lo que significa un incremento del 8,2% en términos reales con respecto a 2007. Los desembolsos brutos del Japón en AOD para 2008 ascendieron a 17.401 millones de dólares, en comparación con los 13.566 millones de 2007, lo que constituye un incremento del 13,8% en términos reales. La relación de la AOD con respecto al ingreso nacional bruto (INB) del Japón subió del 0,17% al 0,18% en ese período.

10. Un desglose de los desembolsos netos de AOD en 2007 indica que la AOD bilateral supuso aproximadamente el 75,2% del total; el resto se destinó a AOD canalizada a través de organizaciones internacionales.

a) Asignación por regiones

11. Con respecto a la AOD bilateral por regiones, por tradición el Japón se ha centrado especialmente en Asia. Durante los últimos años ha ido cambiando gradualmente sus asignaciones de Asia a África y el Oriente Medio. Esto se debe en parte a que muchos países asiáticos se han desarrollado hasta un punto en el que ya no necesitan la AOD del Japón. Asimismo, el Japón ha formalizado compromisos hacia África en foros como la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África y participado en actividades de consolidación de la paz en el Oriente Medio que han incluido proyectos de reconstrucción en el Iraq y el Afganistán, además del proceso de paz en el Oriente Medio. En 2000, el 54,8% de los desembolsos netos de AOD del Japón se destinaron a Asia, mientras que el 10,1% fue a África y el 7,5% al Oriente Medio. En 2007, Asia recibió el 28,3% del total: 1.634 millones de dólares. África por su parte recibió el 29,4%, con 1.701 millones de dólares, y el Oriente Medio el 16,4%, con 948 millones de dólares. América Latina representa el 3,9% del total, con 226 millones de dólares; Oceanía el 1,2%, con 70 millones de dólares; y Europa el 0,8%, con 48 millones de dólares. El resto corresponde a la ayuda que comprende varias regiones, que asciende aproximadamente a 1.152 millones de dólares.

b) Asignación por método

12. Un desglose de la AOD bilateral indica que los desembolsos calculados como ayuda no reembolsable sumaron 3.414 millones de dólares, lo que representa un 44,5% del total de desembolsos netos de AOD. De esta suma, el alivio de deuda supuso el 25,3%, con 1.941 millones de dólares; la ayuda no reembolsable a través de organizaciones internacionales supuso el 5,1%, con 395 millones de dólares; y los fondos proporcionados por el Japón para ayuda no reembolsable sin incluir otras categorías previamente mencionadas supusieron el 14%, con 1.078 millones de dólares. Por otra parte, la cooperación técnica representó el 33,5%, con 2.569 millones de dólares, las ayudas reembolsables supusieron 205 millones de dólares y las ayudas reembolsables sin incluir el alivio de la deuda ascendieron a 161 millones de dólares.

c) Efectividad de la ayuda

13. El Japón está firmemente comprometido con los principios de la Declaración de París y el Programa de Acción de Accra, ha formulado su propio plan de acción para aplicar la Declaración de París, y los avances en su aplicación se describen en informes anuales. Por otra parte, el hecho de que surjan nuevos donantes hace que sea más importante que nunca que la comunidad de donantes coordine sus actividades con el fin de aumentar al máximo su efectividad y el efecto colectivo sobre los países en desarrollo. Con ese propósito, el Japón, conjuntamente con otros donantes, ha organizado talleres en Asia para intercambiar experiencias sobre esta materia con los países en desarrollo y los proveedores de asistencia para el desarrollo.

B. Iniciativas del Gobierno del Japón para el cumplimiento de los objetivos y compromisos convenidos internacionalmente convenidos con respecto a la salud pública mundial

1. Principios básicos de la política de salud mundial del Japón

a) Principio básico

14. Los problemas sanitarios de los países en desarrollo no constituyen solamente una amenaza para la vida o la seguridad humana, sino que también tienen repercusiones socioeconómicas negativas y, por lo tanto, son un grave obstáculo para el desarrollo. Por ejemplo, las condiciones sanitarias empeoran cuando los sistemas sanitarios son frágiles, cuando se carece de acceso a los servicios sanitarios y la educación sobre salud, cuando hay malnutrición o falta de agua potable y de instalaciones sanitarias adecuadas. En el ámbito nacional, la consecuencia es la reducción de la mano de obra, el aumento de los costos de la atención médica y la reducción de los niveles de educación, lo cual a su vez contribuye al aumento de las tasas de pobreza. Por lo tanto, para reducir la pobreza es sumamente importante mejorar la situación sanitaria.

15. Además, con el avance de la globalización, necesitamos afrontar las amenazas que plantean enfermedades infecciosas como el VIH/SIDA, la gripe aviar y la nueva gripe, y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) que se extienden con facilidad a través de las fronteras nacionales. Se trata de problemas mundiales que constituyen una amenaza común para la humanidad. Por tanto, el Japón tiene la responsabilidad de adoptar medidas contra las enfermedades infecciosas con el fin de proteger a las personas de todo el mundo.

16. En 2000 se preparó la Declaración del Milenio, que incorpora metas acordadas en el ámbito internacional centradas en la reducción de la pobreza. Tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) basados en la Declaración tienen que ver con la salud, y el Japón, además de llevar a cabo varias actividades sanitarias independientes, se ha comprometido a alcanzar esos ODM como importantes metas a cuyo logro deberíamos contribuir.

17. Para materializar esta idea básica, el Japón se adhiere tanto al “enfoque integral”, que se refiere a medidas para luchar contra las enfermedades infecciosas y reforzar los sistemas sanitarios de forma equilibrada, como al “enfoque participativo”, que demanda la participación y cooperación de todas las partes

interesadas, incluidos los países donantes, las organizaciones internacionales, el sector privado, las instituciones académicas y la sociedad civil. El Sr. Masahiko Koumura, Ministro de Relaciones Exteriores puso de manifiesto la importancia de estos dos enfoques en su discurso de política titulado "Salud mundial y política exterior del Japón – De Okinawa a Toyako"[1] y dicha importación se reflejó fielmente en los planteamientos presentados en la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV y la Cumbre del Grupo de los Ocho de Hokkaido Toyako.

b) Seguridad humana

18. Con el avance de la globalización también se han globalizado amenazas que constituyen un peligro para las personas, como la internacionalización de los conflictos locales o regionales, la propagación de enfermedades infecciosas, el aumento de la pobreza, las corrientes de refugiados y la repentina aparición de crisis económicas. Existen más amenazas de las que un solo Estado puede afrontar de forma completa. El concepto de seguridad humana surgió precisamente en respuesta a esta situación. Como complemento a la seguridad nacional, la seguridad humana se centra primordialmente en las personas, pretende realizar plenamente su gran potencial proporcionando protección y empoderamiento, y pretende conseguir la consolidación nacional.

19. La seguridad humana constituye uno de los pilares de la diplomacia del Japón, y promovemos activamente este concepto en los ámbitos diplomáticos bilaterales y multilaterales. A través de estas medidas, el concepto de seguridad humana cada vez cobra más relevancia en el programa mundial. Por ejemplo, el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 abordó el concepto de seguridad humana y, en mayo de 2008, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró un debate temático sobre esta materia. Por otra parte, se está debatiendo sobre seguridad humana en los marcos del Grupo de los Ocho, el Consejo de Cooperación Económica en Asia y el Pacífico (APEC), la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE). Además, hemos celebrado talleres con organizaciones regionales, como la Unión Europea (UE) y la Unión Africana con el fin de dar difusión a este concepto.

20. Para materializar el concepto de seguridad humana sobre el terreno, el Japón ha venido prestando asistencia con respecto a este concepto como principio básico de nuestro programa de AOD. Por otra parte, el Japón estableció en las Naciones Unidas el Fondo Fiduciario para la Seguridad Humana y, hasta marzo de 2009, había donado un total de 37.300 millones de yen.

21. Por tanto, la seguridad humana, que pretende proteger y empoderar a individuos y comunidades, constituye una base conceptual indispensable para conseguir niveles más altos de paz y desarrollo en el mundo, además de promover esfuerzos adicionales en el ámbito de la salud. El enfoque de la seguridad humana es vital para buscar formas de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio cuarto, quinto y sexto, especialmente en el África Subsahariana, donde preocupa que de hecho no se alcancen.

2. Iniciativas del Gobierno del Japón

a) Iniciativa de Okinawa sobre las enfermedades infecciosas

22. En el decenio de 1970, existía la idea mayoritaria de que las enfermedades infecciosas estaban a punto de ser erradicadas en los países desarrollados. No obstante, en los últimos dos decenios se extendieron nuevos tipos de enfermedades infecciosas denominadas emergentes y reemergentes, como el VIH/SIDA, la fiebre hemorrágica del Ébola, el SRAS, la gripe aviar, la tuberculosis multiresistente, la tuberculosis extremadamente resistente y más recientemente la gripe por el virus A (H1N1). Para las personas que viven en países en desarrollo que son higiénica y nutricionalmente vulnerables, la prevalencia de las enfermedades infecciosas constituye una amenaza directamente asociada con la muerte. Las medidas que es necesario adoptar en respuesta a esto son coherentes con el concepto de seguridad humana, conforme al cual debe protegerse a las personas ante toda amenaza extensa y grave para su existencia, vida y dignidad, y debe dárseles capacidad para que puedan afrontar estos problemas por sí mismas.

23. En este entorno, el Gobierno del Japón decidió renovar y reforzar las medidas contra las enfermedades infecciosas. El problema de las enfermedades infecciosas en los países en desarrollo se incluyó por primera vez como uno de los temas principales del programa en la Cumbre de Kyushu Okinawa del Grupo de los Ocho, celebrada en julio de 2000 bajo la presidencia del Japón. El Japón aprovechó la oportunidad para anunciar la iniciativa de Okinawa sobre las enfermedades infecciosas para la aplicación de medidas generales en este ámbito, a la que dijo que destinaría 3.000 millones de dólares durante el período de cinco años comprendido entre el ejercicio económico de 2000 y el de 2004.

24. La iniciativa se formuló bajo la dirección del Ministerio de Relaciones Exteriores tras un amplio debate con ministerios y organismos, ONG, organizaciones de las Naciones Unidas y expertos relacionados. Se ocupa principalmente del problema de las enfermedades infecciosas, incluidas medidas específicas que deben adoptarse contra el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, las infecciones parasitarias y la poliomielitis. No obstante, la iniciativa va más allá de estas medidas para englobar medidas de refuerzo de los sistemas sanitarios, por ejemplo a través del suministro de agua potable, la mejora de la atención primaria de la salud, el refuerzo de las funciones de laboratorio y el desarrollo de recursos humanos de los trabajadores de la salud comunitarios. Es en este aspecto que la iniciativa difiere de la asistencia para el desarrollo, que se centra específicamente en medidas para combatir determinadas enfermedades infecciosas y de otro tipo. En el marco de la iniciativa, el Japón ha proporcionado ayuda por valor de aproximadamente 5.800 millones de dólares, lo que supera con creces su promesa inicial de 3.000 millones de dólares.

25. Esta evolución de la política sirvió para aumentar el interés internacional por la adopción de medidas contra las enfermedades infecciosas e hizo que en 2002 se estableciese el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM). Por este motivo se denomina al Japón “el fundador del Fondo Mundial”. Hasta la fecha ha aportado aproximadamente 1.040 millones de dólares al FMSTM.

b) Iniciativa de salud y desarrollo

26. En 2002, las Naciones Unidas presentaron los ODM como objetivos de desarrollo comunes de la comunidad internacional. Los ODM pusieron de relieve los retos que deben abordarse y dejaron claro que estaban interconectados. En respuesta a esto, el Japón comenzó a dar una gran prioridad a la necesidad de cambiar de un planteamiento concreto por enfermedad a uno global que incluyese la mejora de la salud materna, neonatal e infantil, y el refuerzo de los sistemas sanitarios que se encargan de ella con el fin de hacer frente a los cada vez mayores problemas sanitarios. También se reconoció que estos problemas no pueden resolverse simplemente ocupándose de cuestiones sanitarias.

27. En 2005, en el Foro de Alto Nivel sobre los ODM relacionados con la salud en Asia y el Pacífico, el Japón anunció lo que denominó la "iniciativa de salud y desarrollo", que pretendía ser un enfoque global, y prometió 5.000 millones de dólares en ayuda durante el período de cinco años comprendido entre el ejercicio económico de 2005 y el de 2009. En el proceso de formulación, el Ministerio de Relaciones Exteriores recopiló una gran variedad de puntos de vista de las principales partes interesadas, incluidos los correspondientes ministerios y organismos gubernamentales, el Organismo Japonés de Cooperación Internacional y las ONG.

28. La iniciativa de salud y desarrollo reconoce que la consecución de los ODM en materia de salud es sumamente importante, ya que tres de los ocho objetivos están directamente relacionados con la salud, y propone que el Japón realice las siguientes actividades para contribuir a conseguir los ODM relacionados con la salud en los países en desarrollo.

i) Hincapié en la perspectiva de seguridad humana

29. Centrándose en las personas, mediante el suministro de servicios sanitarios de calidad, el Japón respaldará el desarrollo de una capacidad sostenible para las personas y las comunidades locales como medio para hacer frente a sus problemas sanitarios.

ii) Enfoques intersectoriales

30. Además del apoyo directo destinado a los esfuerzos para afrontar problemas relacionados con la salud, el Japón adoptará un enfoque integral, por ejemplo trabajando para la mejora de los sistemas sanitarios. Además, el Japón proporciona apoyo intersectorial, ya que el avance en los sectores no sanitarios con frecuencia puede contribuir a un avance en la situación general del sector sanitario.

iii) Colaboración y coordinación con los asociados internacionales para el desarrollo

31. El Japón proporcionará apoyo con la idea de mejorar la cooperación Sur-Sur, en la que los países en desarrollo comparten buenas prácticas con sus homólogos —en este caso se trata de prácticas que han ideado para abordar problemas en el sector de la salud. En colaboración con otros organismos donantes, el Japón seguirá prestando asistencia para el desarrollo de forma unificada y coherente al compartir estrategias y objetivos con éstos.

iv) Formulación de estrategias de ayuda acordes con las necesidades locales de los países en desarrollo

32. Asegurándose en primer lugar de comprender las necesidades prioritarias de cada país en desarrollo, el Japón formulará estrategias adecuadas y proporcionará asistencia de forma efectiva y eficiente. Cuando los países en desarrollo cuenten con sus propios programas de desarrollo relacionados con la salud, el Japón proporcionara su asistencia teniendo plenamente en cuenta dichas iniciativas.

v) Refuerzo de las capacidades de investigación sobre el terreno y aplicación de iniciativas basadas en la comprensión del contexto local

33. A la hora de prestar asistencia es fundamental comprender plenamente la cultura y las tradiciones de cada país, además de sus costumbres y hábitos sociales en el ámbito de la atención sanitaria. Al prestar asistencia el Japón respetará debidamente los hábitos y tradiciones de cada país.

34. El objetivo de la iniciativa de salud y desarrollo es contribuir a la consecución de los ODM relacionados con la salud y, especialmente a la inclusión de la perspectiva de seguridad humana, que se centra en proteger y empoderar a los niños, las mujeres y otros grupos vulnerables de la sociedad, así como de la perspectiva de fortalecimiento de los sistemas sanitarios como modo efectivo para reducir la mortalidad infantil y materna, con lo que se proporciona un firme apoyo a la consecución de los ODM. Por otra parte, el impacto de las enfermedades infecciosas, especialmente la gripe por el virus A (H1N1), depende en gran medida de la capacidad del servicio de salud de cada país. El refuerzo de los sistemas sanitarios es imprescindible para responder a las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes, y constituye una parte de la mejora de la preparación ante la pandemia de gripe que podría producirse en el futuro. Además, la importancia de un enfoque intersectorial, que incluya asistencia en el ámbito del género, la educación y el agua y el saneamiento, ha obtenido el apoyo internacional generalizado. El año pasado confirmaron esto los dirigentes del Grupo de los Ocho en la Cumbre de Hokkaido Toyako.

35. En el marco de la iniciativa de salud y desarrollo, el Japón proporciona asistencia relacionada con la salud en todo el mundo, pero principalmente en Asia y África, empleando distintos sistemas de asistencia, incluidas la ayuda bilateral y las contribuciones a organizaciones internacionales, tal como se detalla más adelante. El Japón aportó aproximadamente 1.200 millones de dólares en el ejercicio económico de 2005, 1.900 millones de dólares en el de 2006 y 1.400 millones de dólares en el de 2007. En abril de 2009, sus contribuciones totales superaban considerablemente su compromiso inicial de 5.000 millones de dólares.

c) Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV

36. El continente africano es la región en la que han surgido más intensamente los complejos problemas de la pobreza, el hambre, los conflictos y las enfermedades infecciosas, sobre todo en el África Subsahariana. Si se mantienen las tendencias actuales, se prevé que para 2015 no se cumplirá ninguno de los ODM, o que simplemente no se producirá ningún avance[2.]

37. El Japón, cuya idea básica es que, a menos que, se resuelvan los problemas de África, no habrá estabilidad ni prosperidad en el siglo XXI, ha reconocido la

necesidad de hacer contribuciones que sean adecuadas para un miembro de la comunidad internacional y ha tomado medidas en consonancia. Una vez concluida la guerra fría, mientras trabajaba en la reconstrucción de su economía, el Japón puso en práctica la cooperación económica y técnica, además de la inversión en apoyo al crecimiento de los países asiáticos. Con el fin de compartir esta experiencia con los países de África, el Japón propuso establecer la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África (TICAD).

38. Dicha Conferencia es el mayor foro de política de su clase sobre el desarrollo de África, copatrocinado por el Gobierno del Japón, las Naciones Unidas y el Banco Mundial. Desde que se celebró la primera Conferencia en Tokio en 1993, ha tenido lugar cada cinco años y también se han celebrado conferencias ministeriales ordinarias.

39. La Conferencia IV se celebró del 28 al 30 de mayo de 2008 en Yokohama (Japón), con más de 3.000 participantes, entre los que figuraron delegados de países africanos, países asociados en desarrollo, países asiáticos, organizaciones internacionales y regionales, el sector privado y ONG. En el proceso de preparación se adoptó un "enfoque por grupos temáticos" basado en los sectores, mediante el cual las organizaciones de las Naciones Unidas y fundaciones privadas pertinentes formaron grupos e hicieron conjuntamente sus aportaciones al Gobierno del Japón[3]. Además se celebraron diálogos activos con las ONG. Como consecuencia del debate, sus importantes aportaciones en el ámbito de la salud reproductiva se reflejaron en el documento final[4].

40. La Conferencia IV se celebró con el tema básico "Hacia un África vibrante: un continente de esperanza y oportunidad", se realizaron debates activos sobre la dirección del desarrollo de África, y entre los principales temas figuró la cuestión de la salud. En su discurso pronunciado en la ceremonia inaugural, el entonces Primer Ministro del Japón, el Sr. Yasuo Fukuda, se comprometió en calidad de presidente a capacitar como trabajadores de la salud a 100.000 personas en África a lo largo de los cinco años siguientes y a "contribuir 560 millones de dólares al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria en los próximos años, comenzando en 2009, para apoyar la lucha contra estas tres principales enfermedades infecciosas"[5].

41. En el último día de la Conferencia se aprobó la Declaración de Yokohama sobre las iniciativas futuras y la dirección del desarrollo de África, que indica que además de afrontar el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria, la poliomielitis y otras enfermedades infecciosas, los participantes reconocieron la importancia de reforzar los sistemas sanitarios para afrontar de forma efectiva importantes retos para la salud, incluida la salud materna, neonatal e infantil, lo que vuelve a confirmar la importancia de un enfoque integral de la salud[6].

42. Basándose en la Declaración de Yokohama, la Conferencia presentó el Plan de Acción de Yokohama como guía en apoyo al crecimiento de África. En la esfera de la salud, el Plan de Acción identificó tres cuestiones prioritarias, a saber: el refuerzo de los sistemas sanitarios, la mejora de la salud materna, neonatal e infantil, y la lucha contra las enfermedades infecciosas, y presentó medidas concretas que debe adoptar la comunidad internacional como parte del proceso de la Conferencia[7]. En el apéndice se enumeran las medidas propuestas por el Gobierno del Japón y otros asociados en la ejecución. Además de las ya mencionadas, incluyen salvar la vida de 400.000 niños y mejorar la salud reproductiva[8].

43. El enfoque integral presentado en la Conferencia IV contribuye directamente al avance que puede hacerse hacia el logro de los ODM relacionados con la salud, especialmente en el África Subsahariana, tales como las metas de "reducir, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes" y "detener e invertir el ritmo de propagación de la tuberculosis", en lo cual "no se han observado mejoras o bien ha empeorado", y la consecución de otros ODM relacionados con la salud, cuyas "metas no se prevé alcanzar para 2015"[9].

44. Para aumentar la transparencia y mejorar la rendición de cuentas con respecto a las actividades de la Conferencia, la Conferencia IV estableció formalmente un mecanismo para su seguimiento, que se compone de tres niveles: la Secretaría, el Comité conjunto de seguimiento del proceso de la Conferencia y las reuniones de seguimiento de la Conferencia[10].

45. En marzo de 2009 se celebró en Botswana la primera reunión ministerial de seguimiento de la Conferencia, y los participantes confirmaron que continuarían cumpliendo con los compromisos que habían contraído en la Conferencia IV como responsabilidad ante África, donde las consecuencias de la crisis económica y financiera son graves. Además, como medida para afrontar directamente la crisis, se anunciaron compromisos como el suministro inmediato de asistencia técnica y ayudas con un valor de 2.000 millones de dólares, el suministro de alimentos y asistencia humanitaria por valor de aproximadamente 300 millones de dólares para mitigar el efecto en aquellas personas socialmente vulnerables y el desembolso de aproximadamente 200 millones de dólares para el FMSTM[11].

d) Cumbre de Hokkaido Toyako

46. Los debates y resultados de la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV en el campo de la salud se retomaron en la Cumbre de Hokkaido Toyako del Grupo de los Ocho, celebrada en julio de 2008 y, una vez más, el Gobierno del Japón hizo que la salud fuese uno de los temas principales del programa en el contexto de África y el desarrollo. Antes de celebrarse la cumbre, en noviembre de 2007, el entonces Ministro de Relaciones Exteriores, el Sr. Masahiko Koumura, pronunció el discurso de política "Salud mundial y política exterior del Japón" y manifestó la intención del Japón de desarrollar una serie de marcos comunes para la acción compartidos por la comunidad internacional e invitó a la participación y cooperación de todas las principales partes interesadas, incluidos los gobiernos nacionales, las organizaciones internacionales, la comunidad empresarial, las instituciones académicas y la sociedad civil[12]. Los debates que dieron lugar a la cumbre se basaron en ese discurso.

47. Cuando el Japón ocupó la presidencia en 2008, estableció la Reunión de expertos en salud del Grupo de los Ocho para pormenorizar debates anteriores sobre salud con la idea de contribuir al debate que tendrían los dirigentes del Grupo de los Ocho en la cumbre. Por primera vez en la historia de las cumbres, se celebraron tres reuniones, en febrero, abril y junio, y en la primera tuvo lugar una sesión de divulgación, con la participación de un grupo de importantes organizaciones internacionales relacionadas con la salud denominado *Health Eight* (H8)[13] y representantes de Noruega y la Unión Africana. Tras un animado debate, el Grupo de los Ocho y los participantes en la sesión de divulgación llegaron a un consenso sobre la situación actual con respecto a la salud mundial y los problemas futuros. Por ejemplo, la Unión Africana señaló la necesidad de una estrategia para conservar

y aumentar el número de trabajadores de la salud, dada la grave falta de recursos sanitarios en África.

48. Además, como presidente de la Reunión de expertos en salud, el Gobierno del Japón intercambió impresiones en cinco ocasiones distintas con importantes ONG del Japón y del extranjero relacionadas con la salud y obtuvo sus puntos de vista, basados en su experiencia sobre el terreno.

49. Los debates en los que participaron las partes interesadas además del Grupo de los Ocho dieron lugar a una recomendación de los expertos en salud del Grupo de los Ocho a los líderes de dicho grupo titulada "Marco de Acción de Toyako sobre salud mundial"[14] y contribuyeron al debate de los dirigentes en la cumbre.

50. En paralelo con esos acontecimientos, en septiembre de 2007 se lanzó el proyecto de investigación y diálogo sobre los problemas de la salud mundial y las contribuciones del Japón bajo la dirección del Profesor Keizo Takemi, investigador de la Harvard School of Public Health[15]. Su objetivo era contribuir a los debates que tendrían lugar en la cumbre mediante los diálogos de política y las actividades de investigación. Se realizó como parte de una asociación pública y privada en la que se involucraron destacados investigadores japoneses, representantes de ONG, participantes del Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, y el Ministerio de Finanzas, que adoptaron un enfoque participativo de la materia. Como consecuencia, se propuso a los expertos en salud del Grupo de los Ocho que éste prestase más atención en sus debates al fortalecimiento de los sistemas sanitarios.

51. En la Cumbre en sí, celebrada del 7 al 9 de julio, dentro del tema del programa "Desarrollo y África", se trataron cuestiones de salud. En la Declaración de los dirigentes, el Grupo de los Ocho acordó promover el enfoque integral que refuerza mutuamente el planteamiento específico por enfermedad y el fortalecimiento de los sistemas sanitarios; trabajar para aumentar el personal sanitario con la intención de alcanzar el umbral establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2,3 trabajadores de la salud por cada 1.000 personas, inicialmente en asociación con los países de África; mejorar la salud materna, neonatal e infantil, así como la salud reproductiva, con especial atención a la nutrición; y proporcionar 100 millones de mosquiteros de larga duración tratados con insecticidas para 2010 como medida contra la malaria. Asimismo se acordó trabajar por el objetivo de proporcionar al menos la suma prevista de 60.000 millones de dólares durante un período de cinco años para combatir las enfermedades infecciosas y fortalecer la salud, tal como se había acordado el año anterior en la Cumbre de Heiligendamm del Grupo de los Ocho, y establecer un mecanismo de seguimiento para supervisar los avances en el cumplimiento de los compromisos del Grupo de los Ocho[16]. La Reunión de expertos en salud del Grupo de los Ocho está ahora bajo la presidencia de Italia y se está haciendo un seguimiento de esos acuerdos.

3. Iniciativas del Gobierno del Japón para el cumplimiento de los objetivos y compromisos convenidos internacionalmente con respecto a la salud pública mundial

a) Mecanismo para la formación de consenso

52. En esta sección examinaremos cómo se está formando el consenso con respecto a la consecución de los ODM y los compromisos de salud que se han

establecido en la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV y la Cumbre de Hokkaido Toyako del Grupo de los Ocho.

i) Mecanismo nacional para la formación de consenso

53. El Ministerio de Relaciones Exteriores fue objeto de una reforma estructural en agosto de 2006 y se creó la Dirección de Cooperación Internacional para reforzar su función de planificación y formulación de la AOD. Los departamentos que se encargan de la AOD, es decir, la Dirección de Cooperación Económica, que era el principal responsable de la ayuda bilateral, y el Departamento de asuntos globales de la secretaría del Ministro, responsable de la ayuda multilateral, se fusionaron para crear la Dirección de Cooperación Internacional con el fin de mejorar la eficacia de las actividades de cooperación económica bilaterales y multilaterales.

54. El año siguiente se estableció en el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Equipo de Tareas sobre salud para reforzar aún más el marco de colaboración antes mencionado. El Equipo de Tareas se reúne siempre que es necesario, con la participación de una gran variedad de partes, no solo de las correspondientes divisiones del Ministerio de Relaciones Exteriores, sino también del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, y el JICA —organismo encargado del suministro de la AOD del Japón— en función del tema que se debata.

55. Hasta la fecha, el equipo de tareas ha examinado y debatido temas como las estrategias para la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV y la Cumbre de Hokkaido Toyako del Grupo de los Ocho, la colaboración con organizaciones internacionales y estrategias de ayuda como las medidas para la lucha contra la tuberculosis y la poliomielitis. De hecho, el presente informe, preparado para las presentaciones voluntarias nacionales durante el examen ministerial anual del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas se ha elaborado como consecuencia de la incorporación de varias observaciones formuladas en la reunión del Equipo de Tareas. Como parte de la tendencia hacia la racionalización y el aumento de la eficacia de su AOD, el Ministerio de Relaciones Exteriores, mediante la reforma estructural y el establecimiento del Equipo de Tareas, ha establecido un marco aún más sólido para la cooperación multilateral y bilateral.

ii) Formación de consenso y mecanismo de consulta con las partes interesadas nacionales

56. El Ministerio de Relaciones Exteriores siempre ha dado importancia al diálogo con las ONG. En 1994, se estableció el “Diálogo entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y las ONG sobre la iniciativa de asuntos globales sobre población y SIDA y la iniciativa contra las enfermedades infecciosas”, y desde entonces se han mantenido consultas regulares[17]. Hasta abril de 2009 se habían celebrado 85 diálogos, con la participación de 42 ONG relacionadas con la salud. Se ha tratado una gran variedad de temas, como la política de asistencia sanitaria del Japón, la colaboración con las ONG dentro del marco de la Cumbre del Grupo de los Ocho y la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África, y la cooperación entre las ONG y las organizaciones internacionales. Las ONG también han realizado presentaciones sobre sus actividades.

57. Además, tal como ya se ha dicho, el Ministerio de Relaciones Exteriores participa en el proyecto de investigación y diálogo sobre los problemas de la salud

mundial y las contribuciones del Japón, basado en un enfoque participativo del sector público y el privado, y, en colaboración con varias partes interesadas nacionales, transmite mensajes para formar la opinión pública en materia de salud.

iii) Equipos de tareas de AOD con base en los países

58. Las anteriores secciones recogieron una visión general del mecanismo de formación de consenso del Japón en el sector de la salud. Esta sección trata sobre las actividades de los equipos de tareas de AOD con base en los países y su relación con la sede.

59. Los equipos de tareas de AOD con base en los países se establecieron en 2003 para reforzar el marco del Japón para la formulación, selección y ejecución de proyectos concretos, al tiempo que reforzaba su capacidad de elaboración de políticas de AOD en cooperación con los países y las organizaciones donantes locales. En este momento (abril de 2009) existen equipos de tareas de este tipo en 78 países receptores, todos ellos compuestos principalmente por funcionarios de la embajada del Japón y las oficinas locales de organismos de suministro de ayuda como el JICA. Las funciones del equipo de tareas son: a) estudiar y analizar las necesidades de desarrollo; b) formular y analizar las políticas de ayuda; c) formular y seleccionar los posibles proyectos de ayuda; d) reforzar la colaboración con la comunidad local de ayuda; e) reforzar las alianzas con las partes encargadas de la aplicación de la ayuda japonesa en el país receptor; y f) realizar un examen de la AOD del Japón. En determinados países se celebran reuniones sobre salud a las que asisten las personas de la embajada del Japón y el JICA encargadas de cuestiones sanitarias, en las que se realizan debates prácticos a nivel de trabajo[18.]

60. Los equipos de tareas de AOD con base en los países presentan de forma constante informes y propuestas sobre las tendencias en las comunidades de ayuda locales y la pertinencia y eficacia de la AOD del Japón, así como los problemas que plantea a las correspondientes divisiones del Ministerio de Relaciones Exteriores y el JICA. Esta información recabada sobre el terreno se comparte ampliamente entre los miembros del Equipo de Tareas en el Japón y se emplea para crear consenso.

61. Al incorporar en su política de salud las impresiones de personas que trabajan en el ámbito de la AOD, el Japón aplica un enfoque de múltiples niveles de “todo el Japón” bajo la dirección del Ministerio de Relaciones Exteriores, en cooperación con todas las principales partes interesadas, incluidas las correspondientes divisiones del Ministerio de Relaciones Exteriores, el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, el JICA, el sector privado, los expertos académicos, las ONG y las personas locales encargadas de la aplicación de la ayuda.

b) Planes para proporcionar asistencia sobre salud

62. En líneas generales existen cuatro tipos de planes de AOD japonesa para todos los sectores, incluida la salud. Éstos varían en función del objetivo, el receptor y el importe, y pueden adoptar la forma de ayuda no reembolsable, ayuda reembolsable o cooperación técnica, lo cual constituye asistencia bilateral, y contribuciones a organizaciones internacionales, lo cual constituye ayuda multilateral.

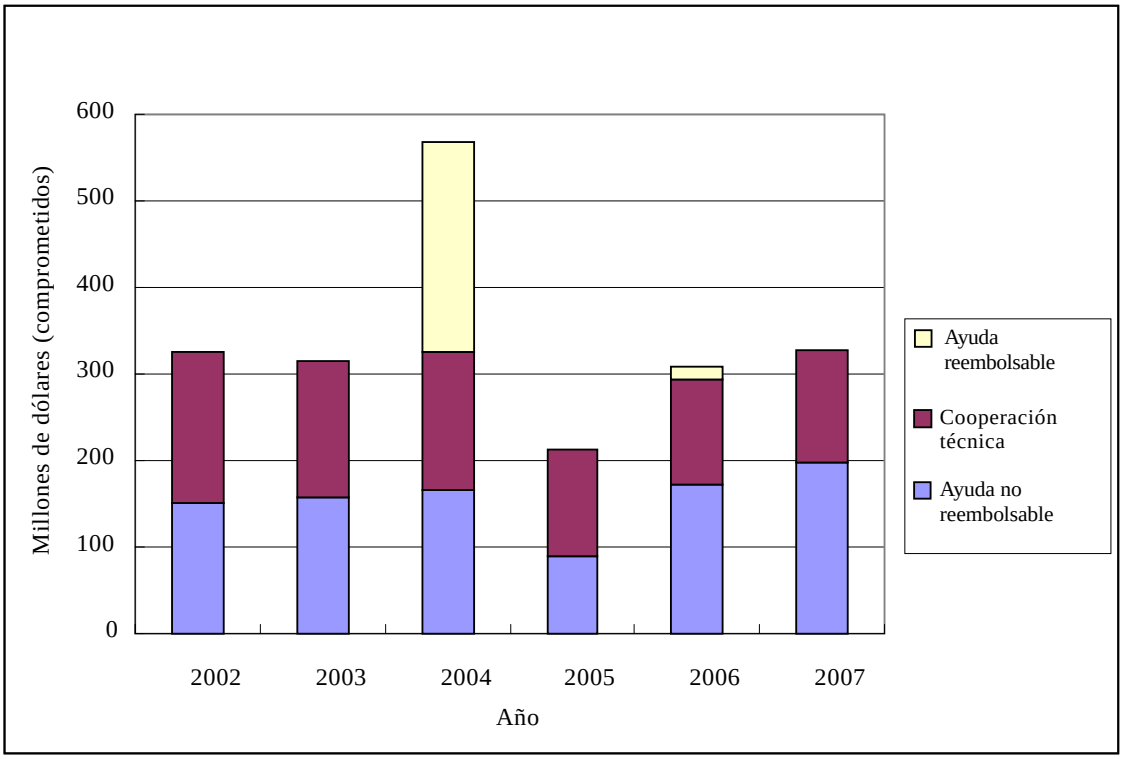
63. La ayuda no reembolsable es un tipo de cooperación económica que contribuye al desarrollo social y económico de los países en desarrollo y se refiere a asistencia que se presta a dichos países para la adquisición de equipos y servicios

necesarios, sin obligación de devolución. No se limita al sector sanitario, sino que se aplica a cuestiones como medidas de lucha contra el terrorismo y la prevención o rehabilitación en relación con desastres, además de ser capaz de responder de forma inmediata a las necesidades de los países en desarrollo y la comunidad internacional. Existen varios tipos distintos de ayuda no reembolsable en el sector de la salud: la ayuda no reembolsable para proyectos generales se presta para proyectos como la construcción o el mantenimiento de hospitales y el suministro de vacunas contra la poliomielitis por conducto del UNICEF. La ayuda no reembolsable de emergencia es aquella proporcionada como socorro humanitario a las víctimas de desastres naturales y conflictos, los refugiados y los desplazados. La ayuda no reembolsable para proyectos de seguridad humana de base proporciona financiación a proyectos de base pequeños basados en el principio de la seguridad humana, entre ellos el establecimiento de hospitales o clínicas. La ayuda no reembolsable para los proyectos de ONG japonesas se presta a través de ONG japonesas, por ejemplo, para proporcionar equipos hospitalarios o establecer sistemas de suministro de agua en los países en desarrollo.

64. La cooperación puede adoptar la forma de préstamos con intereses bajos y a largo plazo a los países en desarrollo. Es posible promover actividades de autoayuda nacionales al incorporar la ayuda reembolsable a la ayuda no reembolsable e imponer una obligación de devolución. Aunque solamente existe un limitado número de proyectos de ayuda reembolsable en el sector sanitario per se, los proyectos en el ámbito del agua y el saneamiento que desarrollan sistemas de suministro de agua y alcantarillado, además de agua potable, por otra parte indispensables para que las personas puedan tener una vida saludable y sana, pueden contribuir a la salud.

65. La cooperación técnica, empleando las tecnologías y el conocimiento del Japón o asistiendo en el desarrollo y la mejora de tecnologías adaptadas a países concretos, contribuye a promover los recursos humanos que necesitará un país en desarrollo para asumir la responsabilidad del desarrollo social y económico, y de este modo contribuye a mejorar el nivel tecnológico o a crear o mantener los sistemas y las instituciones. Se aplica de forma generalizada en ámbitos relacionados con las necesidades humanas básicas, desde la salud y la medicina hasta la tecnología industrial. La cooperación técnica en el sector sanitario puede adoptar varias formas: proporcionar formación a los administradores de salud y los profesionales de atención sanitaria de países en desarrollo en el Japón, en el país receptor o en un tercer país; enviar al país receptor expertos japoneses, incluidos asesores de política y profesionales médicos; proporcionar los equipos médicos necesarios para el desarrollo de proyectos; aplicar la cooperación técnica centrada en el tipo de proyecto combinando estos elementos; brindar cooperación técnica para los estudios de planificación del desarrollo para la formulación de planes de desarrollo del sector sanitario en países en desarrollo y enviar voluntarios japoneses para la cooperación en el extranjero y voluntarios de edad como apoyo a actividades sanitarias de base.

Cuadro 1
Asistencia del Japón a la salud por plan (ayuda bilateral



Fuente: Preparado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de acuerdo con las estadísticas del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (2007).

66. Además de la ayuda bilateral arriba mencionada, el Japón proporciona ayuda multilateral mediante contribuciones a organizaciones internacionales. Durante los últimos años, problemas mundiales como la pobreza, los conflictos, los refugiados, las enfermedades infecciosas y el medio ambiente adoptan formas cada vez más diversas y por lo tanto no pueden resolverse mediante los esfuerzos de un solo país. La ayuda multilateral del Japón en apoyo a las actividades de organizaciones internacionales que poseen la experiencia y los conocimientos para abordar problemas mundiales complementa la ayuda bilateral del Japón y constituye un instrumento efectivo para la cooperación internacional. Precisamente desde esta perspectiva, el Japón proporciona de forma activa contribuciones intelectuales, de personal y financieras a las organizaciones internacionales de ayuda. Dentro del sector sanitario, el Japón hace contribuciones a organizaciones como la OMS, el FMSTM, el UNICEF, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), el Banco Mundial, el Programa de de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Banco Asiático de Desarrollo (BAsD), la Organización Mundial de Sanidad Animal, el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Banco Africano de Desarrollo (BAfD), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO), el Programa

Mundial de Alimentos de las Naciones Unidas (PMA) y los Voluntarios de las Naciones Unidas (VNU).

67. De este modo, el Japón proporciona asistencia sanitaria a través de varios sistemas en función de las necesidades, el nivel de desarrollo y la situación financiera de cada país en desarrollo y de forma adecuada a sus condiciones.

c) Logros del Japón en el ámbito de la asistencia sanitaria

i). Tendencias de la asistencia del Japón en el ámbito de la salud

68. Tal como se indica en el cuadro 2, la ayuda bilateral del Japón en el ámbito de la salud ha aumentado de forma constante[19]. Luego de un incremento gradual desde los 3,33 millones de dólares en 1971, año en que comienzan los registros, hasta 1977, la asistencia del Japón aproximadamente se multiplicó por ocho entre 1977 (22,35 millones de dólares) y 1981 (192,35 millones de dólares). En 1988 se produjo un incremento repentino, pero posteriormente reanudó su tendencia ascendente gradual hasta 1993, cuando se duplicó con respecto al año anterior. A partir de entonces siguió una tendencia variable después de haber registrado un nivel máximo en 1996, para después aumentar hasta los 568,23 millones de dólares en 2004. Pese a que se produjo un descenso temporal[20], la tasa de incremento se recuperó gradualmente hasta el nivel actual. A efectos prácticos, las cifras anteriores se basan en las estadísticas del Comité de Asistencia para el Desarrollo, pero, además de la ayuda bilateral mencionada, el Japón proporciona asistencia para la salud a modo de aportaciones a organizaciones internacionales como el FMSTM[21].

Cuadro 2
Tendencias en el monto de la asistencia proporcionada por el Japón destinada a la salud (ayuda bilateral)

Fuente: Preparado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de acuerdo con las estadísticas del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE (2007).

ii) Comparación con otros donantes

69. Como se indica en el cuadro 3, una comparación de la asistencia (ayuda bilateral) en el ámbito de la salud proporcionada por los principales donantes revela que, desde 2001, el Japón siempre se ha situado entre los 10 primeros[22]. Los Estados Unidos de América han mantenido la primera posición y, desde el anuncio por parte del Presidente Bush del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR) en 2003, cuando se comprometió a gastar 15.000 millones de dólares en socorro de emergencia en el siguiente período de cinco años, los Estados Unidos han aventajado a otros países en cuanto a la asistencia total proporcionada (en 2008 se volvió a autorizar al PEPFAR a asignar 48.000 millones de dólares en un período de cinco años). Puede que el Reino Unido se quede por detrás de los Estados Unidos de América, pero ha mantenido una posición estable, y nunca ha descendido del cuarto puesto. En su punto más álgido, la asistencia del Japón lo situó como segundo mayor donante en 2004, pero cayó hasta el séptimo puesto en 2005 y posteriormente se situó en el sexto lugar. No obstante el Japón continuará esforzándose al máximo para proporcionar asistencia sanitaria.

Cuadro 3
Asistencia destinada a la salud por principal donante (ayuda bilateral)

Puesto/Año	*2001*	*2002*	*2003*	*2004*	*2005*	*2006*	*2007*
1	EE.UU. 1 234,06	EE.UU. 1 964,17	EE.UU. 2 182,63	EE.UU. 2 569,83	EE.UU. 3 448,3	EE.UU. 4 189,59	EE.UU. 5 612,95
2	CE 349,31	Reino Unido 415,35	CE 490,47	Japón 568,23	CE 669,42	Países Bajos 756,7	Reino Unido 1 014,7
3	Japón 308,53	CE 345,39	Reino Unido 459,81	CE 523,08	Reino Unido 587,84	Reino Unido 678,59	Canadá 626,34
4	Reino Unido 190,7	Japón 326,38	Japón 314,35	Reino Unido 438,53	Canadá 334,82	CE 580,17	CE 488,84
5	Francia 160,45	Países Bajos 219,85	Alemania 230,59	Francia 312,4	Francia 286,41	Alemania 474,15	Alemania 380,07
6	Noruega 147,19	Alemania 204,09	Francia 192,2	Canadá 265,27	Países Bajos 238,03	Japón 308,8	Japón 327,08
7	Países Bajos 136,85	Francia 199,58	Canadá 187,43	Países Bajos 259,28	Japón 212,72	Francia 272,65	Suecia 275,41
8	Alemania 122,47	Noruega 123,4	Países Bajos 157,92	Alemania 244,63	Noruega 199,56	Canadá 250,18	España 250,57
9	España 90,96	Suecia 101,81	Noruega 134,98	Suecia 66,41	Alemania 198,08	Suecia 247,53	Noruega 211,94
10	Canadá 90,27	Canadá 93,54	Suecia 116,2	Dinamarca 144,49	España 145,58	Noruega 239,28	Australia 181,94

Fuente: Preparado por el Ministerio de Relaciones Exteriores de acuerdo con las estadísticas del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE.

* Unidad: millones de dólares de los EE.UU. (comprometidos).

d) Características y puntos fuertes de la asistencia del Japón destinada a la salud

i) Respaldo a las actividades de autoayuda de los países en desarrollo

70. Las actividades de autoayuda se refieren a que los países en desarrollo asuman la responsabilidad del futuro de sus países y los esfuerzos de su pueblo por promover el desarrollo. La AOD del Japón, incluida la asistencia relacionada con la salud, se basa en la idea de que para materializar el crecimiento económico sostenible es indispensable apoyar las actividades de autoayuda de los países en desarrollo. Además, el Japón proporciona cooperación para la ejecución de proyectos individuales con el objetivo de garantizar su desarrollo sostenible por el pueblo de los países en desarrollo incluso una vez concluido su programa de asistencia. Se trata de una política firme que deriva de la rehabilitación de posguerra del Japón y su posterior experiencia en la prestación de ayuda a otros países asiáticos. Desde la convocatoria de la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África I en 1993, el Japón ha respetado las actividades de autoayuda de los países africanos y prestado apoyo para maximizar esas actividades en colaboración con otros asociados internacionales.

71. El Japón presta especial atención al desarrollo de recursos humanos, el establecimiento de instituciones jurídicas y el desarrollo de bases económicas y sociales (infraestructura) como importantes elementos de respaldo de las actividades de autoayuda de los países en desarrollo. Concretamente el desarrollo de recursos humanos es fundamental para la consolidación nacional y el desarrollo económico en los países en desarrollo, como lo es el establecimiento de instituciones jurídicas y el desarrollo de una sólida base económica y social.

ii) "Asistencia visible" arraigada en las comunidades locales

72. Tal como se acaba de exponer, en el suministro de AOD, incluida la asistencia para la salud, el Japón considera que la cooperación para el desarrollo de recursos humanos, el establecimiento de instituciones jurídicas y el desarrollo de bases económicas y sociales son vitales para las actividades de autoayuda de los países en desarrollo, dado que constituyen la base de la consolidación nacional. Teniendo esto presente, el Japón proporciona cooperación que ayuda al país receptor a desarrollar y mejorar una estrategia integral para enfrentarse a los problemas, al tiempo que respeta su autonomía, mediante la transmisión de los conocimientos, la tecnología y la experiencia adecuados de persona a persona en el país o en el Japón.

73. Por ejemplo, en virtud del plan de cooperación técnica, el Japón envía expertos de diversos campos a países en desarrollo para prestar ayuda en la ejecución de proyectos de cooperación técnica relacionados con la salud (757 expertos en el campo de la salud en el ejercicio económico de 2007)[23]. Expertos pertenecientes a instituciones bajo la jurisdicción del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, como el Instituto Nacional de Salud Pública, el Centro de Vigilancia de las Enfermedades Infecciosas y el Centro Médico Internacional del Japón, la administración pública, los hospitales, las universidades y las organizaciones de investigación, las empresas consultoras y las ONG, trabajan día y noche con sus homólogos para abordar distintos problemas relacionados con la salud con un fuerte sentido de vocación y una firme dedicación. En algunos casos, el Japón envía a los ministerios de salud de los países en desarrollo asesores que contribuyen a los esfuerzos propios de las organizaciones e instituciones receptoras de los ministerios dando asesoramiento sobre la mejora de los sistemas sanitarios o la planificación y la formulación de nuevos proyectos.

74. Las generaciones más jóvenes de japoneses participan en actividades de cooperación locales en países en desarrollo como Voluntarios japoneses para la cooperación en el extranjero y las personas mayores como voluntarios de edad (un total de 316 voluntarios en materia de salud durante el ejercicio económico de 2007)[24]. En ocasiones viajan hasta zonas apartadas de un país en las que ninguna otra organización de ayuda está presente para trabajar con las autoridades sanitarias y las comunidades locales para mejorar la salud pública.

75. Además de enviar personas a los países en desarrollo, el Japón también invita a personas de países en desarrollo a que participen en programas de formación en el Japón. En el ejercicio económico de 2007, el Japón recibió a 4.619 personas procedentes de países en desarrollo para formarse en el sector sanitario[25]. Estos participantes, como portadores de asistencia sanitaria en la primera línea de la administración sanitaria y la práctica médica, se benefician de la experiencia y el conocimiento que pueden ofrecerles los sistemas sanitarios del Japón, lo que posteriormente los ayuda a ampliar sus propios sistemas de salud.

76. Las ONG japonesas que trabajan en el sector sanitario también son importantes asociados en la asistencia sanitaria del Japón. Hasta 2007, 28 organizaciones estaban utilizando financiación estatal y llevando a cabo una asistencia a fondo a nivel popular.

77. De este modo, prestar “asistencia visible” puede considerarse una de las características destacadas de la asistencia del Japón en materia de salud, ya que expertos, voluntarios y ONG japoneses viajan hasta zonas remotas de los países receptores, en las que trabajan con diligencia para resolver problemas en estrecha colaboración con los residentes y sus homólogos locales.

iii) Contribución a la coordinación de la ayuda

78. El Japón contribuye a la coordinación de la ayuda, lo que respalda la consecución efectiva de los objetivos de desarrollo comunes, como los ODM o la estrategia de salud nacional, además de reducir la carga de los países en desarrollo.

79. La conciencia mundial sobre la importancia de lograr que la ayuda sea más efectiva ha aumentado constantemente durante los últimos años, como demuestra la aprobación de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda (Declaración de París) en 2005. La declaración, de la que el Japón es signatario, establece cinco principios fundamentales para mejorar la calidad de la ayuda[26]. En septiembre de 2008 se celebró en Ghana el tercer Foro de Alto Nivel sobre la eficacia de la ayuda, con el fin de realizar el examen de mitad de período del avance en la aplicación de la declaración, que dio lugar al Programa de Acción de Accra, que contiene objetivos que deben alcanzarse para 2010.

80. Sobre el terreno, se han creado grupos especializados en temas como la salud y la educación para prestar asistencia a modo de programas acordes a las estrategias de desarrollo del sector que se trate, y en ellos han participado muchos países donantes. Por ejemplo, el Japón se ha unido a esos enfoques basados en programas en el sector de la salud en Kenya y Zambia, el sector de la educación en Bangladesh y el sector agrícola en la República Unida de Tanzanía.

81. Además, desde 2006 el Japón ha asignado coordinadores a la cooperación económica en países africanos en los que la coordinación de a ayuda es especialmente activa[27]. Los coordinadores acumulan información pertinente,

intercambian opiniones y presentan puntos de vista sobre la asistencia para el desarrollo que presta el Japón a fin de reforzar la colaboración entre los gobiernos extranjeros, los organismos de ejecución de ayuda y las ONG, entre otros. Por este motivo, el Japón contribuye de forma activa a la coordinación de la ayuda, lo cual cada vez se está generalizando más[28].

iv) Utilización de la experiencia y los conocimientos del Japón

82. El objetivo del Japón en la prestación de asistencia consiste en aplicar su experiencia en desarrollo económico y social y en cooperación económica en beneficio de los países en desarrollo y compartir con ellos sus tecnologías innovadoras y sus conocimientos, recursos humanos y sistemas de forma que responda a sus políticas y necesidades de asistencia.

83. El Japón estuvo cerrado al mundo durante más de 200 años, pero en 1868, con el Gobierno Meiji, el país promovió una rápida modernización y occidentalización en todos los ámbitos de la sociedad, incluidos los sectores industrial, administrativo y educativo. Esto se hizo también en el ámbito de la salud, en el que se llevaron a cabo estudios, se recopilaron estadísticas y se establecieron leyes y reglamentos relativos al personal médico. Al mismo tiempo se estableció un sistema centralizado de prevención de epidemias para combatir las enfermedades infecciosas agudas como el cólera, la disentería y la fiebre tifoidea, que se extendieron por todo el país al abrirse tras su largo período de aislamiento.

84. Mientras el Japón se preparaba para la guerra durante los decenios de 1920 y 1930, surgieron preocupaciones cada vez mayores sobre la necesidad de establecer medidas para combatir la tuberculosis, que en aquella época se extendía por todo el Japón, y para hacer frente a la alta tasa de mortalidad infantil. El país entero estaba azotado por la pobreza. En muchos pueblos no había médicos e incluso en los casos en los que sí los había, muchas familias no podían permitirse pagar sus honorarios. Esta situación hizo que se estableciese el Ministerio de Salud y Bienestar, que supervisó los servicios de atención sanitaria centrales y locales, incluidos los centros sanitarios locales de todo el país, y propició con ello la mejora de los dos tipos de servicios. En los pueblos, el personal de enfermería de los servicios de salud pública comenzó a desempeñar un papel activo en la lucha contra la tuberculosis, mejorando la salud materna e infantil, y formulando el denominado “enfoque de salud comunitaria”.

85. Tras la guerra y la devastación que ésta causó, el Japón se levantó y comenzó la reconstrucción, con el apoyo de los Estados Unidos y el UNICEF, y la ayuda reembolsable del Banco Mundial, entre otros órganos. Bajo la dirección del Cuartel General se reestablecieron los servicios de atención sanitaria, y las enfermeras de salud pública, las parteras y otras mujeres profesionales de la salud prestaron servicios principalmente en los centros de salud locales. Al mismo tiempo, las asociaciones de residentes y organizaciones privadas hicieron esfuerzos por atender a las necesidades sanitarias de la gente, con la consecuencia de la considerable mejora de la situación de la tuberculosis y la salud materna e infantil, preocupaciones inmediatas de la época.

86. En el decenio de 1960, el cambio social comenzó a provocar nuevos problemas sanitarios. Por ejemplo, el desarrollo industrial fue causa de contaminación y problemas medioambientales, y aumentó la incidencia de accidentes laborales. Los cambios en el modo de vida de las personas hicieron que aumentase el riesgo de

afecciones cardíacas, cáncer y otras enfermedades asociadas al modo de vida; asimismo, el envejecimiento de la población hizo que se planteasen preocupaciones sobre la carga que plantean los gastos médicos. En 1961 se estableció la cobertura universal del seguro sanitario.

87. En los 150 años transcurridos desde el establecimiento del Gobierno Meiji, el Japón, en ocasiones con la influencia y el apoyo de otros países, ha acumulado constantemente experiencia para afrontar los retos relacionados con la salud a los que ahora se enfrentan muchos países en desarrollo. Éstos incluyen encontrar modos para detener la propagación de la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, reducir las tasas de mortalidad infantil y materna, y establecer sólidos sistemas sanitarios. La experiencia del Japón ha dado forma a su enfoque de salud comunitaria, que, en un momento en el que las instalaciones y el personal médicos escaseaban en el ámbito local, protegió la salud de los residentes locales mediante los esfuerzos concertados de los centros de salud locales, las parteras y los residentes. También hizo que se publicase el *Maternal and Child Health Handbook* (Manual de salud maternoinfantil) y se adoptasen medidas basadas en él, aparte de establecer la base para muchas iniciativas del país para proporcionar asistencia a los países en desarrollo en el ámbito de la salud. Es evidente que la asistencia prestada por el Japón hace uso de su experiencia, conocimientos y sistemas. Esta experiencia se describe sistemáticamente en un informe y en materiales didácticos audiovisuales[29] que ha elaborado, los cuales pueden emplear los países en desarrollo según sea necesario en función de su situación económica y social, y de los problemas sanitarios a los que se enfrenten.

v) Aplicación constante de iniciativas

88. La aplicación constante de una serie de iniciativas constituye otra parte de la asistencia prestada por el Japón a favor de la salud. En 2000, anunció la iniciativa de Okinawa contra las enfermedades infecciosas en la Cumbre de Kyushu Okinawa del Grupo de los Ocho, y prometió dedicar 3.000 millones de dólares a la adopción de medidas integrales contra las enfermedades infecciosas en los ejercicios económicos de 2000 a 2004. En última instancia, el Japón proporcionó ayuda por valor de aproximadamente 5.800 millones de dólares, lo que supera con creces su promesa inicial de 3.000 millones de dólares.

89. Tal como ya se ha mencionado, la inclusión por parte del Japón de las enfermedades infecciosas como tema importante del programa por primera vez en la historia de las cumbres y su posterior anuncio de la iniciativa contra las enfermedades infecciosas, hizo que en 2002 se estableciese el FMSTM y el Japón ha cumplido rigurosamente sus compromisos con el Fondo. En junio de 2005, el Primer Ministro Junichiro Koizumi prometió 500 millones de dólares al FMSTM, y el desembolso se produjo entre 2006 y 2008. En la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV, celebrada en mayo de 2008, el entonces Primer Ministro Yasuo Fukuda destacó el hecho de que el Japón prometiese entregar 560 millones de dólares al FMSTM a partir de 2009 y, en marzo de 2009, el Gobierno del Japón desembolsó aproximadamente 194 millones de dólares como un primer paso del compromiso plurianual. Como consecuencia, en abril de 2009 el desembolso del Japón al FMSTM ascendía a 1.040 millones de dólares.

90. Tras la iniciativa contra las enfermedades infecciosas, el Japón anunció la iniciativa de salud y desarrollo en el Foro de Alto Nivel sobre los ODM

relacionados con la salud en Asia y el Pacífico en 2005, y comprometió 5.000 millones de dólares en asistencia para el período de cinco años del ejercicio económico de 2005 al de 2009. Para contribuir a la consecución de los ODM con arreglo a esta iniciativa, el Japón proporcionó apoyo en los sectores básicos de educación y agua/saneamiento, además de asistencia para reforzar los sistemas sanitarios, reducir las tasas de mortalidad infantil, mejorar la salud materna y establecer medidas para combatir las enfermedades infecciosas. Desembolsó aproximadamente 1.200 millones de dólares en el ejercicio económico de 2005, 1.900 millones en el de 2006 y 1.400 millones en el de 2007 (aproximadamente 4.500 millones en total). La promesa inicial de 5.000 millones de dólares en un período de cinco años está a punto de cumplirse en tan solo tres años.

91. Puede decirse que la constante aplicación por parte del Japón de una serie de iniciativas para cumplir su responsabilidad con la comunidad internacional es otra característica destacada de la asistencia que proporciona.

e) Estudio de casos: mejores prácticas de la asistencia del Japón destinada a la salud

i) Salud materna, neonatal e infantil (contribuciones a los Objetivos de Desarrollo de Milenio cuarto y quinto):

Cooperación mediante la utilización de un enfoque integral de la atención continuada de la salud materna, neonatal e infantil

92. Desde la perspectiva de la seguridad humana, el Japón ha ido ampliando la cooperación mediante un enfoque integral de la atención continuada de la salud materna, neonatal e infantil, con frecuencia basándose en el manual de salud maternoinfantil. A dicho manual, que constituye un buen ejemplo de la asistencia que emplea la experiencia del Japón, se le ha prestado gran atención. Ahora se lo ha introducido en países tan distantes del Japón como Palestina, dado el éxito de su introducción y distribución entre los países asiáticos como Indonesia[30]. Además del número de ejemplares del manual en circulación, la consecución de los ODM requiere nuevas mejoras cualitativas en los servicios sanitarios para las madres, los recién nacidos y los niños.

93. Consciente de esto, el Japón inició en 2004 un proyecto de cooperación técnica de tres años de duración para mejorar la atención sanitaria materna en las zonas rurales de Marruecos[31], donde se observó una notable diferencia regional en la tasa de mortalidad materna. Se establecieron programas de formación de postgrado destinados a mejorar la capacidad práctica, el conocimiento y la conciencia de los trabajadores de la salud; se ejecutaron programas de fomento de la capacidad para los administradores de la salud, de modo que pudiesen gestionar el proyecto de atención sanitaria materna e infantil; y se reforzaron los programas que emplean la información, la educación y la comunicación (IEC), al igual que los servicios de clínicas móviles para las mujeres embarazadas. Además, se establecieron clases de preparación al parto, denominadas “Tamago”, que en japonés significa “huevo”, con la introducción de un manual de salud para mujeres[32], similar al manual de salud maternoinfantil, con el fin de promover la salud materna, neonatal e infantil desde una perspectiva de atención sanitaria integral.

94. Como consecuencia de la ejecución del proyecto, se han propiciado cambios, incluidos el establecimiento de un modelo de educación continua para los

trabajadores de la salud dedicados al cuidado de las mujeres embarazadas, una mejor motivación por parte de las enfermeras y parteras gracias a una formación basada en el modelo de educación continua y la materialización de referencias adecuadas, lo que en definitiva ha dado lugar a una mejora general de la calidad de la atención sanitaria materna.

95. El Japón ha ejecutado otros muchos programas de asistencia que han contribuido en este mismo sentido, principalmente mediante el fomento de la capacidad y el establecimiento de marcos de cooperación entre los administradores de la salud, los establecimientos locales de servicios sanitarios, los trabajadores de la salud y las organizaciones locales. Éstos incluyen el "proyecto de mejora de los servicios de salud maternoinfantil en zonas rurales de Camboya" y el "proyecto de mejora de los servicios de salud materna, neonatal e infantil en la República de Madagascar".

96. Dado que dichos sistemas regionales de servicios de salud materna contribuyen en última instancia a la salud general de los niños, por ejemplo a través de programas de vacunación ampliados, los anteriores proyectos constituyen algunas de las mejores prácticas que el Japón puede ofrecer en el ámbito de la salud materna, neonatal e infantil.

ii) Lucha contra las enfermedades infecciosas (contribución al sexto ODM): lucha contra la tuberculosis mediante tratamiento acortado observado directamente en Camboya

97. La tuberculosis es una de las principales causas de mortalidad en Camboya, que está clasificado como uno de los 22 países más afectados por esta enfermedad. En 1994, el Gobierno de Camboya reforzó el programa nacional de lucha contra la tuberculosis, en colaboración con la OMS, lo que produjo cierto grado de mejora en la tasa de curación. No obstante, debido a la rápida expansión de los servicios de tratamiento acortado observado directamente, se hicieron evidentes la falta de trabajadores de la salud calificados dedicados a la lucha contra la enfermedad y las necesidades de formación de recursos humanos. La propagación del VIH/SIDA fue otro motivo de preocupación por el aumento del número de pacientes con tuberculosis.

98. En respuesta a esto, el Japón ejecutó un proyecto de cooperación técnica de cinco años de duración para reforzar la capacidad del programa de lucha contra la tuberculosis y proporcionó formación en la materia a los trabajadores de la salud en la primera etapa del proyecto de lucha contra la tuberculosis, que comenzó en 1999. La cobertura de los servicios de tratamiento acortado observado directamente en 750 centros de salud de todo el país alcanzó prácticamente el 100%. Se establecieron marcos para afrontar la coinfección de tuberculosis y VIH y su diagnóstico, tratamiento y prevención tempranos, o se ampliaron en los casos en que ya existían. Éstos incluyen un servicio denominado "clínicas de la tarde" que proporciona diagnósticos de tuberculosis a las personas con VIH/SIDA, o una red nacional de laboratorios externos de garantía de calidad para detectar la tuberculosis mediante el examen de un frotis de esputo. Además, el proyecto contribuyó a la formulación de directrices quinquenales para un programa nacional para la tuberculosis, la creación de un sistema logístico sostenible de medicamentos, el refuerzo de la capacidad técnica y de gestión del personal del programa de lucha contra la tuberculosis para realizar un estudio nacional de la prevalencia y para la

ampliación del tratamiento acortado observado directamente, el refuerzo de la capacidad de los administradores de salud y los técnicos de laboratorio mediante la formación en el Instituto de Investigación sobre la Tuberculosis/Asociación Japonesa de lucha contra la Tuberculosis. Además, como parte de la coordinación de la ayuda, el Programa Mundial de Alimentos, con el apoyo del Gobierno del Japón, proporcionó alimentos para aproximadamente 33.000 pacientes de tuberculosis que estaban recibiendo tratamiento acortado observado directamente cada año, lo que supuso un enorme incentivo para que recibiesen el régimen de tratamiento completo para la tuberculosis. Después de haber hecho grandes avances en la ampliación del tratamiento acortado observado directamente, los esfuerzos de lucha contra la tuberculosis se centran ahora en reforzar los servicios sanitarios de acuerdo con el programa de lucha contra la tuberculosis[33], por ejemplo, mediante una mejor gestión de la calidad y una mayor atención a los grupos y las zonas de difícil acceso. Como consecuencia, en 2004 se inició la segunda etapa del proyecto de lucha contra la tuberculosis, que también tiene una duración de cinco años. En la segunda etapa se aplicó una combinación pública y privada del tratamiento acortado observado directamente y una forma comunitaria con el fin de proporcionar la terapia a los grupos y las zonas de difícil acceso. También se desarrollaron directrices para el tratamiento posterior a la forma rutinaria del tratamiento acortado observado directamente para la coinfección de tuberculosis y VIH y la tuberculosis pediátrica, y se han prestado servicios acordes con éstas. Además, se realizaron actividades efectivas de información, educación y comunicación, y de promoción, en apoyo al programa de lucha contra la tuberculosis, a fin de promover el cambio de las actitudes y el comportamiento de los pacientes de esta enfermedad, sus familias y los miembros de su comunidad.

99. La segunda etapa del proyecto ha conseguido resultados importantes y ha tenido efecto en el programa de lucha contra la tuberculosis en Camboya. Este país ha conseguido alcanzar la meta con respecto a la tuberculosis, que era una tasa de curación del 85% y una tasa de detección del 70% para el ejercicio económico de 2006. Esto se atribuyó a varios factores, incluida la promoción de un plan de cooperación con los trabajadores privados de sanidad y las ONG mediante la aplicación de una combinación pública y privada del tratamiento acortado observado directamente, el empoderamiento de la comunidad mediante la forma comunitaria de dicho tratamiento y estableciendo un plan para la coordinación entre las actividades relacionadas con la tuberculosis y el VIH y el programa de lucha contra la tuberculosis.

100. Ese proyecto en Camboya, que incorpora la perspectiva de seguridad humana[34] y se ha ocupado de las cuestiones relacionadas con la tuberculosis mediante la adopción de un enfoque integral de esta dolencia, es una de las mejores prácticas del Japón en la lucha contra las enfermedades infecciosas.

iii) Iniciativa del sector privado: producción de mosquiteros antimalaria en la República Unida de Tanzanía por Sumitomo Chemical Co., Ltd.

101. La malaria sigue siendo una de las enfermedades más devastadoras que afectan al mundo. Se calcula que entre 330 y 500 millones de personas contraen cada año la malaria y, de ellas, el 90% se encuentra en África. Además, se calcula que esta enfermedad le cuesta a África 12.000 millones de dólares en pérdidas para el producto interno bruto (PIB) de África. Tal como ha señalado la Alianza Europea contra la Malaria, el impacto de la malaria no se siente solamente en términos del

sufrimiento humano y las muertes que causa, sino también por la gran magnitud del costo y la carga económicos que supone.

102. Por ello, Sumitomo Chemical ha desarrollado la OLYSET® NET, que es un mosquitero que emplea una tecnología especial para impregnar las fibras con insecticida, lo que ayuda a controlar los mosquitos y prevenir la infección. El ingrediente activo es liberado gradualmente por las fibras que componen el mosquitero, que mantiene una eficacia insecticida durante un mínimo de cinco años, incluso tras muchos lavados. La OLYSET® NET es el único mosquitero totalmente aprobado por la OMS como mosquitero insecticida de larga duración. Los mosquiteros han sido distribuidos ampliamente en unos 40 países africanos (principalmente del África Subsahariana) y 20 países del Asia Sudoriental a través de la OMS, el UNICEF y las ONG. Además, Sumitomo Chemical contribuye a la consecución de los ODM mediante donaciones de la OLYSET® NET en colaboración con otras organizaciones como Millennium Promise[35] y el UNICEF.

103. En septiembre de 2003 se facilitó de forma gratuita la tecnología de producción de la OLYSET® NET al fabricante tanzano de mosquiteros A to Z Textile Mills, Ltd., que en la actualidad dirige una fábrica de producción de la OLYSET® NET. En febrero de 2007, Sumitomo Chemical trabajó con el fabricante para ampliar la producción y con otra empresa local estableció una iniciativa conjunta denominada Vector Health International, Ltd., para fabricar la OLYSET® NET. Estas iniciativas contribuyeron a establecer un plan de autoayuda sostenible en la comunidad local mediante el aumento de la capacidad de suministro y la reducción del costo. A finales de 2008, la capacidad de producción anual de la República Unida de Tanzanía había aumentado a 38 millones de redes y esta ampliación de la producción ayudó a crear más de 4.000 puestos de trabajo en la comunidad local, lo que a su vez ha contribuido a mejorar la economía de la región.

104. Sumitomo Chemical ha decidido establecer otra base de producción en Nigeria en respuesta al aumento de la demanda de mosquiteros insecticidas de larga duración en África. Aunque todavía no están listos los planes, la empresa prevé que la capacidad de producción anual sea de 20 millones de mosquiteros y que se crearán más de 5.000 empleos locales.

105. Este proyecto es una iniciativa pionera y una de las mejores prácticas desarrolladas por una empresa privada japonesa, ya que vincula directamente un negocio principal con la asistencia al desarrollo.

iv) Programa de creación conjunta de conocimiento entre Asia y África (AAKCP): gestión integral de la calidad para mejorar los servicios hospitalarios: enfoque holístico de la utilización de los recursos existentes

106. Basándose en la importancia de la cooperación entre Asia y África, que se reafirmó en la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África III, el JICA inició el programa de creación conjunta de conocimiento entre Asia y África (AAKCP) para promover la cooperación Sur-Sur. “Gestión integral de la calidad para mejorar los servicios hospitalarios” es el segundo programa emprendido por el AAKCP y en la actualidad se está ejecutando en 15 países africanos[36].

107. En numerosas ocasiones se ha señalado que en África la gestión del sistema de suministro de servicios hospitalarios presenta algunos aspectos problemáticos. Debido a una escasez crónica de recursos médicos, el reto al que necesitaba

enfrentarse el sistema era el de encontrar un modo de mejorar su gestión de forma de prestar los mejores servicios hospitalarios posibles. Dadas las carencias y limitaciones del sistema, el único modo de conseguir un gran avance era mejorar la gestión de los hospitales y la planificación de la política sanitaria en el proceso cotidiano. Hace tiempo que los países asiáticos se han enfrentado a estos mismos retos y Sri Lanka, por ejemplo, ha conseguido superarlos utilizando métodos de gestión del control de calidad desarrollados por la industria manufacturera del Japón, como las 5S, el CQI y la TQM[37].

108. Con ese fin, en el marco del AAKCP se llevaron a cabo tres seminarios/talleres y un proyecto piloto con expertos asiáticos tanto en el Japón como en Sri Lanka. Se esperaba que los administradores de salud y los gestores de hospitales africanos participantes ideasen planes prácticos para garantizar los mejores servicios hospitalarios posibles que pudieran aplicarse mediante los propios esfuerzos de cada país en las condiciones existentes (gráfico 1). La formación práctica proporcionada, incluida la visita a fabricantes como Toyota Motors, en general fue muy valorada por los participantes, y se prevé que el programa fomente un aumento notable de los recursos humanos.

109. Dado que la cooperación Sur-Sur es una de las cuestiones prioritarias identificadas en la política a mediano plazo del Japón sobre la AOD, y ya que el AAKCP se centra en la mejora de las prácticas de gestión cotidianas en lugar de requerir grandes inversiones financieras, este programa es otra de las mejores prácticas del Japón, adecuado para los países africanos que sufren condiciones económicas y financieras muy adversas incluso más allá de la actual crisis económica.

Gráfico 1
Antes y después de la introducción del AAKCP

Fuente: JICA.

v) Proyecto de apoyo al plan de inversión de capital en salud en Zambia

110. En el marco de las reformas sanitarias iniciadas en 1992, el Gobierno de Zambia trató de reconvertir todo el sector sanitario en un sistema efectivo y eficiente. Conjuntamente con este plan estratégico, que comenzó en 2006, el JICA llevó a cabo un proyecto de cooperación técnica de dos años de duración diseñado para ampliar el sistema de información creado en virtud del "censo de establecimientos de salud", que fue el estudio básico en ultramar del JICA para el ejercicio económico de 2004, y ayudó a la formulación de un plan de inversión en capital de salud (HCIP) para permitir a Zambia proporcionar una atención sanitaria y unos servicios médicos eficientes basados en su Plan Estratégico Nacional de Salud (NHSP) (gráfico 2)[38].

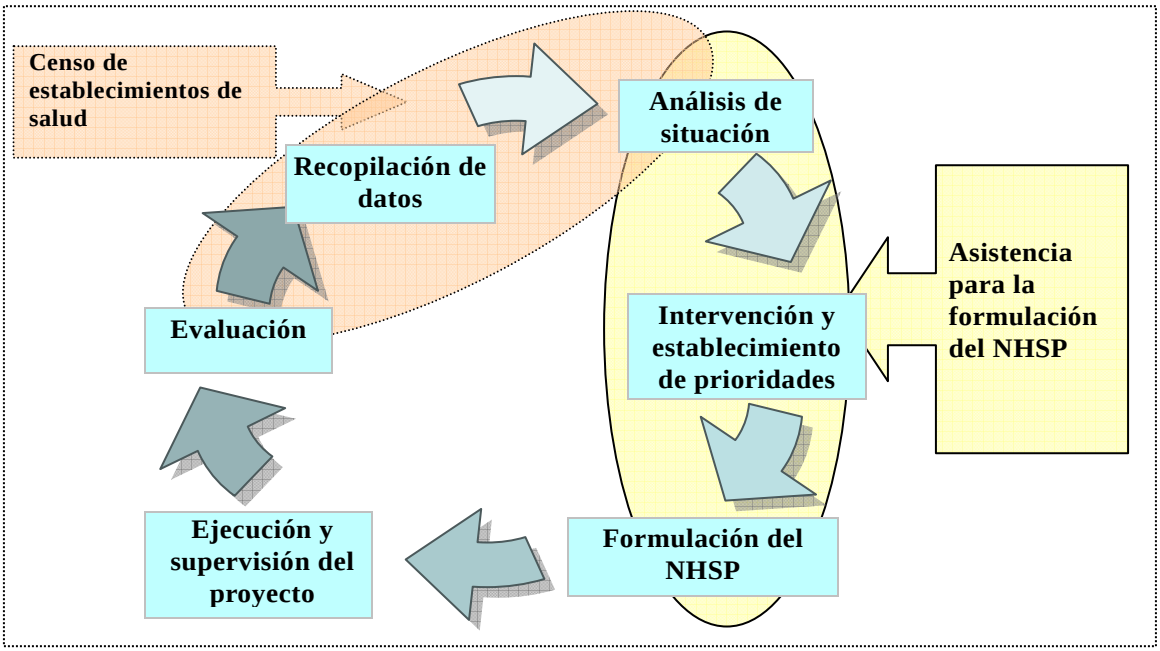
111. Por lo tanto se ha desarrollado una base de datos de instalaciones sanitarias que comprende 1.395 instalaciones de este tipo en todo el país por debajo del nivel primario (especialmente hospitales de distrito, centros de salud y puestos de salud), y se la ha integrado en el sistema nacional de gestión de la información sobre salud (gráfico 3). También se publicó y distribuyó un atlas de instalaciones sanitarias (gráfico 4) que se distribuyó a las oficinas de salud provinciales y de distrito, así como a otros donantes. Además se organizaron talleres de retroinformación sobre el censo de establecimientos de salud para los establecimientos sanitarios nacionales, provinciales y de distrito.

112. Como consecuencia, todos los hospitales y oficinas de salud de distrito han elaborado y presentado planes de inversión de capital al Ministerio de Salud a través de las oficinas provinciales de salud después de haber hecho un análisis conjunto del establecimiento de salud y otros datos pertinentes. Además, dado que la base de datos de instalaciones sanitarias no solo incluye información sobre las instalaciones y el equipo sanitarios, sino también sobre la asignación de recursos humanos y la distribución de servicios de salud, también se ha utilizado con relación a un plan estratégico nacional para abordar el éxodo intelectual de trabajadores de la salud, un proyecto realizado por la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI) para reforzar los sistemas de salud, un sistema de gestión de la información sanitaria respaldado por la Comisión Europea, además de un marco de evaluación del rendimiento, que es un indicador para el Plan Nacional de Desarrollo de Zambia.

113. Basándose en lo anterior, los resultados del proyecto pueden resumirse del siguiente modo: se ha mejorado la disponibilidad de información sobre el estado de las instalaciones de salud en el país; se ha aumentado la capacidad del sistema sanitario público a todos los niveles para utilizar los datos de establecimientos de salud para el HCIP; y se ha reforzado la integración de la inversión en el sector de la salud con otros planes de desarrollo nacional en todos los ámbitos; al igual que la integración del HCIP con otros planes de desarrollo sectoriales.

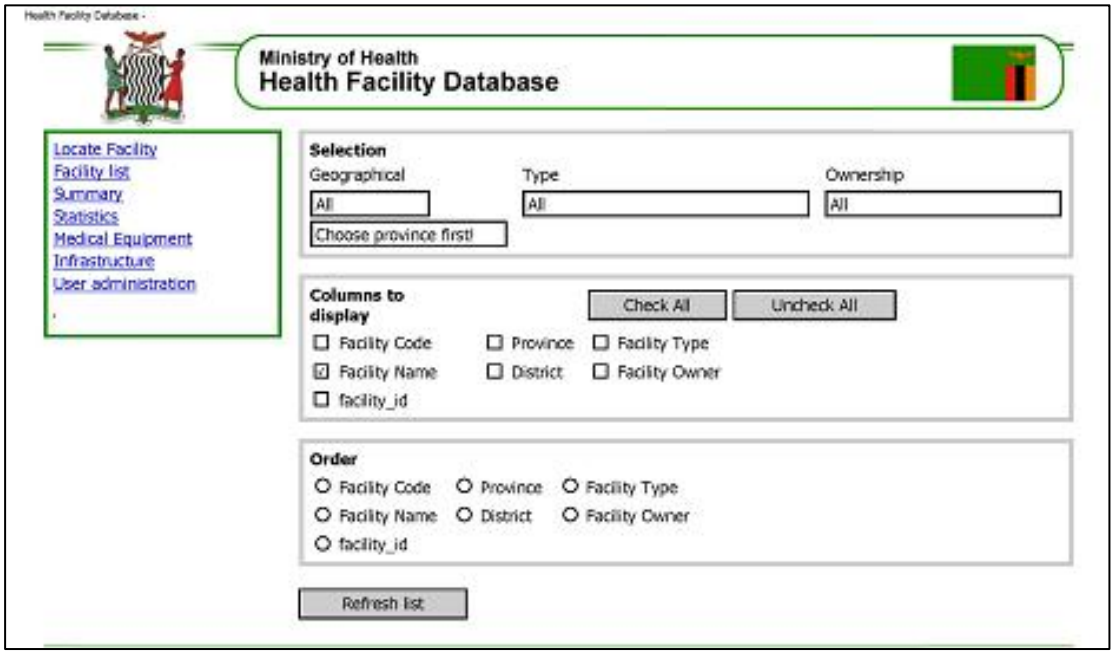
114. Sobre la base del HCIP para toda la nación, cuya formulación completó el Ministerio de Salud en diciembre de 2008, se prevé que la inversión de capital para la mejora de las instalaciones y el equipo sanitarios se vea respaldada con fondos del presupuesto del Gobierno de Zambia, un fondo colectivo correspondiente al enfoque sectorial o con financiación directa procedente de donantes. Aunque el Japón no presta asistencia en dicha inversión directa de capital, se prevé que inicie un proyecto complementario en el ejercicio económico de 2009, con el fin de aumentar la eficiencia del sistema de gestión del activo sanitario[39] en el marco del HCIP.

Gráfico 2
Marco del “censo de establecimientos de salud” y proyecto de apoyo al HCIP



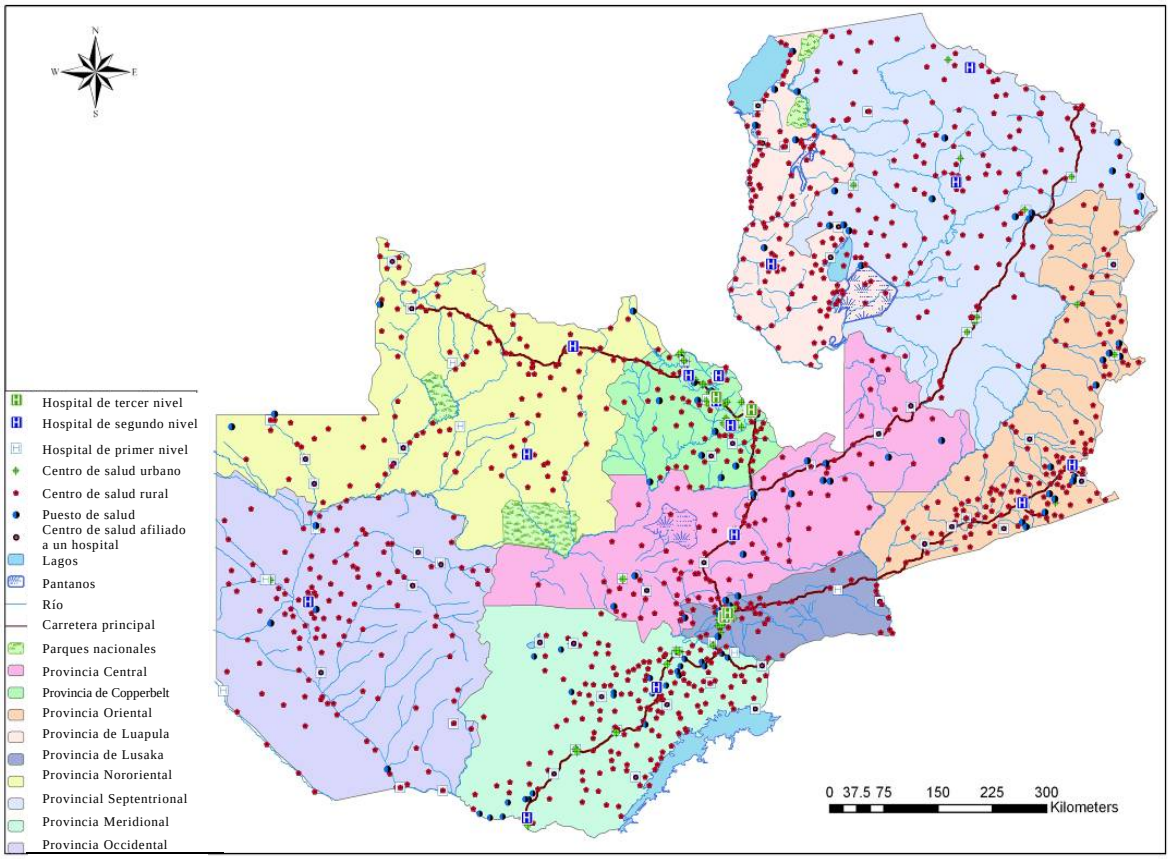
Fuente: JICA.

Gráfico 3
Página de inicio de la base de datos de instalaciones sanitarias



Fuente: JICA.

Gráfico 4
Atlas de instalaciones sanitarias (mapa de las instalaciones sanitarias de todo el país)



Fuente: JICA.

115. El Ministerio de Salud calcula el monto del presupuesto para la mejora de las instalaciones y equipos sanitarios en 2008 en aproximadamente 750 millones de yen, de una inversión total en el sector de la salud de aproximadamente 5.600 millones de yen, pero se prevé que aumente el presupuesto para el sector sanitario ya que se ha reforzado la integración del HCIP con otros planes de desarrollo sectoriales.

116. Este proyecto representa otra de las mejores prácticas del Japón y ha demostrado que el enfoque de cooperación técnica a modo de proyecto ha contribuido al desarrollo del sector sanitario en el ámbito nacional prestando apoyo al NHSP, que a su vez hizo posible emplear el presupuesto del Gobierno de Zambia, un fondo colectivo correspondiente al enfoque sectorial o la financiación directa por varios donantes.

vi) Asistencia mediante el Fondo para la Seguridad Humana (asistencia integral a los adolescentes por conducto de las Naciones Unidas)

117. En Bolivia, cuestiones como el alto porcentaje de mortalidad materna y la violencia sexual y en el hogar se están convirtiendo en graves problemas sociales. Además, el gran número de embarazos de adolescentes está haciendo aumentar el riesgo de contraer el VIH/SIDA. En el pasado, la política dirigida a los adolescentes se basaba en la formación profesional. No se consideraba que los adolescentes tuviesen una gran necesidad de atención sanitaria, dado que se pensaba en ellos como el segmento más saludable de la población. Por otra parte, el plan de desarrollo nacional de Bolivia otorga una gran prioridad a la salud reproductiva, aunque no se hayan considerado importantes elementos como el suministro de educación e información sobre medidas anticonceptivas o el desarrollo de la independencia y la integración social dirigidos a adolescentes.

118. Para hacer frente a esta situación, el UNICEF, el UNFPA y la OMS/Organización Panamericana de la Salud (OPS) llevan a cabo de forma conjunta un proyecto titulado "Seguridad humana para los adolescentes: empoderamiento y protección contra la violencia, el embarazo precoz, la mortalidad materna y el VIH/SIDA", patrocinado por el Fondo para la Seguridad Humana.

119. Los tres pilares del proyecto son: a) la salud, b) la educación y c) la inclusión social. Con esos fines, el proyecto incluye actividades como la mejora de los servicios sociales y médicos y las instalaciones médicas con relación al VIH/SIDA; el embarazo en la adolescencia; la mortalidad materna; la violencia sexual y en el hogar y el establecimiento de redes para prevenirlas; y la formación de los trabajadores de la salud. Además, teniendo en cuenta el hecho de que las escuelas se han convertido en semilleros de violencia sexual, el proyecto proporciona educación sanitaria y sexual, incluso información sobre el VIH/SIDA; aplica un programa de estudios sobre prevención de la violencia; mejora los materiales didácticos; y lleva a cabo una instrucción para la toma de conciencia dirigida a los padres y las comunidades. Además, el proyecto respalda la creación y las actividades de grupos de la misma edad, de forma que los propios adolescentes puedan abordar estas cuestiones, haciendo que se tengan en cuenta sus ideas. También se están estableciendo sistemas municipales en apoyo a estos grupos, con el fin de garantizar la continuidad de sus actividades.

120. El proyecto aborda de forma integral el sector sanitario y otros sectores como la educación y la inclusión social de los adolescentes desde las perspectivas tanto de la "protección" como del "empoderamiento", sobre la base de la sostenibilidad y la perspectiva a largo plazo.

121. Las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas están realizando estas actividades en colaboración con las comunidades locales, incluidos los padres, las ONG y las autoridades locales como el gobierno municipal, lo que incorpora el enfoque participativo que constituye un elemento significativo de la seguridad humana. Además, para la ejecución del proyecto se consultó a las oficinas locales del JICA ya en la etapa de planificación, y se programó un control conjunto, teniendo en cuenta la necesidad de una colaboración efectiva y garantizando que cada organización de ejecución desempeñaría su propio papel distintivo.

4. Previsión para el futuro

a) Seguimiento de la Cumbre del Grupo de los Ocho

i) Acción mundial para el fortalecimiento del sistema sanitario

122. El Gobierno del Japón realizó actividades de seguimiento para mantener el impulso mundial hacia la mejora de la salud que se había desarrollado con miras a la Cumbre de Hokkaido Toyako del Grupo de los Ocho. La cuarta Reunión de expertos en salud del Grupo de los Ocho se celebró en noviembre de 2008 y los miembros acordaron seguir trabajando para construir un mecanismo de seguimiento y hacer un examen periódico de los compromisos del Grupo de los Ocho, en el que Italia tomó el relevo de la presidencia de este año.

123. También se están realizando actividades de seguimiento lideradas por el sector privado. Conscientes de la necesidad de fortalecer los sistemas de salud, tanto en el ámbito internacional como sobre el terreno, en que el Japón se centró en la Cumbre de Hokkaido Toyako del Grupo de los Ocho, se establecieron un comité asesor internacional y un equipo de tareas sobre la acción mundial para el fortalecimiento del sistema sanitario[40] dirigidos por el Profesor Keizo Takemi[40]. Formados por líderes de opinión internacionales en el ámbito de la salud, el objeto del comité y el equipo de tareas era la formulación de propuestas de políticas al Grupo de los Ocho en tres ámbitos principales relativos al fortalecimiento de los sistemas de salud, a saber, los trabajadores de la salud, la financiación de la salud y la información sanitaria.

124. En noviembre de 2008, el Grupo de Trabajo sobre los problemas de la salud mundial y las contribuciones del Japón, el Japan Center for International Exchange (JCIE) (Centro del Japón para el Intercambio Internacional), el Ministerio de Relaciones Exteriores, el Banco Mundial, la OMS y la Fundación Bill y Melinda Gates celebraron conjuntamente en Tokio la Conferencia Internacional sobre Acción Mundial para el Fortalecimiento del Sistema Sanitario[41] como complementos de la Cumbre del Grupo de los Ocho. Además de los miembros del comité asesor internacional y el equipo de tareas mencionados, participaron más de 150 expertos y funcionarios de organizaciones de ayuda para el desarrollo como las Naciones Unidas, las ONG y los gobiernos, que realizaron debates que invitaban a la reflexión sobre los trabajadores de la salud, la financiación de la salud y la información sanitaria. Las aportaciones de los participantes se reflejaron en un informe titulado “Global Action for Health System Strengthening-Policy Recommendations to the G8”[42] (Acción mundial para el fortalecimiento del sistema sanitario – recomendaciones de política al Grupo de los Ocho), que posteriormente se entregó a los Gobiernos del Japón y de Italia en enero de 2009, después de lo cual sus autores han celebrado seminarios y conferencias internacionales con el fin de darle una amplia divulgación. Todas las partes interesadas, incluidos los miembros del equipo de tareas y los funcionarios gubernamentales, están tomando medidas concertadas para que las propuestas se pongan en práctica.

ii) Situación actual respecto al fortalecimiento de los sistemas de salud

125. Aunque cada vez es mayor la conciencia internacional sobre la importancia de fortalecer los sistemas de salud, su definición, modelo, estrategia y planteamiento varían en función de los distintos organismos, y los países en desarrollo, al igual que

la comunidad internacional, todavía están debatiendo cuáles son eficientes y efectivos.

126. En la 62ª Asamblea Mundial de la Salud que se celebrará en mayo de 2009 (al 15 de mayo de 2009), se prevé aprobar una resolución titulada "Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud". Esta resolución se basa en el proyecto de resolución propuesto en enero de 2009 por 39 países, incluido el Japón, en la 124ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS y el objetivo es determinar y promover aún más las iniciativas de la OMS y los Estados miembros hacia las cuestiones de fortalecimiento de los sistemas de salud, incluidos la financiación sanitaria, los trabajadores de salud y los sistemas de información y vigilancia de la salud, entre otros.

127. No obstante, el fortalecimiento de los sistemas de salud no puede conseguirse solamente mediante los esfuerzos de la OMS y sus Estados miembros. Se anima a que todas las organizaciones pertenecientes al H8, como el Banco Mundial, el FMSTM y la GAVI, se comprometan. La colaboración con todas las partes interesadas es inevitable para obtener los máximos resultados.

128. El fortalecimiento de los sistemas de salud se complementa mutuamente con el concepto de la atención sanitaria primaria que hace hincapié en la perspectiva comunitaria y pretende el acceso universal a los servicios básicos de atención sanitaria. El fortalecimiento de los sistemas de salud debe hacerse a través del plan nacional de salud, otorgando la máxima prioridad a lo fundamentalmente necesario en las comunidades y los distritos.

Recuadro

Acción mundial para el fortalecimiento del sistema sanitario – Recomendaciones de política al Grupo de los Ocho

Recomendaciones de política al Grupo de los Ocho, primera parte: "oportunidades para superar la crisis de los trabajadores de salud"[43]

Durante mucho tiempo, en la planificación y gestión sanitaria los recursos humanos para la salud han sido una preocupación y en la actualidad existe una enorme carencia de trabajadores de este sector en todo el mundo. No obstante, el Profesor Masamine Jimba, que dirige el grupo de investigación sobre trabajadores de la salud, identifica otros problemas importantes que van más allá del mero número de trabajadores de la salud, entre los que figuran remuneración, motivación, formación y supervisión inadecuadas, además de un entorno de trabajo deficiente. El Profesor Jimba identifica también una distribución inmensamente desigual de los trabajadores de este sector dentro de los países y de un país a otro, así como entre especialidades y capacidades. En respuesta a esto, en su informe recomienda cuatro medidas principales que debe adoptar el Grupo de los Ocho para afrontar estos problemas:

1. Reforzar la capacidad de los países para planificar, ejecutar y evaluar programas para los trabajadores de salud, de forma que puedan hacer un uso más efectivo de los trabajadores de que disponen y aplicar los compromisos del Grupo de los Ocho.

   1.1 Desarrollar mecanismos para evaluar el avance de los trabajadores de salud en el ámbito nacional.

1.2 Identificar formas de cambiar la política macroeconómica para reducir las limitaciones al aumento del número de trabajadores de la salud.

1.3 Reforzar las redes internacionales de instituciones de educación superior para proporcionar acceso a la formación sanitaria y médica en zonas con recursos limitados.

2. Abordar las causas de la migración internacional de los trabajadores de la salud por el lado de la demanda.

2.1 Poner orden mediante el aumento del número de trabajadores de la salud en sus países empleando sus propios recursos.

2.2 Respaldar el código de prácticas de la OMS para abordar las cuestiones de migración.

2.3 Buscar soluciones prácticas que protejan el derecho de las personas a buscar empleo mediante la migración y el derecho de todas las personas a la salud.

3. Realizar un examen anual de las medidas adoptadas por los países del Grupo de los Ocho para mejorar la plantilla de trabajadores de salud.

3.1 Evaluar qué están haciendo los países del Grupo de los Ocho, qué ha funcionado y proporcionar pruebas que lo avalen, empleando un conjunto uniforme de medidas comunes.

3.2 Utilizar este examen para evaluar el funcionamiento de los sistemas de salud, identificar los vacíos en la financiación y la información, desarrollar mejores prácticas basadas en pruebas reales y aumentar el conocimiento sobre cómo mejorar el funcionamiento del sistema de salud mediante el refuerzo de los recursos humanos, además de ver cómo están cumpliendo los países del Grupo de los Ocho los compromisos que han adquirido.

Recomendaciones de política al Grupo de los Ocho, segunda parte: "fortalecimiento de la financiación sanitaria en los países en desarrollo asociados"[44]

No existen cálculos totalmente exactos sobre la financiación de la salud en los países en desarrollo, pero las últimas tendencias indican que las fuentes externas e internas de financiación para la salud han ido aumentando. No obstante, en su informe sobre esta materia, el Dr. Ravindra P. Rannan-Eliya destaca que más dinero no necesariamente implica mejores resultados. Algunos países son capaces de conseguir un mejor funcionamiento de su sistema sanitario con recursos financieros limitados, mientras que otros que han hecho mayores inversiones en la salud han tenido menos éxito. Esta gran variación en los resultados obtenidos por los países permite comprender las condiciones en las que determinados sistemas sanitarios funcionan mejor con una financiación limitada. Existe un consenso mundial cada vez mayor al respecto de que la financiación pública constituye una importante condición necesaria, aunque la forma de financiación pública (a saber, financiación mediante impuestos frente a un seguro sanitario social) sigue siendo un tema de debate. Los mejores resultados también dependen de cómo se emplean los fondos disponibles y cómo se extiende la cobertura del sistema sanitario a las poblaciones

de difícil acceso. El Dr. Rannan-Eliya recomienda al Grupo de los Ocho tres medidas principales para abordar estos problemas de financiación de los sistemas sanitarios en el mundo en desarrollo:

1. Complementar las iniciativas de aumento de los fondos destinados a la salud con esfuerzos por mejorar el valor del gasto en salud mediante el respaldo a mejores políticas de financiación y sistemas sanitarios dirigidas por el país.

2. Aprovechar el consenso existente entre los expertos técnicos con un compromiso explícito del Grupo de los Ocho para establecer prioridades en el apoyo a las políticas nacionales de financiación sanitaria que sitúan la financiación pública a este sector, a modo de financiación mediante impuestos y/o un seguro sanitario social, en el centro de las medidas para ampliar la cobertura a las personas pobres y los grupos vulnerables de la sociedad.

3. Invertir en la capacidad de los países en desarrollo asociados para formular mejores políticas de financiación. Esto requerirá el aumento de la inversión en el fomento de una capacidad nacional para la evaluación de la política de los sistemas sanitarios y en mecanismos para comprender y compartir lo aprendido de los países con mejores prácticas.

Recomendaciones de política al Grupo de los Ocho, tercera parte: "hacia la acción colectiva en la información sanitaria"[45]

El documento normativo sobre información sanitaria, escrito por el Profesor Kenji Shibuya, identifica dos tipos principales de problemas en esta esfera: las ineficiencias técnicas y de asignación. Respecto de las primeras, explica que existen los datos adecuados, pero ni las personas encargadas de la formulación de políticas ni los analistas de políticas los utilizan, porque no tienen acceso a la información o no tienen la capacidad para analizar y emplear los datos para responder a las interrogantes sobre el funcionamiento del sistema sanitario. El Profesor Shibuya describe la ineficiencia de asignación como una recopilación y compilación de datos no coordinadas sin estrategias de medición bien definidas. Para corregir estas ineficiencias recomienda al Grupo de los Ocho tres medidas principales:

1. Hacer un examen anual del Grupo de los Ocho para evaluar los compromisos de éste con los programas y sistemas de salud.

   1.1 Definir una serie estándar de parámetros y estrategias de medición para controlar y evaluar la efectividad de la ayuda, los programas sanitarios y los sistemas.

   1.2 Planificar y evaluar las actividades futuras del Grupo de los Ocho y sus asociados relacionadas con la salud empleando un marco y parámetros comunes.

2. Establecer una base digital común empleando una red de centros de excelencia mundiales y regionales para mejorar el acceso a las series de datos y los análisis —y su calidad— en los ámbitos nacional y mundial.

   2.1 Promover los principios de acceso abierto e intercambio de información en el dominio público.

2.2 Desarrollar un banco de datos mundial para los indicadores comunes (empezando por las metas de los ODM, los recursos humanos y el seguimiento de los recursos) y un mecanismo de intercambio de datos y de garantía de calidad.

2.3 Establecer un proceso tipo Cochrane para el control de la salud mundial con el fin de generar pruebas empíricas para la política sanitaria.

3. Hacer un fondo común de recursos de sanimetría en los ámbitos nacional e internacional para crear un incentivo de sanimetría mundial.

3.1 Desarrollar capacidades y crear una estructura de incentivos para que los países y los productores de datos recopilen, compartan, analicen e interpreten datos de mejor calidad.

3.2 Hacer que la financiación sanitaria dependa de una evaluación por parte de un tercero que se adapte a principios acordados, incluido el desarrollo de una estrategia estándar de medición, haciendo que los datos sean de dominio público, reforzando la capacidad local y haciendo un uso adecuado de las tecnologías de la información.

3.3 En los países con un registro civil incompleto o inexistente, establecer como prioridad el desarrollo de sistemas de registro civil.

3.4 Invertir en una serie de encuestas por hogares representativas del país para múltiples enfermedades y factores de riesgo.

5. Hacia la materialización de las propuestas de política

129. Como es el caso de procesos pasados y recientes que han dado lugar a los resultados sobre salud de la Cumbre de Kyushu Okinawa, del Grupo de los Ocho, la Conferencia Internacional de Tokio sobre el Desarrollo de África IV y la Cumbre de Hokkaido Toyako, del Grupo de los Ocho, el Gobierno del Japón se encuentra en una posición única y privilegiada para crear conciencia, abrir camino y dirigir los recursos de todas las partes interesadas relacionadas, incluidos los países donantes, los países en desarrollo, las organizaciones internacionales, el sector privado, las instituciones académicas y la sociedad civil, hacia una cuestión de salud. El Japón continuará adoptando este notable enfoque participativo para contribuir a la formulación de un debate internacional sobre el fortalecimiento de los sistemas de salud, así como a su materialización en el contexto de la asistencia de salud en el Japón. Con ello contribuirá a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud. Al mismo tiempo, el Japón se asegurará de demostrar que rinde cuentas sobre el cumplimiento de sus compromisos.

Notas

[1] http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.html

[2] División de Estadística, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (junio de 2008) *MDG Progress Chart 2008*.

[3] El grupo temático de salud hizo las siguientes contribuciones al Plan de Acción de Yokohama: a) promover la atención continuada a las mujeres y niños en el período de tiempo que comprende la etapa previa al embarazo, el embarazo, el nacimiento y la infancia mediante una intervención de alto impacto, como es el suministro de vacunas y micronutrientes a los niños como medidas que deben adoptarse durante los próximos cinco años dentro del proceso de la Conferencia; b) respaldar las medidas internacionales para conseguir el acceso universal a los servicios de salud reproductiva; y c) contribuir a los esfuerzos internacionales para aumentar en África hasta el 75% la proporción de partos atendidos por parteras calificadas en un plazo de cinco años, tal como ha establecido la OMS.

[4] http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf.

[5] http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/pm/address.html.

[6] http://www.ticad.net/presskit-2008/YokohamaDeclaration-30May2008.pdf.

[7] http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/doc/action.pdf.

[8] http://www.mofa.go.jp/region/africa/ticad/ticad4/doc/appendix.pdf.

[9] División de Estadística, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (junio de 2008) *MDG Progress Chart 2008*, junio de 2008.

[10] http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/mechanism.html.

[11] http://www.mofa.go.jp/region/Africa/ticad/ticad4/speech0903.html.

[12] http://www.mofa.go.jp/policy/health_c/address0711.html.

[13] El *Health Eight H8* se estableció de forma oficiosa para mejorar los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud mediante un apoyo efectivo. Esta organización se refiere a los dirigentes de las ocho organizaciones mundiales siguientes relacionadas con la salud internacional: la Fundación Bill y Melinda Gates, la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (GAVI), el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (FMSTM), el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud.

[14] http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf.

[15] http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members. El Profesor Keizo Takemi fue miembro de la Cámara de Consejeros y Viceministro Superior de Salud, Trabajo y Bienestar, además de Secretario de Estado de Relaciones Exteriores.

[16] http://www.mofa.go.jp/economy/summit/2008/doc/doc080714_en.html.

[17] Los diálogos entre el Ministerio de Relaciones Exteriores y las ONG se han celebrado desde 1994 a modo de foro abierto entre las dos partes para promover de forma activa la “iniciativa de asuntos globales sobre población y SIDA (GII)”, anunciada por el Japón en 1994.

[18] Evaluación por terceros para 2008, Ministerio de Relaciones Exteriores del Japón, y *Evaluation of Japan’s ODA to the Health Sector*, 2009.

[19] Los datos proceden de las estadísticas del Comité, de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE a partir de 1971, año en que comenzaron a recopilarse los datos relacionados con la salud. Las estadísticas incluyen datos sobre población y salud reproductiva.

[20] La diferencia del monto de la ayuda en 2004 y 2005 se debe a la aplicación del canje de notas para determinados proyectos de ayuda no reembolsable en 2004, y no a una modificación en la política de ayuda.

[21] El Japón presta apoyo básico y/o contribuye con fondos japoneses a las siguientes organizaciones internacionales: la OMS, el FMSTM, el UNICEF, el UNFPA, el Fondo Fiduciario de las Naciones Unidas para la Seguridad Humana, la IPPF, el Banco Mundial, el PNUD, el BAsD, la Organización Mundial de Sanidad Animal, el ONUSIDA, el BAfD, la UNESCO, el BID, la FAO, el PMA y los VNU.

[22] Datos procedentes de las estadísticas del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE, incluidas población y salud reproductiva. Además de la ayuda bilateral, el Japón contribuye a las organizaciones internacionales, incluido el FMSTM.

[23] Ministerio de Relaciones Exteriores del Japón, *Japan's Official Development Assistance White Paper 2008 - Japan's International Cooperation*, 2009.

[24] Ibíd.

[25] Ibíd.

[26] Los cinco principios para la eficacia de la ayuda son los siguientes: a) apropiación, b) alineación con las estrategias de los asociados, c) armonización, d) gestión para la obtención de resultados y e) mutua responsabilidad.

[27] Los coordinadores de la cooperación económica cuentan con dotación de personal en los siguientes países africanos: Etiopía, Ghana, Kenya, Madagascar, Mozambique, Senegal, Sudán, Uganda y Zambia.

[28] El principio importante de la AOD del Japón es respaldar los esfuerzos de autoayuda de los países en desarrollo mediante la cooperación para el desarrollo de sus recursos humanos, la consolidación de sus instituciones, incluido el desarrollo de los sistemas jurídicos, y el establecimiento de infraestructuras económicas y sociales, lo cual constituye la base para el desarrollo de esos países. Para llevar a cabo esta política, el Japón ha otorgado y continúa otorgando prioridad al apoyo basado en proyectos. Este principio de establecer como fundamento de la AOD del Japón el apoyo basado en proyectos no cambiará mucho por el momento, ya que establece una rica relación entre el país donante y el país receptor, así como desde el punto de vista de la rendición de cuentas al público. No obstante, ya que muchos países buscan apoyo presupuestario, el Japón proporciona este tipo de apoyo si los países en desarrollo lo necesitan para aplicar una ayuda efectiva acorde con sus situaciones nacionales. Hasta el momento, el Japón ha proporcionado apoyo presupuestario a Camboya, Indonesia, la República Democrática Popular Lao, la República Unida de Tanzanía y Viet Nam.

[29] Instituto de Cooperación Internacional, Organismo Japonés de Cooperación Internacional, *Japan's Experience in Public Health and Medical System – Towards Improving Public Health and Medical Systems in Developing Countries*, 2004, disponible en http://www.jica.go.jp/ english/ publications/reports /study/topical/health/index.html.

[30] En la actualidad, el manual de salud maternoinfantil se emplea no sólo el Japón, sino también en varios países donantes y países en desarrollo.

[31] Tasa de mortalidad materna en las zonas rurales de Marruecos: 227 (por cada 100.000 nacidos vivos; 2005). Esta cifra es entre 2 y 3 veces mayor que la registrada en las zonas urbanas.

[32] El manual de salud para las mujeres se distribuye a las mujeres de más de 15 años o a las embarazadas, y se emplea en la atención sanitaria y la autogestión en Marruecos.

[33] Centro Nacional de Lucha Contra la Tuberculosis y la Lepra, Distrito Provincial de Salud, distrito operacional, centros de salud, etc.

[34] Nueve conceptos de "seguridad humana" para la evaluación de los proyectos de lucha contra la tuberculosis: a) llegar realmente a aquellas personas que necesitan ayuda; b) centrarse en las personas más vulnerables; c) mayor hincapié en el diagnóstico y tratamiento temprano de las enfermedades y la prevención de epidemias; d) promoción de la sostenibilidad en los programas

de gestión; e) medidas para contrarrestar la vulnerabilidad de los sistemas sanitarios debida a las condiciones socioeconómicas; f) fomento de la capacidad de los proveedores de servicios sanitarios a todos los niveles; g) promoción y capacitación para los estudios e investigaciones operacionales; h) empoderamiento de las personas y los receptores de servicios en la comunidad local; i) fortalecimiento de la colaboración y la cooperación con diversos agentes para lograr un mayor efecto.

[35] Millennium Promise (MP) es una organización sin ánimo de lucro creada en los Estados Unidos y dedicada a la consecución del primer ODM. El proyecto Aldeas del Milenio es una iniciativa insignia mediante la que MP trabaja actualmente en 112 pueblos de comunidades rurales africanas para promover un planteamiento integrado del desarrollo rural mediante la mejora del acceso al agua limpia, el saneamiento y otras infraestructuras esenciales, la educación, la producción de alimentos, la atención sanitaria básica y la sostenibilidad del medio ambiente. MP también respalda proyectos independientes para abordar los factores que contribuyen a la pobreza extrema, uno de los cuales se centra en la lucha contra la malaria. Como parte proyecto, en las Aldeas del Milenio se distribuyen mosquiteros OLYSET® NET, además de suministros médicos.

[36] Grupo 1 (marzo de 2007 a noviembre de 2008): Kenya, Uganda, República Unida de Tanzanía, Malawi, Nigeria, Senegal, Madagascar y Eritrea; grupo 2 (marzo de 2009 a noviembre de 2010): Benin, Burkina Faso, Burundi, Congo Malí, Marruecos, Níger.

[37] Las actividades de las 5S (por su denominación en inglés: organización, orden, limpieza, normalización, disciplina), CQI (mejoramiento continuo de la calidad) y TQM (gestión integral de la calidad).

[38] Un plan nacional para la inversión de capital en salud: inversión en infraestructuras sanitarias, como la construcción y la restauración de instalaciones sanitarias, el suministro y la sustitución de equipos médicos y la mejora de la infraestructura, es decir, agua, electricidad y comunicaciones.

[39] El activo sanitario se refiere a la opción de inversión que incluye equipo médico e infraestructura sanitaria del total de la inversión en salud.

[40] http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/index.html#members.

[41] http://www.jcie.or.jp/thinknet/takemi_project/081104symposium.html.

[42] Equipo de Tareas sobre acción mundial para el fortalecimiento del sistema sanitario, *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8* (Acción mundial para el fortalecimiento del sistema sanitario – Recomendaciones de política al Grupo de los Ocho), *Japan Center for International Exchange*, 2009.

[43] Masamine, Jimba, “Opportunities for Overcoming the Health Workforce Crisis” (Oportunidades para superar la crisis de los trabajadores de salud), *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8, Japan Center for International Exchange*, 2009.

[44] Ravindra P., Rannan-Eliya, “Strengthening Health Financing in Partner Developing Countries” (Fortalecimiento de la financiación sanitaria en los países en desarrollo asociados), *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8, Japan Center for International Exchange*, 2009.

[45] Kenji, Shibuya, “Towards Collective Action in Health Information” (Hacia la acción colectiva en la información sanitaria), *Global Action for Health System Strengthening – Policy Recommendations to the G8, Japan Center for International Exchange*, 2009.