

TRABAJO FIN DE MÁSTER



Universidad de Valladolid

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

Máster en Desarrollo Económico Regional y Local y Gestión del Territorio.

Curso 2014-2015

LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN PERÚ 2000-2012: ANÁLISIS ESPECÍFICO Y RESULTADOS EN EDUCACIÓN Y SALUD

Autor:

Vicente Francisco Ibáñez Blancas

Tutor:

Dr. Luís Fernando Lobejón

Valladolid, Septiembre de 2015

SIGLAS Y ABREVIATURAS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo
AL	América Latina
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APCI	Agencia Peruana de Cooperación Internacional
BM	Banco Mundial
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CVR	Comisión de la Verdad y Reconciliación
FMI	Fondo Monetario Internacional
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática
IDH	Índice de Desarrollo Humano
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OPS	Organismo Panamericano de la Salud
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
USD	Dólares americanos
USAID	Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo

TITULO: LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN PERÚ 2000-2012: ANÁLISIS ESPECÍFICO Y RESULTADOS EN EDUCACIÓN Y SALUD.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	7
1 EL ESCENARIO INTERNACIONAL: TENDENCIAS Y EVOLUCIÓN DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO.	10
1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO: CONCEPTO Y SUJETOS INTERVINIENTES.....	12
1.2 EVOLUCIÓN DE LOS FONDOS DESTINADOS A LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL.....	20
1.2.1 Distribución de la AOD por continentes.....	23
1.2.2 Análisis desde los países donantes del CAD	26
1.2.3 Distribución de la AOD por sectores.....	28
1.3 La Ayuda Oficial al Desarrollo en América Latina	32
1.3.1 Tendencias en la región	33
1.3.2 Análisis desde los países donantes y receptores	35
1.3.3 Los países de la Comunidad Andina de Naciones (CAN)	38
1.3.4 Distribución de la AOD en América Latina por sectores.....	40
2 EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO EN PERÚ.....	45
2.1 BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES Y RASGOS ACTUALES DE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE PERÚ.....	45
2.1.1 El impacto del conflicto armado.....	46
2.1.2 Crisis económica de la década de los noventa.....	48
2.2 SITUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE PERÚ 2000-2012	52
2.3 DATOS GENERALES DE LA EDUCACIÓN EN PERÚ.	61
2.4 DATOS GENERALES DE LA SALUD EN PERÚ.....	66

3 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN PERÚ EN LOS SECTORES DE EDUCACIÓN Y SALUD.....	75
3.1 EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FONDOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN PERÚ.....	76
3.2 APROXIMACIÓN A LOS RESULTADOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN EDUCACIÓN.....	91
3.2.1 Fondos de la AOD destinados a Educación: distribución y resultados.	91
3.2.2 Aproximación a los resultados de la AOD en educación desde el análisis de la evaluación del cumplimiento de los ODM en Perú.	102
3.3 APROXIMACIÓN A LOS RESULTADOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN SALUD.	105
3.3.1 Fondos de AOD destinados a Salud: distribución y resultados.	106
3.3.2 Aproximación a los resultados de la AOD en sanidad desde el análisis de la evaluación del cumplimiento de los ODM en Perú.	113
4 CONCLUSIONES	118
5 BIBLIOGRAFÍA	125
6 ANEXOS	129

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1-1: FINANCIACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LOS PAÍSES 2000-2012	21
Gráfico 1-2: EVOLUCIÓN DE LA AOD POR CONTINENTES 2000 - 2012.....	24
Gráfico 1-3: EVOLUCIÓN DE LA AOD POR CONTINENTES 2000-2012 (porcentaje)	25
Gráfico 1-4: LOS DIEZ PRINCIPALES PAÍSES DONANTES DEL CAD	28
Gráfico 1-5: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DE LA AOD POR SECTORES 2000-2012	29
Gráfico 1-6: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN LOS DIFERENTES SUBSECTORES	31
Gráfico 1-7: EVOLUCIÓN DE LA AOD POR CONTINENTE 2000 – 2012	34
Gráfico 1-8 LOS DIEZ PRINCIPALES PAÍSES DONANTES DEL CAD EN	36
Gráfico 1-9 : TENDENCIA DE LA AOD EN AMERICA LATINA Y LOS PAÍSES.....	39
Gráfico 1-10 : FLUJOS DE LA AOD EN AMÉRICA LATINA POR SECTORES 2000-2012 (porcentaje).....	40

Gráfico 1-11 : DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DE AOD DESTINADOS AL	42
Gráfico 2-1: EVOLUCIÓN DEL PIB PERÚ 1990–2012 (p.const.).....	54
Gráfico 2-2: EVOLUCIÓN DEL PIB pc PERÚ 1990 – 2012 (p.const.).....	55
Gráfico 2-3: TASA DE INCIDENCIA DE POBREZA 2000–2012 (% de la población)	58
Gráfico 2-4: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ANALFABETISMO EN PERÚ 1980-2012 (porcentaje).....	62
Gráfico 2-5: INVERSIÓN EN EDUCACIÓN POR PARTE DE LOS PAÍSES DE LA CAN (en porcentaje del PIB)	65
Gráfico 2-6: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN PERÚ (1995 -2015*) (años). 67	
Gráfico 2-7: INVERSIÓN DEL GASTO EN SALUD PAÍSES CAN 2000 – 2012	70
Gráfico 2-8: EVOLUCIÓN DEL IDH PERÚ 1990 – 2012 (valores)	71
Gráfico 3-1: EVOLUCIÓN DE LOS FONDOS DE AOD TRANSFERIDOS A PERÚ 2000- 2012 (p. const.).....	78
Gráfico 3-2: PRINCIPALES DONANTES DE AOD A PERÚ 2000-2012.....	81
Gráfico 3-3: APORTACIÓN TOTAL DE AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD A PERÚ EN TODO EL PERIODO 2000- 2012 (porcentaje).	82
Gráfico 3-4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS FONDOS AOD EN LOS DISTINTOS SECTORES PERÚ 2000-2012.....	86
Gráfico 3-5: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS AOD EN LOS DISTINTOS SECTORES PERÚ 2000 – 2012 (p. const).	86
Gráfico 3-6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS FONDOS AOD EN EL SECTOR SERVICIOS SOCIALES E INFRAESTRUCTURAS EN PERÚ 2000–2012	87
Gráfico 3-7: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS AOD ENTRE LOS SUBSECTORES DEL SECTOR SERV. SOCIALES E INFRAESTRUCTURAS EN PERÚ 2000–2012.....	88
Gráfico 3-8: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE EDUCACIÓN. PERÚ 2002-2012.....	93
Gráfico 3-9: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE EDUCACIÓN. PERÚ 2002–2012 (agrupado por años / %)	94
Gráfico 3-10: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE SALUD PERÚ 2002 - 2012	106
Gráfico 3-11: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE SALUD. PERÚ 2002 – 2012.....	108
Gráfico 3-12: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE SALUD. PERÚ 2002 – 2012.....	108

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1-1 : LOS DIEZ PINCIPALES DONANTES DEL CAD Y SU APORTACIÓN A LA AOD 2000 – 2012 (millones de USD / %)	27
Tabla 1-2: LOS 10 PAISES DE AMÉRICA LATINA QUE RECIBIERON MÁS AOD	37
Tabla 2-1: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB – PERÚ	56
Tabla 2-2: NIVELES DE POBREZA Y DESIGUALDAD 2005 – 2012 (porcentaje)	59
Tabla 2-3: PORCENTAJE DE ALUMNOS QUE COMIENZAN Y FINALIZAN LA EDUCACIÓN PRIMARIA PERÚ 2000-2011 (porcentaje)	63
Tabla 2-4: ALGUNOS INDICADORES DE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS POBLACIONES DE LA SIERRA SUR (Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y Puno) Y LIMA.	69
Tabla 2-5: DATOS GENERALES DEL IDH - PERÚ (2005–2012)	72
Tabla 2-6: COMPARACIÓN ENTRE LOS IDH Y EL COEFICIENTE DE DESIGUALDAD DE LOS PAÍSES DE LA CAN (2010-2012)	72
Tabla 2-7: IDH SEGÚN DEPARTAMENTOS PERÚ 2003, 2010, 2012	73
Tabla 3-1: DISTRIBUCIÓN DE FONDOS AOD POR ZONAS DE PRIORIDAD. PERÚ 2009	84
Tabla 3-2: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS AOD ALINEADOS A LOS ODM PERÚ (cooperación oficial no reembolsable)	90
Tabla 3-3: COMPARATIVA DE LA AOD EN EDUCACIÓN 2000-2012. MUNDIAL – AMÉRICA LATINA - PERÚ (p. const. y porcentaje).	92
Tabla 3-4: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE GESTIÓN EDUCATIVA. PERÚ 2002-2012.	95
Tabla 3-5: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE EDUCACIÓN BÁSICA (EDUCACIÓN). PERÚ 2002-2012.	96
Tabla 3-6: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE EDUCACIÓN SECUNDARIA (EDUCACIÓN). PERÚ 2002-2012.	99
Tabla 3-7: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE EDUCACIÓN SUPERIOR. PERÚ 2002-2012.	101
Tabla 3-8: COMPARATIVA DE LA AOD EN SALUD 2000-2012. MUNDIAL –AMÉRICA LATINA - PERÚ	107
Tabla 3-9: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE SALUD GENERAL (SUBSECTOR SALUD). PERÚ 2002-2012.	109
Tabla 3-10: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE SALUD BÁSICA (SUBSECTOR SALUD). PERÚ 2002-2012.	110

INTRODUCCIÓN

El mundo, pese a que en algunas partes del planeta se han experimentado mejoras en los niveles de vida de sus habitantes, sigue presentando grandes desequilibrios y desigualdades entre los países y sus habitantes, ampliando la brecha y las diferencias entre los más ricos y los más pobres. La comunidad internacional muestra su preocupación intentando generar estrategias y transferir recursos que ayuden a reducir dichas desigualdades.

La ayuda oficial al desarrollo (AOD) ha sido desde su origen uno de los instrumentos más utilizados para promover el desarrollo de los países con mayores tasas de pobreza. Esta AOD se ha desplegado con características propias desde el año 2000, marcada por el contexto económico global y la agenda internacional, en especial los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Entre los países receptores que han manifestado mayores cambios en la recepción de AOD se encuentran los denominados por el Banco Mundial países de renta media. Entre ellos figura Perú, que en el período 2000-2012 presenta un significativo crecimiento económico, junto con otros datos socioeconómicos que contrastan con dicho crecimiento.

El objetivo del presente trabajo, *partiendo de la exposición del contexto general de la AOD en el período 2000-2012, es analizar la evolución y resultados de la misma en Perú en dicho período, especialmente en dos sectores esenciales para el desarrollo: educación y salud.* Para ello será necesario en primer lugar definir los aspectos fundamentales de la AOD en su contexto mundial, señalando los principales conceptos y elementos que sirven de base al análisis ya específico de la contribución de la AOD en Perú en los sectores enunciados. Una descripción del contexto socioeconómico del país permitirá visualizar su punto de partida, así como también los posibles avances, y el grado de repercusión en ellos de la AOD.

El análisis de los flujos de AOD destinados a salud y educación a Perú tendrá alcance cuantitativo y cualitativo, estudiando los aportes que se realizan en los distintos componentes en los que se disgregan educación y salud, la naturaleza de los programas o proyectos ejecutados con dicha AOD y su vinculación con los ODM. Con todo ello se pretende determinar cuáles han sido algunos de los aciertos y/o errores que se han producido en el periodo.

La elección del país y el período de referencia, así como de los sectores objeto de estudio se ha realizado teniendo en cuenta en primer lugar las peculiaridades propias y retos que están presentando en los países de renta media en el contexto internacional de la AOD, así como la vinculación personal con el país. El período 2000-2012 permite encuadrarlo en un tiempo con rasgos propios, ya que en 2000 se aprueban los ODM (a partir de ese año los ODM pasan a ser *eje fundamental de la AOD*), y además también coincide con el inicio de un contexto sociopolítico nuevo en Perú. Además, la pertinencia del período se sustenta en que oficialmente desde Perú no se han hecho balances de la AOD hasta el año 2004/2005, momento en el que se crea la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI), por lo que es interesante contar con un análisis que contenga una mayor cobertura en el tiempo. En cuanto a la elección de las áreas de salud y educación, esta se basa en que ambos sectores son prioritarios en la agenda internacional, como también en las políticas y estrategias de Perú, como se fundamentará a lo largo del trabajo.

Desde el punto de vista metodológico se utilizarán fundamentalmente datos estadísticos y fuentes secundarias como documentos oficiales, estudios sobre la materia, entre otros. La fuente principal será la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos -OCDE- (bases de datos *QWIDS* y *Statistics*, consultadas entre los meses de abril a junio 2015) y de la que depende el órgano con competencia en la materia, el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) que ha diseñado un sistema de análisis de la AOD por sectores con códigos asociados que permite una homogenización internacional, y con ello realizar mejores análisis y evaluaciones. Además se considerarán los informes y datos del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Para el contexto socioeconómico de Perú, además de las citadas fuentes, se utilizarán como complemento los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática de Perú (INEI), la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI), Ministerios del Gobierno de Perú, y los órganos con competencias en la materia de los países donantes de AOD en Perú, en especial Embajadas y Agencias de cooperación.

Siguiendo todo lo anterior el trabajo se ha estructurado en cuatro capítulos. El primero de ellos se refiere a la evolución y caracterización de la AOD a escala mundial y regional en América Latina, el segundo describirá el contexto y características de Perú, y el tercero analizará la presencia de la AOD en Perú y el impacto en los sectores de la educación y la salud, para finalizar con las conclusiones.

1 EL ESCENARIO INTERNACIONAL: TENDENCIAS Y EVOLUCIÓN DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO.

Desde una perspectiva histórica se puede constatar que los Estados siempre han establecido relaciones entre sí, manifestándose estas relaciones con forma y para fines diversos, como es el caso de la *cooperación* para la consecución de objetivos comunes.

Ya situándonos en el siglo XX, esta cooperación entre los países se ha reflejado, entre otras acciones, en la constitución de organismos internacionales, firma de acuerdos, convenios internacionales en materias como la seguridad y el mantenimiento de la paz, el comercio transnacional, la cooperación judicial y policial, entre otros. Y también, en la colaboración o ayuda para el desarrollo de las personas o pueblos en situaciones de pobreza o desigualdad.

Esta *solidaridad internacional* se institucionaliza por primera vez con el nombre de *cooperación internacional para el desarrollo* en el Plan Marshall, que tras la Segunda Guerra Mundial, transfirió recursos desde Estados Unidos hacia las zonas europeas más devastadas por la guerra para su reconstrucción. Posteriormente, dichas políticas de cooperación se comienzan a reflejar en las relaciones de los países de Europa con sus antiguas colonias.

En términos generales, *“la Cooperación Internacional para el Desarrollo, se puede definir como el conjunto de actuaciones organizadas, tendentes a potenciar la*

*mejora de las condiciones de vida y desarrollo de los pueblos, dentro de un marco de respeto a la independencia y soberanía nacional de éstos*¹.

Esta cooperación internacional puede ser llevada a cabo por entidades públicas o por entidades privadas (Organizaciones no Gubernamentales al Desarrollo –ONGD principalmente). Por lo que se refiere a las entidades públicas, éstas pueden tener carácter nacional o supranacionales (destacando Naciones Unidas y sus Agencias: UNICEF; OMS; y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD), que además han creado fondos multilaterales de ayuda. Es lo que se ha denominado como cooperación bilateral (país-país) o cooperación multilateral.

Para articular la Cooperación Internacional al Desarrollo, y más en concreto la oficial, esto es, la realizada por países y organismos internacionales o multilaterales, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) creó en 1961 el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD)². Además, la generalización de esta política necesitó de la articulación de una herramienta con el fin de aglutinar y coordinar la transferencia de recursos, a la que se le denominó *Ayuda Oficial al Desarrollo*.

A pesar de los avances y progresos de las últimas décadas, el mundo sigue mostrando una brecha profunda desde la perspectiva de la calidad de vida y el desarrollo integral de las personas, como son el acceso a los servicios de salud o educación.

Es por ello que las políticas de cooperación internacional al desarrollo tienen aún vigencia, y se siguen desplegando, tanto en el ámbito público, con la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), como en el ámbito privado (ONGD, fundaciones y otras instituciones)³.

¹ Sanahuja, J.A. y Gómez Galán, M. (1999): *El sistema Internacional de cooperación al desarrollo. Una aproximación a sus actores e instrumentos*. Madrid, CIDEAL (p.12).

² El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) está adscrito a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), y reúne a los principales donantes de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

³ Dentro de la AOD se habla de cooperación bilateral, cuando las ayudas salen de los fondos públicos de un país donante, que los envía a otro país para que sean gestionados a nivel público o

A continuación, este capítulo se aproximará a las *características* más relevantes de la AOD en el período 2000-2012, su *evolución* cuantitativa, su vinculación con los *Objetivos de Desarrollo del Milenio*, su distribución por *regiones*, haciendo especial referencia a América Latina, y su distribución *sectorial*, detallando más específicamente los *subsectores de la educación y la salud*. Todo ello para definir los elementos claves que permiten realizar el estudio posterior de la *AOD en Perú en educación y salud*.

1.1 ASPECTOS GENERALES DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO: CONCEPTO Y SUJETOS INTERVINIENTES.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) se define por la OCDE como “*los flujos de recursos y conocimientos dirigidos a países que figuran en la Parte I de la Lista de Países Receptores del CAD, a instituciones multilaterales que figuran en la Lista de Organismos Multilaterales, y a organizaciones no gubernamentales internacionales (ONGI)*”⁴. El CAD está conformado en la actualidad por 28 países y la Unión Europea⁵, siendo éstos donantes de AOD a través de sus organismos oficiales, incluidos gobiernos estatales y locales⁶.

Por lo que se refiere a los países receptores⁷, el propio CAD elabora la precitada lista⁸, teniendo en cuenta el producto interior bruto por habitante de los países. El

privado. También la AOD se puede materializar en los aportes que realizan las Entidades Multilaterales ya sean las vinculadas a las Naciones Unidas, u otras de ámbito continental como el Banco Interamericano de Desarrollo o el Banco Africano de Desarrollo. Además son multilaterales algunos Fondos independientes como el Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. Los organismos multilaterales son dotados de recursos por los países donantes de AOD y en algunas ocasiones, con fondos privados.

⁴ OCDE: FACTSHEET (Noviembre, 2008): *It is ODA?* Documento traducido por el Gobierno de España: Es AOD? Nota explicativa para ayudar a los donantes al momento de decidir si los gastos cumplen o no con los criterios para ser considerados AOD. Ver en línea (<http://www.oecd.org/dac/stats/>). [consultado: 9/06/2015].

⁵ El presente estudio solo considera a 23 países, en cuanto que Islandia, la República Checa, la República Eslovaca, Polonia y Eslovenia se han integrado al CAD en el año 2013.

⁶ En España por ejemplo la AOD es la suma de lo aportado desde la Administración General del Estado, especialmente a través de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo AECID, y las Administraciones autonómicas y locales, lo que se conoce como la cooperación descentralizada.

⁷ En la Declaración de la Eficacia de la Ayuda de París de 2005, se incluyó el cambio de denominación de país receptor a país socio elegible, con el fin de adecuarse a una nueva forma de entender las relaciones entre los países donantes y receptores, intentando como la propia Declaración señala dejar atrás unas relaciones marcadas por la superioridad y condicionalidad, y

CAD ha adoptado la clasificación que en este sentido realiza el Banco Mundial, estratificando a los países en renta baja, media, media alta o alta⁹. Y así, según el Banco Mundial¹⁰: “Países de Ingreso Bajo, son aquellos con menos de USD 1.045 de INB per cápita; Ingreso Medio-Bajo son aquellos con ingresos comprendidos entre los USD 1.046 y los USD 4.125 per cápita; los Países de Ingreso Medio-Alto, son aquellos con un INB per cápita entre USD 4.126 y USD 12.745 dólares; y por último, los Países de Ingreso Alto son aquellos con un INB per cápita mayor a los USD 12.746 (BM, 2014)”.

Así pues, el nivel de renta es el que determina la condición o no de país receptor de AOD, así como también la priorización de la misma. A menor nivel de renta, mayor prioridad para la obtención de AOD¹¹.

En la última década se ha percibido una gran heterogeneidad de los países receptores de AOD. Así por ejemplo países del África Subsahariana, o Haití en el ámbito de América Latina, han sido receptores de grandes cantidades de ayuda, destinadas a paliar las graves crisis humanitarias y conflictos armados. Por otro lado, se ha prestado especial atención, por los desafíos que plantean, a los Estados que el Banco Mundial ha denominado *Países de Renta Media (PRM)*, gran parte de ellos situados en América Latina, a los que después se referirá el estudio.

En cuanto a las transacciones que pueden ser catalogadas como AOD, también el CAD ha definido el concepto señalando que “es necesario que las transacciones se administren con el principal objetivo de promover el desarrollo y el bienestar económico de los países en desarrollo; que tengan carácter concesional y lleven un

permitir aplicar los principios nuevos que diseña la Declaración: corresponsabilidad, apropiación, alineamiento, armonización y gestión por resultados. En la medida en que esta denominación no ha sido la utilizada en todo el período de estudio, y no se ha extendido su uso en la totalidad de los documentos, se utilizará en el trabajo el concepto “país receptor”.

⁸ La Lista de países receptores de la AOD del CAD se actualiza cada tres años.

⁹ Véase en el Banco Mundial en línea <http://datos.bancomundial.org/quienes-somos/clasificacion-paises/atlas> [consulta: 9/6/2015].

¹⁰ El Banco Mundial actualiza la categorización de los países por su nivel de renta el mes de julio de cada año. La clasificación que se muestra tiene como última actualización julio de 2014. Véase en línea <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups>. [consulta: 9/6/2015].

¹¹ España por ejemplo fue receptor de AOD hasta la década de los ochenta del siglo pasado y desde 1991 es miembro del CAD y donante de AOD.

*elemento de donación de al menos el 25% calculado a un tipo de descuento del 10%*¹².

Dejando aparte los cambios y caracterizaciones de donantes y receptores, en la última década también ha sufrido un importante cambio el contexto de la cooperación internacional y de la ayuda al desarrollo. Han existido diversos factores que han impactado en las políticas implementadas para la lucha contra la pobreza, entre ellos la crisis económica y la fatiga de la ayuda.

Por lo que se refiere a la *crisis económica mundial* de finales de la década pasada (2007) se puede señalar que tuvo una repercusión importante en todos los países del mundo, afectando a sus economías, y con impactos diferentes. Según un informe de Intermón Oxfam (IO, 2013)¹³, antes de la crisis financiera la gran mayoría de países donantes del CAD estaban lejos de cumplir con el compromiso de destinar el 0,7% de su PIB a la AOD (*sólo 5 países cumplían dicho compromiso de destinar el 0,7% de su PIB a los fondos de ayuda: Noruega, Dinamarca, Luxemburgo, Países Bajos y Suecia*), lo que afectaría al logro de esta meta y los compromisos adquiridos en lo referente a dicho propósito.

Así pues, muchos de los países miembros del CAD, al haber experimentado directamente la crisis económica, han presentado retrocesos o estancamientos en sus economías, y además, han mostrado la imposibilidad de cumplir la totalidad de los compromisos asumidos en materia de AOD en las distintas cumbres y conferencias convocadas por la ONU¹⁴.

¹² OCDE: FACTSHEET (2008): *It is ODA?* Documento traducido por el Gobierno de España: ¿Es AOD? Nota explicativa para ayudar a los donantes al momento de decidir si los gastos cumplen o no con los criterios para ser considerados AOD. Ver en línea (<http://www.oecd.org/dac/stats/>). [consultado: 9/6/2015].

¹³ Intermón Oxfam (2013): *La realidad de la ayuda 2012* (p. 42).

¹⁴ Desde el punto de vista de la AOD, su financiación y eficacia hay que citar la celebración en el período 2000-2012, de diversas cumbres. La primera tuvo lugar en México en 2001 donde se aprobó por parte de los Jefes de Estado y de Gobierno de los países de las Naciones Unidas el consenso de Monterrey que acordó incrementar los recursos invertidos y promover la reducción de la deuda externa. Le siguieron la celebración de cuatro Foros de Alto Nivel. El de 2003 en Roma que tuvo como principal acuerdo promover el desarrollo sostenible, el de París de 2005 que dio lugar a la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo de gran repercusión y que después analizaremos, el de Accra - Ghana - en 2008, que tuvo como avance la Agenda de Acción de Accra, y

Por otro lado, el informe de la DESA (2013)¹⁵ reafirma que en el año 2012 la AOD disminuyó un 3% con respecto al año anterior, mostrando un retroceso a los acuerdos tomados en la Cumbre del Milenio por parte de los países donantes de destinar USD 167.000 millones anuales a la AOD. Aun así, se espera que por lo menos 17 del total de los 28 países donantes cumplan sus compromisos planteados en los próximos años (*la meta planteada para el 2015 es incrementar a un 0,52% el porcentaje del PIB que los países del CAD destinan los fondos de AOD*).

En cuanto a la denominada *fatiga de la ayuda* cabe indicar que la disminución de los fondos de cooperación demuestran el cansancio y decepción de los países donantes respecto a los logros alcanzados con la AOD, que en parte justificaría la disminución de aquella (Dubois, 2007)¹⁶. Los organismos donantes han mostrado su desilusión ante los escasos resultados conseguidos tras cincuenta años aplicando fórmulas para lograr *un mundo desarrollado*. Esta “*fatiga de la ayuda*”, se ha manifestado con relativa frecuencia, y con mayor intensidad en momentos de crisis económica.

Y junto a los elementos expuestos, otros que también han determinado la AOD en el período 2000-2012 han sido los conflictos y crisis humanitarias; el crecimiento económico de países en vías de desarrollo; el aumento de las desigualdades entre los países ricos y países pobres, así como las diferencias dentro de las mismas regiones, entre los grupos de mayores y menores ingresos, tanto en el Norte como en el Sur.

En todo caso, esta crisis o cambio en la ayuda oficial al desarrollo, no ha de verse como algo excepcional, sino que, tal y como señala Hidalgo¹⁷ (2010), las políticas de cooperación, atraviesan una crisis permanente por causas estructurales propias, puntualizando que si la comunidad internacional se conmocionara y esforzara por

el celebrado en Busán - Corea del Norte - en 2011. El último, pero fuera ya del período de estudio ha sido el desarrollado en Addis Abeba – Etiopía - en julio de 2015.

¹⁵ Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas (DESA). *Resumen Ejecutivo: Situación y perspectiva de la economía mundial 2013*. (p. 1-12).

¹⁶ Dubois, A. (2007): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. (Diccionario en línea, última actualización 2007). [consultado: 9/06/2015].

¹⁷ Véase Hidalgo, A. (2010): *Repercusiones de la crisis mundial sobre las políticas de cooperación* (p. 247) [consultado: 20/05/2015].

ayudar al mundo en desarrollo como lo vienen haciendo por los bancos, las bolsas y las economías del primer mundo, “*significaría que en un par de años se volvería al buen camino de una cooperación generosa al desarrollo*”. Desgraciadamente, esto parece ser que no ocurrirá a medio plazo.

Para poder analizar posteriormente la AOD en Perú, en especial en los sectores de la salud y la educación, es necesario profundizar en dos elementos que han repercutido en los flujos de la AOD en el período 2000-2012: el crecimiento económico de los países de la Región de América Latina – específicamente en los países de renta media - donde se ubica Perú, y los cambios de la agenda internacional en el período citado con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

a) Los Países de Renta Media (PRM): Ya se ha hecho referencia a que el criterio a considerar para la distribución de los fondos de la AOD es el *nivel de renta de los países*. Según los informes del Banco Mundial. En la década pasada muchos países han sido catalogados como *Países de Renta Media (PRM)* debido a la mejora de sus economías y de sus índices de desarrollo, entre ellos se encuentran gran parte de los países de la región de América Latina, como es el caso de Perú. Con ello, estos países perdieron la condición de países prioritarios para la recepción de AOD. Según la clasificación del CAD, que toma como indicador el PIB *per cápita*, en la medida que un país pase a un nivel de renta superior, la AOD disminuye, ya que dichos países cuentan con mayores recursos para hacer frente a los problemas de pobreza y financiar su desarrollo. Esta premisa ha dado lugar a una reducción de la AOD en los países de renta media.

Sin embargo, los países de renta media representan unas características y necesidades singulares, y así por ejemplo, más del 70% de la población mundial en condiciones de pobreza viven en estos países de renta media¹⁸.

Además, y centrándonos específicamente en la Región de América Latina, un estudio de la CEPAL titulado “*Los países de renta media. Un nuevo enfoque basado*

¹⁸ Datos Banco Mundial.

en brechas estructurales” (2012) señala que: “El nivel de desarrollo no puede identificarse solo con el nivel de ingreso. El concepto de desarrollo se extiende más allá del aumento del ingreso medio por habitante. Es un concepto amplio y multifacético, que supone no solo mejorar los niveles de vida, sino también lograr procesos de crecimiento sostenibles e inclusivos, que aborden la desigualdad social y productiva que caracteriza a los países de América Latina y el Caribe y, en general, a los de renta media. También implica propiciar las condiciones para crear y establecer sistemas políticos, económicos y sociales que promuevan el respeto, la diversidad, la dignidad humana y la igualdad.”

El mismo estudio analiza la vulnerabilidad de los países de renta media de América Latina, señalando con ello su necesidad de seguir siendo receptores de AOD. En concreto se refiere a las brechas que se manifiestan en las siguientes áreas: “ i) el ingreso por habitante, ii) la desigualdad, iii) la pobreza, iv) la inversión y el ahorro, v) la productividad, y la innovación, vi) la infraestructura, vii) la educación, viii) la salud, ix) la fiscalidad, x) el género y xi) el medio ambiente.”

Ante esta situación de vulnerabilidad de los países de la región, se podría plantear que una reducción drástica de la AOD puede poner en peligro los avances conseguidos por los países en las últimas décadas. Por lo que se sugiere que, a pesar de la reducción de la AOD términos globales, al menos se mantenga focalizada a los sectores más deficitarios, como salud y educación, y en los territorios o grupos más vulnerables, donde se manifiestan los mayores niveles de desigualdad.

b) Prioridades en la agenda internacional y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En la última década se ha producido un intenso debate acerca de los enfoques y modalidades que debe adoptar la cooperación internacional y la ayuda al desarrollo para realizar acciones más efectivas y conseguir un mayor impacto. Señalándose que si bien la ayuda al desarrollo ha sido intensa desde el punto de vista cuantitativo, ha alcanzado solo avances aislados y no ha logrado contribuir sustancialmente al desarrollo y a la disminución de la pobreza en los países. Es por ello que se hizo necesario consensuar objetivos comunes en la materia.

Uno de estos elementos comunes en el período 2000-2012, ha sido la prioridad temática referida a los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹⁹. La Declaración de los Objetivos del Milenio fue acordada mediante la *Resolución 55/2 de la Asamblea General de las Naciones Unidas en sesión plenaria el 8 de septiembre de 2000* (ver Anexo N°2).

Entre los países que asumieron el cumplimiento de los ODM se encuentran en gran medida los países receptores de la AOD, que convirtieron a los ODM en los ejes prioritarios de sus políticas públicas y planes estratégicos. Además, estos países destinaron gran parte de la AOD que recibían a la consecución de los ODM, complementando así a los fondos propios²⁰.

Por otro lado, los países donantes del CAD, en el período 2000-2012, han dirigido sus flujos de AOD hacia los programas y proyectos encuadrados en el cumplimiento de los ODM²¹. En 2005, en la Declaración de París, de nuevo se insiste en el logro de los ODM como elemento clave para el destino de la AOD.

El cumplimiento de los ODM, nos permite conocer en gran medida los impactos y resultados de la AOD. Esto es factible, porque además desde Naciones Unidas se han implementado programas de evaluación del cumplimiento de los ODM, por países, como es el caso de Perú.

Los ODM se estructuran en ocho objetivos temáticos, a los que se les asocian metas e indicadores, que se han ido revisando en el tiempo, parte de ellos vinculados a la salud y a la educación.

¹⁹ “Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas convinieron en tratar de alcanzar para 2015. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer” (ONU, 2001).

²⁰ Analizaremos este hecho en Perú en el Capítulo 3 revisando las normas y programas más importantes del país.

²¹ En el ámbito de la Unión Europea la prioridad de los ODM en el destino de la AOD que se venía aplicando desde su Declaración en el año 2000, se institucionaliza recogiendo en el Consenso Europeo de Desarrollo de 2005 de aplicación tanto por parte de la UE como por parte de todos sus países miembros. España además, y como ejemplo, los recoge también como prioridad en sus Planes directores de la cooperación española 2001-2004; 2005-2008; 2009-2012.

Siguiendo con los cambios en la Agenda Internacional, entre los acuerdos consensuados en las Cumbres y Foros de Alto Nivel destacan junto con el de priorizar los ODM, *el incremento de la movilización de recursos para el desarrollo (la meta del 0,7%), mayores esfuerzos para reducir la pobreza, y mejorar los mecanismos de ayuda.*

Por último, y sin extendernos en el tema, hay que señalar que en el documento de la *Declaración de la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo de París de 2005*²², consagró cinco principios para la articulación de la AOD que ya se habían comenzado a definir con la Declaración de Roma de 2003:

- *Corresponsabilidad: Donantes y socios son responsables de los resultados del desarrollo.*
- *Apropiación: Los donantes y los países socios ejercen una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo y estrategias y coordinan acciones de desarrollo.*
- *Alineamiento: Los donantes basan todo su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios.*
- *Armonización: Las acciones de los donantes son más armonizadas, transparentes y colectivamente eficaces.*
- *Gestión por resultados: Administrar los recursos y mejorar las tomas de decisiones orientadas a resultados.*

Hacemos referencia a estos principios, en especial a los de *apropiación* y *alineamiento*, en primer lugar por ser fundamentales para entender cómo la AOD se ha vinculado a los ODM, al ser prioridades de países donantes y receptores. En segundo término, para comprobar cómo a partir de 2005 comienzan a tener mayor relevancia las políticas públicas que definen los países receptores, y que son esas políticas las que serán financiadas por los países donantes, con corresponsabilidad de los países receptores²³.

²² Foro de Alto Nivel de París (2005): *Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y el programa de acción Accra* (p. 3-10).

²³ Esto se tomará en consideración en el Capítulo 3 en el estudio de Perú.

A continuación y dado este contexto mundial, se van a analizar las tendencias y los flujos de los fondos que se destinaron por parte de los países del CAD a la Ayuda Oficial al Desarrollo, y los sectores a donde se han dirigido dichos recursos tomando como base o referencia lo acontecido en el periodo 2000-2012²⁴. Se presentarán estadísticas y datos relevantes que reflejan las tendencias de la AOD en el mundo en general, y en particular en América Latina²⁵. Esta descripción sirve para contextualizar el análisis que se realizará de la AOD en Perú en el Capítulo 3.

1.2 EVOLUCIÓN DE LOS FONDOS DESTINADOS A LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO: ANÁLISIS MULTIDIMENSIONAL.

El contexto económico y financiero internacional de la última década ha promovido un movimiento importante de flujos de capital entre las distintas economías. Por un lado, se ha producido una fuerte entrada de capitales a los países en desarrollo (IED²⁶), lo que creó un ambiente de cierto optimismo por parte de los países receptores de capitales externos, por todo lo que esto generaba (posibilidades de crecimiento, oportunidades de negocios, inversión, etc.). No obstante, en el plano de los flujos para la financiación al desarrollo de los países se observa una evidencia en sentido inverso. Desde inicios de la presente década la AOD está disminuyendo tras un largo periodo de aumento constante del volumen de los fondos hasta finales del año 2000. Según las estadísticas de la OCDE el 2010 fue el año de mayor volumen de fondos de AOD²⁷.

El gráfico que se muestra a continuación (Gráfico 1-1) está elaborado sobre la base de los datos estadísticos de *OECD.Stat* de la OCDE, teniendo en cuenta que son montos *netos recibidos*²⁸ y a precios constantes (p. const.). Los datos que se

²⁴ Como se comentó en la introducción del trabajo, el periodo elegido para el estudio es del 2000 al 2012. Debido a la carencia de datos oficiales o algún otro inconveniente, dicho periodo podría reajustarse.

²⁵ La fuente de toda la información en todo el documento de estudio, salvo se indique lo contrario, es la base de datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (en adelante OCDE) - *Statistics* y *QWIDS* -, consultada entre los meses de abril a junio 2015. La selección de los datos, la construcción de los gráficos y tablas son de elaboración propia.

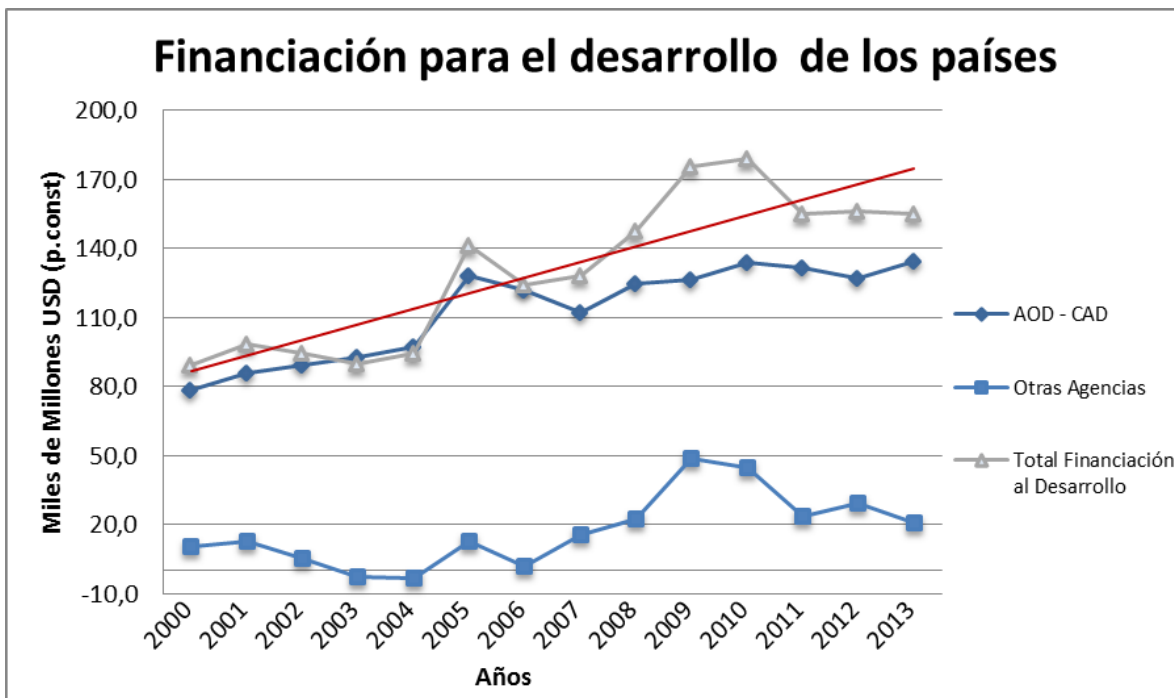
²⁶ Inversión Extranjera Directa (IED).

²⁷ Véase Gráfico 1-1.

²⁸ El monto *neto recibido* (*net received*) es el resultado después de haber aplicado los descuentos respectivos (impuestos o gastos de gestión) al valor o monto bruto transferido, y que los países

muestran dan cuenta de la evolución positiva de los fondos totales de AOD desde la década pasada y los inicios de esta (periodo 2000-2012). Esta tendencia creciente, con algunas alzas y caídas, se daría hasta el año 2010 aproximadamente. A partir de ese año ya se visualiza una disminución de la ayuda. Como se observa también, entre los años 2000 y 2013, los flujos totales de fondos para el desarrollo que van a los países receptores de la ayuda pasaron de un total USD 84.000 millones (año 2000) a USD 172.000 millones, con un incremento de casi un 115% en poco más de una década. El aumento podría ser mayor si se tiene en cuenta que la OCDE todavía no registra de manera oficial los datos del fondo de las ayudas privadas correspondiente a los años más recientes (2012 - 2013), siendo en 2013* la ayuda neta total transferida de los países del CAD de más de USD 134.000 millones (5,4% más que el año anterior).

Gráfico 1-1: FINANCIACIÓN PARA EL DESARROLLO DE LOS PAÍSES 2000-2012



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

**En este gráfico se muestran los datos hasta el año 2013 para expresar de forma más clara la reducción de la AOD a inicios de la presente década.*

El año 2010 los flujos, incluyendo la ayuda desembolsada por las agencias privadas, sumaron un total de USD 176.000 millones. Sin embargo, ni aún en el mejor año (2010) la AOD logró alcanzar el objetivo propuesto por los países donantes: destinar

beneficiarios de la ayuda reciben. Estos fondos pueden ser en concesión de préstamo o donación, y que responden a los criterios que se establecen por el CAD.

el 0,7%²⁹ del PIB de los países del CAD al fondo de ayuda para el desarrollo. En dicho año la AOD alcanzó el 0,32% del PIB (Informe OCDE, 2014), esto es, por debajo de la mitad de la meta.

El gráfico anterior también nos muestra los flujos para la financiación al desarrollo en los últimos 14 años, según el origen de éstos (fondos AOD-CAD, fondos de agencias internacionales). Refleja que la ayuda que más creció, en términos absolutos, fue la cooperación proveniente de los países CAD. Los fondos de cooperación o ayuda al desarrollo de los países del CAD pasaron de USD 78.000 millones en el año 2000 a casi USD 134.000 millones en 2013, con un incremento del 83% en dicho período de tiempo. Los otros fondos provenientes de las agencias internacionales y privadas, por su parte, pasaron de cerca de USD 10.000 millones en 2000 a casi USD 21.000 millones en 2013. Este incremento de más de 100% es significativamente más alto porcentualmente que el registrado por los países CAD.

Parece significativo que los repuntes de AOD se realicen en torno a los años en los que se celebran los Foros de Alto Nivel sobre la financiación y eficacia de la AOD, (2003; 2005; 2008 y 2011), lo cual puede evidenciar que lo que mueve los incrementos de la AOD no es siempre la “solidaridad internacional” o el cumplimiento de compromisos asumidos, sino más bien, la oportunidad política y la imagen pública internacional de los países donantes.

El informe sobre *La Realidad de la Ayuda 2012*³⁰ de Intermón-Oxfam también hace mención a la reducción significativa de la AOD a partir del año 2010. Este debilitamiento de la ayuda sería consecuencia de los factores mencionados en párrafos anteriores (crisis mundial, fatiga de la ayuda, etc.). Dicho informe señala que en el año 2012 la AOD del conjunto de los países del CAD representó el 0,30% de su Renta Nacional Bruta (RNB), lo que implicaría un retroceso del 2% con respecto al año 2010, la cual fue del 0,32% de la RNB. Esto implica que no se están

²⁹ La propuesta consiste en destinar 0,7% del PIB de los países del Norte (ricos) a la ayuda oficial al desarrollo de los países del Sur (en vías de desarrollo o empobrecidos). Este compromiso se remonta a los inicios de la ONU y ha sido ratificada en las posteriores Cumbres de Naciones Unidas (Cumbre de Río de las Naciones Unidas, 1992, Cumbre del Milenio, etc.).

³⁰ *La Realidad de la Ayuda 2012*, p. 35-44 (IO, 2013).

cumpliendo los compromisos asumidos en las cumbres mundiales: “*incrementar los fondos de AOD con vistas al 2015, pasando del 0,30% al 0,51% de su RNB en los próximos años*”. Otro aspecto que destaca el precitado informe, es el hecho de cómo los países donantes *inflan los desembolsos de la ayuda*³¹, con el fin de mostrar, o intentar mostrar, que cumplen con los compromisos asumidos en la asignación de fondos de ayuda oficial, ante la opinión pública y la comunidad internacional.

En resumen, los países donantes hicieron un esfuerzo importante y un progreso significativo en los niveles generales de la AOD en el último decenio, pero sin embargo, no han alcanzado los compromisos asumidos.

1.2.1 Distribución de la AOD por continentes

Tal como ha venido ocurriendo desde de la década pasada, Asia y África son los continentes que concentran el mayor volumen de la AOD. Así lo demuestran los diferentes datos estadísticos e informes de los organismos internacionales y agencias (OCDE, BM, entre otros)³².

Es también en ambos continentes donde se han experimentado los mayores aumentos de AOD, situándose la ayuda en África con un incremento alrededor de un 200% entre los años 2000 y 2012; y en Asia, para ese mismo período, en torno al 150%. Contrastan estos incrementos con el crecimiento de la AOD en América Latina de sólo el 89% debido en gran parte a que los países que la conforman empezaron a considerarse países de renta media o renta media alta.

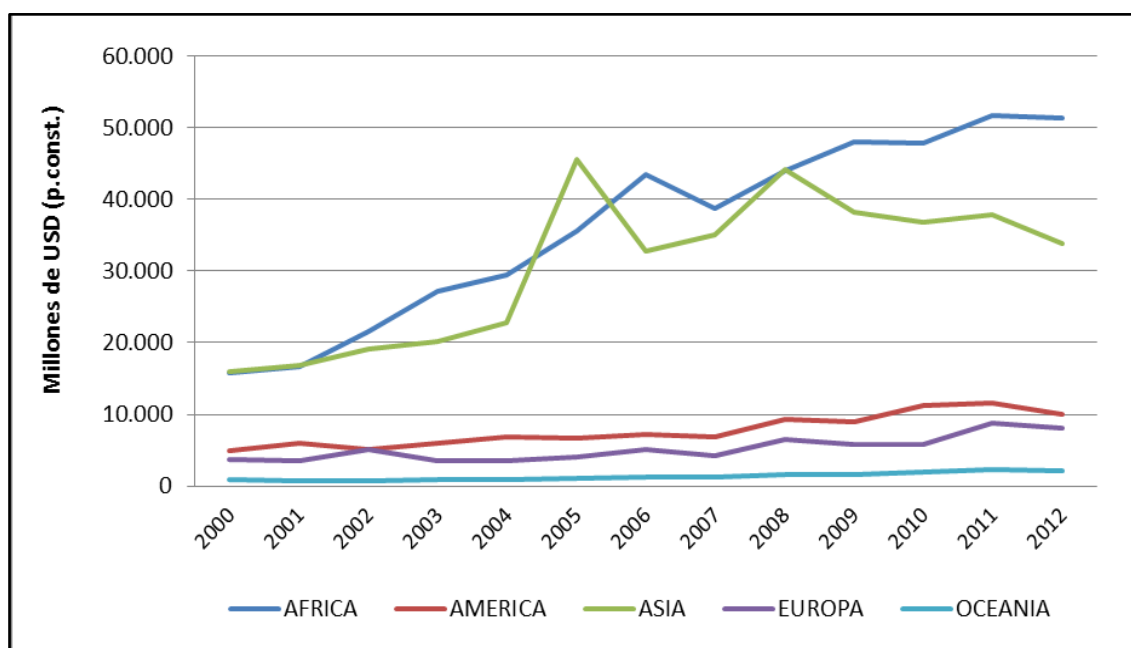
³¹ La *AOD inflada* o “*ayuda inflada*” resulta de contabilizar oficialmente como AOD las partidas de cancelación de deuda, las becas de estudiantes, los costos de refugiados en los países donantes y el apoyo ligado. La “*ayuda genuina*” es la que se refiere a los recursos que van directamente a los países del Sur.

³² Para el caso de este estudio, los datos y las fuentes referenciales de información serán los de la OCDE (base de datos, informes, informes, etc.). A manera de complemento, también se tendrán en cuenta algunos datos e informes de otras agencias (PNUD, CEPAL, APCI,...) y fuentes de información (revistas de economía, de cooperación, desarrollo, etc.).

Desde la perspectiva del cumplimiento de los ODM, se puede en parte fundamentar el mayor porcentaje de AOD en Asia y en África, ya que para cumplir las metas acordadas se requerían mayores esfuerzos, puesto que los puntos de partida eran inferiores al resto de regiones del mundo. A ello se suma que gran parte de los países de África contribuían con escasos recursos a alcanzar los ODM, por lo que lograr las metas quedaba condicionado a la presencia de AOD.

Por lo que se refiere a la distribución de los fondos de AOD per cápita, según los datos de la OCDE (Informe 2014)³³, África ocupa el primer lugar con USD 54 dólares por habitante, seguido por América Latina con USD 26 dólares por habitante.

Gráfico 1-2: EVOLUCIÓN DE LA AOD POR CONTINENTES 2000 - 2012



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

En el gráfico anterior (Gráfico 1-2) con respecto a términos absolutos, se observa que la AOD destinada a África y Asia mantiene una tendencia al crecimiento hasta el año 2008, a pesar de que el 2010 tuvo un descenso y, en el caso de Asia, continúa disminuyendo en la actualidad. En años anteriores (2006 - 2008) también

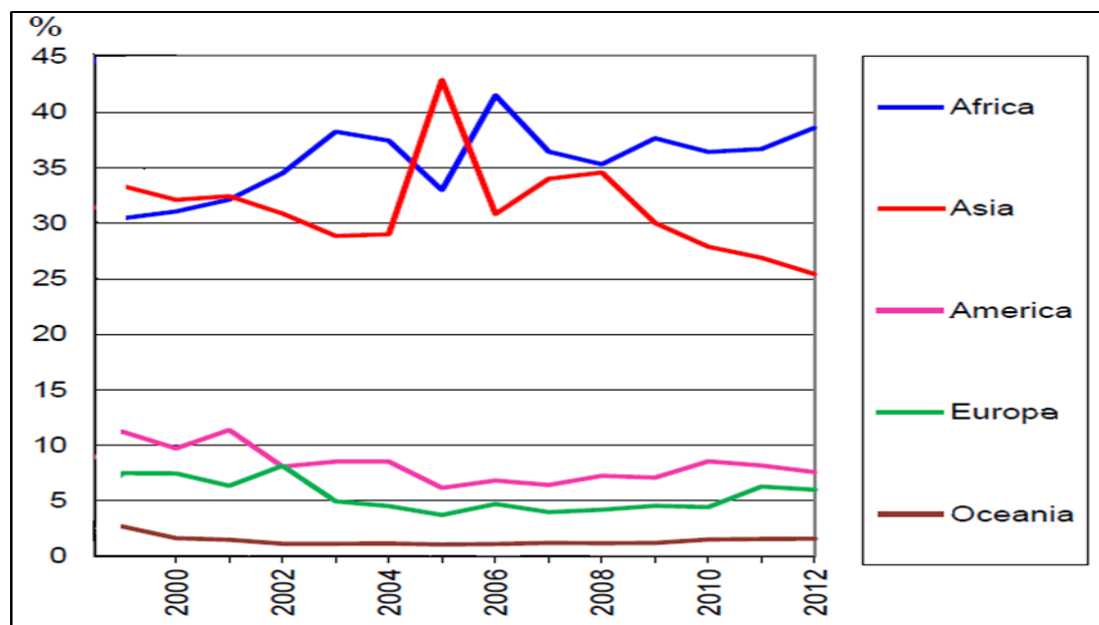
³³ Informe OCDE (p.65-70).

se produjeron algunos descensos, sin que por ello se revertiera en el mediano plazo la tendencia al crecimiento.

En términos porcentuales, en el gráfico siguiente (Gráfico 1-3), se observa que pese a una disminución de la ayuda destinada hacia las distintas regiones o continentes (2007-2008), la participación de la ayuda para África se ha incrementado significativamente, pasando de un 30% (2000) a un 43% (2007) del total de la AOD. El 2011, África recibió USD 51.728 millones de AOD, manteniendo así un leve crecimiento con respecto al resto de continentes.

Según los datos de la OCDE³⁴, los países africanos que más ayuda recibieron en los últimos años fueron: Egipto, Etiopía, Kenia, República Democrática del Congo y Tanzania (cada país recibió en promedio más de USD 3.000 millones). Asimismo, entre los cinco países que más fondos aportaron al continente figuran: Estados Unidos, Francia, Reino Unido, Alemania y Japón.

Gráfico 1-3: EVOLUCIÓN DE LA AOD POR CONTINENTES 2000-2012 (porcentaje)



Fuente: OCDE (Informe, 2014).

³⁴ Los datos se encuentran disponibles en <http://stats.oecd.org/>, así como en el informe *Develop AID at a Glance: Statistics by Region, Africa 2014* (p.2). [consultado: 18/06/2015].

Por otro lado, Asia recibió por concepto de AOD una media USD 31.000 millones por año entre el 2000 y 2012. El 2005 fue el año en el que el continente recibió más volumen de ayuda, pues se destinaron a esta región unos USD 45.522 millones.

Dentro de las razones que originó dicho incremento, como menciona el informe del IECAH-MSF (2014)³⁵, destacan los fondos de *Reconstrucción post Tsunami del 2004* que arrasó las comunidades costeras de casi todo el sur y sureste del continente, y los *conflictos armados en oriente medio*. Asimismo, los países que más fondos aportaron al continente asiático fueron Estados Unidos, Francia, Reino Unido y Alemania, aunque estos tres últimos países vienen disminuyendo su contribución. Afganistán es el país que más ayuda recibió (USD 5.426 millones en 2013)³⁶, debido a la cruenta guerra que viene sufriendo este país y que ya se ha cobrado la vida de miles de civiles; así como Irak, cuya población siguió padeciendo tras las consecuencias de la guerra.

En relación al continente de América, se analizará de forma concreta en el apartado dedicado en este capítulo a la región.

1.2.2 Análisis desde los países donantes del CAD

Sobre la base de los datos estadísticos e informes de la OCDE, a continuación se estudiará el comportamiento de los países del CAD en estos últimos años con referencia a su aportación a los fondos de AOD. La Tabla 1-1 nos muestra que Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Japón y Francia fueron los cinco países del CAD que más volumen de AOD aportaron en los últimos años. A inicios de esta década, cinco donantes han disminuido los fondos destinados a la AOD respecto a 2010: España, Bélgica, Grecia, Austria y los Países Bajos. De ellos, España es el país que más ha reducido la ayuda (el 2012 aportó USD 3.912 millones menos que en 2010).

³⁵ Informe conjunto del Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria (IECAH) y Médicos Sin Fronteras (MSF): *La acción humanitaria 2013 – 2104, una respuesta tardía* (p. 18-31).

³⁶ OCDE (2014): *Develop AID at a Glance*, Op. cit. (p. 2).

Tabla 1-1 : LOS DIEZ PINCIPALES DONANTES DEL CAD Y SU APORTACIÓN A LA AOD 2000 – 2012 (millones de USD / %)

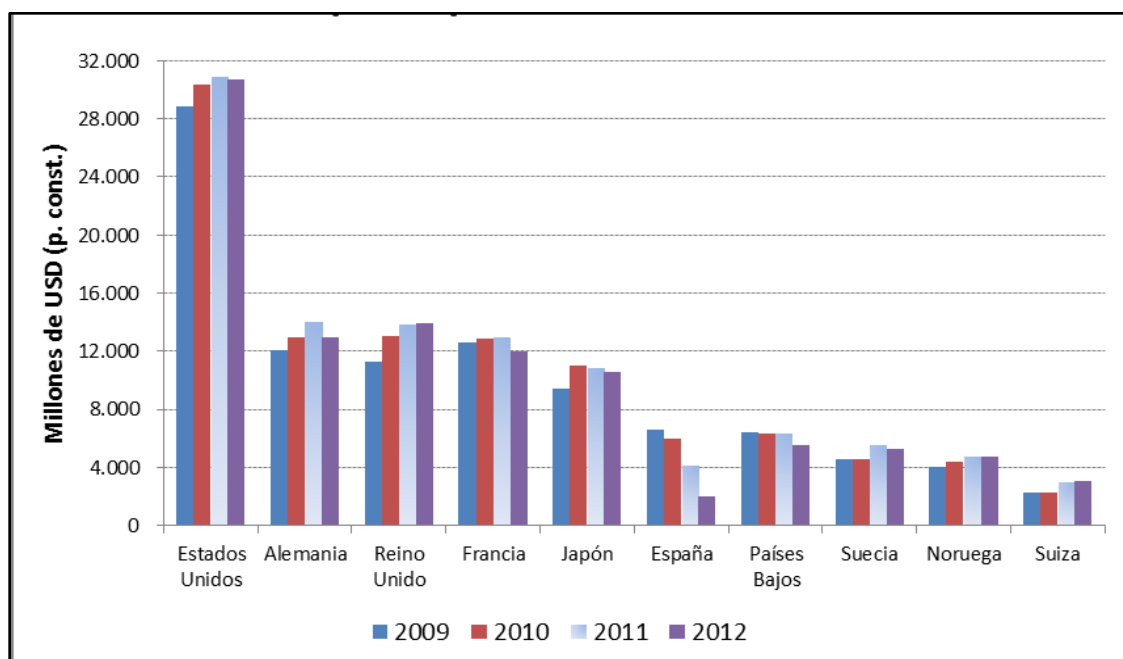
PAÍSES	2000	%	2005	%	2010	%	2012	%
Estados Unidos	10.692	20,1	27.935	26,1	30.353	23,5	30.687	24,17
Alemania	5.010	9,4	10.082	9,4	12.985	10,1	12.939	10,19
Reino Unido	4.534	8,5	10.772	10,1	13.053	10,1	13.891	10,94
Francia	4.151	7,8	10.026	9,4	12.915	10	12.028	9,47
Japón	11.677	21,9	13.126	12,3	11.058	8,6	10.605	8,35
Países Bajos	3.154	5,9	5.115	4,8	6.357	4,9	5.523	4,35
Canadá	1.638	3,1	3.756	3,5	5.214	4,0	5.650	4,45
Suecia	1.732	3,2	3.362	3,1	4.533	3,5	5.240	4,13
Noruega	1.305	2,4	2.786	2,6	4.372	3,4	4.753	3,74
España	1.466	2,7	3.018	2,8	5.949	4,6	2.037	1,60
TOTAL CAD	53.324	100%	107.078	100%	129.066	100%	126.949	100%

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

La Tabla 1-1 también nos muestra los porcentajes de AOD que los países miembros del CAD han destinado a los países receptores de la ayuda. Se observa, entre los años 2000 – 2012, el país que más aportó en términos porcentuales a los fondos de la ayuda fue Estados Unidos, siendo esta aportación del 24% del total en promedio, aunque todo este volumen sólo representa el 0,19% de su PIB (OCDE, 2014, p. 380). Estos datos lo ubican entre los diez principales donantes, siendo además el país que más recursos ha destinado a la AOD en todo el periodo señalado.

En 2012 (ver Tabla 1-1), Estados Unidos desembolsó USD 30.681 millones. Le siguen en volumen de fondos Reino Unido (USD 13.891 millones), Alemania (USD 12.939 millones), Francia (USD 12.028 millones) y Japón (USD 10.605 millones). El Gráfico 1-4 que se muestra a continuación revela el comportamiento en el período comprendido entre 2009 - 2012 de los diez países del CAD que más aportaron a la ayuda al desarrollo.

**Gráfico 1-4: LOS DIEZ PRINCIPALES PAÍSES DONANTES DEL CAD
PERÍODO 2009 - 2012**



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

Asimismo, según los datos estadísticos de la OCDE³⁷, se observa que Luxemburgo, Dinamarca, Países Bajos y Suecia son los países cuya aportación a la AOD supera el 0,7% de su Producto Bruto Interno (PIB)³⁸. Sin embargo, los aportes de los países cooperantes tradicionales (Estados Unidos, Japón e Italia) se sitúan por debajo del 0,3% de su PIB.

1.2.3 Distribución de la AOD por sectores³⁹

El Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, a los efectos de poder cuantificar la AOD, ha elaborado lo que se conoce como la lista de los sectores CAD⁴⁰: Servicios

³⁷ Véase la Base de Datos (Aid Statistics) de la OCDE en línea, referente al porcentaje destinado a la AOD por países del CAD. <http://www.compareyourcountry.org/oda?cr=oced&lg=es> [consultado: 15/06/2015]

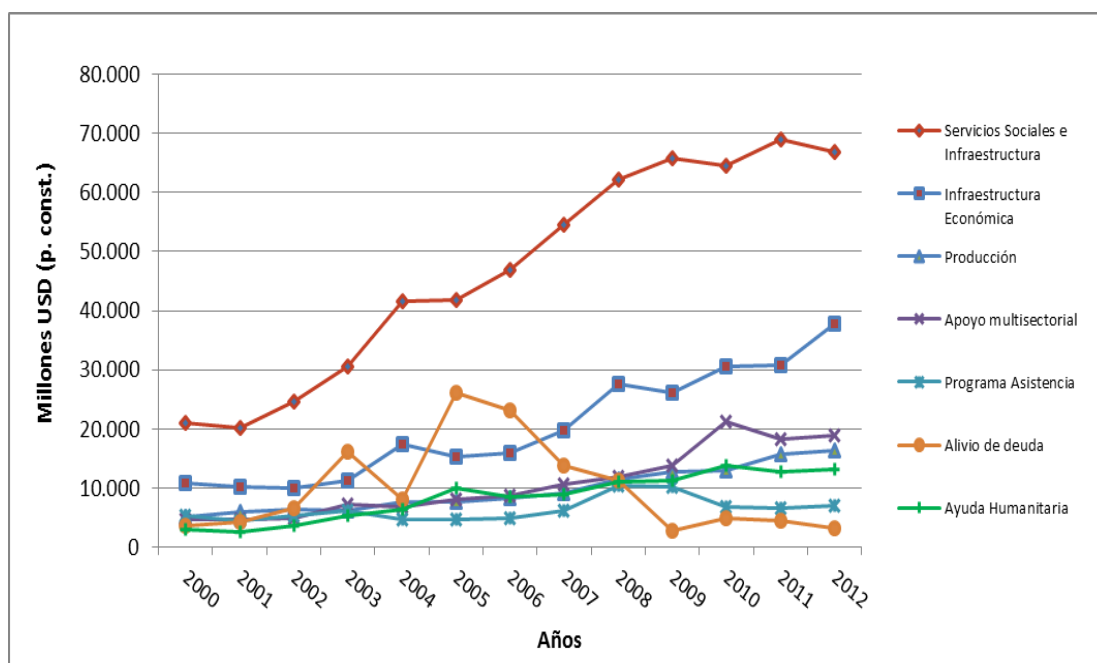
³⁸ Ver pie de página 18 (p. 8)

³⁹ Ver anexos nº 4 y 5 con el listado desglosado de sectores CAD.

⁴⁰ Cuando los países o entes supranacionales envían sus reportes a la OCDE de las cantidades donadas o recibidas en AOD, han de clasificarla según los códigos vinculados a los sectores que el CAD define y los componentes en los que se disgrega. Esto permite homogenizar la información de

Sociales e Infraestructura; Infraestructura Económica; Producción; Apoyo Multisectorial; Programa de asistencia; Alivio de deuda; y Ayuda humanitaria.

Gráfico 1-5: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DE LA AOD POR SECTORES 2000-2012



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

El gráfico arriba mostrado presenta la *distribución total de la AOD* en los diferentes sectores a escala mundial (a montos netos y a p. constantes). Desde el año 2000, el sector de Servicios Sociales e Infraestructura tuvo un crecimiento constante y concentró la mayor cantidad de fondos. A inicios del periodo 2000-2012 obtenía USD 21.062 millones anuales, pero en poco más de una década dicho sector incrementó su financiación anual a USD 71.007 millones (entre 2012 y 2013), lo que en términos porcentuales significó un crecimiento del 350%.

Se puede señalar que con la alta concentración de recursos de la AOD asignados al sector de Servicios Sociales e Infraestructuras, tanto los países donantes como receptores, pretendían cumplir las prioridades de la agenda internacional, y en concreto los ODM. Y así, el incremento de AOD en el sector, permitió a los países

los flujos de la AOD. Por ello este trabajo, en lo que a datos estadísticos de la AOD se refiere, tiene como principal fuente de información la OCDE y su base de datos OCDE Statistics.

receptores impulsar e implementar políticas sociales, especialmente a partir de 2005, cuando en la Declaración de París, se impulsa y asume el reto del cumplimiento de los ODM debido a que aún se estaban lejos de las metas previstas para 2015⁴¹.

El segundo sector al que se destinaron un importante volumen de recursos fue el de Infraestructura Económica, el cual pasó de asignársele anualmente USD 10.000 millones a USD 40.260 millones en el mismo período de tiempo.

Por lo que se refiere al sector de la Producción, el tercero en términos globales, incrementó sus fondos hasta un máximo de USD 18.965 millones al año. Con referencia a los demás sectores, la asignación de los recursos tuvo ligeros incrementos durante el periodo de tiempo estudiado.

Por último, el sector denominado Alivio de Deuda tuvo un incremento considerable de recursos entre los años 2005 y 2006, llegando en ese período a destinarse anualmente una cantidad cercana a los USD 30.000 millones en dicho sector. Según nos señala el *Grupo de Trabajo de la ONU*⁴², en su informe (2011, p.12-17), este aumento se debió a los acuerdos tomados por los países participantes en la Cumbre de Gleneagles (2005). Después de esos años que se podrían denominar “*años excepcionales*”, el gráfico nos muestra el descenso en la asignación de fondos al alivio de la deuda, manteniéndose la cantidad anual relativamente invariable a partir del 2009 en torno a los USD 5.000 millones.

Para concluir con el análisis de los sectores a los que se destina la AOD se van a analizar los subsectores que conforman el sector de *Servicios Sociales e Infraestructura*⁴³. La elección de este sector, se debe en primer lugar, a que es, como ya se ha señalado en los párrafos anteriores, el que mayor peso tiene en

⁴¹ Ver supra, apartado *Prioridades de la Agenda Internacional*.

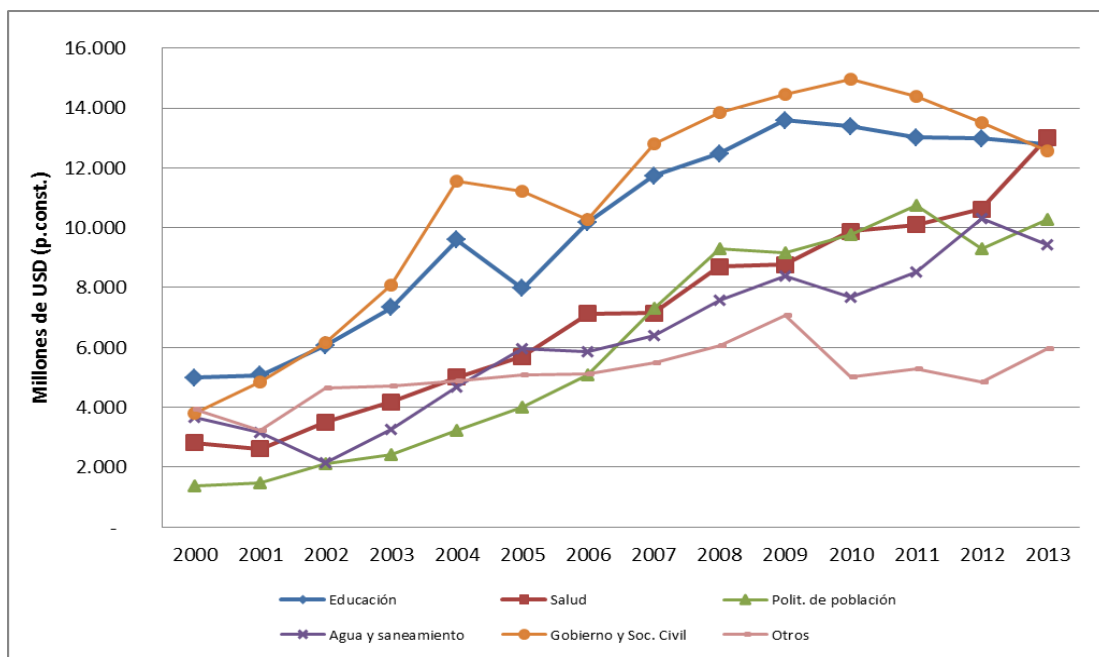
⁴² Grupo de Tareas de la ONU: *La Alianza Mundial para el Desarrollo: es hora de cumplir*. El informe del Grupo de Tareas (organismos participantes: BM, CEPAL, CEE, UNOPS, etc.) trata sobre el desfase en el logro de los ODM, y entre ellos lo relacionado con los fondos para el alivio de la deuda externa de los países.

⁴³ Ver en Anexo N° 4: elementos que componen el sector de Servicios Sociales e Infraestructuras.

términos globales e incremento en el período 2000-2012. Además, dentro del mismo, se encuentran los dos subsectores – educación y salud - que se estudiarán con mayor profundidad en los próximos capítulos referidos a Perú.

En consonancia con el sector, y analizando el Gráfico 1-6, todos los subsectores que lo integran han incrementado la asignación de fondos en el período 2000-2012.

Gráfico 1-6: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD EN LOS DIFERENTES SUBSECTORES SOCIALES 2000 - 2013



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE

**En este gráfico se muestran los datos hasta el año 2013 para expresar de forma más clara el incremento de la AOD en algunos subsectores a inicios de la presente década.*

Los subsectores de Educación y Gobierno y Sociedad Civil son los que mayor presencia tienen en el sector. En 2010 los fondos destinados a los mismos alcanzaron su nivel máximo anual. Educación estuvo en torno a los USD 13.387 millones y Gobierno y Sociedad Civil llegó a los USD 14.949 millones. El subsector de Salud con un ascenso constante, superó en 2012 los USD 10.000 millones. Cabe subrayar que en 2013 este subsector recibió cerca de los USD 13.000 millones, siendo un 23% más que el año anterior. Los Programas Políticas de población tuvieron un incremento importante, de casi 6 veces más con referencia al año 2000,

alcanzando en 2011 los USD 10.085 millones. El subsector de Agua y saneamiento ha sido el subsector que tuvo una trayectoria de crecimiento oscilante con respecto al volumen de fondos durante el período 2000-2012, alcanzando su cifra máxima global en 2011 con una cifra superior anual a los USD 10.000 millones.

1.3 La Ayuda Oficial al Desarrollo en América Latina

Tal y como señalan Tezanos y Martínez (2009): *“los países de América Latina y el Caribe (ALC) han sido importantes receptores de AOD desde la creación del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE. No obstante, su participación en el sistema de ayuda ha sufrido una alteración formidable a lo largo del tiempo, especialmente en los primeros años del siglo XXI. Esta alteración no se debe tanto al progreso económico logrado por la región como a los cambios introducidos en la agenda internacional de desarrollo”*⁴⁴. Estos cambios o alteraciones, como ya se ha ido señalando, no se deben exclusivamente al crecimiento económico que están alcanzando los países de la región, sino también a las modificaciones y prioridades que comenzaron a introducirse en la agenda internacional para el desarrollo.

Los *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)* también son prioridad en América Latina, como en el resto de regiones, puesto que aún persisten escenarios de pobreza, exclusión social y marginación, y una continua vulneración de los derechos fundamentales, a pesar del crecimiento económico de los últimos años.

Regresando a los planteamientos de Tezanos y Martínez (2009), sobre las prioridades que deberían motivar el proceso de reasignación de la ayuda hacia los países en vías de desarrollo y menos desarrollados, a pesar del avance de América Latina, no deberían escatimarse esfuerzos por parte de la comunidad internacional para seguir aportando AOD, teniendo en cuenta que hasta hoy existen problemas sociales sin resolver (pobreza, analfabetismo, exclusión, conflictos sociales, etc.).

⁴⁴ Tezanos, V. y Martínez, A. (2009): *Ayuda Oficial al Desarrollo para América Latina y el Caribe en el punto de inflexión del milenio*. (p. 2 y 5).

En este contexto, como se avanzó anteriormente, se analizarán de una forma más amplia los flujos de AOD desembolsados en la región de América Latina y el Caribe entre los años 2000–2012, la distribución territorial y por sectores de la misma. La información estadística es extraída de la base de datos de la OCDE (desembolsos netos, p. const.), y de los diferentes informes elaborados por los organismos internacionales.

1.3.1 Tendencias en la región

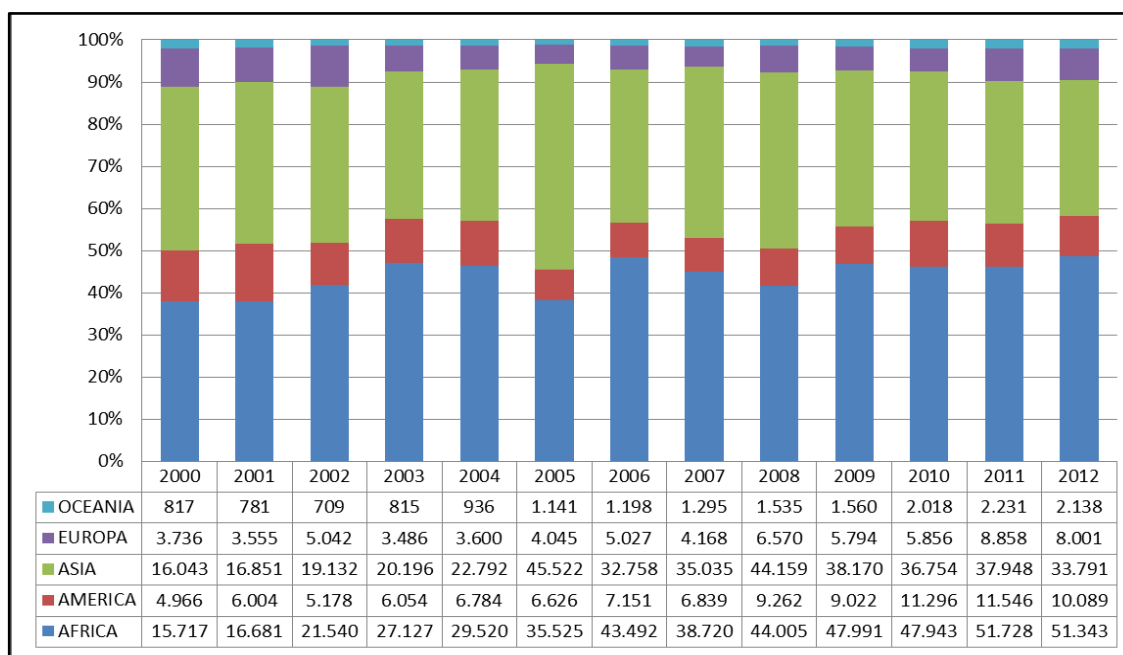
Los países de América Latina durante los últimos doce años han recibido un desembolso total (neto) de AOD que asciende a los USD 100.816 millones⁴⁵ (OCDE). Sin embargo, su participación en la distribución de los fondos de la ayuda ha variado a lo largo de estos últimos años.

De forma particular, en lo que respecta a los fondos de AOD (en porcentaje) asignados para América Latina, el Gráfico 1-7 muestra el comportamiento que tuvieron los fondos de ayuda asignados a la región en los últimos años. A inicios de la década pasada se mantenía una cierta tendencia al crecimiento, con ligeros descensos en 2007 y 2012⁴⁶. En términos porcentuales América Latina desde el año 2002 recibe fondos debajo del 9% del total de la ayuda oficial mundial.

⁴⁵ Véase Base de Datos de la OCDE <https://data.oecd.org/oda/net-oda.htm> [consultado: 22/05/2015].

⁴⁶ Véase ¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.

Gráfico 1-7: EVOLUCIÓN DE LA AOD POR CONTINENTE 2000 – 2012
(porcentaje y millones de USD)



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

En términos absolutos, el Gráfico 1-7 nos indica cómo en el año 2010 la región incrementaba los recursos obteniendo un total de USD 11.296 millones (neto recibido) después de la reducción del año anterior. A inicios de la presente década, al igual que el continente asiático, la AOD destinada a esta región disminuye, pasando a recibir USD 10.089 millones el 2012 (USD 1.197 millones menos). Una de las causas o factores que genera esta reducción de la ayuda podría deberse, además de la crisis, a que muchos países de la región, según la información y datos que nos brinda el Banco Mundial⁴⁷ y la OCDE (Informe, 2014, p. 418), pasaron a ser considerados o catalogados como *Países de Renta Media (PRM)* debido a la mejora de sus economías y de sus índices de desarrollo. De esta forma dejan de ser considerados países prioritarios. Esto puede dar lugar a que América Latina reduzca la recepción de fondos de la ayuda en casi un 13% del total que se venía destinando a los países de la región.

⁴⁷ Véase en el Banco Mundial: *Clasificación de los países* <http://data.worldbank.org/about/country-and-lending-groups> [consulta: 3/06/2015]

1.3.2 Análisis desde los países donantes y receptores

Países Donantes

Los datos de la OCDE⁴⁸ nos muestran el volumen de fondos que los países del CAD destinaron a los países de América Latina en el periodo 2000-2012 (**¡Error! No se encuentra el origen de la referencia.**).

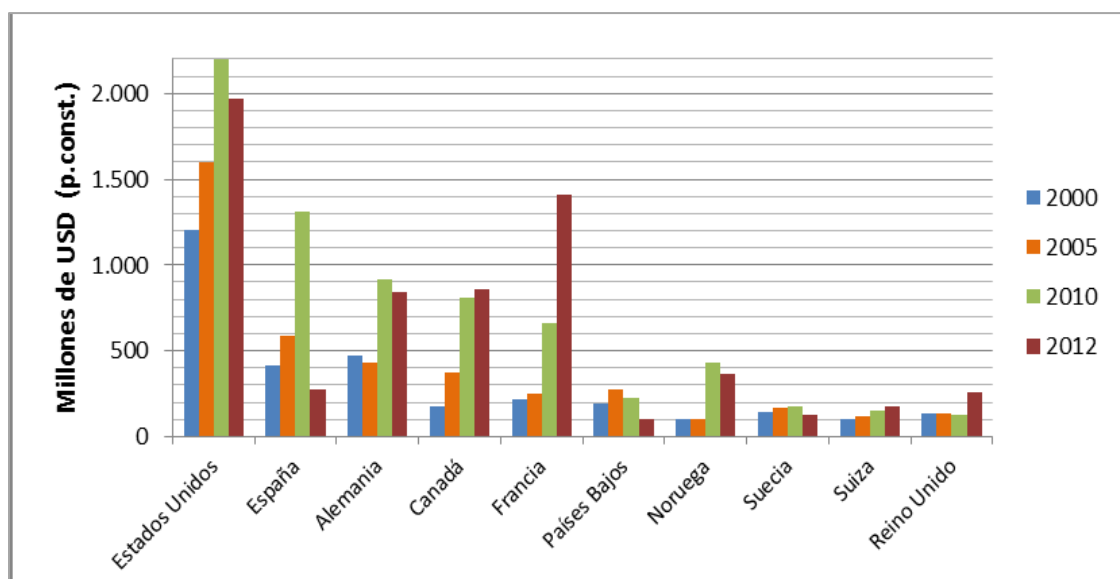
Como ya sucedía a escala mundial, EE.UU. Reino Unido, Alemania y Francia, son los principales donantes de AOD a América Latina, representando el 64% de la AOD que recibe la Región. Y así EE.UU., como principal donante contribuyó en los últimos tres años con el 30% del total de los fondos a la AOD a América Latina; si bien se aprecia un ligero descenso de los mismos. Le siguen en volumen de fondos: España⁴⁹, Alemania, Canadá y Francia. En este periodo los casos de Suiza, Canadá y Japón resultan especiales, puesto que aun siendo donantes permanentes de la región, sin embargo, entre los años 2008-2009 no aportaron fondos a América Latina.

Además, conviene mencionar que España tiene como principal destinatario de sus fondos la región de América Latina, y que representa el 43% de su AOD total anual, desembolsando un promedio de USD 429 millones anuales, con importantes descensos en los últimos años. El peso tan significativo de la región entre los países destinatarios de la AOD española se debe en gran medida a los vínculos históricos que les unen, y que se reflejan también en sus relaciones comerciales y compromisos diplomáticos.

⁴⁸ Base de datos OCDE. Link: <https://data.oecd.org/oda/distribution-of-net-oda.htm#indicator-chart> [consulta: 3/06/2015].

⁴⁹ España es el país que más aumento sus desembolsos de AOD en la década pasada. Sin embargo, en el presente, es el país que más recortó su contribución a los fondos de ayuda (ver Gráfico 1-8).

Gráfico 1-8 LOS DIEZ PRINCIPALES PAÍSES DONANTES DEL CAD EN AMÉRICA LATINA 2000 - 2012



Fuente: elaboración propia, basado en datos de la OCDE.

Siguiendo con el análisis de los países donantes de AOD en América Latina, y tal y como manifiesta Tezanos (2010) en la década pasada la ayuda desembolsada resultó “*ser excesivamente fragmentada y volátil, lo que pudo haber menoscabado la eficacia de las actuaciones*”. Efectivamente, el gran número de donantes, con aportaciones a programas diversos, dependiendo de las prioridades de cada país donante, ha dificultado la concentración de recursos para la consecución de los objetivos y prioridades de los países receptores. Por otro lado, la volatilidad de las ayudas, esto es, los descensos anuales de los fondos y el no cumplimiento de compromisos, entregando en ocasiones cantidades inferiores a las acordadas, impide hacer proyecciones a medio plazo, lo que pone en riesgo la viabilidad y sostenibilidad de los programas de desarrollo. Finaliza el autor señalando que “*en la medida en que en los últimos años se ha producido una retirada de donantes bilaterales de ALC, se ha minorado el problema de la fragmentación, si bien a costa de incrementar la volatilidad de los recursos.*”

Países Receptores

Según el CAD, los índices de desarrollo que presentan los países de América Latina hacen que cerca de 32 estados sean potencialmente receptores de fondos de AOD.

Entre los países receptores de AOD de América Latina, se han presentado en el período 2000-2012 importantes desigualdades políticas, sociales y económicas, lo que ha implicado que los flujos y recursos de ayuda al desarrollo hayan variado según los países, sus necesidades y circunstancias.

Los datos de la OCDE (Informe 2014)⁵⁰ muestran que hasta el año 2006 los cinco países con mayor recepción de fondos de AOD fueron Colombia, Bolivia, Guatemala, Nicaragua y Honduras. Desde el año 2010, Haití pasa a ser el principal receptor de AOD en la región, destinándose en los últimos años USD 3.065 millones, casi la tercera parte del total de AOD anual recibido por los países de AL, y ello como consecuencia del terremoto acontecido en enero de 2010⁵¹ (ver Tabla 1-2). Lo siguen Colombia (USD 894 millones), Brasil (USD 852), Bolivia (USD 707 millones) y Nicaragua (USD 630 millones).

Dichos aportes hacia la región fueron destinados principalmente a *Servicios Sociales e infraestructura*, *Ayuda Humanitaria* (caso de Haití), *Producción e Infraestructura Económica*. El detalle del destino de la ayuda se estudiará en los apartados siguientes.

Tabla 1-2: LOS 10 PAISES DE AMÉRICA LATINA QUE RECIBIERON MÁS AOD

	2010	2011	2012	Promedio 3 años	% Recibido
1 Haití	3 065	1 710	1 275	2 017	18%
2 Colombia	901	1 018	764	894	8%
3 Brazil	453	815	1 288	852	8%
4 Bolivia	741	722	659	707	6%
5 Nicaragua	662	694	532	630	6%
6 Mexico	471	971	418	620	6%
7 Honduras	631	620	572	608	6%
8 Guatemala	394	388	299	360	3%
9 El Salvador	283	286	230	267	2%
10 Peru	-256	605	394	248	2%
Otros receptores	3 950	3 716	3 665	3 777	34%
Total AOD recibida	11 296	11 546	10 097	10 980	100%

Fuente: OCDE (Informe 2014).

⁵⁰ De los 32 países que conforman en la región sólo Haití es considerado País Menos Adelantado (PMA). Ver ubicación y ranking de los países según la OCDE en el anexo 1.

⁵¹ UNCTAD (Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo). 2010. *La reconstrucción de Haití: un nuevo enfoque de la cooperación internacional*. UNCTAD, 2010; pp. 11, en línea http://www.unctad.org/sp/docs/presspb20103_sp.pdf.

Partiendo de estas distintas aportaciones en la distribución de la AOD entre los países de América Latina, apunta Tezanos, que *“de acuerdo con la estrategias de cumplimiento universal de los ODM, la ayuda debería estar priorizando particularmente a aquellos países que experimentan ritmos más rezagados de reducción de la pobreza e, incluso, a aquellos que han sufrido regresiones. En cambio, los países que se han rebelado más exitosos en reducir la pobreza deberían recibir cantidades proporcionalmente menores de ayuda.”*

Sin embargo, según los datos estadísticos e informes analizados, no se ha producido una relación directamente proporcional entre la AOD que reciben los países y la tasa de variación de la pobreza. De hecho, se han beneficiado de la AOD los países con escasa variación de los niveles de pobreza – Brasil, México – e incluso aquellos países donde se ha reducido dicha pobreza – El Salvador y Panamá - mientras que los países cuya tasa de pobreza aumentó - Venezuela, Bolivia - han recibido menor cantidad de AOD, poniendo con ello en riesgo el cumplimiento de los ODM⁵².

1.3.3 Los países de la Comunidad Andina de Naciones (CAN)

Geográficamente América Latina está conformada por Norteamérica (sólo México), Centroamérica y Sudamérica. Esta última a su vez se divide en tres subregiones: Andina (países de la CAN⁵³), subregión a la que pertenece Perú; Brasil; y el Cono Sur (Argentina, Chile, Uruguay y Paraguay). De estas tres subregiones, la CAN es la zona que recibe mayores volúmenes de ayuda, seguida por Brasil.

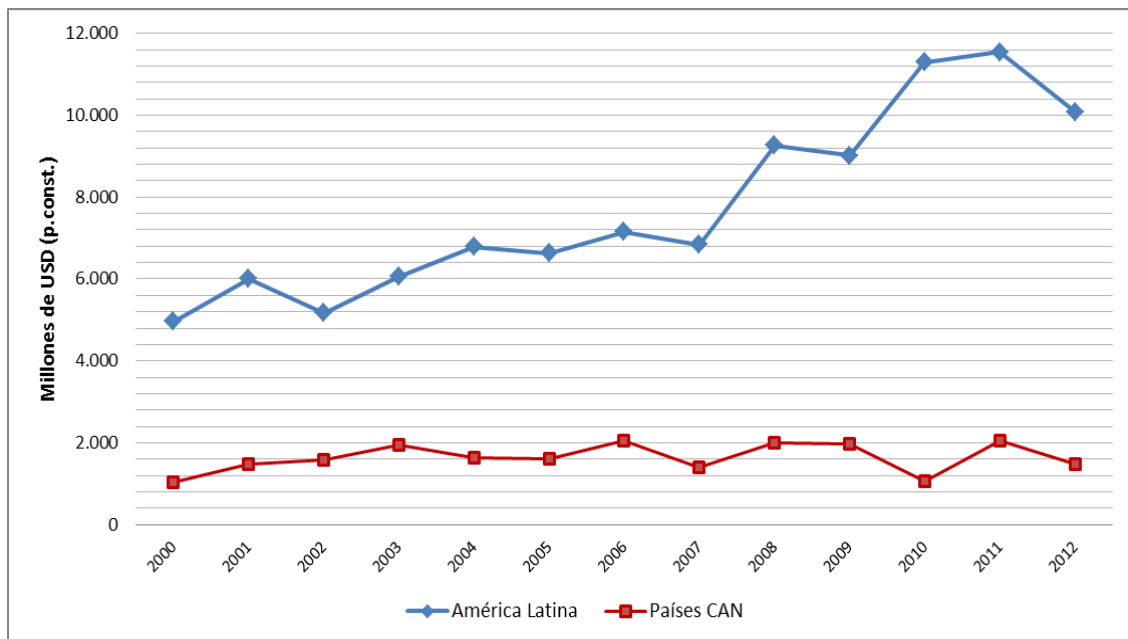
⁵² Es significativo el estancamiento en la reducción de la pobreza en América Latina en los últimos años. CEPAL. (2015): *Se estanca la reducción de la pobreza e indigencia en la mayoría de los países de AL.* Ver en línea <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=31501#.VY33NTQVhNM> [consulta: 11/06/2015].

⁵³ La Comunidad Andina de Naciones (CAN) lo conforman los países Andinos: Bolivia, Colombia, Ecuador y Perú. Venezuela fue país miembro hasta el año 2010, donde pidió su salida por temas políticos internos. Estos países serán mencionados más adelante cuando se haga algunas comparaciones a nivel regional.

El Gráfico 1-9 nos muestra el comportamiento de los fondos de AOD en la región y en los países de la CAN en el período 2000-2012. Se observa que, a diferencia de la AOD desembolsada en la región de América Latina, los países de la CAN no han tenido incrementos de fondos significativos en el tiempo señalado. Estos se mantuvieron casi constantes en todo el periodo.

Profundizando en los países de la CAN, estos recibieron en los últimos 10 años un promedio anual de USD 1.625 millones. El país que mayor cantidad de fondos de AOD recibe es Colombia (pasó de USD 171 millones a inicios de la década pasada, a casi USD 1.000 millones entre 2009-2010); esto significa que los países del CAD han quintuplicado su apoyo a dicho país. Mucho de este apoyo tiene que ver, según Castañeda (CEPAL, 2013), con la puesta en marcha de los procesos de paz de mediados de la década pasada, negociación entre el Estado y las FARC⁵⁴.

Gráfico 1-9 : TENDENCIA DE LA AOD EN AMERICA LATINA Y LOS PAÍSES DE LA CAN 2000 - 2012



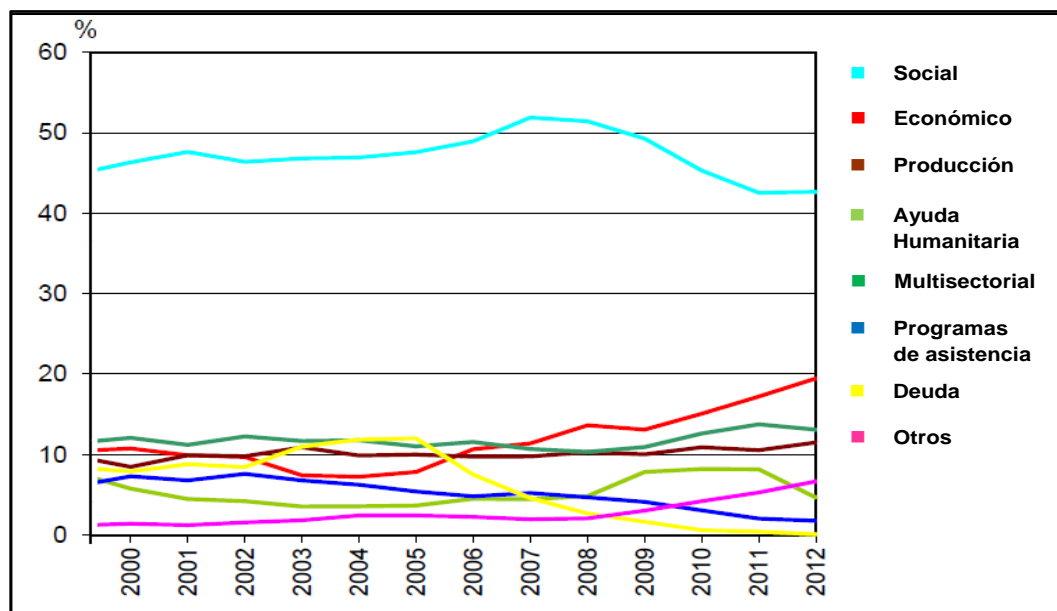
Fuente: elaboración propia, datos de la OCDE.

⁵⁴ El documento de Castañeda (2012), trata de como la cooperación en Colombia ha venido ganando visibilidad y dimensión, a diferencia de los otros países de la CAN. La diplomacia colombiana tuvo la gran oportunidad de contar con el apoyo político y financiero de los organismos internacionales para el proceso post-conflicto, siendo esta una circunstancia ideal para destinar recursos a los lugares en los que el Estado no llegaba. De esta forma, los fondos de AOD ganan espacio y volumen en los procesos de paz, no sólo a nivel de recursos financieros, sino de apoyo técnico y diplomático por parte de las instituciones y organismos internacionales (CAD, UE, ONU, ACNUR, etc.).

1.3.4 Distribución de la AOD en América Latina por sectores

El informe anual mundial y regional de la OCDE (2014) indicaba que en el año 2012 el *Sector de Servicios Sociales e Infraestructuras* es el que mayor volumen de AOD recibió en América Latina. Las otras áreas que concentraron cantidades significativas de recursos fueron: *Infraestructura Económica y Servicios*, *Producción y Programas de Asistencia*. Así se demuestra en el gráfico siguiente (Gráfico 1-10)⁵⁵ que presenta la distribución porcentual sectorial estimada de la AOD hacia los países de la región.

Gráfico 1-10 : FLUJOS DE LA AOD EN AMÉRICA LATINA POR SECTORES 2000-2012 (porcentaje)



Fuente: OCDE (Informe, 2014).

Se observa que la mayor parte de la ayuda oficial recibida entre los años 2000-2012 se orientó, efectivamente, al sector de *Servicios Sociales e Infraestructura* (cerca de un 50% del total). El sector que ocupa el segundo lugar en el destino de los fondos es de *Infraestructura Económica y Servicios*, el cual recibió en torno a un 18% del

⁵⁵ *El gráfico pertenece al Informe Anual 2014 de la OCDE, y por el contenido de la leyenda se tuvo que abreviar algunos nombres de los sectores. El equivalente a cada nombre queda de la siguiente forma: Servicios Sociales e Infraestructura = Social; Infraestructura Económica y Servicios = Económico; Producción = Producción; Alivio a la deuda = Deuda; el resto se mantienen descritos de la misma forma.

total; seguido por el de Producción, Apoyo multisectorial y Ayuda Humanitaria, a quienes se les destinó entre el 9-12%.

Comparando lo que acontece a escala mundial y regional en relación a la distribución por sectores de la AOD, cabe señalar que en ambos, el sector de *Servicios Sociales e Infraestructura* es indudablemente el que mayores aportes recibe. Se percibe una pequeña diferencia, en cuanto a que a escala global es en 2008 cuando comienza el descenso en la AOD en este sector, mientras que en América Latina esa reducción no comienza a notarse hasta dos años después. La preponderancia del sector *Servicios Sociales e Infraestructura*, como también sucede a escala mundial, tiene una vinculación directa con el cumplimiento de los ODM, que como hemos reseñado, en América Latina son los objetivos esenciales de la región, tanto desde la perspectiva de los países receptores, como desde los donantes.

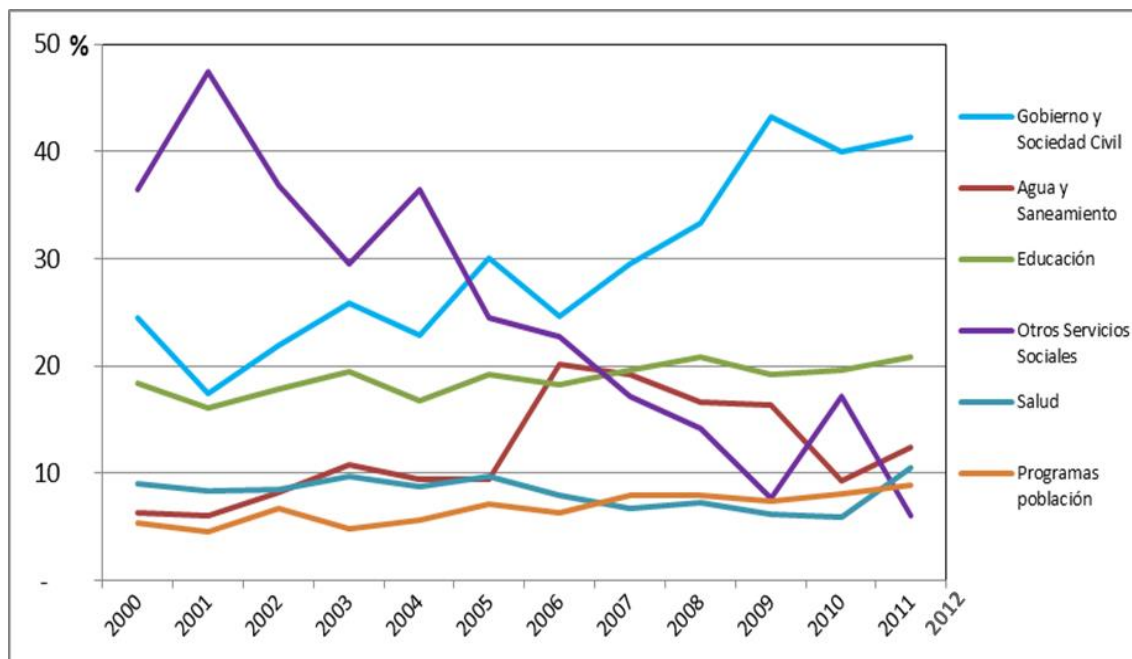
El sector *Alivio de la Deuda* presenta comparativamente a escala mundial y regional la misma tendencia, con los mayores volúmenes de AOD entre 2003-2005, para posteriormente reducirse drásticamente. De igual forma sucede con el sector de *Infraestructuras Económicas*, que presenta similares tendencias a escala mundial que en América Latina. Existe una pequeña variación al compararse sin embargo el sector *Multisectorial*, que tiene crecimiento menos intenso en América Latina.

Por último, por lo que se refiera a la *Ayuda Humanitaria*, tras el repunte que en América Latina se da tras el terremoto de Haití, comienza a decrecer, mientras que a escala global se mantiene por las crisis y emergencias humanitarias que persisten en África y Asia.

Seguidamente, se explicará el comportamiento de los subsectores del sector de *Servicios Sociales e Infraestructura* en América Latina, el más relevante, y que está integrado entre otros, por los subsectores de la educación y la salud.

Los subsectores que componen el sector, son de mayor a menor, con referencia al volumen del destino de los fondos de la AOD los siguientes: 1) *Gobierno y sociedad civil*, 2) *Educación*, 3) *Agua y saneamiento*, 4) *Salud*, 5) *Programas de población*, 6) *Otros servicios sociales*. Como se puede apreciar en el Gráfico 1-11, la mayoría de los componentes del sector presentan fuertes oscilaciones, tanto al alza, como a la baja, durante el período. En todo caso, es el subsector de *Gobierno y Sociedad Civil* es el que más atención y recursos recibió en los últimos 10 años, además de seguir en continuo ascenso. *Educación* es el subsector que le sigue, y muestra un ligero incremento en porcentaje de los fondos que se le asignan. Por otro lado, desde 2006, la subcategoría de *Agua y saneamiento* ha sido el más fluctuante, aun así se sigue asignando un porcentaje importante de fondos a diferencia de otros como *Salud y Programas de población*, los mismos que presentan un pequeño incremento, aunque muy por debajo de los demás subsectores antes mencionados.

Gráfico 1-11 : DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS DE AOD DESTINADOS AL SECTOR DE SERVICIOS E INFRAESTRUCTURA (porcentaje)



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

Por lo que se refiere al apoyo financiero al subsector de Gobierno y Sociedad Civil cobra una especial atención por los acontecimientos políticos, económicos y sociales de la región en el período 2000-2012, siendo necesario apoyar a la estabilidad política, el fortalecimiento de las instituciones y el empoderamiento de la

sociedad civil, y todo ello con el fin de consolidar las frágiles, en algunos casos, democracias de los países de la región.

Si se compara la evolución en el mundo y en América Latina en lo que se refiera a la distribución de los AOD dentro del Sector de Servicios Sociales e Infraestructuras, conviene mencionar que a escala mundial el incremento ha sido constante en todos los componentes del sector, sin las fluctuaciones que se presentan en América Latina. En ambos, el subsector Gobierno y Sociedad Civil es el que más fondos ha recibido, en segundo y tercer lugar a escala mundial se sitúan educación y salud, que han incrementado considerablemente su volumen.

En América Latina, también educación ha tenido un incremento notable de la AOD como sucedía a escala mundial, mientras que la salud ha experimentado incrementos inferiores en América Latina si se compara con los de la escala mundial. En términos totales de AOD, en el período 2000-2012, en América Latina se invirtió en educación USD 8.105 millones, lo que implicaba el 8,83% de lo invertido a escala mundial. En salud la cantidad global para el mismo período en la región fue de USD 3.648 millones, lo que representa el 7,1% de lo contribuido al sector en AOD en el mundo.

Este capítulo ha definido las características de la AOD en el período 2000-2012. Se ha observado la reducción que viene atravesando y que a pesar de haberse establecido metas por parte de los donantes (*transferir el 0,7% del PIB*), esta meta está muy lejos de ser alcanzada, en especial tras la última crisis. Los principales países donantes a escala mundial siguen siendo Estados Unidos y países europeos, que han incrementado sus aportaciones a África y Asia en detrimento de América Latina, en especial a sus países de renta media. Ello se debe a que el CAD ha vinculado directamente la renta de un país con su priorización como país receptor de ayuda. Esto ha sido criticado por la CEPAL y diversos autores, ya que muchos de los países de renta media mantienen condiciones de pobreza y desigualdad. Hay que buscar entonces nuevas fórmulas que apoyen a los países de renta media.

Se ha constatado igualmente la importancia de la celebración de diversas Conferencias que han promovido la AOD y han definido los ejes prioritarios de intervención en consonancia con los 8 ODM. En todo caso, si bien la agenda internacional ha intentado coordinar la AOD, y parcialmente se ha conseguido con la distribución sectorial vinculada a los ODM y alineándose a las políticas de los estados receptores con las prioridades de los donantes, por otro lado, no se ha dado respuesta a la totalidad de los desafíos que siguen manifestando los países en vías de desarrollo, ni a los países de renta media. El sector social se ha manifestado como el más importante en relación a los fondos de AOD recibidos tanto a escala mundial como regional – América Latina – y dentro del mismo se incluyen educación y salud.

En el Capítulo 2 se va a analizar la situación socioeconómica de Perú, con el fin de comprobar si en el país se dan las características y desafíos ya definidos para los países de renta media, todo ello vinculado a su condición de país receptor de AOD. Se prestará especial atención a los sectores de educación y salud, sus avances más significativos, las debilidades más evidentes, y las políticas o planes estratégicos implementados para su desarrollo.

2 EL CONTEXTO SOCIOECONÓMICO EN PERÚ

Como ya se ha señalado en el capítulo anterior el CAD de la OCDE es el órgano encargado de elaborar la lista de países prioritarios para recibir AOD, tomando en consideración el nivel de renta. Esto ha ocasionado que varios países de renta media, situados especialmente en América Latina, hayan perdido importancia en el momento de asignar los fondos de AOD. Sin embargo, muchos de estos países no reflejan un desarrollo igualitario en todo el territorio o población del país, donde se manifiestan importantes carencias en sectores como la salud o la educación.

Para poder valorar no solo la cantidad de AOD que recibe Perú, sino también su destino a los sectores que más lo necesitan y su importancia, es necesario conocer los datos y características sociales y económicas, especialmente de las áreas de educación y salud, que permitan luego analizar los impactos de la AOD.

Complementariamente se presentará parte de esta realidad socioeconómica reflejada en el instrumento sintético Índice de Desarrollo Humano, que aglutina los componentes de PIB, algunos elementos de educación, así como la esperanza de vida (vinculado parcialmente a la salud)⁵⁶.

2.1 BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS ANTECEDENTES Y RASGOS ACTUALES DE LA SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE PERÚ.

⁵⁶ Se toma en consideración en este trabajo el Índice de Desarrollo Humano IDH, por haber sido en el período 2000-2012 el más utilizado a nivel internacional para medir el desarrollo de los países, utilizado además por el PNUD en todos los países, lo que permite por un lado comprobar los avances en desarrollo del país, verificar las carencias que aún presenta, y además analizarlo desde la comparativa con el resto de países de la región o el mundo.

Desde su constitución política Perú ha sido un Estado que ha experimentado sucesivas situaciones de *crisis económicas, políticas y sociales*, y también *humanitarias*. Entre ellas, conviene destacar la que se produjo en las décadas de los ochenta y noventa, con una inflación acumulada de más del 7.000% (tasas de inflación cercanas al 60% mensual); un conflicto armado interno; graves problemas de corrupción por parte de los órganos de los poderes públicos y una tasa de pobreza de más del 50% de la población.

Desde el punto de vista de política económica, la década de los noventa estuvo caracterizada por la aplicación de programas de ajuste estructural. Parte de estos acontecimientos de los años finales del siglo pasado han marcado los rasgos socioeconómicos de Perú, por lo que es preciso tomarlos en consideración.

A continuación se expondrá los dos hitos importantes que han perfilado el contexto del país: el *conflicto armado* y la *crisis económica* que atravesó el Perú a finales del siglo pasado.

2.1.1 El impacto del conflicto armado.⁵⁷

El conflicto armado tuvo sus inicios en la década de los ochenta y se extendió hasta finales de los noventa. Sin entrar a analizar pormenorizadamente este hecho de la historia reciente del país, se van a enumerar algunos rasgos del mismo, que han repercutido en el desarrollo de Perú.

El conflicto tuvo su origen en el enfrentamiento entre Partido Comunista del Perú - Sendero Luminoso⁵⁸ (grupo radical de ideología maoísta-leninista) y el Estado

⁵⁷ Informe final de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación – CVR (2004-2006): *El conflicto tuvo como resultado la muerte de más de 60.000 personas, en su mayoría indígenas o habitantes de zonas rurales. El 30% de los afectados fue la población del departamento de Ayacucho, una de las 5 regiones más pobres del país. Otro efecto fue la destrucción de parte del aparato estatal (edificios, carreteras, fábricas, etc.)... Véase el Informe final completo de la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (2004-2006) en línea (<http://cverdad.org.pe/ifinal/>).*

⁵⁸ El líder principal de Sendero Luminoso fue Abimael Guzmán Reynoso (1934 - actualidad), conocido también como el “Presidente o Camarada Gonzalo. Su detención se dio en 1992.

Peruano. Esta organización terrorista desarrolló una estrategia donde el “*terror y la violencia*” eran instrumentos al servicio de sus objetivos (CVR, 2006) y la respuesta por parte del Estado, tanto del gobierno de García (1985-1990) como de Fujimori (1990-2000), se manifestó de forma violenta. Los enfrentamientos se dieron principalmente en las provincias localizadas en las zonas alto-andinas del país, y trajeron consigo importantes pérdidas humanas, violación de derechos y un alto costo humano y económico⁵⁹.

Según el Informe de la CVR el conflicto dejó un saldo de más 69.280⁶⁰ víctimas mortales (muertos y desaparecidos), la mayoría de ellos civiles (tanto niños como adultos), especialmente la población indígena que habitaban en las provincias de Ayacucho, Huancavelica, Apurímac, Huánuco, identificadas como principales zonas de conflicto.

Por lo que se refiere a las repercusiones netamente económicas el Informe Final de la CVR: “(...) *estimó una pérdida de 20 mil millones de dólares de capital (fábricas bombardeadas, centrales y torres de alta tensión inutilizadas, puentes y vías de transporte destruidas,...), lo cual constituía la mitad del PBI anual*”. Y es que el conflicto bélico, junto con el debilitamiento del aparato Estatal, trajo también consigo importantes consecuencias sociales y económicas.

Se produjeron migraciones forzadas, tanto al exterior, en especial de profesionales⁶¹, como en el interior, del campo a la ciudad. Se abandonaron progresivamente las regiones donde se desarrollaron los ataques y enfrentamientos, las cuales se situaban en los departamentos más empobrecidos y marginados del

Actualmente, Guzmán y varios miembros del bando senderista cumplen cadena perpetua en la Prisión Naval de Lima (Perú).

⁵⁹ A estas acciones terroristas, casi en paralelo, se le suma la presencia de otro grupo armado denominado Movimiento Revolucionario Túpac Amaru (MRTA), que realizó acciones subversivas entre los años 1988 y 1998 especialmente en las provincias ubicadas en la región o selva amazónica.. Todos sus miembros murieron como resultado del enfrentamiento contra el ejército en la toma de la Embajada en Japón (abril de 1997).

⁶⁰ El dato de las pérdidas humanas es referencial al cierre del informe. Entre los años 2008–2013 se han encontrado 19 fosas comunes, con unos 54 cuerpos por identificar. Los restos pertenecen tanto a adultos como a niños.

⁶¹ Lo que se tradujo en “fuga” de talentos y mano de obra cualificada.

país⁶². Se calcula que más de medio millón de personas abandonaron sus hogares y lugares de origen en busca de refugio (CVR, 2006)⁶³. Este hecho migratorio tuvo efectos demográficos significativos y también un importante impacto en la economía agrícola, que fue masivamente abandonada con la huida a las ciudades especialmente hacia Lima.

El conflicto además acentuó las discriminaciones y desigualdades étnico-raciales, y contribuyó a consolidar las desigualdades territoriales, que como se verá, han permanecido hasta la actualidad.

El sistema económico se vio afectado negativamente con una destrucción masiva de recursos (materiales, naturales y económicos), que se refleja en la fuga de capitales y en la reducción de las inversiones en el país, tanto por vía de financiación privada como pública, nacional y extranjera. El retroceso económico y la reparación de los daños obligó a la paralización de proyectos de desarrollo social, principalmente de salud y educación, reduciéndose drásticamente el gasto social, y reconduciendo el gasto público a otros proyectos vinculados fundamentalmente al sector de las infraestructuras viarias y energéticas para devolver a la población el acceso a los servicios básicos de agua, luz y comunicación⁶⁴.

2.1.2 Crisis económica de la década de los noventa.

La década de los noventa en Perú se caracterizó no solo por los acontecimientos del conflicto armado, sino también por una grave crisis económica, consecuencia en parte, como arriba se ha observado, del propio conflicto, pero que también presenta otros elementos que son necesarios analizar.

⁶² Ver mapa en el anexo 3.

⁶³ Informe final de la CVR. Ver p. 668.

⁶⁴ Se calcula que reponer una torre de alta tensión tenía un costo alrededor de los USD 20.000 y USD 30.000, sin contar las pérdidas económicas que generaban a los demás sistemas productivos (negocios, oficinas, etc.)

“Entre 1988 y 1989 el PIB per-cápita cayó en 23%, la inflación llegó a bordear 7.000%, la balanza de pagos llegó a tener un déficit de 12,5% sobre el PIB, todos estos resultados se reflejaron en un incremento del desempleo urbano de 4,8% en 1987, a 7,9% en 1989 (...)”⁶⁵. Haciendo referencia a lo que menciona Gonzales de Olarte (2007), el primer gobierno de Alan García (1985-1990) dejó el país en medio de la más profunda crisis económica debido, entre varios factores, a una coyuntura económica internacional desfavorable (caída de los precios de los productos de exportación: cobre, plata, plomo, otros), una balanza comercial negativa, la improvisada ley de estatización de la banca privada⁶⁶ y un elevado el déficit fiscal. La distorsión de los precios relativos generados por la política monetaria y fiscal condujo a graves desequilibrios macroeconómicos. A esta situación se ha de sumar el importante gasto por parte del Estado para hacer frente a las acciones subversivas que se comentaron en el punto anterior.

Perú se mantuvo, por la inactividad del gobierno, fuera del sistema financiero internacional. En 1986 se había abandonado el sistema del Fondo Monetario Internacional al declararse Perú inelegible, por la negativa a pagar la deuda externa contraída por dictaduras y gobiernos pasados. Sin acceso al crédito y al apoyo de la comunidad internacional el gobierno no pudo resolver los desequilibrios externos ni estabilizar la economía.

Siguiendo con lo expuesto por Gonzales de Olarte, y según los reportes económicos, en la década de los noventa la economía peruana se basaba aún en el sector primario, en concreto en la explotación y exportación de recursos naturales, principalmente mineros (cobre), agrícolas (cacao, café, arroz, etc.) y pesqueros (harina de pescado). Sin embargo, este sector se vio fuertemente debilitado, no solo por el abandono del campo por causas de la violencia, sino también por los continuos cambios en los mercados internacionales y el surgimiento de las economías emergentes, especialmente en Asia y América Latina.

⁶⁵ Gonzales de Olearte, E. (2007): *La economía política peruana de la era Neoliberal 1990-2006*. Lima, PUCP.

⁶⁶ Esta medida improvisada impulsada por García fue una medida política más que económica, puesto que su aprobación popular se venía desplomando y su relación con el sector financiero se había deteriorado. Finalmente, esta medida quedó sin efecto.

A principios de la década de los noventa, y ya con el gobierno del ex-presidente Fujimori (1990–2000), se aplicó un severo programa de estabilización y ajuste estructural conocido como el "*Fujishock*"⁶⁷, orientado a reducir drásticamente la inflación, hacer frente al problema del déficit de la balanza de pagos, e iniciar una serie de reformas con el objetivo de cambiar sustancialmente la estrategia de crecimiento de la economía. Otra de las pretensiones del Gobierno era conseguir que el país volviese al Sistema Financiero Internacional, con el fin de acceder de nuevo a créditos e inversiones.

El Informe de la CEPAL (2000)⁶⁸ *Políticas de estabilización y reformas estructurales: Perú*, recoge que entre las políticas macroeconómicas y reformas estructurales implantadas en el país, cabe reseñar las referidas a la política monetaria, política cambiaria, la reforma fiscal y tributaria, manejo de la deuda externa, liberalización comercial y financiera, apertura del mercado de capitales, la reforma laboral, la privatización de las principales empresas del sector público, la reforma del sistema de pensiones y de los servicios públicos (agua, electricidad, etc.).

Transcurridos los años desde la implementación de estos programas, los resultados globales indicaban avances importantes hacia la estabilidad económica, corrección de los principales problemas que impedían los cambios en la estructura económica y los pasos adecuados para la reinserción financiera internacional, etc. (Barreto, 1999).

Asimismo, el informe de la CEPAL (2000) menciona que Perú fue el país que aplicó de manera más agresiva los programas de ajuste estructural. Todos estos programas que se aplicaron como bien lo menciona Gonzales de Olarte (2006) se dieron porque durante la época de *Fujimori se aplicó el modelo de liberalismo económico con autoritarismo político*⁶⁹.

⁶⁷ "Fujishock" fue la fórmula popular como los medios de comunicación y la población llamó a los programas económicos de ajuste estructural aplicados en el primer gobierno del ex – presidente Fujimori (1990 – 1995).

⁶⁸ Informe de la CEPAL (2000). *Políticas de estabilización y reformas estructurales: Perú*. Santiago de Chile, CEPAL.

⁶⁹ El ex-presidente Alberto Fujimori gobernó el Perú por tres periodos consecutivos entre los años 1990-2000. Fujimori con el apoyo de las Fuerzas Armadas dio un autogolpe de Estado (abril de

Cabe reseñar cómo el modelo económico que se diseñó y los programas económicos que se implementaron no tuvieron en cuenta las estructuras sociales y territoriales existentes, ni los efectos directos o indirectos que podían producirse y que podían perpetuar las desigualdades que ya presentaba el país.

Las políticas de ajuste y de estabilización, aunque consiguieron avances importantes en la estabilidad macroeconómica del país, tuvieron un impacto social y económico negativo, especialmente en los hogares más pobres, quienes soportaron la reducción de los niveles de ingreso y el alza del costo de vida. La privatización de la mayoría de empresas del Estado acentuó el desempleo, e incrementó el subempleo y la economía sumergida.

Tampoco las políticas y reformas laborales aplicadas consiguieron la estabilidad y mejora del empleo. Al contrario, con el objetivo de flexibilizar la contratación y el despido, se amplió el poder de los empleadores, se minimizó el de los sindicatos, reduciéndose el número de puestos de trabajo así como los salarios⁷⁰.

Las políticas de ajuste trajeron también consigo una reducción del gasto público, ya de por sí menguado por el conflicto bélico, retrocediéndose en la calidad de los servicios públicos como educación y salud.

1992) con la consigna de que era la única forma de salir crisis económica y hacer frente a los grupos terroristas. Contando con el apoyo de importantes grupos sociales y empresariales, así como de las principales instituciones del estado, en el año 1993 realizó cambios en la Constitución del país para poder postular a las elecciones de 1995 y permanecer en el poder por más tiempo del legalmente establecido. En búsqueda de la tercera reelección y apoyado por varias instituciones del estado, utilizó el mecanismo del fraude electoral para poder ganar las elecciones del 2000. Utilizaron todo lo necesario para disuadir, desprestigiar o eliminar a sus opositores, instaurando un régimen dictatorial y creando una red de corrupción que abarcó a los principales poderes e instituciones del estado. Asimismo, bajo un ambiente de impunidad se desfalcó las arcas del Estado, y se perpetraron delitos de asesinatos y desapariciones estratégicas con el disfraz de la lucha antisubversiva, contra quienes intentaban hacer frente al régimen dictatorial que se instauraba en el país. El tercer gobierno de Fujimori fue cuestionado por los diferentes casos de corrupción que se dieron durante su gestión, los mismos que fueron descubiertos y denunciados ante las autoridades competentes, y que dieron lugar a la detención de Fujimori. Actualmente, cumple, junto con parte de su equipo, condena en prisión por crímenes de lesa humanidad, malversación de fondos del estado y corrupción de funcionarios. <https://www.fidh.org/IMG/pdf/fujimori509e2008-1.pdf> [consultado: 1/7/2015].

⁷⁰ Pasco-Font, A. (2000). *Políticas de estabilización y políticas estructurales: Perú (p.58)*. CEPAL.

El informe de la CEPAL (2001)⁷¹ *Perú: gestión del estado en el periodo 1990-2000*, indica que las reformas aplicadas en el Perú lograron revertir la situación de crisis existente pero no solucionaron los problemas de una manera integral y eficiente, que se refleja en la falta de un programa adecuado de reestructuración del Estado, la debilidad de las instituciones y los altos niveles de corrupción. Y en este sentido cabe concluir, tal y como indica el citado Informe, que *“dados los resultados observados a lo largo de la década de los noventa, puede afirmarse que las reformas estructurales, tal y como fueron aplicadas en el Perú, fueron un fracaso. Así la estructura productiva no alcanzó los estándares pretendidos ni se produjeron mejoras en la competitividad que determinaran reducciones de costos y precios. Finalmente, tampoco permitieron una estructura de precios que fuera competitiva en el mercado internacional. En este contexto, se puede señalar que son discutibles los beneficios de la privatización y en general, los resultantes de las reformas estructurales”*.

Parte de los problemas que se generaron, o consolidaron en este período, han marcado el acontecer económico y social de Perú, en especial las desigualdades territoriales, sociales y económicas. Este nuevo panorama que se muestra en la primera década del presente siglo será tratado en el próximo apartado.

2.2 SITUACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL DE PERÚ 2000-2012

Desde finales del año 2003 hasta la actualidad, Perú ha presentado un *crecimiento económico constante* en términos de Producto Interior Bruto (PIB), llegando a su índice más elevado en este periodo de casi un 8% en el año 2008 como bien nos muestra los datos del BM¹. Ese año marca un hito al considerarse el país por el BM como país de *renta media-alta* en vez de *renta media*.

Este crecimiento económico del país, es en parte consecuencia de la aplicación de los distintos programas económicos de ajuste estructural de finales de los noventa e inicios del presente siglo (sin menoscabo de las deficiencias que presentaron estos

⁷¹ CEPAL (2001). *Perú: gestión del estado en el periodo 1990-2000* (p.10-11).

programas y a las que ya hemos aludido), de la pacificación del estado tras el fin del conflicto armado, y de la mejora e incremento de la producción de los diferentes sectores productivos del país (especialmente de los extractivos como la minería).

Igualmente, hubo mejoras en el ámbito social (reducción de la pobreza, mayor acceso a la educación y salud,...), así como una cierta estabilidad política y credibilidad y confianza hacia las instituciones del Estado, tanto en el contexto nacional como en el ámbito internacional.

La economía peruana ha tenido un nivel de crecimiento notable respecto a las otras economías de la región de América Latina (AL) y del mundo (Banco Mundial, 2014)⁷². A pesar de la crisis económica internacional (2007) que azotó fuertemente a algunos países de la Región de AL por la dependencia de sus economías con los EE.UU., país fuertemente afectado por la crisis, la economía peruana se mantuvo en un proceso de crecimiento iniciado en 2003. Los indicadores económicos han sido favorables para el país a partir de dicho año (Gráfico 2-1).

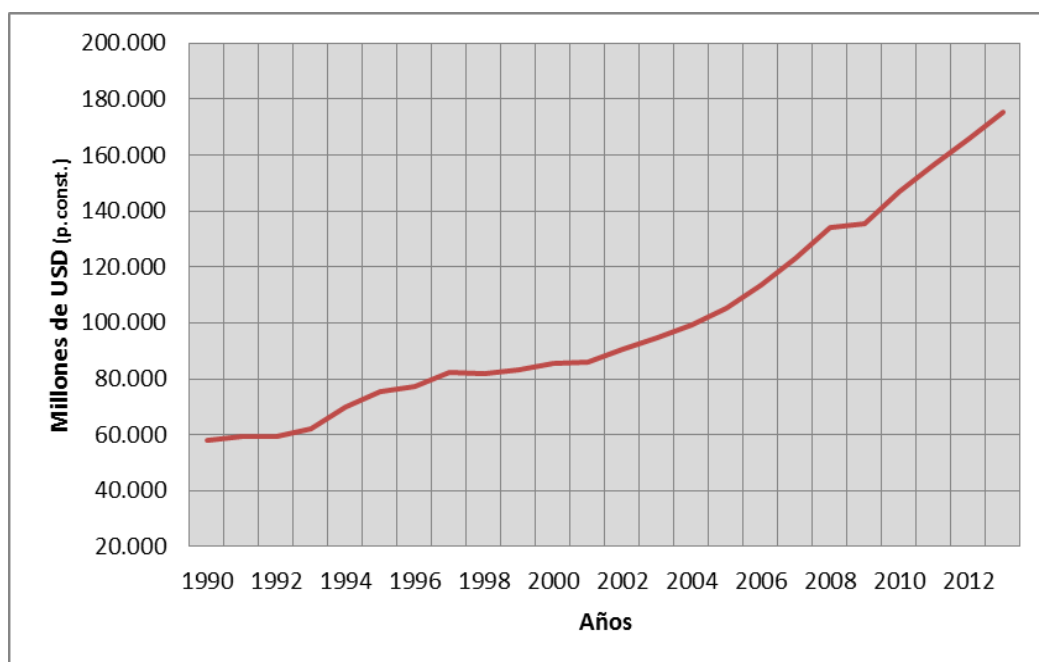
En este período, se mantiene el modelo económico basado en las exportaciones de materias primas y recursos, aprovechado además que en la economía global se produjo un incremento significativo en el precio de dichas materias primas. No obstante, en los últimos años se ha ampliado la oferta de exportación de productos y servicios.

Por lo que se refiere a los sectores económicos, se ha producido una expansión e inversión en los sectores de la minería e hidrocarburos (empresas extractivas) y la agricultura (cultivo de productos tradicionales como quinua, oca, etc., que ahora son fuertemente demandados en el exterior). La construcción y la producción eléctrica también experimentaron un importante avance, al igual que sector servicios, este último gracias al turismo. Todo ello ha contribuido al incremento constante del PIB nacional mostrando una tasa media anual en torno al 5,8% en los últimos años como se puede apreciar en el gráfico y la tabla siguiente⁷³.

⁷² BM (Op. cit). Véase en línea el link del Banco Mundial - Perú: <http://www.bancomundial.org/es/country/peru>

⁷³ Los gráficos están elaborados sobre la base de Dólares (USD) y a precios constantes (p. const.).

Gráfico 2-1: EVOLUCIÓN DEL PIB PERÚ 1990–2012 (p.const.)



Fuente: elaboración propia, sobre los datos de CEPAL.

**Se incluye los años 1990-1999 para observar la evolución del PIB en un periodo de tiempo más amplio).*

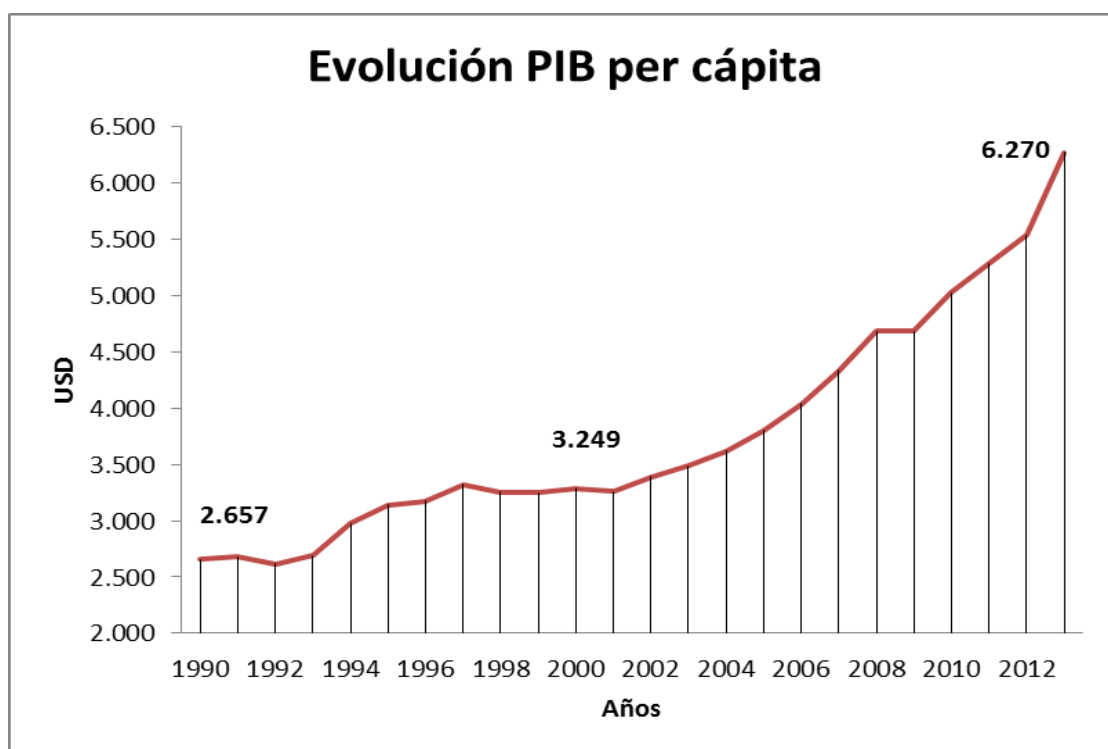
Hasta mediados de la década de los noventa, Perú era un país con un crecimiento del PIB total nacional y del PIB por habitante (per cápita) muy volátil. Como se observa en el

Gráfico 2-2 entre los años 1996 y 2012 el país muestra un crecimiento del PIB per cápita (PIB pc) constante. En el mismo período Perú presenta ciertos avances, con fluctuaciones del PIB pc y con una recuperación posterior que llegó el año 2000 a los USD 3.249 de ingresos per cápita, situándose a finales del año 2012 alrededor de los USD 6.270 por habitante (BM y CEPAL)⁷⁴. Desde entonces se ha mantenido una trayectoria de crecimiento que sitúa actualmente al país en la posición, como se señaló, de *país de renta media (alta)*, según datos presentados por el Banco Mundial⁷⁵.

⁷⁴ Véase en línea base de datos del Banco Mundial (http://datos.bancomundial.org/pais/peru#cp_wdi) y CEPAL (http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp) [consulta: 17/05/2015]

⁷⁵ Ver capítulo 1 referido a países de renta media. Banco Mundial (Op. cit.): <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD> [consulta 10/05/2015].

Gráfico 2-2: EVOLUCIÓN DEL PIB pc PERÚ 1990 – 2012 (p.const.)



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de CEPAL.

Considerando periodos de 5 años desde el año 1990, las tasas de crecimiento también se muestran fluctuantes, como se observa en la Tabla 2.1. El periodo entre 1990 y 2000, nos indica que Perú tuvo unos años en los que su PIB nacional y su PIB per cápita cayeron. Esta situación se produjo a inicios de la década de los noventa con un descenso del $-6,9\%$, producto de la crisis económica y la hiperinflación que venía atravesando el país en aquella época, como se explicaba en los párrafos iniciales de éste capítulo. La tabla muestra la tasa anual del PIB en estos 24 años (1990–2013). La tasa promedio de crecimiento anual en el período 2000-2012 fue alrededor del 3%, mostrando el 2008 su mejor valor al llegar al 7,9%.

Tabla 2-1: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE CRECIMIENTO DEL PIB – PERÚ

Años	Tasa Anual PIB Perú
1990	-6,9
1995	5,5
2000	1,2
2005	5,0
2008	7,9
2010	7,3
2011	5,3
2012	4,8
2013*	4,6

Fuente: elaboración propia, basado en datos de CEPAL.

**Se muestra los datos del 2013 para seguir la lectura de evolución del PIB y obtener una media más actual.*

Según los datos e informes del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional (FMI)⁷⁶, entre los años 2000-2012 el país ha reducido su inflación a cifras anuales entre 2-3% (la más baja de la región) y tuvo en el año 2008 la segunda inflación más baja del mundo. Por lo tanto, fue considerado entre las economías más estables de la región después de Chile y Brasil. Para alcanzar estos avances macroeconómicos, según algunos expertos y analistas, ha sido fundamental seguir la ruta trazada de la asociación comercial y un modelo orientado a las exportaciones, lo que fue “consecuencia de la combinación de importantes reformas estructurales como la liberalización comercial, privatización, apertura de la cuenta de capitales y otras durante la década de los noventa, y la apertura de nuevos mercados para productos

⁷⁶ Boletín del FMI: Países y regiones (febrero, 2013).

no tradicionales a partir de la implementación de un conjunto de tratados de libre comercio” (García y Quintana, 2013)⁷⁷.

El FMI señala que la orientación de la política económica peruana ha sido adecuada en términos generales, acercándose a su potencial. Se prevé que la inflación convergerá hacia la mitad de la banda fijada como meta (2%) y que las entradas de capital se moderarán en cierto grado. Señala también que el país está preparado para responder a los riesgos relacionados con una fuerte demanda interna, abundantes entradas de capital y rápido crecimiento del crédito. La política fiscal está orientada a la consecución de superávits fiscales y atender las necesidades sociales inmediatas (Boletín FMI, 2013).

Sin embargo, junto con estos avances en términos de crecimiento económico, que son presentados por los poderes públicos económicos y políticos como logros muy significativos para el país, se evidencian también otras circunstancias sociales y económicas, que impiden hablar de un desarrollo humano en todo el país. Se debería entender este desarrollo no solo como mejora o crecimiento netamente económico; sino también como calidad de vida, con posibilidad de acceso de todas las personas a los bienes y servicios básicos, entre los que figuran salud y educación, sin diferenciación por territorio, sexo o grupo poblacional de origen.

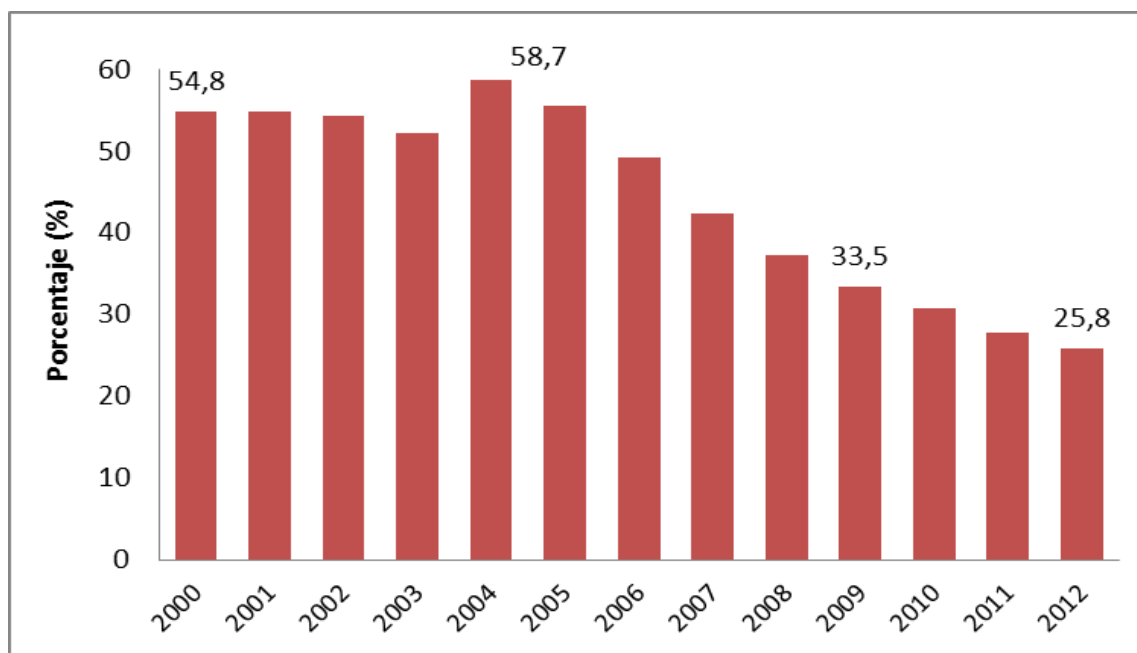
Perú en el año 2012 presentaba una población aproximada de 30,4 millones de habitantes (INEI, 2013)⁷⁸, de este total 9,5 millones vivía en Lima (32% del total de la población). La capital concentra las principales instituciones del Estado, así como las sedes de las empresas y organismos internacionales más importantes. Esto demuestra la alta centralización por parte del aparato estatal, así como la concentración de mayores oportunidades de desarrollo y acceso a los servicios básicos para la población a diferencia de otras regiones del país. Del total de la población cerca de 9 millones habitan en zonas rurales, siendo indígenas el 71%.

⁷⁷ Entrevista a Raúl García y Sergio Quintana (economistas chilenos), *sobre los avances de la economía peruana*. <http://www.lasegunda.com/Noticias/Economia/2013/09/881789/las-razones-del-milagro-peruano-que-amenaza-el-liderazgo-economico-de-chile> [consulta: 13/05/2015].

⁷⁸ Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú (INEI – Perú). (2013): *Compendio estadístico del Perú 2013*. (p. 29-35, 116-173).

Por lo que se refiere a la pobreza, y tal y como muestra el gráfico (Gráfico 2-3), Perú presentaba a principios del presente siglo tasas muy altas de pobreza, situándose antes del año 2000 en más del 54,8%. Es a partir de 2005 cuando comienza la reducción de la pobreza, hasta llegar en 2012 a la tasa de 25,8%.

Gráfico 2-3: TASA DE INCIDENCIA DE POBREZA 2000–2012 (% de la población)



Fuente: elaboración propia, basado en los datos del Banco Mundial

Se aprecia en la Tabla 2-2 que las tasas de pobreza muestran grandes diferencias entre las distintas regiones de Perú (denominados administrativamente departamentos). Mientras que al año 2012 el 16% de la población urbana vivía por debajo de la línea de pobreza, en el área rural esta cifra se incrementaba hasta llegar al 54% de la población rural que vivía en situación de pobreza, de los cuales el 23% se encontraban en situación de pobreza extrema (menos de un dólar diario). Así las áreas rurales presentan índices de pobreza y pobreza extrema muy superiores a las áreas urbanas, manifestándose así una intensa desigualdad territorial (INEI Perú, 2013)⁷⁹.

⁷⁹ Instituto Nacional de Estadística e Informática – Perú (INEI – Perú). (2013): *Compendio estadístico del Perú 2013*. Lima, INEI.

En la misma tabla también se puede apreciar que entre el año 2008 y 2012 el coeficiente de GINI (0,45) no ha variado de manera apreciable, no presentándose cambios significativos en los niveles de ingreso entre la zona rural y urbana, pero si una constante desigualdad.

Según los datos de la CEPAL⁸⁰ en el año 2000 Perú presentaba una población del 13% que vivía con menos de 1 dólar diario y un 24% con menos de 2 dólares al día. Los niveles de pobreza se han reducido significativamente, y así ya en 2012 el 4% de la población vive con menos de 1 dólar al día, mientras que cerca al 10% lo hace con menos de 2 dólares diarios⁸¹.

Tabla 2-2: NIVELES DE POBREZA Y DESIGUALDAD 2005 – 2012 (porcentaje)

Indicador (%)	2005	2008	2011	2012
Pobreza	48.7%	36.2%	27.8%	25.8%
Pobreza extrema	17.4%	12.6%	6.3%	6.0%
Pobreza urbana	36.8%	23.5%	18.0%	16.6%
Pobreza rural	70.9%	59.8%	56.1%	53.0%
Pobreza extrema urbana	6.3%	3.4%	1.4%	1.4%
Pobreza extrema rural	37.9%	29.7%	20.5%	19.7%
Coficiente GINI	0.51	0.48	0.45	0.45

Fuente: INEI Informe técnico Evolución de la Pobreza 2007-2011. Lima 2012.
INEI. Informe técnico Evolución de la Pobreza 2007-2012
Elaboración Aramburu, Carlos (2008-2010) APCI para 2012

Fuente: APCI (datos del INEI).

Estas diferencias son igualmente visibles entre los distintos grupos poblacionales, a pesar de que Perú es considerado un país multilingüe y pluriétnico, y en el que se concentra una población indígena en torno a los 4 millones de habitantes. Estos grupos originarios son en su mayoría quechua-hablantes (80% del total). La exclusión y marginalidad de estos grupos étnicos ha sido persistente en el tiempo y

⁸⁰ Base de datos de la CEPAL – CEPALSTAT en línea: <http://interwp.cepal.org/sisgen/ConsultaIntegrada.asp?idIndicador=160&idioma=e> [consulta: 13/07/2015]

⁸¹ Ver en línea: CEPAL – CEPALSTAT.

ha generado brechas en las condiciones de vida y pobreza entre las etnias nativas y los castellano-hablantes.

Un estudio de Lavigne (2014)⁸² señala que: *“Los pueblos indígenas sufren de pobreza y exclusión social y tienen condiciones de vida más precarias que la población no indígena. De acuerdo con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), en 2010 la tasa de pobreza para los pueblos indígenas era del 55%, casi doblando la de la población no indígena (31,1%). Adicionalmente, el 26% de las personas pertenecientes a estos pueblos vivía en situación de extrema pobreza, en tanto la tasa de los no indígenas se aproximaba al 9,8%”.*

Junto con la persistencia de la pobreza e incluso extrema pobreza, la desigualdad territorial, la discriminación de los pueblos originarios, se señalan deficiencias en el contexto del mercado laboral, tales como la *significativa informalidad, bajos salarios, desempleo joven y discriminación geográfica y de género*⁸³.

Con referencia a la situación de pobreza y género en el país, los datos de la CEPAL⁸⁴ nos muestran que del total de mujeres que viven en las zonas rurales el 79% se encuentra en situación de pobreza frente al 40% de mujeres pobres que habitan en zonas urbanas. Estos datos también han ido mejorando con el tiempo pero aún se muestra un alto porcentaje de mujeres que viven en condición de pobreza (49% del total de mujeres que habitan en la zona rural son pobres, 2012). Esto nos indica que la diferencia entre la población que se encuentra en condiciones de pobreza se agudiza cuando lo relacionamos al tema de género.

Desde la perspectiva institucional y de gobernanza, existe aún cierta fragilidad, así como una importante desafectación ciudadana, en relación a los diversos poderes e instituciones del Estado.

⁸² Lavigne, M. (2014): *Colección Documentos de proyectos Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe*. Santiago de Chile, CEPAL.

⁸³ *Ibíd.*

⁸⁴ Ver en línea CEPAL – CEPALSTAT [consulta: 11/07/2015]

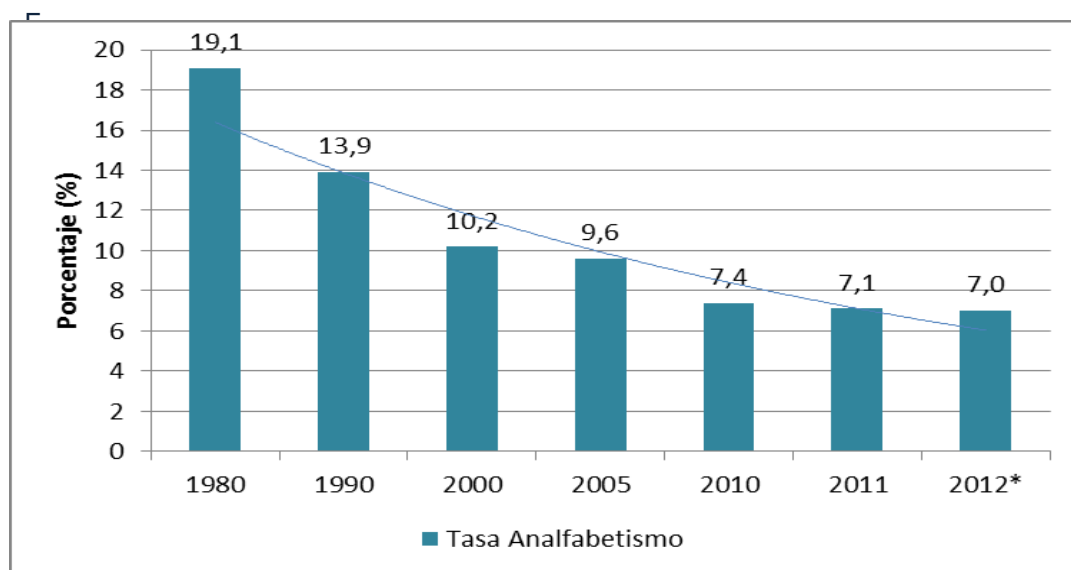
Con todo lo expuesto se puede señalar que en Perú aún no se ha alcanzado una adecuada sostenibilidad económica y social. Lo mismo sucede con la sostenibilidad ambiental, la intensa desprotección y degradación del medio ambiente con actividades como la deforestación o la minería ilegal, hacen muy compleja su consecución.

En los siguientes apartados se aborda de forma segregada los sectores de educación y salud.

2.3 DATOS GENERALES DE LA EDUCACIÓN EN PERÚ.

Hasta finales del siglo pasado, como ya se ha puesto de manifiesto, Perú soportaba graves problemas de carácter social, económico y político. Bajo este contexto la educación y la salud mostraban una frágil situación, lo cual repercutía directamente en la población.

Los indicadores utilizados para la medición del avance en educación reflejaban a finales del siglo pasado una tasa elevada de analfabetismo en Perú (13,9%), como se puede observar en el Gráfico 2-4. Esto era una muestra de un sistema educativo con muchas deficiencias y de baja calidad, especialmente al no brindar una adecuada cobertura en la mismas condiciones a todas las regiones o departamentos del país, siendo las regiones rurales y con un alto porcentaje de población indígena las más desatendidas y que, por lo tanto, presentaban menores tasas de alfabetización.

Gráfico 2-4: EVOLUCIÓN DE LA TASA DE ANALFABETISMO EN PERÚ 1980-2012 (porcentaje)

Fuente: elaboración propia, basado en los datos del Banco Mundial.

*Se hace referencia desde el año 1980 para mostrar la situación previa al periodo de estudio.

Según nos muestra el informe del INEI (2013)⁸⁵, en la última década la tasa promedio de analfabetismo en la zona urbana se encontraba en torno a un 4,9%, mientras que la zona rural presentaba un 19,5%, conformada en su mayoría ésta por mujeres (30,5% del total de mujeres que viven en la zonas rurales son analfabetas, mientras que los hombres llegan al 9,7%). Estos datos demuestran una vez más que la desigualdad y el abandono de la población del mundo rural por parte de las autoridades del Estado persisten y sigue siendo un desafío para el país.

En el último decenio se han logrado avances en algunos indicadores, tales como el *incremento de las tasas de matrícula*, que pasaron del 83% en 2000 al 88,7% en 2007. Aunque si se analiza por niveles educativos, los datos nos muestran que existen ciertos retrocesos en las tasas de matriculación, como por ejemplo la educación primaria en el año 2000 tenía una tasa de matriculación de 96,9% y en el año 2011 nos presenta una tasa de 89,7%⁸⁶.

⁸⁵ Informe INEI (2013): *Compendio estadístico del Perú* (p. 281-284).

⁸⁶ Se valorarán de nuevo estos datos en el Capítulo 3 al verificar el cumplimiento de los ODM.

La Tabla 2-3 nos muestra el retroceso que ha habido en educación primaria en relación a los niños y niñas que comienzan el ciclo y logran finalizarlo, pasando del 89,7% en 2006 a 73,9% en 2011. Esto nos indica que el país aún se está lejos de logra el objetivo de la educación primaria universal, entendida esta no solo como tasa matriculación, sino como finalización del ciclo completo.

Tabla 2-3: PORCENTAJE DE ALUMNOS QUE COMIENZAN Y FINALIZAN LA EDUCACIÓN PRIMARIA PERÚ 2000-2011 (porcentaje)

Años	Hombres (%)	Mujeres (%)	Total (%)
2000	81,4	80,5	80,9
2006	89,8	89,6	89,7
2011	75,1	72,7	73,9

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la CEPAL e INEI

Por otro lado, la *tasa de deserción escolar* en el nivel primaria pasó del 8,1% en el año 2005 al 3,8% en 2012, y en el nivel secundaria pasó del 13,2% al 9,8% en los mismos años (INEI, 2013)⁸⁷. Los peores datos se recogen de las zonas rurales, donde todavía existe un alto grado de deserción escolar a diferencia de las zonas urbanas. Según los datos del INEI, la cobertura en educación inicial alcanza solo el 62%; en educación primaria el 95,1%, y en educación secundaria el 84%.

En lo relacionado a educación y pobreza, a mitad de la década pasada dentro del grupo de personas que vivían en situación de pobreza el 52,4% no había finalizado la educación secundaria, y el 59,7% no tenía la educación primaria concluida (datos CEPALSTAT). Estos datos nos muestran la relación existente entre educación–pobreza: a mayores tasas de pobreza se alcanzan menores niveles de estudio.

La educación superior o post secundaria es la que más se ha incrementado en número en esta última década, si tomamos en cuenta la matriculación de los estudiantes. Se ha pasado de 400 mil alumnos matriculados en 2000 a 800 mil en el

⁸⁷ Informe INEI (2013): *Compendio estadístico del Perú* p. 257-261.

2011. Sin embargo, sólo un 60% de estos alumnos logran finalizar sus estudios en el tiempo establecido⁸⁸.

Por lo que se refiere a la *calidad de la educación*, la evaluación realizada por el Laboratorio Latinoamericano de Evaluación de la Calidad de la Educación - LLECE (UNESCO)⁸⁹, que aplicó la metodología PISA con el Índice de Estatus Social, Económico y Cultural (ESCS) de las familias, muestra importantes diferencias entre la población.

Comparando las puntuaciones en lectura de los alumnos del quintil más acomodado del ESCS frente a los del quintil más desfavorecido, Perú fue uno de los dos países donde se incrementaron las diferencias entre los pertenecientes a los distintos quintiles en el período 2000-2012, mientras que en el resto de países se redujeron de forma considerable. Adicionalmente, la misma evaluación constató que Perú ha pasado a ser también el país con mayor disparidad en calidad educativa entre las zonas rurales y urbanas.

Estos datos muestran las carencias que presenta el sistema educativo para adaptarse a las singularidades del país, con un importante peso de la población rural, indígena y en situación de pobreza, no habiendo contando con programas educativos adaptados a la realidad y necesidades del país.

A todo esto se ha de sumar la carencia o poca voluntad de inversión en el sector, en comparación con los países de la región (comparación con la CAN)⁹⁰. Perú presenta una menor inversión pública en educación, siendo esta del 2,9 % frente por ejemplo al 6,2% de Bolivia (ver Gráfico 2-5).

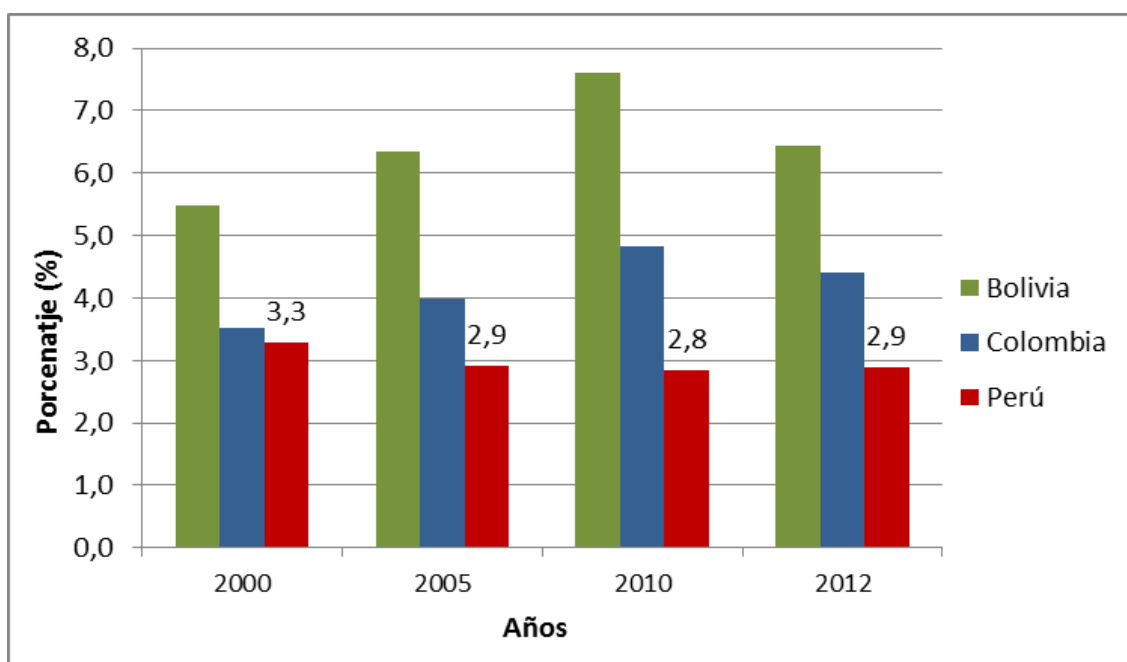
⁸⁸ Asamblea Nacional de Rectores (2011): *Datos Estadísticos Universitarios* (p. 8-9).

⁸⁹ Tal y como reseña el Informe “*La Educación para Todos, 2000-2015: logros y desafíos*” publicado en 2015 por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

⁹⁰ Para éste gráfico comparativo de inversión en educación no se ha tomado en cuenta Ecuador por tener datos muy escasos.

Esto nos demuestra que todavía persisten brechas entre los países, no sólo en lo referente a inversión, sino también en la cobertura universal de la enseñanza primaria, la finalización de la enseñanza secundaria y el acceso y conclusión de la educación superior. Este último tramo educativo presenta todavía serias deficiencias además de una marcada estratificación (CEPAL, 2012)⁹¹. Asimismo, persisten profundas brechas en el nivel de aprendizaje de los estudiantes latinoamericanos al comparar los resultados con estudiantes de países desarrollados.

Gráfico 2-5: INVERSIÓN EN EDUCACIÓN POR PARTE DE LOS PAÍSES DE LA CAN (en porcentaje del PIB)



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de CEPAL

A pesar de las deficiencias, esta década se ha caracterizado por los esfuerzos desplegados para incrementar el gasto público en el sector. Aprovechando la actual situación económica del país, se debería poner en marcha una reforma educativa integral priorizando la facilidad y equidad en el acceso, la calidad educativa y la mejora de las infraestructuras.

⁹¹ CEPAL. (2012): “Los países de renta media. Un nuevo enfoque basado en brechas estructurales”. Santiago de Chile, CEPAL.

Intentando dar solución a estos problemas se han elaborado distintos Planes estratégicos sectoriales de educación. Estos Planes se han reflejado en distintos programas, tales como el “Programa de educación intercultural bilingüe”⁹² que permite a los niños y niñas de lengua materna quechua aprender en dicha lengua para después recibir la educación en español; el Programa “JUNTOS” (2008) y “Cuna Más” (2010-2012) que han tenido como finalidad incentivar la matrícula de niños y niñas ubicados en las zonas más pobres del país.

Es importante y necesario seguir generando estrategias que mejoren los niveles de educación, y de esta forma generar una base adecuada para el aumento de la competitividad y productividad, incorporando el progreso técnico para el desarrollo del país. Para ello, algo que en el capítulo 3 se considerará, la AOD puede ser una medida de incentivo importante.

2.4 DATOS GENERALES DE LA SALUD EN PERÚ

Tal y como sucede con la educación, el sector salud presenta similares características de desigualdad, en cuanto que no toda la población tiene acceso a los mínimos servicios de salud, ni en las mismas condiciones. La calidad de vida, incluso la propia esperanza de vida, es muy diferente entre la población urbana y rural, así como entre los que tienen mayor o menores niveles de ingreso.

Según el informe conjunto del Ministerio de Salud y la OPS (2013)⁹³, una de las causas externas que impiden a la población acceder a los servicios de salud es el no contar con un seguro integral de salud. Según el informe solo un 30,3% de la población tiene un Seguro Integral de Salud (SIS) y otro 19% está cubierto por Seguridad Social (Essalud). Un 5% de la población contrata un seguro privado. Esto nos muestra que cerca de un 45% del total de la población no cuenta con ningún tipo de seguro de salud. En la mayoría de los casos esto sucede por razones

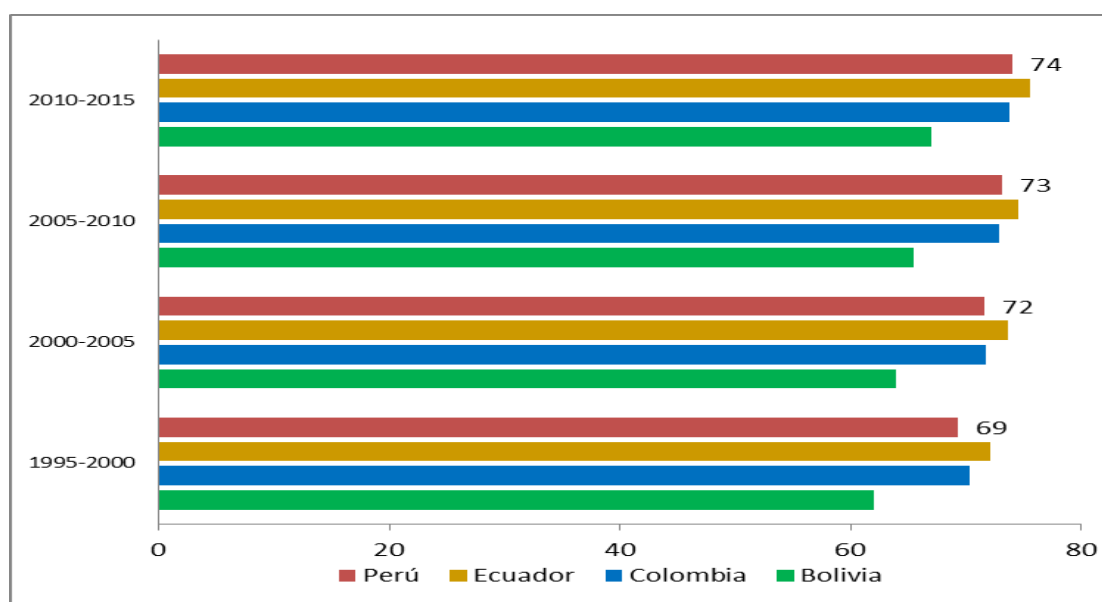
⁹² Ministerio de Educación (MINEDU) – Gobierno de Perú.

⁹³ Ministerio de Salud (MINSA) y Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2013): *Análisis de la situación de la salud en el Perú*. Lima, MINSA. <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/intsan/asis2012.pdf>

económicas como el desempleo, lo cual impide a las personas acceder a los servicios sanitarios al ser la prestación no cubierta al 100%.

Al inicio del presente siglo la esperanza de vida se encontraba en 69 años. Esta situación, así como otras referidas a la salud, se agrava en las zonas rurales. En los últimos años la situación en el país ha mejorado incrementándose en 5 dígitos o años, así como con respecto a otros países de la CAN, y a la década pasada.

Gráfico 2-6: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA EN PERÚ (1995 -2015*) (años)



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de CEPAL

**En el gráfico se considera el año 2015 de acuerdo con la agrupación que realiza la fuente oficial CEPAL.*

Según el informe del INEI (2013, p.349-356) existen altas tasas de desnutrición crónica en la zona rural (el promedio anual se encuentra alrededor del 37%, frente al 26,5% de la media nacional).

La tasa mortalidad infantil hacia el año 2010 se encontraba en un 21 por cada mil nacidos vivos, de los cuales un 24% se registraba en el área urbana mientras que el área rural alcanzaba un 45%. Esta situación se agrava en las zonas rurales por la

presencia de enfermedades tropicales o regionales como malaria, dengue, u otras como la hepatitis B.

En relación a la salud sexual y reproductiva, la tasa de embarazo de las adolescentes no ha disminuido y se mantiene alrededor de un 12%, poniendo en peligro la vida de las madres al no poder afrontar adecuadamente un embarazo prematuro.

Con referencia a otros datos relacionados con la salud se puede mencionar que, según el informe del MINSA⁹⁴, el 21% de la población no tiene acceso al agua potable y un 12% carece de saneamiento básico.

Los datos de la CEPAL mencionan que Perú en el año 2009 tenía 0,92 médicos por cada mil habitantes, dato que luego varió de forma positiva en 2012 a 1,13 médicos por cada 1000 habitantes. No obstante, todavía se encuentra lejos de lo que recomienda la OMS (3 médicos por cada 1000 personas).

Las desigualdades territoriales a las que se están haciendo referencia se ejemplifican en los datos de la Tabla 2-4. Los datos muestran la vulnerabilidad de la población rural y empobrecida en cuanto a enfermedades comunes como las infecciones respiratorias agudas, la apendicitis, o las hernias, que lejos de poder ser tratadas o intervenidas oportunamente, pueden incluso ser causa de muerte.

⁹⁴ Ministerio de Salud, MINSA, (2012): Situación de la salud en el Perú: Indicadores básicos 2012. Lima, MINSA.

Tabla 2-4: ALGUNOS INDICADORES DE CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LAS POBLACIONES DE LA SIERRA SUR (Ayacucho, Huancavelica, Apurímac y Puno) Y LIMA.

Indicadores	Sierra Sur	Lima-Callao
Pobreza (%)	70	35
Población rural (%)	52	0.4
Lengua materna quechua/aymará (%)	71	10
Acceso a agua potable (%)	42	82
Acceso a alcantarillado (%)	23	80
Población menor de 15 años (%)	36	26
Tasa Bruta de Mortalidad (1,000 habitantes)	11	4.5
Enfermedades transmisibles	228.9	91.3
Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	61.6	16.8
Infecciones respiratorias agudas	147.9	41.0
Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	44.8	4.6
Apendicitos, hernias de la cavidad abdominal y obstrucción intestinal	44.2	1.8

Fuente Organización Panamericana de la Salud

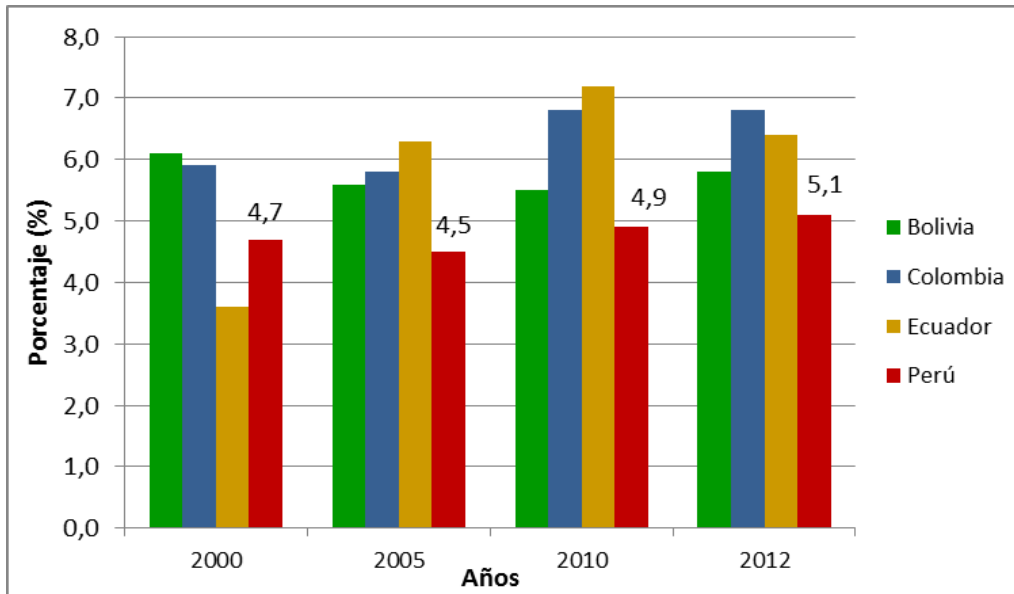
Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Por lo que se refiere a la financiación de la salud, señalar que el Estado no cubre este servicio de forma pública en su totalidad. Se estima que la población ha de realizar un gasto del 30% sobre el costo del servicio (gasto personal o familiar de medicinas, hospitalización, etc.), para poder tener acceso al mismo, lo que lleva a un importante sector de la población a no poder acceder a dichos servicios sanitarios, y con ello situarles en espacios de exclusión y marginalidad.

Según la CEPAL (2012)⁹⁵ en los países de la región persiste un acceso muy segmentado a los servicios de sanidad y salud lo que acrecienta la situación de riesgo de la población más vulnerable, agravando con ello la brecha de desigualdad. En comparativa con los demás países de la CAN, se observa en el gráfico (Gráfico 2-7) que Perú es el país que menos invierte en salud.

⁹⁵ Ver CEPAL (2012): “Los países de renta media. Un nuevo enfoque basado en brechas estructurales”.

Gráfico 2-7: INVERSIÓN DEL GASTO EN SALUD PAÍSES CAN 2000 – 2012



Fuente: elaboración propia, basado en datos de CEPAL.

Asimismo, al iniciar el periodo (2000-2012) el Estado invertía en salud de la población en torno a los USD 400 al año por habitante. Según la OMS los países desarrollados invierten en salud sobre los USD 2.000 por habitante. Esta cifra que muestra el país ha ido incrementándose pero aún es insuficiente para cubrir y atender adecuadamente la demanda sanitaria de los habitantes.

Para paliar las carencias que presenta la salud en Perú, en el período 2000-2012 se han puesto en marcha algunas líneas estratégicas definidas en la Política Sectorial del Ministerio de Salud 2002-2012, y en relación a población específica en el Plan Nacional por la Infancia y la Adolescencia 2002-2010.

El hito más significativo ha sido la creación en 2002 del Seguro Integral de Salud como Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud⁹⁶, con el fin de facilitar el acceso a la salud de la población más vulnerable, especialmente los niños y niñas (de 0 a 15 años), mujeres madres de familia y ancianos.

Se entiende que para mejorar y promover el bienestar en la población la situación del sector salud debe incrementar en calidad y cobertura, por ello es positiva la

⁹⁶ Ley N° 27657, del Ministerio de Salud (29/02/2002).

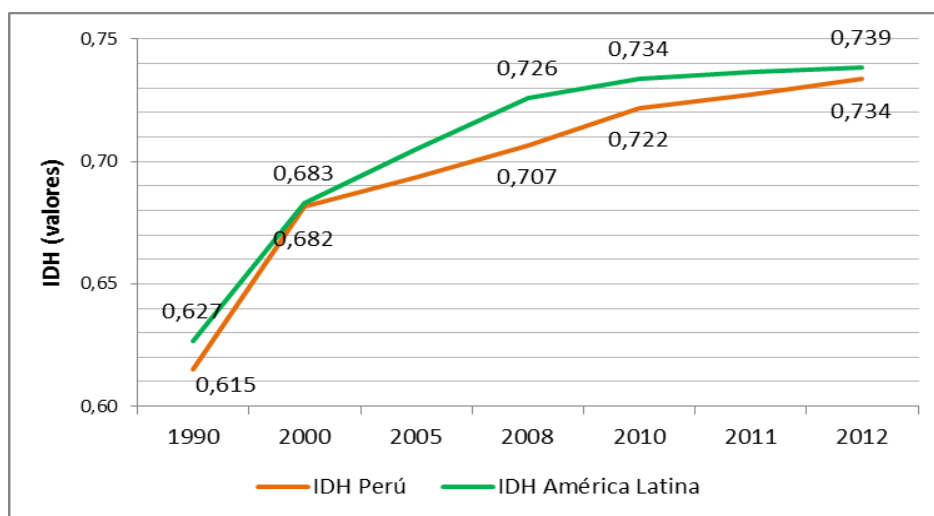
puesta en marcha de estos planes y sistemas. Sin embargo, para que sean realmente efectivos se requiere un incremento sustancial de la inversión, hecho que no se ha producido en el período 2000-2012, lo que puede dificultar la consecución de los objetivos propuestos en esta materia.

Se requiere igualmente una reforma sanitaria que promueva la construcción de un sistema nacional de salud descentralizado, equitativo e inclusivo, que supere las diferencias territoriales.

Para concluir con este capítulo, y a modo de síntesis, y para poder hacer análisis comparativos de todo el período y con otros países, vamos brevemente a analizar el Índice de Desarrollo Humano (IDH). Este índice sintético tiene como componentes el PIB, las tasas de analfabetismos y matriculación en educación, así como también la esperanza de vida al nacer.

La evolución del IDH en Perú ha sido positiva en los últimos años, debido al desarrollo de todos sus componentes (fueron mostrados en los apartados anteriores del presente capítulo), tal y como se muestran el gráfico y la tabla siguiente. El gráfico también muestra el incremento comparativo de los valores del IDH a nivel de la región de AL, lo cual nos muestra características relativamente similares.

Gráfico 2-8: EVOLUCIÓN DEL IDH PERÚ 1990 – 2012 (valores)



Fuente: Elaboración propia, basado en datos de los informes PNUD

Tabla 2-5: DATOS GENERALES DEL IDH - PERÚ (2005–2012)

Años	Población	Índice de Desarrollo Humano	Esperanza de vida al nacer	Población con Educ. secundaria completa	Años de educación (Pobloc. 25 y más)	Ingreso familiar per cápita
años	habitantes	IDH	años	%	años	N.S. mes
2.005	27.148.101	0,6941	68,54	60,81	8,30	367,5
2.008	27.428.615	0,7071	73,07	64,39	8,72	374,1
2.010	29.461.933	0,7223	74,01	65,71	9,27	613,9
2.011	29.797.694	0,7272	73,99	66,28	8,79	659,1
2.012	30.135.875	0,7341	74,31	67,87	9,00	696,9

Fuente: elaboración propia, datos del PNUD

Por lo que se refiere a la desigualdad, uno de los elementos que se ha evidenciado, caracteriza a Perú, esta también queda patente el Índice de Desarrollo Humano ajustado por la Desigualdad (IDH-D), y más aún si se compara con los países el entorno y la media de la región.

Tabla 2-6: COMPARACIÓN ENTRE LOS IDH Y EL COEFICIENTE DE DESIGUALDAD DE LOS PAÍSES DE LA CAN (2010-2012)

PAÍSES COMUNIDAD ANDINA DE NACIONES	AÑO	Valor del IDH-D	Coefficiente de desigualdad (%)
BOLIVIA	2010	0,643	38,0
	2011	0,665	34,1
	2012	0,675	34,2
COLOMBIA	2010	0,689	28,6
	2011	0,71	32,5
	2012	0,719	27,8
ECUADOR	2010	0,695	20,2
	2011	0,72	25,8
	2012	0,724	25,8
PERÚ	2010	0,723	30,7
	2011	0,725	23,2
	2012	0,741	24,3

Fuente: elaboración propia, basado en datos de informes del PNUD 2010, 2011 y 2012.

En los últimos años, el nivel de desigualdad se sitúa en Perú en 25,2%, ligeramente superiores a la media mundial del 23% pero ya inferior a la de América Latina del 26,1%. Los datos del 2012 muestran que la desigualdad del Perú (23,3%) está por debajo de la media mundial (22,2%), pero inferior al dato de América Latina que es del 25,7%. Estos datos reafirman que, por más que los índices macroeconómicos

presenten mejoras en el país, la desigualdad y la concentración de la riqueza en algunos colectivos sigue siendo un problema para el desarrollo de Perú, así como para los países de la región.

Para finalizar se muestran los datos nacionales del IDH a escala territorial.

Tabla 2-7⁹⁷: IDH SEGÚN DEPARTAMENTOS PERÚ 2003, 2010, 2012

DEPARTAMENTO	IDH 2003		IDH 2010		IDH 2012	
	IDH	ranking	IDH	ranking	IDH	ranking
HUANCAVELICA	0,1725	24	0,2821	24	0,2962	24
APURÍMAC	0,2330	21	0,3356	23	0,3444	22
AYACUCHO	0,2330	22	0,3426	21	0,3336	23
HUÁNUCO	0,1968	23	0,3391	22	0,3746	21
CAJAMARCA	0,2367	20	0,3465	20	0,3773	20
LIMA	0,5138	1	0,6080	1	0,6340	1
TACNA	0,4672	2	0,5444	4	0,5553	5
AREQUIPA	0,4267	3	0,5484	3	0,5781	3
ICA	0,4108	4	0,5161	6	0,5351	6
MOQUEGUA	0,4061	5	0,5876	2	0,6215	2

Fuente: elaboración propia, basado en datos del informe PNUD 2014

Los departamentos de Huancavelica, Ayacucho, Apurímac, Huánuco y Cajamarca, todos ellos considerados regiones rurales y con mayor presencia de población indígena, presentan los índices de desarrollo más bajo, así como también de los componentes que conforman los mismos. Además, presentan avances y retrocesos, que en ningún caso les ha permitido acercarse a la media del país. Se evidencia con ello importantes diferencias y desigualdades territoriales entre departamentos, departamentales, así como también entre el mundo rural y el urbano.

⁹⁷ La

Tabla 2-7 nos muestra la ubicación de los departamentos según su IDH, siendo los 5 primeros los que menores índices han ido mostrando, y los 5 siguientes los que han mejorado o mantenido en el tiempo su índice de desarrollo.

Después de este breve análisis de la evolución reciente de la situación socioeconómica y política de Perú, y la descripción de dicha situación en el período 2000-2012, se concluye que a pesar de los avances en términos de crecimiento económico, aún se evidencian importantes desequilibrios y desigualdades en áreas tan sensibles como las del sector social (donde se incluye educación y salud), tal y como se mostró que sucedía con los países de renta media en el Capítulo 1. Y es por ello, tal y como se analizará en el capítulo siguiente, que se hace necesario la presencia de la Ayuda Oficial al Desarrollo en Perú.

3 ANÁLISIS Y RESULTADOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN PERÚ EN LOS SECTORES DE EDUCACIÓN Y SALUD.

En el Capítulo 1 se hizo un estudio de las principales características de la AOD en el mundo y en concreto en América Latina, haciendo referencia a elementos y factores que iban a permitir comprender mejor el caso de Perú: los retos de los países de renta media; las prioridades de la Agenda Internacional con los ODM; los sectores prioritarios de la ayuda – sector de servicios sociales e infraestructuras-, entre otros.

El Capítulo 2 muestra la situación socioeconómica del país en el período 2000-2012, en especial la de educación y salud, que permite acercarnos a las desigualdades y necesidades territoriales del país que le hacen ser receptor de AOD.

Es en este último capítulo, integrando lo analizado en los capítulos anteriores, donde el estudio se aproximará al análisis de los resultados y la relevancia de la AOD en Perú en dos subsectores concretos: la educación y la salud. Ambos, y como ya se expuso en el Capítulo 1 (letra b del apartado 1), están vinculados con los ODM⁹⁸.

Para realizar dicho análisis el presente capítulo se divide en tres apartados:

⁹⁸ Esta vinculación con los ODM, y como ya se expuso en el Capítulo 1, apartado 1, letra b), es de especial importancia no solo por el contenido del estudio, sino también desde la perspectiva metodológica, en la medida que se han realizado y publicado por parte de Instituciones oficiales gubernamentales e internacionales, importantes trabajos de evaluación del cumplimiento de los ODM y de sus correspondientes metas. Los datos extraídos de dichas evaluaciones en el caso de Perú, permite profundizar en el objeto de este estudio, que es aproximarnos a los resultados de la AOD en los sectores de la educación y la salud, por ser estas evaluaciones las más pormenorizadas.

- En el primero se expondrá la evolución de los fondos de AOD en Perú, y como ya se hizo en el Capítulo 1 referido a la AOD global y regional, se analizará ahora en relación a Perú la implicación de los diferentes países donantes y la distribución territorial por sectores de los fondos de la ayuda. Esto permitirá la aproximación a los datos más relevantes de la AOD en Perú y su comparativa con la AOD en la región y el mundo.
- El segundo apartado presentará un análisis tentativo de los resultados de la AOD en educación. Partiendo del análisis de la situación en esta área descrita en el Capítulo 2, se aproximará este trabajo a la distribución de los fondos de AOD en dicho subsector y en sus respectivos componentes. Se hará referencia no solo a datos cuantitativos, sino también algunos programas y proyectos de especial relevancia. Igualmente, se tomará en cuenta los aportes de la AOD para el logro de los ODM en educación en el país.
- Por último, se desarrollará, con el mismo esquema que se utilizó para el subsector de la educación, un análisis tentativo de los resultados de la AOD en el subsector de la salud.

3.1 EVOLUCIÓN Y ANÁLISIS DE LOS FONDOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN PERÚ.

Perú ha sido durante décadas un país receptor de ayuda oficial al desarrollo por parte de los países donantes del CAD. Sin embargo, y tal y como se ha puesto de manifiesto en los capítulos anteriores, Perú ha experimentado desde el año 2003 un significativo crecimiento en su economía, que se ha reflejado en un aumento de su renta *per cápita*, pasando a integrar así el denominado grupo de “Países de Renta Media”, y desde 2008 al de los “Países de Renta Media-Alta”.

Siguiendo el concepto de cooperación internacional al desarrollo tradicional y los criterios de reparto de la AOD que equiparan desarrollo e ingresos, y condiciona la ayuda a dichos ingresos, Perú ya no sería país prioritario en la recepción de fondos de AOD.

Sin embargo, y como se evidencia en los datos socioeconómicos e Índices de Desarrollo Humano presentados en el propio Capítulo 2, en Perú se han mantenido

elementos de fragilidad e inestabilidad tales como la persistencia de la pobreza, incluso la pobreza extrema; la desigualdad territorial, con una importante brecha entre zonas rurales y zonas urbanas; así como la mayor vulnerabilidad de grupos poblacionales, en especial los pueblos indígenas. Y estas carencias y desigualdades se han mostrado también de forma notable en los subsectores de la salud y la educación.

Y así, en consonancia con lo manifestado por la propia CEPAL para los países de América Latina y la recepción de AOD⁹⁹, la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI)¹⁰⁰ en su Informe *Situación y tendencias de la Cooperación Internacional en el Perú: 2007-2008 (2010)* manifiesta que: *“la priorización sugerida por la OCDE a los cooperantes bilaterales y multilaterales de la asignación de la Ayuda Oficial al Desarrollo según la renta por habitante es aparentemente justa y equitativa; sin embargo, oculta desigualdades e inequidades en los procesos de desarrollo de los países de renta media”*. Concluyendo que *“el indicador de renta por habitante es importante, pero resulta insuficiente para el explicar el grado de desarrollo del Perú. En consecuencia es relevante involucrar otras variables que nos ayuden a explicar de mejor manera los niveles de desarrollo alcanzados, uno de ellos es el Índice de Desarrollo Humano (IDH), del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo PNUD, el que muestra avances nacionales significativos pero aún no suficientes”*.

Antes de analizar los datos cuantitativos de la Ayuda Oficial al Desarrollo recibida en Perú, desde el punto de vista de la obtención de dichos datos, es importante señalar que no existe información precisa de los mismos hasta el año 1998, y que a partir del año 2003 se ha producido un avance importante al crearse la Agencia Peruana de Cooperación Internacional (APCI). Dicho organismo es el encargado no solo del

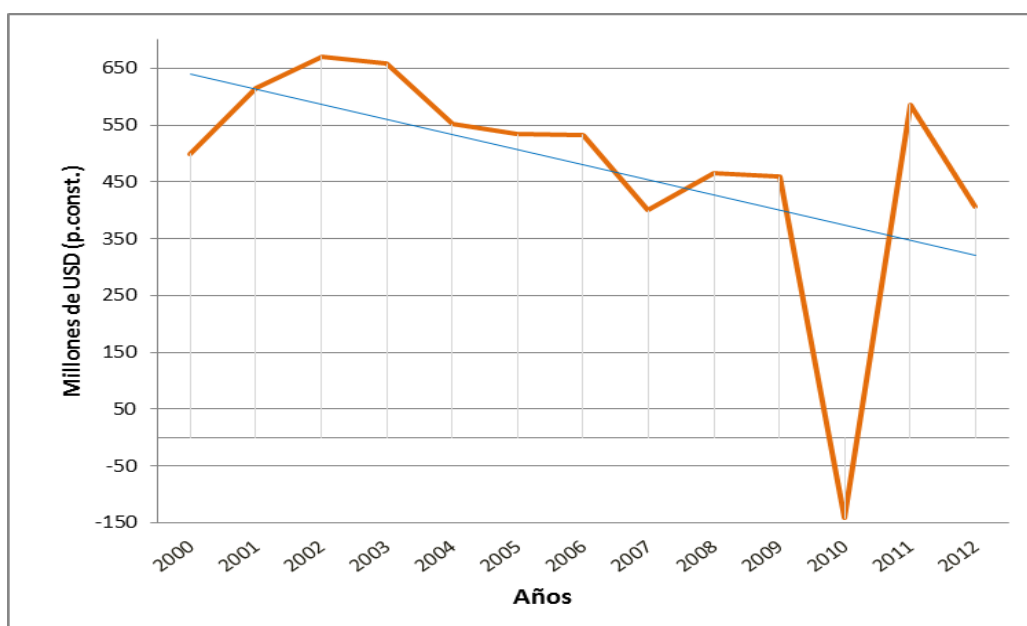
⁹⁹ Ver p. 7 referido a los PRM (Capítulo 1).

¹⁰⁰ Ley de Creación de la Agencia Peruana de Cooperación Internacional - APCI LEY N° 27692 (12/04/2002) en cuyo artículo 3.1 se señala: *“La APCI, es el ente rector de la Cooperación Técnica Internacional y tiene la responsabilidad de conducir, programar, organizar, priorizar y supervisar la cooperación internacional no reembolsable, que se gestiona a través del Estado y que proviene de fuentes del exterior de carácter público y/o privado, en función de la política nacional de desarrollo, y por consiguiente gozan de los beneficios tributarios que la ley establece”*.

registro de datos sino también del análisis de tendencias en el país, en coordinación con lo que realiza la CEPAL y el CAD de la OCDE¹⁰¹.

Entrando ya al análisis de los fondos de la AOD transferidos a Perú desde 2000 se presenta la siguiente evolución que muestra el gráfico¹⁰²:

Gráfico 3-1: EVOLUCIÓN DE LOS FONDOS DE AOD TRANSFERIDOS A PERÚ 2000-2012 (p. const.)



Fuente: elaboración propia, sobre los datos de OCDE

Durante el período 2000-2012 el Perú recibió en torno a los USD 6.437 millones (dólares americanos a p. constantes) como ayuda oficial al desarrollo provenientes de los países del CAD (datos estadísticos OCDE). Este monto significó un 0,42% del total de AOD que se destinó a los países receptores. El Gráfico 3.1 nos muestra cómo ha sido el flujo o comportamiento de dicho volumen de fondos durante el período señalado.

¹⁰¹ En el análisis de los datos en materia de AOD de APCI y OCDE se ha comprobado que no siempre son coincidentes. La propia APCI en sus *Informes* hace constar estas diferencias basándose en gran parte en que la OCDE trabaja con datos de AOD donde se incluye tanto la ayuda no reembolsable, como la reembolsable, mientras que APCI en la mayoría de casos solo contabiliza la ayuda no reembolsable. Por otro lado, ha sido un hecho constante entre la OCDE, los estados receptores y donantes y sus agencias de cooperación internacional las diferencias a la hora de clasificar los desembolsos como AOD.

¹⁰² Como se advirtió al inicio del documento, en algunos gráficos y tablas se variará la cronología del estudio planteado por no contar con datos de la OCDE y de otros organismos oficiales.

Los fondos de la ayuda asignados al Perú iniciaron el periodo (2000-2012) con un ligero incremento en términos absolutos. A mediados de ese mismo ciclo los fondos atravesaron por una ligera disminución del volumen destinado al país. En el año 2010 se produjo una caída violenta de la AOD. Esto se debió a tres factores: por un lado a la reasignación de los fondos recibidos por el terremoto de finales de 2007, por otro a la devolución de los mismos fondos no ejecutados (*negative grants*) que realizó el Estado peruano a los países donantes, y por último debido a que varios países donantes (9) no cumplieron con los desembolsos pactados¹⁰³. No obstante, fuera de este suceso particular, los datos de la OCDE muestran una tendencia a la baja y descenso de la AOD a partir del año 2007 (el año 2013 presenta una reducción del 7% con referencia al año anterior). Esta situación señalada es similar a la que se observa tanto a escala mundial como regional, la misma que se analizó en el Capítulo 1¹⁰⁴. La crisis económica mundial, la fatiga de la ayuda, la reubicación de Perú dentro del grupo de los *países de renta media alta*, pueden ser los factores que propiciaron los cambios para darse la disminución de los fondos de ayuda.

Si comparamos la recepción de AOD por parte de Perú en 2000-2012 con la evolución a escala global y de continente se aprecian algunas diferencias. Y así en el ámbito global, teniendo en cuenta los valores mostrados en el Capítulo 1 (Gráfico 1-1), en el período hay un significativo incremento de la AOD, aun cuando a partir de 2010 comienza un importante descenso, lo que difiere de lo acontecido en Perú donde el incremento durante todo el período en términos absolutos es únicamente leve. En este punto reseñar como ya se hizo en el Capítulo 1 (letra a) del apartado 1.2), que el incremento de fondos de AOD en el período repercutió en África y Asia (ver Gráfico 1-7) y no en América, lo que tiene su reflejo en Perú. Además, y como también se mostró en el Capítulo 1, Perú no se encuentra entre los países prioritarios de recepción de ayuda, entre los que se sitúan Brasil, Colombia, y en especial Haití.

¹⁰³ El 2010 fue un año particular como se menciona líneas arriba. La AOD sufrió una reasignación de los fondos y en otros casos devolución de los mismos, lo que para la OCDE se denomina *negative grants*. Estos fondos estaban vinculados con la ayuda que recibió el Estado peruano por la situación de emergencia humanitaria debido al terremoto del Sur (2007). Por otro lado, la AOD según el informe *Aid Effectiveness 2011: Progress in Implementing the Paris Declaration (Volumen II, p.9)*, se menciona que nueve países no cumplieron con sus compromisos de desembolsar los fondos de ayuda pactados en su momento, siendo este un problema que presenta la contabilidad tanto de los países donantes como de los receptores según el informe.

¹⁰⁴ Véase Capítulo 1: *Evolución de los fondos de AOD* (p. 11-16).

Tal y como señala el Informe de 2012 de APCI la “*Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional*” en el Perú, la Cooperación Internacional representa el 2% del presupuesto anual del país y el 0,5% del PIB nacional. El mismo informe señala que “*en consecuencia, debe ser entendida como un aporte complementario a los esfuerzos nacionales para el desarrollo. En este sentido, la importancia de la Cooperación Internacional no está enfocada en un aspecto cuantitativo, sino en su aporte cualitativo, es decir, en la calidad de las intervenciones ejecutadas con su apoyo y en el impacto de éstas.*” Por lo tanto, su contribución al desarrollo del país radicaría en su capacidad de promover acciones que dirijan una mayor atención a las regiones y sectores donde el Estado no llega a brindar una adecuada asistencia, ya sea por falta de recursos o de voluntad política. La AOD podría ser un incentivo, y de hecho, así podría materializarse, para la ejecución de políticas públicas por parte del gobierno de Perú.

Seguidamente se estudiará la información cuantitativa que nos ofrece la OCDE sobre la AOD en Perú relacionada con los siguientes elementos: principales países donantes, distribución territorial y distribución sectorial.

3.1.1 Principales países donantes¹⁰⁵.

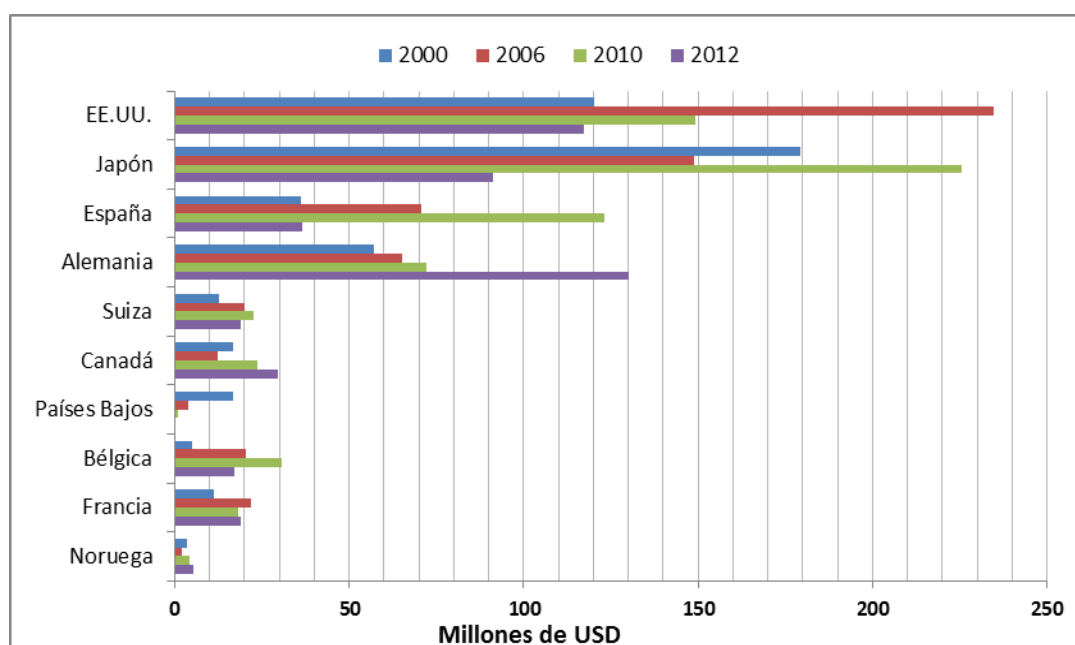
La AOD transferida a Perú durante el periodo 2000-2012 aportó una media anual, en términos absolutos, en torno a los USD 640 millones. Dichos fondos provenientes de los países del CAD muestra entre los diez principales donantes (ubicados en orden de mayor a menor según aportación) a: Estados Unidos, Japón, España, Alemania, Suiza, Canadá, Países Bajos, Bélgica, Francia y Noruega. Esto denota una vez más el papel importante que juegan algunos países del CAD, especialmente Estados Unidos y Alemania quienes son dos de los principales contribuyentes de la AOD total, y esto se refleja tanto a escala mundial y regional (ver Capítulo 1).

¹⁰⁵ Perú recibe fondos de ayuda para el desarrollo oficial (AOD) y privada. Dentro de la AOD, que es objeto del estudio, se encuentran la que proviene de la *Cooperación Bilateral* y la *Cooperación Multilateral*. En el presente capítulo cuando se habla de AOD se computa los aportes realizados por ambos.

Destacar como España es uno de los principales donantes de Perú, tal y como sucede también en la región por los vínculos históricos a los que se hizo referencia en el Capítulo 1.

Por último, y siguiendo con esa comparativa en el ámbito mundial y regional de los países donantes detallada en el Capítulo 1, destacar cómo Japón se encuentra entre los principales donantes de AOD en Perú, debido a las vinculaciones históricas y políticas entre ambos países. Porque si bien Japón está entre los diez principales donantes del mundo, no lo está a escala regional.

Gráfico 3-2: PRINCIPALES DONANTES DE AOD A PERÚ 2000-2012.



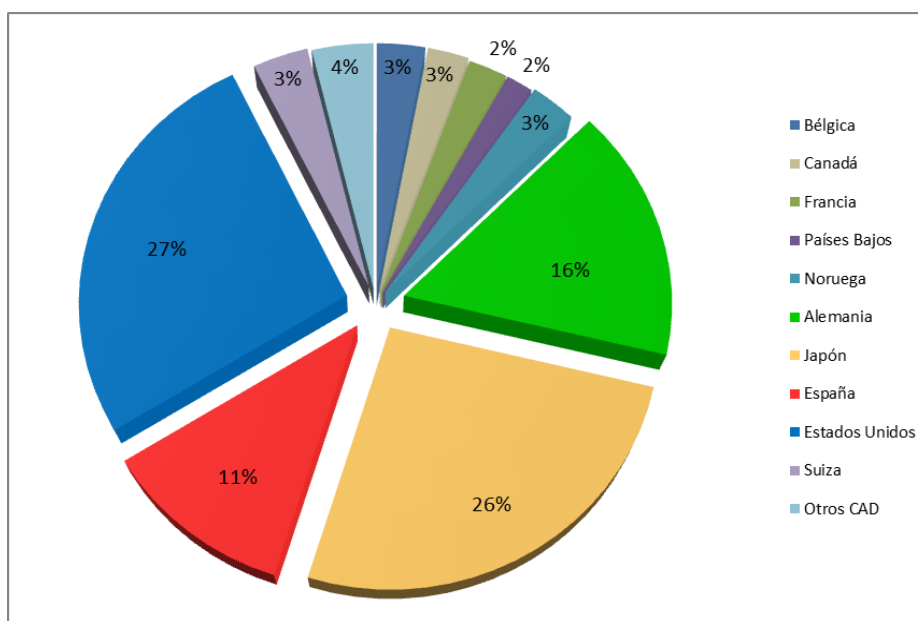
Fuente: elaboración propia, basado en datos de la OCDE.

La mayor parte de los países del CAD, especialmente Estados Unidos, Japón, España y Alemania, a mitad del periodo de estudio (2006) incrementaron la transferencia de recursos al país como se puede observar en el Gráfico 3-2. No obstante, este incremento coincide con la celebración de la *Conferencia de París*. Como se comentó en los capítulos anteriores, finalizada alguna conferencia o cumbre mundial, sólo para ese año en particular los países donantes cumplen con el desembolso de los fondos de ayuda según los términos y tiempos acordados.

Alemania ha sido el país que más incrementó en términos globales los fondos de ayuda desde el año 2000, mientras que los demás países fluctuaron en sus contribuciones. En datos porcentuales se puede observar que entre los cuatro países mencionados aportaron alrededor del 80% del total de los fondos de AOD que se destinaron al país en el período señalado.

Toda esta presencia por parte de estos países donantes denota la importancia que tienen como socios estratégicos para el país, tanto por la aportación de recursos para el desarrollo como de cooperación técnica.

Gráfico 3-3: APORTACIÓN TOTAL DE AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD A PERÚ EN TODO EL PERIODO 2000- 2012 (porcentaje).



Fuente: elaboración propia, basado en datos de la OCDE.

3.1.2 Distribución territorial.

Es un hecho ya constatado a lo largo del presente trabajo que la desigualdad territorial es uno de los elementos más negativos que presenta el país.

Para analizar la distribución de la AOD a escala territorial en Perú se han incluido los datos existentes que aporta la APCI. Tomando en cuenta los informes de la entidad, se constata en primer lugar que estos datos se procesan a partir de 2005.

En los años 2005 y 2006, tal y como reflejan los Informes de APCI *Situación y tendencias de la Cooperación Internacional en Perú (2005 y 2006)*¹⁰⁶, la distribución de los fondos de AOD tenían un marcado carácter centralista. Esto es, en un porcentaje del 43,9% para el año 2005, y en un 40,8% en 2006, los fondos eran catalogados como nacionales, sin que constara una distribución posterior de esos fondos en los distintos departamentos. El resto de la AOD era distribuida a escala departamental¹⁰⁷.

A partir de 2009 se recoge por parte de la APCI una distribución territorial de la AOD por departamentos, los mismos que se muestran en la tabla siguiente:

¹⁰⁶ APCI (2005): *Situación y tendencias de la Cooperación Internacional en Perú 2005*, (p. 90); y APCI (2006): *Situación y tendencias de la Cooperación Internacional en Perú 2006* (p. 49).

¹⁰⁷ Desde el año 2000 comenzó en Perú un proceso político para promover y potenciar la regionalización. Entre los hitos destaca el Referéndum para la Integración y Conformación de Regiones 2005, que trajo consigo la publicación de normas y adopción de políticas que incentivaban la desconcentración de la gestión de recursos en las Regiones.

Tabla 3-1: DISTRIBUCIÓN DE FONDOS AOD POR ZONAS DE PRIORIDAD. PERÚ 2009

Región	Pocentaje de la Ayuda ejecutada	Tasa de Pobreza %		Población		
		2007	2009	Total	Pobre	
					Nro, Hab	%
Grupo 1						
• Huancavelica	5,2	85,7	77,2	465 778	359 581	3,8
Grupo 2						
• Apurímac	3,9	69,5	70,3	407 430	286 423	3,0
• Ayacucho	4,3	68,3	62,6	631 001	395 007	4,1
• Puno	3,0	67,2	60,8	1 296 723	788 408	8,3
• Huánuco	1,7	64,9	64,5	779 084	502 509	5,3
• Cajamarca	5,3	64,5	56,0	1 407 306	788 091	8,2
• Pasco	1,0	63,4	55,4	287 586	159 323	1,7
Grupo 3						
• Cusco	8,9	57,4	51,1	1 192 583	609 415	6,4
• Amazonas	2,0	55,0	59,8	382 033	228 456	2,4
• Loreto	4,0	54,6	56,0	924 123	517 509	5,4
Grupo 4						
• Piura	5,2	45,0	39,6	1 720 182	684 756	7,2
• Ucayali	2,1	45,0	29,7	451 383	134 061	1,4
• San Martín	2,6	44,5	44,1	758 252	334 389	3,5
• Junín	2,4	43,0	34,3	1 262 371	432 993	4,5
• Ancash	2,2	42,6	31,5	1 080 542	340 371	3,5
• Lambayeque	2,3	40,6	31,8	1 141 991	363 153	3,8
• La Libertad	3,5	37,7	38,9	1 672 497	650 601	6,7
Grupo 5						
• Moquegua	0,8	25,8	19,3	166 743	32 181	0,3
• Arequipa	2,8	25,5	21,0	1 189 472	249 789	2,6
• Tacna	0,5	23,8	17,5	300 448	52 578	0,6
• Lima y Callao**	21,0	20,4	15,3	9 702 280	1 484 457	15,5
• Tumbes	4,0	18,1	22,1	207 582	45 876	0,5
• Madre de Dios	1,3	15,6	12,7	117 358	14 904	0,2
• Ica	10,0	15,1	13,7	734 896	100 681	1,1
TOTAL	100,0	39,3	34,8	28 279 644	9 555 512	100,0

Fuente: APCI

Este cuadro es especialmente significativo porque permite extraer algunos elementos importantes:

- Se constata que el departamento de Lima, por su nivel de población, es el que mayores fondos de AOD recibe. Tal y como señala además APCI, algunos fondos que se circunscriben a Lima tienen como destino directo los

Ministerios allí ubicados. Sin embargo, pueden luego repercutir en políticas que se extienden a otros departamentos.

- El departamento de Cusco tiene importantes dotaciones en AOD, debido a las aportaciones que recibe para el mantenimiento del patrimonio cultural.
- En el año 2009 aún se visibilizan los efectos del terremoto ocurrido en 2007, que hizo del departamento de Ica uno de los mayores receptores de AOD y de otros fondos de ayuda privada.

Dejando de lado estas puntualizaciones, la Tabla 3-1 nos muestra cómo la AOD se destina principalmente a los territorios de mayor pobreza, que también son los de menor desarrollo. Esta tendencia de destinar AOD a las regiones con mayores tasas de pobreza y menor desarrollo se mantiene en 2010, tal y como se recoge en el Informe *“Situación y Tendencias de la Cooperación Internacional en Perú”* (2012)¹⁰⁸.

Por lo tanto, podría concluirse que la AOD recibida en Perú, tiene entre sus fines combatir la desigualdad territorial, y podría servir de incentivo para que el gobierno implemente más políticas de desarrollo en dichos territorios.

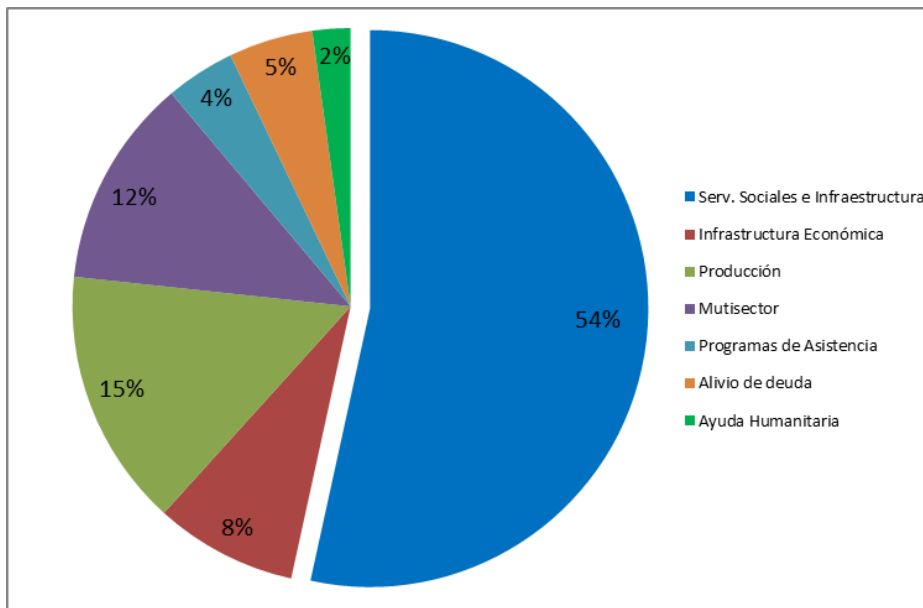
3.1.3 Distribución sectorial.

A continuación se analizarán los distintos *sectores CAD*¹⁰⁹ y sus subsectores en relación a la distribución de la AOD en Perú.

¹⁰⁸ Datos contenidos en las p. 59-61 del Informe.

¹⁰⁹ Ver anexos nº 4 y 5.

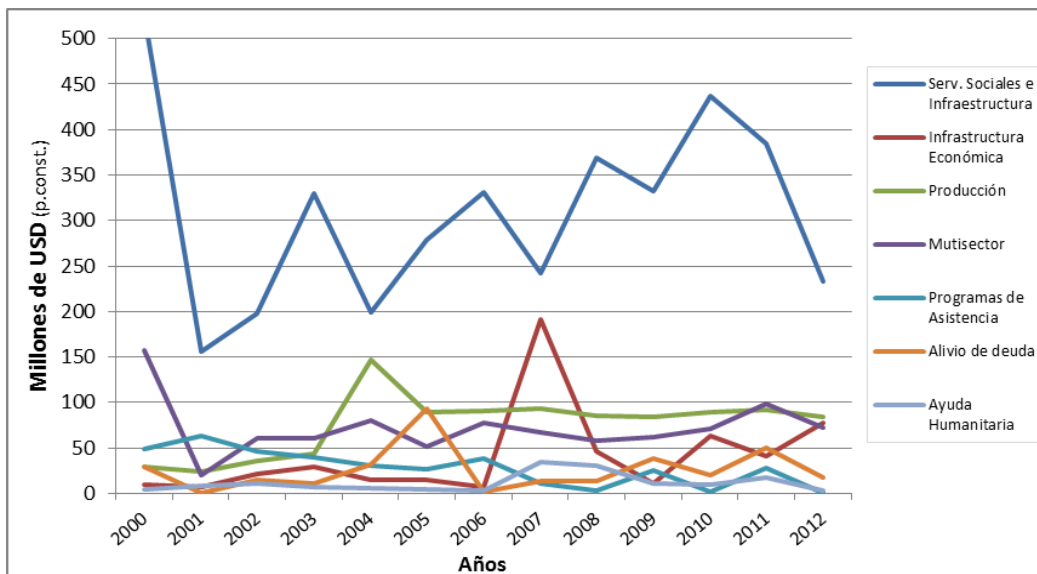
Gráfico 3-4: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DEL TOTAL DE LOS FONDOS AOD EN LOS DISTINTOS SECTORES PERÚ 2000-2012.



Fuente: elaboración propia, sobre los datos de OCDE

Como ya sucedía a escala mundial y regional, nuevamente se constata cómo el sector de servicios sociales e infraestructuras (donde se incluye educación y salud) tiene el mayor peso en la AOD recibida en Perú. En términos absolutos, como se muestra en el siguiente Gráfico 3.5, se constata igualmente la preponderancia del sector si bien presenta fluctuaciones de los fondos de manera constante.

Gráfico 3-5: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS AOD EN LOS DISTINTOS SECTORES PERÚ 2000 – 2012 (p. const).



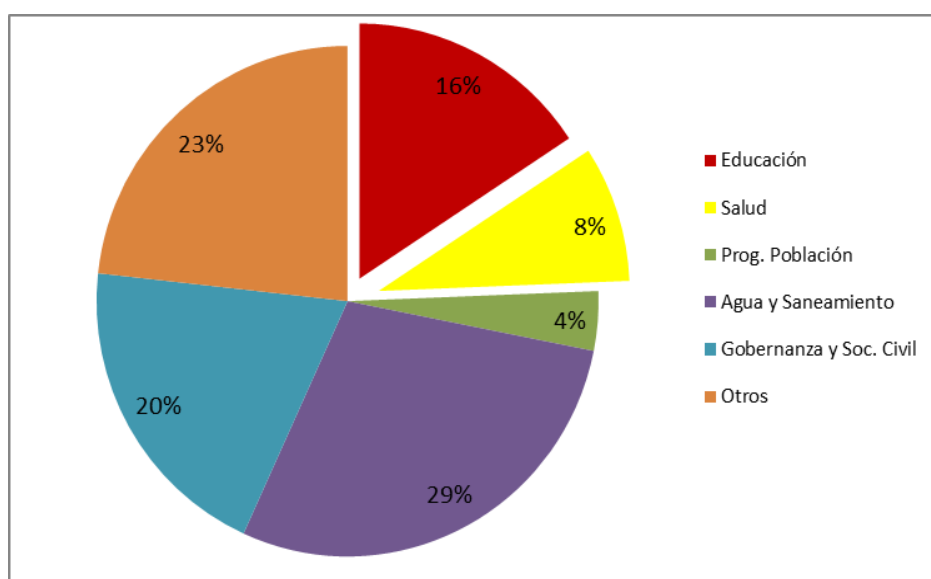
Fuente: elaboración propia, basado en datos de la OCDE.

Cabe señalar cómo el sector de la *Ayuda Humanitaria* tiene su mayor peso a partir del año 2007 y años siguientes debido al terremoto y las consecuencias del mismo. Ese mismo hecho produjo un repunte del sector de *Infraestructura económica y servicios*, puesto que buena parte de la ayuda se dirigía a la zona afectada (Ica).

El sector multisectorial se mantiene constante, y cabe reseñar dentro del mismo el área de desarrollo rural, que ha sido financiada en el período principalmente por la cooperación alemana¹¹⁰.

Dentro del *sector de servicios sociales e infraestructuras*, los *componentes* del mismo presentan la distribución que se refleja en el Gráfico 3.6:

Gráfico 3-6: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS FONDOS AOD EN EL SECTOR SERVICIOS SOCIALES E INFRAESTRUCTURAS EN PERÚ 2000–2012



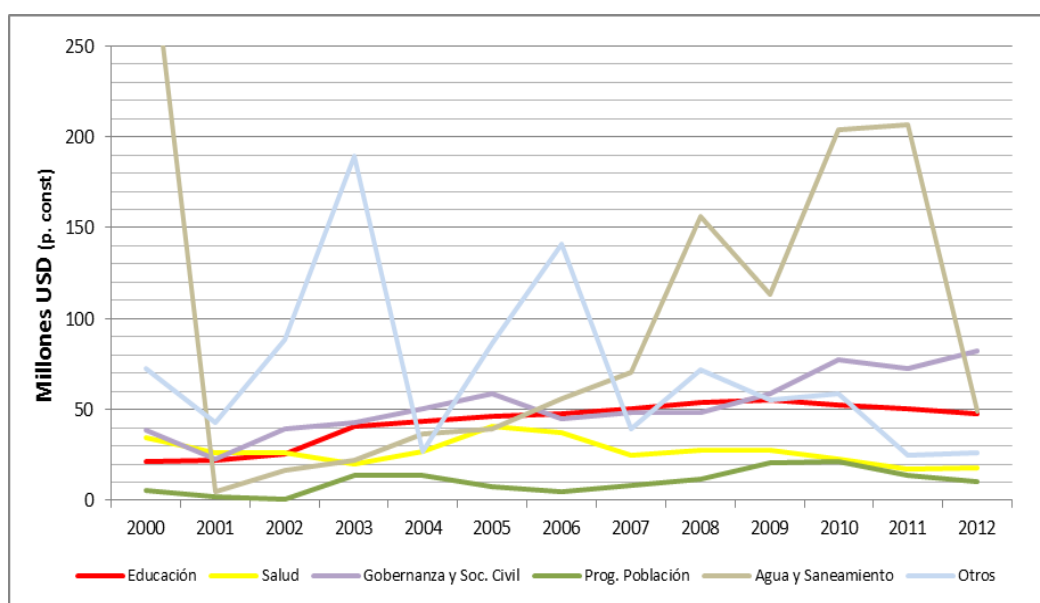
Fuente: elaboración propia, basado en datos de la OCDE.

En términos porcentuales los proyectos de *agua y saneamiento*, vinculados a la meta 1B de los ODM, es el que mayor volumen de fondos recibe. Cabe destacar las aportaciones que en este período ha realizado la cooperación japonesa a los planes

¹¹⁰ Situación y tendencias de la Cooperación Internacional en el Perú: 2007-2008 APCI (2010).

de agua potable y saneamiento del gobierno de Perú¹¹¹. El subsector de *Educación* representa el 16% y el de *Salud* el 8% de los totales de la AOD. A continuación se muestra esta misma distribución en el Gráfico 3-7, pero ya en valores absolutos.

Gráfico 3-7: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS AOD ENTRE LOS SUBSECTORES DEL SECTOR SERV. SOCIALES E INFRAESTRUCTURAS EN PERÚ 2000–2012



Fuente: elaboración propia, basado en datos de la OCDE.

Se presentan importantes fluctuaciones en el subsector “Otros”, en el que se han incluido programas tan heterogéneos como las políticas de vivienda para zonas afectadas por catástrofes naturales, o el programa “Mi vivienda” para facilitar el acceso a una vivienda digna, o los proyectos puestos en marcha para el control de estupefacientes.

Más allá del análisis cuantitativo de la AOD por sectores, se quiere hacer referencia a dos hechos que han determinado la distribución de la AOD en Perú:

¹¹¹ Informe APCI: *Situación y tendencias de la Cooperación Internacional en el Perú: 2007-2008 APCI (2010)*.

En primer lugar, y como ya se ha señalado, los sectores directamente vinculados con los ODM han reflejado mayor presencia de AOD. Esto es debido a que el cumplimiento de los ODM es un marco de referencia tanto para las políticas de cooperación implementadas por los países donantes, como también un compromiso asumido por países receptores de AOD. Y así, Perú, adherido a la Declaración de los ODM desde el año 2001, ha puesto en marcha políticas públicas destinadas a la consecución de estos objetivos. Pero además, y haciendo referencia a la AOD, *la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional de Perú*, aprobada por Decreto Supremo nº 044-2007-RE¹¹², recoge en el apartado 4.1 como primera fuente de la política nacional de desarrollo la *Declaración del Milenio*, esto es, los ODM. Igualmente, Perú presentó en 2006 la adhesión a la *Declaración de París sobre Eficacia de la ayuda de 2005*, que tenía entre sus acuerdos impulsar el cumplimiento de los ODM¹¹³.

Por otro lado, y tal y como ya se puntualizó en el Capítulo 1, a partir de 2005, y tras la Declaración de París, se ha exigido una mayor coordinación por parte de los países donantes y receptores de AOD. Para ello, se toma como principio la *alineación* que hace que los países donantes deban destinar su AOD al apoyo de las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios (receptores), siendo estos países socios los que en virtud del principio de *apropiación* han de definir dichas estrategias de desarrollo.

Esto se constata también cuantitativamente en la Tabla 3-2, donde se muestran los montos destinados de cooperación técnica no reembolsable a cada uno de los ODM durante los años 2004, 2005, 2006, 2008, 2010 teniendo como fuente la APCI¹¹⁴. Como se observa, la ayuda vinculada a los ODM está en torno al 70%, salvo en el 2006 que se sitúa alrededor del 53%.

¹¹² Sustituida en el año 2012 por el Decreto Supremo Nº 050-2012-RE que aprueba la Política Nacional de Cooperación Técnica Internacional.

¹¹³ Sirve este marco también para mostrar la pertinencia del análisis de la AOD desde la perspectiva de los ODM en relación a salud y educación que se realizará en los siguientes apartados del capítulo.

¹¹⁴ No consta la totalidad de la AOD, sino únicamente la no reembolsable y de los años en mención.

Tabla 3-2: DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS AOD ALINEADOS A LOS ODM PERÚ (cooperación oficial no reembolsable)

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO - PERÚ	AÑOS (en USD)				
	2004	2005	2006	2008	2010
ODM1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	137.878.305	179.047.665	105.027.565	48.550.321	187.195.292
ODM2: Lograr la enseñanza básica universal	8.542.033	11.261.642	3.900.471	9.585.046	22.037.202
ODM3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer	3.492.115	15.241.375	7.339.071	14.429.636	18.575.390
ODM4: Reducir la mortalidad infantil	6.577.033	15.475.501	6.354.521	5.049.575	10.142.657
ODM5: Mejorar la salud materna	577.113	10.008.230	7.145.344	5.246.772	10.791.003
ODM6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades	3.596.404	15.911.234	16.726.570	40.930.158	8.181.286
ODM7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente	46.195.232	60.651.219	24.664.892	27.589.168	60.076.029
ODM8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	15.135.696	51.716.175	8.736.320	6.330.627	50.789.864
No alineados	57.837.620	140.861.041	160.229.868	59.697.763	168.567.338
TOTAL	279.831.551	500.174.082	340.124.622	217.409.066	536.356.061

Fuente: elaboración propia, basado en datos de la APCI.

Es por ello que se vuelve a mencionar el D.S. n° 044-2007-RE, que establece la Política de Nacional de Cooperación, y con el fin de promover el desarrollo del país recoge en el apartado 4.1 (puntos 28, 29 y 30), las cuatro áreas estratégicas para la cooperación:

- *Seguridad Humana.*¹¹⁵
- *Institucionalidad.*¹¹⁶
- *Competitividad sostenible.*¹¹⁷
- *Desarrollo Humano.*

Dentro de este último apartado, denominado *desarrollo humano*, el plan nacional incluye solo dos elementos: *asegurar el acceso universal a una educación de calidad; y mejorar la salud y nutrición de la población para garantizar una vida activa y saludable.* Así, se constata, desde la perspectiva de las políticas públicas de Perú, la prioridad de la inversión en las áreas de la salud y la educación por su vinculación

¹¹⁵ Incluye desarrollar una red de protección social para resguardar del capital humano en situación de riesgo; asegurar el acceso universal al agua potable, saneamiento, servicios e infraestructuras básicas; y eliminar toda clase de exclusión y discriminación (trasversal).

¹¹⁶ Incluye lograr un Estado democrático, transparente y eficiente; garantizar el acceso universal a la justicia y asegurar la paz; apoyar el proceso de descentralización (trasversal).

¹¹⁷ Incluye promover la competitividad nacional y asegurar oportunidades laborales justas para todos; garantizar el uso sostenible de los recursos naturales y proteger el medio ambiente; desarrollar la ciencia y tecnología en el país; y fortalecer la integración del Perú al mercado mundial.

con el desarrollo humano, y su configuración como subsectores a los que contribuir por parte de los países donantes de AOD en Perú.

Por ello se deja para un análisis más pormenorizado en los apartados siguientes los subsectores de educación y salud, y todo lo concerniente a los resultados obtenidos con el apoyo de la AOD en dichos subsectores y su vinculación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).

3.2 APROXIMACIÓN A LOS RESULTADOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN EDUCACIÓN.

Perú, como ya se ha reseñado, sitúa a la educación como uno de los ejes estratégicos de sus políticas de desarrollo y de recepción de ayudas. Analizados ya los fondos totales que Perú invierte en educación en el Capítulo 2, este epígrafe se centrará en los fondos AOD, así como también en el cumplimiento de los ODM 2 y 3.

A continuación se analizarán los diferentes resultados que se han obtenido en educación en el periodo señalado (2000-2012), especialmente en los que se contó con el apoyo de la AOD y la cooperación internacional. Para ello, se hará una revisión de la distribución de AOD en los diferentes componentes y elementos de la educación¹¹⁸ y los programas más relevantes llevados a cabo con dichos fondos; se analizará la vinculación específica que ha presentado la AOD y los ODM, así como las políticas públicas en educación que se han impulsado con miras al cumplimiento de los ODM para el 2015.

3.2.1 Fondos de la AOD destinados a Educación: distribución y resultados.

En el período de referencia 2000-2012 la AOD en educación en Perú, tal y como se refleja en el Gráfico 3-7 arriba mostrado, ha estado presente de forma estable en cantidades y con oscilaciones desde 2003 cuando se alcanzaron los USD 40

¹¹⁸ Véase componentes CAD en los anexos 4 y 5.

millones, incrementándose hasta 2009 a la cifra de USD 60 millones, y a partir de ese año muestra una tendencia a la baja.

Realizando un análisis comparativo a escala global y regional se muestran los siguientes datos: El desembolso total AOD en Educación en el período 2000-2012, según los datos de la OCDE, se calcula entorno a los USD 91.801 millones. De este total un 0,61% (USD 557 millones) fue destinado a Perú. Esta ayuda desembolsada representaría casi la mitad que recibió Colombia (1,08%) quien presenta un mejor nivel educativo dentro de los países de la CAN desde finales de los noventa. La tabla también muestra que menos del 9% del total de los fondos para educación fue destinado a América Latina, lo cual coincide con el porcentaje de la totalidad de AOD que se destinó al continente americano en los últimos años. Esta constante reducción de AOD hacia los países de AL y subsectores importantes para promover el desarrollo podría hacer peligrar los avances alcanzados por algunos países, tal y como se comentó en el Capítulo 1.

Tabla 3-3: COMPARATIVA DE LA AOD EN EDUCACIÓN 2000-2012. MUNDIAL – AMÉRICA LATINA - PERÚ (p. const. y porcentaje).

AOD EN EDUCACIÓN			
2000 - 2012			
AOD	Total AOD Millones USD	Promedio Anual Millones USD	% del Total
MUNDO	91.801,96	7.061,69	100,00
AMÉRICA LATINA	8.105,35	623,49	8,83
PERÚ	557,42	42,88	0,61

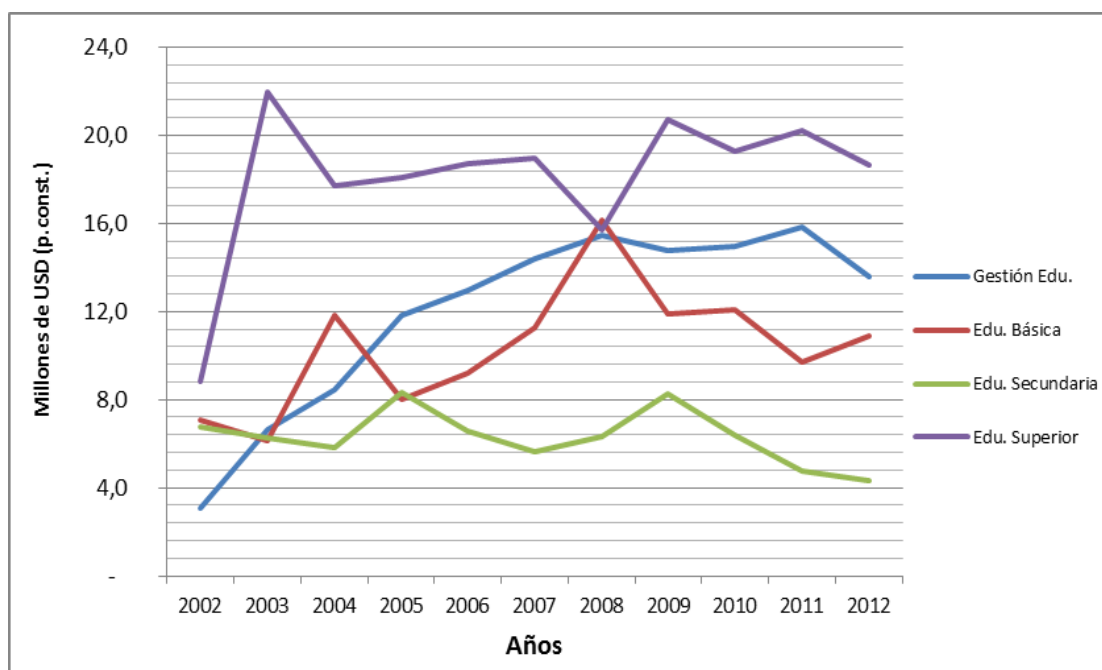
Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

La AOD destinada al subsector de educación en Perú ha venido a través de distintos programas y fondos, orientados a temáticas específicas del subsector y a los que se aludirá en el análisis de los componentes. Entre ellos cabe resaltar el Convenio de Donación entre los EE.UU a través de su agencia de cooperación

USAID y el Gobierno de Perú¹¹⁹, destinando un monto de USD 33 millones para el período 2008-2013; y el Fondo canadiense para la educación peruana (FONCEP) 2002-2008¹²⁰, que fueron a complementar los distintos programas puestos en marcha por el gobierno central.

Para un mejor seguimiento de esta parte del documento cabe mencionar que el subsector de la educación se desagrega en cuatro componentes: *gestión educativa (también denominado educación nivel no especificado)*, *educación básica*, *educación secundaria* y *educación superior (educación post-secundaria)*. La distribución de la AOD (valores absolutos) entre dichos componentes se muestra en el siguiente gráfico.

Gráfico 3-8: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE EDUCACIÓN. PERÚ 2002-2012



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

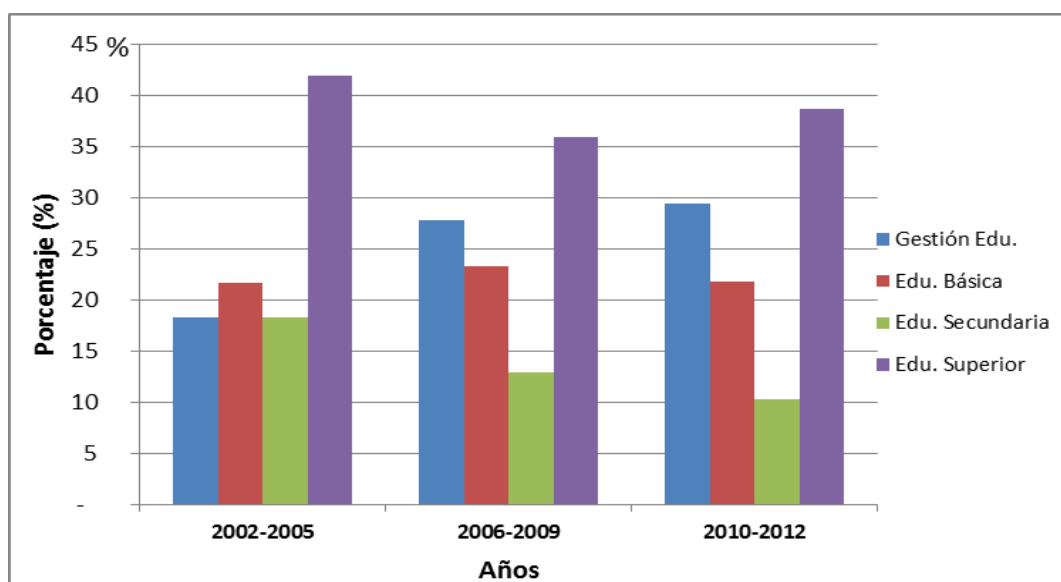
Los datos mostrados tanto en el Gráfico 3-8 (valores absolutos) como en el Gráfico 3-9 (porcentaje), en relación a los componentes del subsector educación, reflejan que la *Educación Superior* ha tenido una atención especial en este periodo de

¹¹⁹ Fuente APCI, Embajada de Estados Unidos en Perú y Agencia de Cooperación de EE.UU - USAID.

¹²⁰ Fuente APCI y Embajada de Canadá en Perú.

tiempo, mostrándose siempre por encima de los otros tres componentes. Este componente educativo es seguido por *Gestión Educativa*, que como se puede ver en la gráfica muestra un incremento constante.

Gráfico 3-9: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE EDUCACIÓN. PERÚ 2002–2012 (agrupado por años / %)



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

Del análisis de los datos de ambos gráficos, se comprueba que el componente de *Gestión Educativa*, donde se incluyen las variables *política educativa y gestión administrativa, servicios e instalaciones educativos y formación, formación de profesores con nivel no especificado e investigación educativa*, ha mantenido un crecimiento constante en el período, más intenso en el primer quinquenio y mostrando igualmente un repunte en el año 2011. Y así en los últimos años del periodo ha llegado a representar en torno al 30% de la AOD en educación.

La distribución concreta se refleja en la siguiente tabla:

Tabla 3-4: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE GESTIÓN EDUCATIVA. PERÚ 2002-2012.

GESTIÓN EDUCATIVA (Millones USD)					
Años	Política Educativa y Gestión Adm.	Servicios e instalaciones educativos y formación	Formación de profesores con nivel no especificado	Investigación educativa	Total USD
2002	1,83	0,50	0,75	0,00	3,08
2003	3,94	2,16	0,52	0,00	6,62
2004	6,01	2,02	0,40	0,05	8,47
2005	9,90	0,90	0,98	0,03	11,80
2006	8,93	3,33	0,62	0,07	12,94
2007	5,77	4,35	1,72	2,59	14,42
2008	3,05	8,44	1,59	2,36	15,44
2009	3,63	8,09	2,44	0,59	14,75
2010	3,54	8,55	2,82	0,04	14,96
2011	4,30	8,60	2,91	0,02	15,83
2012	3,14	8,81	1,62	0,02	13,59

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

El análisis de la distribución de la AOD dentro del componente del sector educación Gestión Educativa, muestra cómo el elemento de *Servicios e instalaciones educativos y formación* ha incrementado de forma continua la ayuda desde el 2002 hasta el 2012, y por otro lado la escasa importancia, tras únicamente dos años (2007 y 2008) con algo de presencia, del ítem *Investigación educativa* (debido a una iniciativa de investigación de la cooperación Noruega en dicho período).

Entre los programas implementados en este componente se pueden señalar los aportes de la cooperación japonesa en la *Ampliación de la infraestructura educativa complementaria, equipamiento y mobiliario 2009-2011*, o la cooperación española con el *Proyecto de fortalecimiento institucional del Ministerio de Educación de Perú de 2009* y el *Programa de conversión en proyectos de reconstrucción del sur: Educación y salud en Tacna, Moquegua, Arequipa y San Martín de 2006*¹²¹, lo que ha redundado en la mejora de los servicios educativos que se brindan.

¹²¹ Fuente APCI y Embajada de Japón en Perú.

Por su parte Alemania¹²² (agencia de cooperación GTZ) a través de su Programa de Educación Básica PROEDUCA–GTZ financió en Perú durante el período 2002-2006 distintos proyectos tales como: PROFOGED (*Proyecto de Fortalecimiento de la Gestión Educativa en y a través de los Institutos Superiores Pedagógicos*); PME-SECAB-GTZ (*Proyecto de Materiales Educativos*); o el Proyecto PROFORMA (*Preparación de la Reforma de la Formación Magisterial*). Con el fin de apoyar en la formación de los futuros educadores.

Con lo referente al componente de Educación Básica, en el que se incluyen los elementos *la educación primera infancia, la educación primaria y educación básica de jóvenes y adultos*, ha presentado oscilaciones en el período tal y como se muestra en el Gráfico 3-8.

De la división de este componente, la *educación primaria* tiene una mayor presencia frente a los demás elementos del componente. Este elemento se consolida a partir de 2008, en parte debido a la puesta en marcha del programa ya mencionado “JUNTOS”, el cual fue destinado a apoyar los “hogares en situación de extrema pobreza de los distritos rurales más pobres, para incentivar la matrícula y la asistencia de niñas y niños entre 6 y 14 años”¹²³.

Tabla 3-5: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE EDUCACIÓN BÁSICA (EDUCACIÓN). PERÚ 2002-2012.

EDUCACIÓN BÁSICA (Millones USD)				
Años	Ed. Primaria	Ed. Básica de jóvenes y adultos	Ed. Primera infancia	Total USD
2002	5,50	1,59	0,00	7,09
2003	3,49	2,62	0,00	6,12
2004	8,57	3,16	0,11	11,85
2005	5,80	2,20	0,00	8,00
2006	5,97	3,20	0,02	9,20
2007	8,72	2,55	0,00	11,27
2008	12,35	3,30	0,47	16,13
2009	9,56	1,98	0,36	11,90
2010	9,61	1,00	1,48	12,10
2011	6,45	1,48	1,77	9,70
2012	7,34	2,15	1,43	10,92

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

¹²² Fuente APCI, Embajada de Alemania en Perú y Agencia de Cooperación al desarrollo alemana.

¹²³ Ministerio de Educación (MINEDUC) – Gobierno de Perú.

La enseñanza de *primera infancia* con una presencia escasa en los primeros años, ha comenzado a percibir AOD, incrementándose durante el período 2010-2012, en el que se establece el *Programa “Cuna Más”*, destinado a niños y niñas (desde los 6 meses hasta los 3 años) ubicados en las zonas más pobres del país.

Entre los programas destinados con carácter general a la educación básica se encuentra el programa de *Educación Básica* de la cooperación canadiense con dos importantes programas: “*Programa de profesores, comunidades y autoridades trabajando juntos por la educación de niños y niñas rurales*” *PROMEB (2002-2009)*, con el que se apoyaba principalmente a la educación básica rural y que aportaba en torno a los USD 2 millones anuales. Y el “*Fondo para un sistema educativo mejor y más justo*” *FONCEP (2002-2009)* que tenía como finalidad apoyar iniciativas del sector público y de la sociedad civil, que mejoraran la calidad y la equidad de la educación peruana, haciendo especial énfasis en el logro de los aprendizajes y en la educación en las zonas bilingües, estando financiado con USD 1 millón anual¹²⁴.

La cooperación de Alemania con el ya mencionado Programa de Educación Básica PROEDUCA (GTZ) financió en Perú (período 2002-2006), en esta área específica, el *Proyecto Experimental de Educación Intercultural Bilingüe en el departamento de Puno*, el *Proyecto de educación con el Ministerio de Educación* y el PROFODEBI (*Proyecto de la Formación Docente en Educación Bilingüe Intercultural*)¹²⁵. Asimismo, la cooperación finlandesa ayudó en la implementación del *Proyecto Regional Andino de Educación Intercultural Bilingüe (2005-2007)*.

En la misma línea de actuación se encuentran también programas de la cooperación española tales como el *Programa de Alfabetización y Educación básica alternativa (2009)*; el *Programa para el desarrollo de la población bilingüe intercultural en la Amazonía con énfasis en la población de las comunidades indígenas (2009)* y el *Fortalecimiento de la capacidad pedagógica de los docentes de educación básica regular de la región Apurímac (2008)*¹²⁶.

¹²⁴ Fuente APCI y Embajada de Canadá en Lima.

¹²⁵ Fuente APCI, Embajada de Alemania en Perú y Agencia de Cooperación al desarrollo alemana.

¹²⁶ Fuente APCI, Embajada de España en Perú – Oficina Técnica de Cooperación de la AECID.

La cooperación multilateral de la Organización de Estados Americanos (OEA) contribuyó en el *Proyecto de Educación Bilingüe Intercultural en zonas urbano-marginales de la frontera Perú-Ecuador – EBIZUMA* (2006). UNICEF implementó en el período 2006-2010, como parte de su Programa global de actuación en Perú, un *Proyecto de mejoramiento de la calidad de la educación básica*¹²⁷.

Del análisis de estos programas y el destino de la AOD, se evidencia que se priorizan los territorios o zonas con mayores tasas de pobreza, como ya se aludió anteriormente (y se muestra en la Tabla 3-1), y además, la población más excluida, la indígena, es el grupo beneficiario que tiene también prioridad. Con ello, se constata que la AOD puede tener como finalidad en un país como Perú, colaborar con programas que permitan superar la brecha de la pobreza y la desigualdad a nivel territorial y de grupos poblacionales, que, como ya se vio en el Capítulo 2, era uno de los principales problemas que aqueja el país.

Se constata además que el componente *educación primaria* es el que mayor cantidad de AOD recibe¹²⁸. Como ya se mencionó la puesta en marcha del Programa “JUNTOS” dio lugar a una inversión importante en educación primaria, implicando tanto fondos estatales como inversión exterior. Y además, otro elemento significativo para que el componente educación primaria haya recibido mayores apoyos de financiación se debe a que estaba vinculado directamente con el ODM 2, lo que para su cumplimiento (que después se analizará) se requería recursos internos y externos. En la medida que los donantes han priorizado el cumplimiento de los ODM para la distribución de los fondos, la financiación de la educación primaria era esencial.

Se prosigue con el análisis de los componentes del subsector de educación con el referido a Educación Secundaria:

¹²⁷ Fuente APCI.

¹²⁸ En términos globales es el segundo componente por montos recibidos en el subsector de la educación, situándose solo por detrás del componente educación universitaria.

Tabla 3-6: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE EDUCACIÓN SECUNDARIA (EDUCACIÓN). PERÚ 2002-2012.

EDUCACIÓN SECUNDARIA (Millones USD)			
Años	Ed. Secundaria	Ed. Formación profesional	Total USD
2002	0,69	6,08	6,77
2003	0,09	6,19	6,28
2004	0,35	5,46	5,81
2005	1,75	6,56	8,32
2006	0,99	5,61	6,59
2007	0,86	4,80	5,66
2008	1,01	5,30	6,31
2009	1,54	6,70	8,25
2010	2,05	4,37	6,42
2011	2,52	2,22	4,75
2012	1,08	3,27	4,35

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

Los dos elementos que contiene el componente de educación secundaria (Tabla 3.6) muestran una orientación de la AOD por la *formación profesional*. Este hecho puede deberse en parte a que Perú entre las medidas concretas que implementó para fomentar la calidad de la formación profesional, estaba la búsqueda de financiación externa a través de la cooperación internacional y la AOD. Estos fondos de AOD en formación profesional se materializaron en “*Acciones de apoyo a la institucionalización y sostenibilidad de las instituciones educativas de formación profesional*” y en “*Programas y proyectos de cooperación esencialmente focalizados a la articulación de la oferta formativa con la demanda laboral y el fortalecimiento institucional*” tal y como se recoge en los Lineamientos Nacionales de política de la formación profesional en el Perú¹²⁹.

Como ejemplos de financiación de la formación profesional con AOD en este período señalar a la cooperación española con el *Proyecto Diseño del sistema de Educación Técnica y Formación Profesional*; el *Plan Piloto de Experimentación del Modelo de Formación Técnica Profesional*; y a la *Red de Centros de Formación Técnica en el área rural*¹³⁰. La Unión Europea apoyó el *Programa Marco de Formación Profesional Tecnológica y Pedagógica en Perú (Programa FORTE-PE)* y

¹²⁹ Decreto Supremo N° 021-2006-ED, que aprueba los Lineamientos Nacionales de política de la formación profesional en el Perú. Publicado el 28 de julio de 2006.

¹³⁰ Fuente APCI, Embajada de España en Perú – Oficina Técnica de Cooperación de la AECID.

el *Programa de apoyo al ajuste social estructural: desarrollo e inserción laboral de jóvenes en el Perú*. También destinaron fondos de AOD a la formación profesional en distintos proyectos la Agencia de Cooperación Internacional Coreana y la Cooperación Canadiense¹³¹.

Esta apuesta por parte del Estado peruano del fomento de la formación profesional con recursos de AOD se refleja en una evolución positiva de las tasas de matriculación o de conclusión, teniendo un incremento del 20% en el 2012 sobre la base del 2006 (INEI, 2013).

La señalada búsqueda concreta de financiación en *educación secundaria profesional* hizo en parte que el componente de *educación secundaria* recibiese menor cantidad de AOD. Entre los programas financiados se encuentra el de la cooperación italiana *Mejoramiento de la educación rural en el nivel secundario*¹³².

Por lo que se refiere a los aportes de la AOD en la Educación Superior (post-secundaria) esta presenta un máximo a inicios del período, coincide con la promoción del acceso a los estudios superiores universitarios que se incrementó en el período 1993-2005, pasando del 10,6% de la población total de universitarios en 1993 a un 12,9% (INEI, 2013). A pesar de este incremento, la tasa de matriculación en educación superior sigue siendo inferior en Perú a la de los países del entorno. Es por ello que la inversión de AOD en este componente vuelve a incrementarse a partir de 2007¹³³. Tal y como refleja la Tabla 3-7, la *educación universitaria* es el elemento que percibe casi la totalidad de los fondos de AOD en el componente de la educación superior frente al de *educación técnica*.

Muestra de ello han sido los diversos programas financiados por la cooperación española: *Programa de Becas de la Fundación Carolina - MAE de España; Programa de Doctorado y en la Dirección Técnica de Tesis Doctorales, y Becas Mutis*. La cooperación belga también ha aportado fondos con los *Programas de becas locales regionales, y becas para Bélgica*. La cooperación canadiense ha

¹³¹ Fuente Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo.

¹³² Fuente APCI y Embajada de Italia en Perú.

¹³³ Datos del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (SINEACE) – Ministerio de Educación – Gobierno de Perú.

puesto en marcha el *Programa Líderes emergentes en las Américas*. Francia, por su parte, facilita fondos para universitarios gestionados desde el propio Gobierno francés y también por la Embajada de Francia en Perú. Igualmente presentan becas universitarias Holanda y Japón. Esta multiplicidad de donantes de proyectos de formación universitaria a través de programas de becas demuestran las importantes cuantías recibidas en el período por Perú¹³⁴.

Tabla 3-7: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE EDUCACIÓN SUPERIOR. PERÚ 2002-2012.

EDUCACIÓN SUPERIOR (Millones USD)			
Años	Ed. Formación Universitaria	Ed. Formación Superior Técnica y de dirección	Total USD
2002	5,76	3,06	8,82
2003	15,81	6,13	21,94
2004	17,61	0,13	17,73
2005	16,83	1,24	18,07
2006	17,96	0,77	18,74
2007	17,22	1,75	18,97
2008	15,01	0,68	15,69
2009	19,72	0,97	20,69
2010	18,15	1,10	19,25
2011	19,08	1,12	20,20
2012	17,68	0,96	18,63

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE

Se puede concluir que el mayor acceso a la universidad por parte de la población peruana viene acompañado de una apuesta no solo nacional sino también de la AOD de una gran cantidad de donantes, y esto es altamente significativo. No obstante, una crítica que se podría hacer a esta focalización de la ayuda, y también a la política por parte del Estado, sería la de no apostar también por la educación técnica y derivar la mayor parte de los recursos a la formación universitaria, sobre todo si se desea el incremento de la productividad en todos los sectores de la economía del país. Para ello es importante contar con un colectivo de profesionales técnicos adecuadamente formados.

Comparando la AOD en educación universitaria con la de educación básica, y como ya se puso de manifiesto en el análisis del Gráfico 3-8, la universitaria es más

¹³⁴ Fuente APCI e Informe del Programa de Naciones Unidas – PNUD Perú: “La Cooperación Internacional y becas de estudio para el desarrollo” (2011).

elevada, lo que puede ser una importante limitación en el sector. El sector educativo necesita de un impulso y apoyo financiero en todos sus niveles. La reducción de AOD en alguno de esos niveles tendría que tener como única razón, que los programas y proyectos educativos fueran asumidos por la financiación del Estado, y que en todo caso se garantizase el acceso a la educación de calidad a todos los grupos poblacionales.

3.2.2 Aproximación a los resultados de la AOD en educación desde el análisis de la evaluación del cumplimiento de los ODM en Perú.

Como ya señalamos en el comienzo del trabajo, y se puede constatar en el anexo de los ODM, de estos 8 Objetivos, dos (ODM 2 y ODM 3) están vinculados directamente con la educación.

El ODM 2 “Lograr la educación primaria universal” tiene como meta 2A *Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.*

Para su medición se han establecido como indicadores:

2.1 Tasa neta de matrícula en educación primaria.

2.2 Porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al sexto grado de educación primaria.

2.3 Tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años, mujeres y hombres.

A continuación, y teniendo como fuente el “*Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013*” elaborado conjuntamente por la Presidencia del Consejo de Ministros y el Sistema de Naciones Unidas en Perú, así como los datos de la OCDE y el INE de Perú, analizaremos el grado del cumplimiento del objetivo a través de los indicadores arriba expuestos.

Es en la consecución de este Objetivo donde se ha invertido parte de la AOD en educación (*componente educación básica*) en el período de estudio.

En relación al *indicador 1 (tasa neta de matriculación en educación primaria)* si se observa su evolución, se constata el incremento de dicha tasa hasta el 93,7% en 2012, cuando en 2002 estaba en 87,5%, siendo previsible que para el año 2015 todos los niños y niñas puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

Sin embargo, de acuerdo con el mismo informe, y como ya se ha venido exponiendo con los datos analizados en el presente trabajo, persisten las brechas entre los medios rurales y urbanos. Y así, los departamentos con mayores tasas de matriculación en educación primaria son Arequipa (97,5%), Cusco (97,8%), Lambayeque (97,2%), Moquegua (97,7%), Tacna y Tumbes (97,6% cada uno). En el otro extremo, los de menor acceso a la educación primaria se encuentran: Loreto (91,4%), Ucayali (94,3%), San Martín (95,1 %), Pasco (95,9%), Lima (96,1%), Madre de Dios (95,8%), Huánuco (95,9%), Huancavelica (96,3%), Cajamarca (96,1%) y Ancash (96,2%). La mayoría de los departamentos de este segundo grupo son considerados como zonas rurales.

El *indicador 2 (porcentaje de alumnos que comienzan el primer grado y llegan al sexto grado de educación primaria)*, muestra un buen desempeño en cuanto que se ha incrementado en los últimos años del 90,3% al 96% el porcentaje de jóvenes entre los 15 a 19 años que han acabado la educación primaria.

Por último, el *indicador 3 (tasa de alfabetización de las personas de 15 a 24 años, mujeres y hombres)* se ha incrementado ligeramente desde el 91,2% en 2002 al 96,7% en 2012. Persisten también algunas brechas en este ítem referente a las diferencias de género, con mayores porcentajes de personas analfabetas entre las mujeres, aunque si bien se están reduciendo, y se prevé se reduzcan más al haber desaparecido las brechas de género en las tasas de matriculación. Sin embargo, sí persisten las diferencias entre las personas cuya lengua materna es el español, o es una lengua de otro grupo poblacional, ubicados estos últimos en las zonas rurales primordialmente, a pesar de la implantación de programas educativos bilingües y multiculturales específicos, como ya reseñamos en el Capítulo 2.

El ODM 3 “Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer”, tiene como meta 3A “*Eliminar la desigualdad entre los géneros en todos los niveles de enseñanza (primaria, secundaria y superior) para 2015*”.

Para su medición se ha establecido como indicador relativo a la educación¹³⁵:

3.1 Relación entre niñas y niños en la educación primaria, secundaria y superior.

Tal y como reseña el Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013 “*La meta de eliminar la desigualdad en el acceso a la educación entre los sexos en la enseñanza primaria se ha alcanzado. El índice de paridad¹³⁶ entre los sexos para el año 2011 fue de 1,00 y de 1.001 en 2012. Con respecto a la educación secundaria, la desigualdad entre las y los adolescentes matriculados se ha eliminado, a favor de las adolescentes. El índice de paridad entre los sexos es de 1,02. Sin embargo, se mantiene una brecha importante de 17 puntos porcentuales entre los resultados obtenidos en las zonas urbanas del país respecto de las zonas rurales. No obstante, en el período 2002-2011, la matrícula rural ha mejorado. En cuanto a la educación superior el índice de paridad de acceso entre los sexos es de 1,06 (favorable a las mujeres), aunque se trata de tasas de matriculación por debajo del 30%, y se sabe que las mujeres todavía se concentran en carreras tradicionalmente consideradas femeninas*”. Estos datos denotan el avance importante que se ha obtenido con referencia a los ODM en estos últimos años, así como el logro relevante de haber alcanzado una de las metas propuestas en los mismos. Sin embargo, también se observa que persisten situaciones de desigualdad entre hombres y mujeres en el acceso a la educación.

Teniendo en cuenta estos datos de resultados, así como también los datos cuantitativos de AOD aportada a los componentes del subsectores de la educación, arriba expuestos, se constata en primer lugar que la aportación de AOD, que se ha sumado a las contribuciones gubernamentales ha sido positiva, y más en la medida

¹³⁵ La meta se medirá igualmente con otros dos indicadores, que no se analizarán al no estar directamente vinculados a la educación: 3.2 *Proporción de mujeres entre los empleados remunerados en el sector no agrícola.* 3.3 *Proporción de puestos ocupados por mujeres en el parlamento nacional.*

¹³⁶ Se le conoce también como índice de paridad entre sexos. Es un índice socioeconómico diseñado para calcular el acceso relativo de los hombres y mujeres a la educación. Es calculado como el cociente entre la tasa neta de mujeres y hombres entre 6 y 11 años. Si su valor es inferior a uno, la tasa femenina es inferior a la masculina.

que ha estado destinada a colectivos desfavorecidos (mujeres, población rural e indígena), donde se presentaban las brechas de desigualdad.

Además se puede concluir que las aportaciones de AOD a la *educación primaria* (el segundo componente con mayor recepción de fondos tras la educación universitaria), han sido importantes para el cumplimiento de la meta 2A *Asegurar que, para el año 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria*. Por lo que se refiere a las aportaciones de AOD en educación universitaria, y como ya se expuso también en el análisis de los componentes, la primacía de las mismas sobre la educación básica y primaria, y siempre que esa pérdida de aportaciones externas no se sustituya con aportaciones internas, puede poner en riesgo la meta 2A a medio y largo plazo.

Por otro lado, y conexionando este análisis con lo expuesto en el Capítulo 2 en relación a la calidad en la educación, se hace necesario, no quedarse únicamente en el cumplimiento de la meta del ODM y sus indicadores asociados, sino asegurar que al finalizar los estudios en primaria, los niños y niñas, tienen una formación adecuada, sin que existan diferencias entre los lugares de residencia o centros educativos de procedencia. Por ello es importante, se sigan aplicando evaluaciones de calidad educativa con estándares internacionales, como las auspiciadas con los fondos de AOD de UNICEF, también arriba enunciadas.

3.3 APROXIMACIÓN A LOS RESULTADOS DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN SALUD.

La salud es un sector sensible y vinculado directamente con el desarrollo humano y social de un país, y al igual que sucedía con el sector de la educación, la salud está presente en la Política de Cooperación de Perú, así como también en tres ODM. Es por ello que la AOD tiene una presencia importante en el sector, como se mostrará en los apartados siguientes.

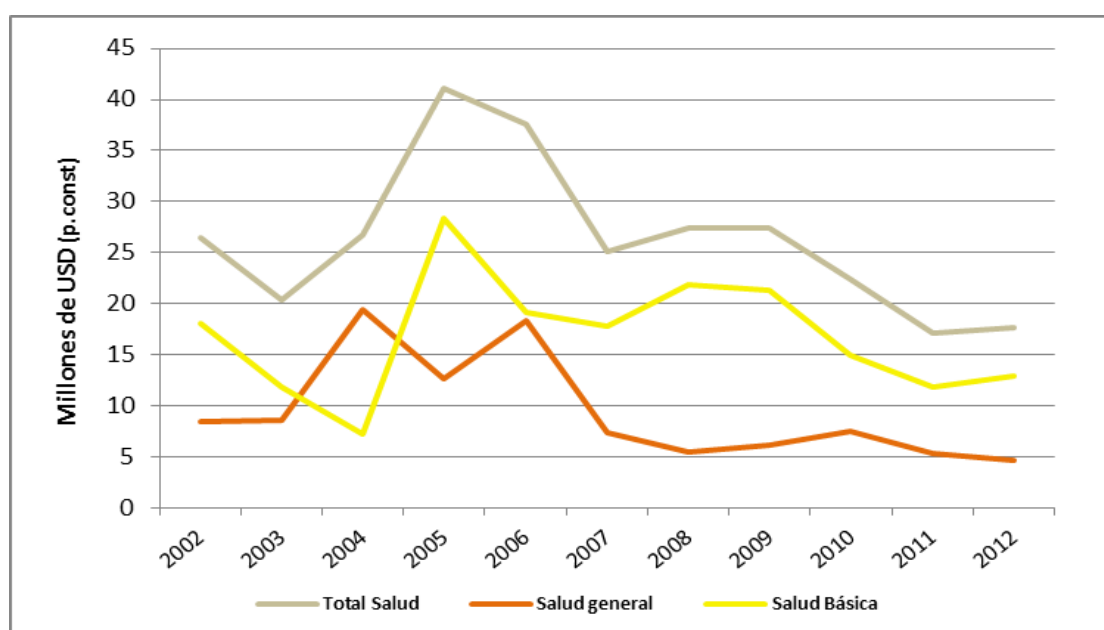
A continuación, como se realizó para el subsector educación, se realizará un análisis tentativo a los diferentes resultados que se han obtenido en salud en el

periodo 2000-2012, especialmente en los que se contó con el apoyo de la AOD y la cooperación internacional. Para ello, se hará una revisión de la distribución de AOD en los diferentes componentes y elementos de la salud¹³⁷ y los programas más relevantes llevados adelante con los recursos; se analizará también la vinculación específica que ha presentado la AOD y los ODM en salud, así como las políticas públicas en sanidad que se han impulsado con miras al cumplimiento de los ODM para el 2015.

3.3.1 Fondos de AOD destinados a Salud: distribución y resultados.

En el período 2002-2012 la AOD en salud en Perú, tal y como se refleja en el Gráfico 3-10, ha estado presente con importantes fluctuaciones, partiendo de unos aportes que giraban en torno a los USD 25 millones en 2002, hasta incrementarse en 2004 a más de USD 40 millones. Posteriormente, la ayuda oficial atraviesa por descensos bruscos en 2007 y 2011 hasta llegar en 2012 a algo más de USD 17 millones.

Gráfico 3-10: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE SALUD PERÚ 2002 - 2012



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE

¹³⁷ Véase componentes CAD en los anexos 4 y 5.

Realizando un análisis comparativo a escala global y regional se muestra lo siguiente: la AOD total en Salud en el período 2000-2012 ascendió a los USD 51.360 millones. De este total sólo un 0,68% (USD 350 millones) fue destinado a Perú. Si comparamos con los fondos destinados al sector educación (Tabla 3-3) se observa que, en términos absolutos, en todo el periodo Perú recibió para salud casi la mitad de lo que se destinó a educación. Sin embargo, como se comentará más adelante, la ayuda se ha intentado focalizar en algunas líneas estratégicas específicas referidas al sector. Los datos también nos muestran el desembolso que recibió el continente para salud, siendo este del 7,1% del total de la AOD que se destinó a dicho subsector, el cual también mantiene una tendencia a la baja.

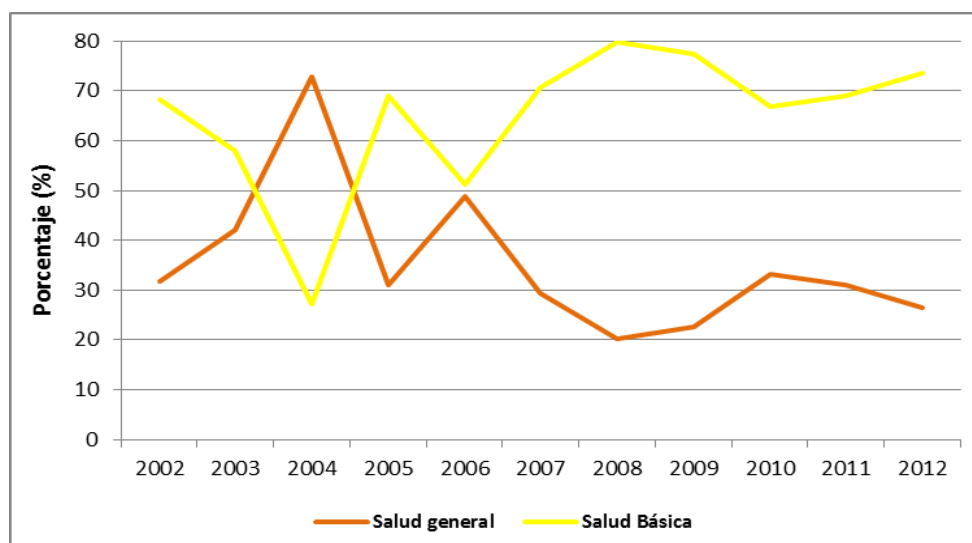
Tabla 3-8: COMPARATIVA DE LA AOD EN SALUD 2000-2012. MUNDIAL – AMÉRICA LATINA - PERÚ

AOD EN SALUD 2000 - 2012			
AOD	Total AOD Millones USD	Promedio Anual Millones USD	% del Total
MUNDO	51.360,72	3.950,82	100,00
AMÉRICA LATINA	3.648,08	280,62	7,10
PERÚ	350,46	26,96	0,68

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE

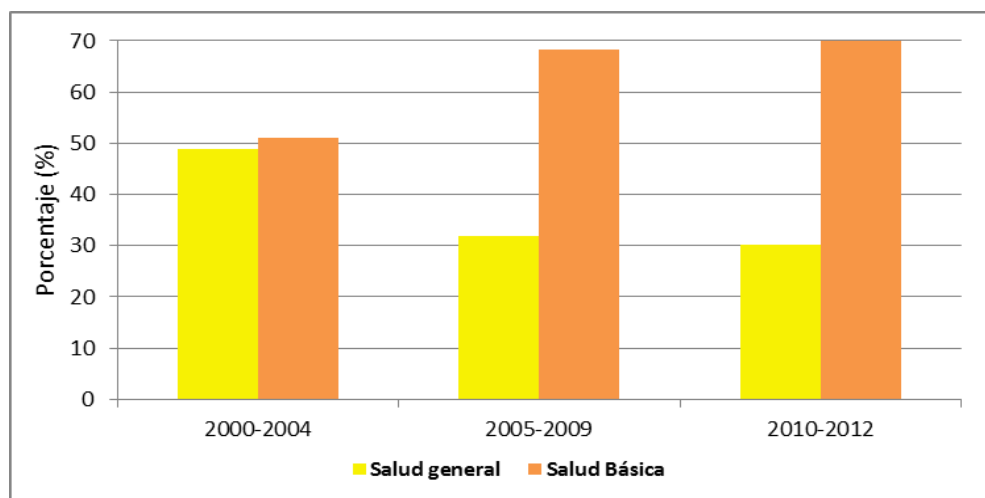
En relación a la distribución de la AOD en el subsector de salud entre sus componentes *salud general* y *salud básica*, se observa en el gráfico siguiente (Gráfico 3.10) que salvo en los años 2003-2004, el componente salud básica ha sido el de mayor relevancia, con un ascenso porcentual de AOD significativo a partir de 2006. Iguales tendencias se observan desde la perspectiva del Gráfico 3-11.

Gráfico 3-11: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE SALUD. PERÚ 2002 – 2012



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

Gráfico 3-12: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS COMPONENTES DEL SUBSECTOR DE SALUD. PERÚ 2002 – 2012.



Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

Como se indicó al inicio del apartado, a continuación se analizará la importancia de los distintos elementos integrantes del componente *de Salud General*, que incluye Administración y gestión; Capacitación médica; Investigación; y Servicios médicos. Y la *Salud Básica*, conformada por Atención básica en salud; Infraestructura básica; nutrición básica; Control de enfermedades; Educación en salud; control de malaria; control de tuberculosis (TBC); Desarrollo del personal.

Por lo que se refiere a la *Salud General*, sus elementos presentan la evolución que a continuación se detalla en la Tabla 3.9:

Tabla 3-9: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE SALUD GENERAL (SUBSECTOR SALUD). PERÚ 2002-2012.

SALUD GENERAL (Millones USD)					
Años	Adm. y gestión	Capacitación médica	Investigación	Servicios médicos	Total USD
2002	5,61	0,00	0,00	2,79	8,40
2003	7,84	0,07	0,17	0,46	8,54
2004	16,55	0,45	2,14	0,35	19,49
2005	9,44	0,01	2,86	0,40	12,71
2006	12,14	0,04	4,78	1,36	18,32
2007	5,98	0,05	1,00	0,35	7,38
2008	3,82	0,00	0,90	0,80	5,53
2009	2,63	0,02	1,70	1,84	6,20
2010	4,27	0,01	1,26	1,91	7,45
2011	2,63	0,01	1,73	0,95	5,32
2012	1,81	0,05	2,31	0,50	4,66

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

Se muestra que Administración y gestión, base de todo el sistema, fue el elemento que más fondos recibió. Entre los años 2004-2006 el volumen es especialmente significativo. Como muestra de ello, cabe destacar que durante el período 2003-2008 la Unión Europea financió con USD 16,5 millones el *Proyecto Apoyo a la Modernización del Sector Salud*¹³⁸.

Por su parte Estados Unidos ejecutó diversos programas, siendo uno de ellos el *Programa de Asistencia Técnica y capacitación en apoyo al sector salud*. Este programa contó con un aporte de USD 10 millones distribuidos entre gestión y capacitación¹³⁹.

Dentro de la *Salud general* se incluye un ítem de seguros médicos y de salud, de especial relevancia, como ya se señaló en el Capítulo 2, por ser en este período cuando se crea el *Seguro Integral de Salud*. De esta forma la cooperación belga implementó el *Programa de Apoyo Financiero Sectorial al Seguro Integral de Salud*

¹³⁸ Fuente Ministerio de Salud de Perú – MINSa.

¹³⁹ Fuente APCI, Embajada de Estados Unidos en Perú y Agencia de Cooperación de EE.UU.

en el período 2005-2008 en los departamentos de Ayacucho, Apurímac y Cajamarca con USD 3 millones,¹⁴⁰ ampliándose un año más con USD 4 millones. Constatado el éxito del proyecto para el período 2010-2013 la cooperación belga ha destinado USD 20 millones al *Apoyo a la Política de aseguramiento universal en salud*¹⁴¹.

Así la AOD destinada a la *salud general* ha implicado avances en el sistema sanitario sobre todo en lo que respecta en hacer extensible la sanidad al mayor número de colectivos a través principalmente del *Seguro Integral de Salud (SIS)*.

Por lo que se refiere al componente Salud Básica la siguiente tabla nos muestra la distribución de los fondos entre sus elementos:

Tabla 3-10: DISTRIBUCIÓN DE LA AOD ENTRE LOS ELEMENTOS DEL COMPONENTE SALUD BÁSICA (SUBSECTOR SALUD). PERÚ 2002-2012.

SALUD BÁSICA (Millones USD)									
Años	Atención básica en Salud	Infraestructura básica	Nutrición básica	Control de enfermedades	Educación en Salud	Control de Malaria	Control de TBC	Desarrollo del personal	Total USD
2002	12,56	1,14	1,87	1,36	1,03	0,00	0,00	0,09	18,05
2003	6,02	2,01	0,83	0,89	1,96	0,00	0,00	0,07	11,79
2004	2,01	0,45	0,36	2,12	1,41	0,00	0,00	0,95	7,29
2005	21,22	1,06	0,68	3,72	1,67	0,00	0,00	0,00	28,34
2006	12,91	2,14	1,23	1,48	1,42	0,00	0,00	0,02	19,20
2007	10,83	3,70	1,06	1,35	0,78	0,00	0,04	0,03	17,79
2008	10,79	4,54	3,67	1,05	0,81	0,17	0,11	0,78	21,92
2009	3,71	8,81	3,04	1,77	1,01	2,29	0,50	0,15	21,27
2010	3,62	1,93	3,12	0,97	1,39	2,86	0,93	0,19	15,02
2011	2,51	0,71	2,98	1,14	0,88	2,71	0,81	0,06	11,81
2012	5,80	4,21	1,20	0,02	0,16	0,75	0,72	0,12	12,98

Fuente: elaboración propia, basado en los datos de la OCDE.

La *Atención básica en salud*, por su importancia y amplitud temática, recibe los mayores aportes de AOD y a él están vinculados los ODM 4 y 5 fundamentalmente,

¹⁴⁰ “Nuevas tendencias de la cooperación internacional en el Perú. Del enfoque de proyectos al apoyo financiero sectorial en salud”. Editado en 2008 por el Consorcio de Investigación Económica y Social Observatorio de la Salud y la Cooperación Técnica de Bélgica en Perú.

¹⁴¹ Fuente APCI, Embajada de Bélgica en Perú y la Agencia de Cooperación Técnica Belga – CTB.

a los que se ha puesto especial énfasis por tener como población objetivo los niños y niñas, y las mujeres embarazadas, beneficiarios prioritarios de la cooperación internacional. Se ha hecho un especial esfuerzo desde la AOD por contribuir a la reducción de la mortalidad de ambos grupos poblacionales, en especial los ubicados en las zonas más empobrecidas del país. Complementaria a esta finalidad está la *Nutrición básica*, el segundo elemento con mayor dotación de recursos en el período 2002-2012.

Sin perjuicio de un análisis posterior más pormenorizado de los resultados cuando se analicen los datos en el cumplimiento de los mencionados ODM 4 y 5, se adelanta que ha habido en el campo de la salud infantil y de mujeres embarazadas una evolución positiva, de forma que se ha reducido la mortalidad de los menores de 5 años, la mortalidad infantil y la mortalidad materna. Esto significa que los aportes de AOD en el componente *Atención básica de salud*, en combinación con otros, ha tenido efectos positivos y los proyectos de cooperación han sido eficaces.

Por lo que se refiere a los resultados en nutrición infantil, donde ha habido aportes significativos de AOD, aunque la evolución ha sido favorable, pasando de una tasa de desnutrición infantil del 26,5 % en el año 2000 al 18,10 % en 2012, se puede concluir que aún persisten unas tasas muy elevadas de desnutrición que harían necesario mayores aportes de AOD y del estado, o financiar con dicha AOD programas más eficaces para reducir dicha desnutrición infantil¹⁴².

Por lo que se refiere a los programas y proyectos específicos de cooperación implantados con la AOD en Salud Básica señalar la importancia por la recepción de fondos del elemento las infraestructuras básicas. La mayor contribución de AOD proviene de la cooperación coreana a través de un *programa de esquemas de infraestructura hospitalaria*. Igualmente, la cooperación de Japón ha invertido AOD en distintos centros hospitalarios como el *Instituto Materno Perinatal*, el *Centro de Salud de las Lomas de Piura* o la *construcción de la nueva sede del Instituto nacional de rehabilitación doctora Adriana Rebaza Flores*. En este último proyecto (período 2009-2013) se han invertido más de USD 20 millones¹⁴³.

¹⁴² Fuente INI 2013.

¹⁴³ Fuente APCI.

Cabe destacar que debido a la persistencia de malaria y tuberculosis, especialmente en las zonas menos desarrolladas del país, como después se constata al analizar el ODM 6, la AOD destinó a partir de 2007-2008 fondos para contribuir a erradicar estas enfermedades (Tabla 3-10).

Finalmente se van a enumerar diversos programas de cooperación que han aportado fondos de AOD en el subsector Salud: *Convenio de Donación entre los EE.UU a través de su agencia de cooperación USAID y el Gobierno de Perú*¹⁴⁴, destinando de dicha donación un monto de USD 165 millones para el período 2008-2013; el *Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud (PARSALUD) del Programa del Ministerio de Salud* cofinanciado entre otros donantes, por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y la cooperación holandesa¹⁴⁵.

Junto con el BID, otros organismos multilaterales que han aportado fondos para el sistema sanitario y la implementación de programas en Perú han sido la OPS (una media de USD 2 millones anuales), UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)¹⁴⁶.

Especial relevancia tiene la cooperación multilateral del Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM), operativo desde el año 2002 y coordinado por la OMS y ONUSIDA (el 95% de sus fondos son de los miembros del CAD y el resto de contribuciones privadas). Las cantidades oscilan desde los USD 14 millones en 2006 a los casi USD 27 millones en 2009¹⁴⁷, y que se articulan en los programas *Fortalecimiento de la prevención y control del SIDA en el Perú; Fortalecimiento de la prevención y control de la Tuberculosis en Perú; Cerrando brechas hacia el logro de los ODM en Tuberculosis en el Perú y Cerrando brechas hacia el logro de los ODM en VIH/SIDA en el Perú*¹⁴⁸.

¹⁴⁴ Fuente APCI, Embajada de Estados Unidos en Perú y Agencia de Cooperación de EE.UU.

¹⁴⁵ Ministerio de Salud de Perú – MINSa.

¹⁴⁶ Fuente APCI.

¹⁴⁷ Las cantidades provenientes del Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria se computan parte de ellas en el subsector CAD Salud y otras en el subsector CAD Programas y Políticas sobre población y salud reproductiva.

¹⁴⁸ Fuente APCI, Ministerio de Salud de Perú – MINSa y Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria – Fondo Global.

3.3.2 Aproximación a los resultados de la AOD en sanidad desde el análisis de la evaluación del cumplimiento de los ODM en Perú.

Como ya se ha adelantado, dentro de los 8 ODM, son tres (ODM 4, ODM 5 y ODM 6) los que con mayor o menor grado de intensidad están relacionados con la salud:

El ODM 4 “Reducir la mortalidad infantil” tiene como meta *4A haber reducido para el 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales.*

Para su medición se han establecido los siguientes indicadores que han arrojado los resultados que a continuación se presentan para el caso de Perú¹⁴⁹:

4.1 Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años.

Analizando los datos en 1991-1992 la mortalidad en la niñez se situaba en 78 por cada mil nacidos, hasta descender en 2008 a 27, y en 2012 a 21, cuando la meta para 2015 estaba en 26. En términos porcentuales hubo un descenso del 73% entre 1991 y 2012. Aunque a priori se puede afirmar el cumplimiento de esta meta, hay un aspecto aún muy negativo que es la disparidad entre zonas urbanas con una media de 14 por cada mil nacidos y en zonas rurales aún la cifra es de 35 por cada mil nacidos. La desigualdad territorial sigue siendo aún demasiado grande.

4.2 Tasa de mortalidad infantil.

Esta tasa también ha experimentado un descenso significativo reduciéndose en el período 1991-2012 hasta el 69%. Y así, mientras en 1991 la cifra era 55 por cada mil, en 2012 son 17, inferior a los 18 planteados como meta. El informe señala que la *“reducción de la mortalidad infantil y de la niñez, coloca al Perú entre los 5 países con mayores progresos a nivel global y como el caso más notable de reducción en la Región de las Américas.”*

4.3 Porcentaje de niñas y niños de 1 año vacunados contra el sarampión.

¹⁴⁹ “Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013” elaborado conjuntamente por la Presidencia del Consejo de Ministros y el Sistema de Naciones Unidas en Perú, así como los datos de la OCDE y el INE de Perú.

La meta planteada para 2015 de lograr que el 95% de niños y niñas estén vacunados contra sarampión fue alcanzada en 1995.

El ODM 5 “Mejorar la salud materna” establece dos metas, una de ellas vinculada con el subsector salud¹⁵⁰, la 5A: *Haber reducido, para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes respecto de sus tasas actuales, por causas vinculadas al embarazo y al parto.* En términos cuantitativos la meta sería lograr menos de 66 muertes de mujeres, por cada 100 mil nacidos vivos.

Teniendo en cuenta las Encuestas Demográficas y de Salud Familiar (ENDES) del INEI, se observa que entre 1996-2000 hubo una reducción del 30% en la mortalidad materna, pasando de 265 a 185, mientras que en el período 2000-2011 la reducción de la mortalidad fue de un 50%, bajando la cifra a 93. Para el cumplimiento de la meta se requiere un reducción adicional del 29%.

Para el cumplimiento de estas metas se han destinado aportaciones de AOD especialmente de los componentes de salud básica, con proyectos que han repercutido positivamente. La eficacia de los proyectos en materia de salud se refleja en los avances en la reducción de las tasas de mortalidad, pero en la medida en que aún no se han conseguido la totalidad de las metas en todos los grupos poblacionales se hace necesario seguir implementado programas que logren dichas metas. En dichos programas la AOD puede tener un papel clave, pero para ello es necesario no se reduzcan las cantidades destinadas a la salud infantil y salud materna, o que si se reducen, se compensen o bien con proyectos más eficaces, o bien se sustituyan los fondos de AOD con fondos del Estado.

Por último, se analiza el ODM6 “Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades” que presenta tres metas.¹⁵¹ La *Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA*¹⁵².

¹⁵⁰ La meta 5b) del ODM2 “El acceso universal a la salud reproductiva” no es objeto de análisis en el presente trabajo, en cuanto que está vinculado al subsector CAD Salud, sino al subsector CAD Programas y Políticas sobre población y salud reproductiva. Tampoco serán objeto de análisis los indicadores de la meta 5 a), por su especificidad 5.1 *Razón de mortalidad materna* y 5.2 *Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado*.

¹⁵¹ Debido al elevado número de indicadores y su alta especificidad, se va a hacer un análisis del cumplimiento de las metas, aludiendo a los indicadores que aportan los datos más significativos. Resaltar que esta Meta puede financiarse desde la perspectiva de la AOD tanto desde el subsector

El informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 2013 nos da una aproximación a esta meta, poniendo de manifiesto las oscilaciones en la persistencia de la enfermedad en la población: *“Desde el reporte del primer caso de SIDA en 1983, los nuevos casos se incrementaron de manera sostenida hasta 2005, para luego presentar una tendencia en meseta entre los años 2009 y 2011. Los casos de VIH notificados, por su parte, tuvieron una tendencia ascendente hasta el año 2008, cuando comenzó a descender.”*

*Meta 6B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten*¹⁵³.

Según los datos del Ministerio de Salud si en el año 2004 el acceso al tratamiento¹⁵⁴ era de un 24% en 2011 ya se situó en el 92,7%, acercándose a la meta. En parte este ascenso se debe a que desde 2006 el tratamiento es de acceso gratuito.

*Meta 6C: Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves*¹⁵⁵.

En este punto algunos datos que se pueden tomar en consideración son: que malaria o paludismo está concentrada territorialmente en la costa norte, selva central y selva Amazónica; la disminución absoluta (cero en los años 2010 y 2011) de la mortalidad asociada a la malaria, y reducción significativa la tasa de morbilidad.

salud (componente Control de enfermedades) para algunas actuaciones, como desde el subsector programas y políticas sobre población y salud reproductiva (Lucha contra ETS y VIH/SIDA).

¹⁵² Indicadores: 6.1 Prevalencia del VIH entre las personas de 15 a 24 años. 6.2 Uso de preservativos en la última relación sexual de alto riesgo. 6.3 Proporción de la población de 15 a 24 años que tiene conocimientos amplios y correctos sobre el VIH/SIDA. 6.4 Relación entre la asistencia escolar de niños huérfanos y la de niños no huérfanos de 10 a 14 años.

¹⁵³ Indicador 6.5 Proporción de la población portadora del VIH con infección avanzada que tiene acceso a medicamentos antirretrovirales.

¹⁵⁴ Específicamente al TARGA Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad.

¹⁵⁵ Indicadores: 6.6 Tasas de incidencia y mortalidad asociadas al paludismo. 6.7 Proporción de niños menores de 5 años que duermen protegidos por mosquiteros impregnados de insecticida. 6.8 Proporción de niños menores de 5 años con fiebre que reciben tratamiento con los medicamentos adecuados contra el paludismo. 6.9 Tasas de incidencia, prevalencia y mortalidad asociadas a la tuberculosis. 6.10 Proporción de casos de tuberculosis detectados y curados con el tratamiento breve bajo observación directa.

Por lo que se refiere a la tuberculosis (TBC), la concentración está vinculada a las condiciones de pobreza. Las tasas de prevalencia han disminuido pasando de 198,6 por 100.000 habitantes en 1990 a 109,7 por 100.000 en 2011.

Los avances que se han podido dar en este tema han venido vinculados a los aportes del ya analizado Fondo mundial para la lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM), al que ya se hizo referencia.

Resumiendo este apartado, los datos y la información suministrada por los diferentes informes nos muestran que las tendencias nacionales en salud son relativamente positivas al finalizar el periodo de estudio. La AOD ha participado como un apoyo complementario al gobierno peruano, focalizando los recursos en los temas y zonas prioritarias marcados por los ODM.

Teniendo en cuenta los datos cuantitativos de los componentes del subsector, se observa mayor cantidad de AOD en los componentes de la salud básica, en detrimento de la salud general, a partir de 2004 (ver Gráfico 3-12). Si se analiza este hecho se observa, que son los componentes de la salud básica: atención básica en salud, nutrición y control de enfermedades los más vinculados a las metas de los ODM en el área de la salud. Ello puede responder al hecho de que el Estado, conjuntamente con sus socios y aliados, y las contribuciones de AOD, ha realizado acciones adecuadas de manera que los esfuerzos redunden en la mejora de la salud y la calidad de vida de la población. Un ejemplo de esta presencia de la AOD en programas liderados por el gobierno de Perú, y tendentes a la consecución de los ODM, es el ya mencionado *Programa de Apoyo Financiero Sectorial al Seguro Integral de Salud* de la cooperación belga.

Sin embargo, tal y como se expuso en el diagnóstico de la situación en Capítulo 2 y se ha corroborado en el análisis del cumplimiento de las metas de los ODM, todavía existen muchos problemas por resolver, por ejemplo: alrededor de un 50% de peruanos no cuentan con un seguro de salud, por lo tanto no pueden acceder a una atención sanitaria adecuada y oportuna; existen brechas en la calidad de los

servicios, las mismas que empeoran si se compara el medio rural con el urbano; la falta de prevención y atención oportuna de enfermedades de manera que se evite complicaciones; entre otras situaciones negativas que afectan directamente a la salud (personal no especializado, propagación de enfermedades tropicales, mala nutrición, ...). Por ello se hace necesario persistan los apoyos a través de la AOD en materia de salud siendo criticable la reducción de fondos AOD en salud en el período, con dos períodos de fuertes reducciones (iniciados en 2005 y 2009), tal y como se comprueba al revisar los datos cuantitativos totales de AOD en salud (ver Gráfico 3-10).

4 CONCLUSIONES

Tal y como se ha ido definiendo a lo largo del trabajo, el estudio tenía como finalidad realizar un análisis tentativo, o aproximación a los resultados de las aportaciones de AOD en los subsectores de *la educación y salud en Perú en el período 2000-2012* dentro de dos marcos generales. Por un lado, los relacionados con la AOD en el período a escala mundial, regional, en especial hacia los países de renta media de América Latina, así como la evolución y características de la AOD en Perú. Por otro, el marco relativo a las características socioeconómicas de Perú, y en concreto las estructuras y políticas implementadas con apoyo de la AOD, en las áreas de salud y educación en Perú.

Por ello, se enumerarán, en primer lugar, unas conclusiones generales vinculadas a la estructura socioeconómica de Perú, y a la evolución y características de la AOD en el país, así como su vinculación con la AOD a escala mundial y regional.

En segundo lugar, se expondrán las conclusiones concretas relacionadas con la aproximación a los resultados de las aportaciones de AOD en los subsectores de la educación y salud en Perú.

Por lo que se refiere al primer grupo de conclusiones se señala:

- Teniendo en cuenta los datos analizados de la situación con la que Perú comenzó el milenio, se constata que arrastraba problemas de índole social, económico y político, fruto del conflicto armado y la crisis económica de las décadas de los ochenta y noventa. Entre esos problemas destacan la desigualdad territorial y de grupos poblacionales (reflejadas también en las áreas de educación y sanidad), la reducción del gasto social (con disminución de la inversión en educación y salud) y la persistencia de elevadas tasas de pobreza. Si bien se aplicaron políticas económicas de ajuste estructural, que mejoraron

los datos macroeconómicos, no consiguieron frenar dichas problemáticas. Con ello se constata que las políticas económicas aplicadas no tuvieron como foco principal paliar estos problemas que presentaba el país, sino otros, como volver a la órbita internacional, cuando quizás hubiera sido más ventajoso que las políticas implementadas hubieran insistido en superar las brechas de desigualdad de pobreza, y no en perpetuarlas.

- Unido a lo anterior, y enlazando con los criterios con los que se concede la AOD, Perú registró avances significativos en materia de crecimiento económico y reducción de la pobreza. A mediados del período de estudio, de acuerdo con los criterios aplicados por el Banco Mundial, pasó a ser considerado país de renta media y posteriormente país de renta media alta (PRMA). Este avance también se reflejó en una mejora de los indicadores del Índice de Desarrollo Humano. En la medida en que la renta constituye uno de los criterios fundamentales en la distribución de la AOD, Perú ha visto visiblemente disminuida los fondos de ayuda. Este hecho, al no ser aislado, sino extendido a los países de América Latina, ha sido estudiado por diversos autores y organismos como la CEPAL, los cuales insisten en no vincular estrictamente AOD y renta. Desde este trabajo se plantea no sólo repensar esta vinculación, sino que además la AOD se priorice en los territorios y sectores más vulnerables y desiguales.
- Otra causa de reducción de cantidades de AOD recibidas por Perú tiene origen en aspectos globales y regionales, fundamentalmente el descenso de las contribuciones de los donantes del CAD, y la prioridad concedida a África y Asia. En este punto sin duda hay que mencionar el incumplimiento sistemático de los acuerdos adoptados por la comunidad internacional. La AOD llegó a su máximo incremento en el 2010, pasando del 0,28% en 2000 al 0,32% del PNB de los países del CAD muy por debajo del objetivo acordado del 0,7% del PNB que se debería alcanzar antes del 2015. Más allá de un aspecto básico de la necesidad de exigir el cumplimiento de los acuerdos internacionales suscritos, puede extraerse una conclusión y propuesta a la vez, y es que los países receptores realicen planificaciones realistas sobre del destino los fondos de la ayuda a mediano plazo. De esta forma se evitará la sobre dependencia de la AOD en el sostenimiento de las estructuras básicas del país.

- Junto con la disminución de las cantidades de AOD, fruto en parte del incumplimiento de los acuerdos adoptados, hay que señalar como aspecto negativo de la AOD la disparidad de los entes que intervienen y sus distintas prioridades. Esta dispersión y falta de coordinación e identificación entre la multiplicidad de donantes en relación al país receptor, traía consigo cierta ineficacia de la AOD. Para paliar estos efectos negativos se celebraron diversas cumbres internacionales y se adoptaron acuerdos de especial trascendencia (los Objetivos de Desarrollo del Milenio). Pero se constata que el cumplimiento de estos acuerdos, como ya se ha señalado, no siempre se ejecutaban en su totalidad.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio han tenido una especial importancia en el período y a ellos se ha destinado gran parte de la AOD. El consenso en la necesidad de cumplir los ODM han sido positivos para poder focalizar los fondos de AOD. Para canalizar de forma coordinada entre donantes y receptores la ayuda, y también, y en la medida que se diseñaron con metas e indicadores concretos, se destinaron fondos para la evaluación de los mismos. Esto ha permitido conocer la evolución de los países en las áreas vinculadas a los ODM, y poder medir con ello parte de la operatividad de la AOD destinada al cumplimiento de dichos objetivos. Y así se han constatado avances en salud y educación en Perú, a la vez que en dichos subsectores se han implementado programas como la lucha contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis financiados con fondos AOD. También cabe valorar positivamente los esfuerzos en evaluación y seguimiento de los ODM, con criterios estandarizados a escala mundial, pero alineados y utilizados a escala local, que han permitido constatar avances o dificultades, como los expuestos en Perú.
- Otro consenso mundial con repercusiones prácticas reflejadas en Perú, y vinculado con el objeto del estudio, ha sido la consagración en la *Declaración de París de los principios de apropiación y alineación*. Esto es, los países receptores de AOD han de diseñar las políticas para conseguir el desarrollo de sus estados, y a estas políticas se sumarán los países donantes. Esto, sin duda, ha frenado la dispersión de la AOD por un lado, y por otro ha incentivado a los países receptores a planificar y gestionar adecuadamente los fondos de la ayuda

recibida. Se considera por lo tanto positivo esta coordinación entre donantes y receptores.

- Es importante tener en cuenta que la AOD no solo se mire desde un punto de vista cuantitativo, sino también desde el aporte cualitativo que pudiera ofrecer, y así la AOD puede presentarse como incentivo para apoyar los programas de las administraciones de los países, que tengan mayor impacto, sean más innovadores o prevean mejores resultados, y no tanto para los que tengan mayores costos. El haber analizado los sectores educación y salud permite sacar interesantes conclusiones al respecto. Y así, por ejemplo, en el ámbito de la educación se observa que si bien en Perú hay avances en el acceso universal a la educación primaria, sin embargo, la calidad educativa sigue reflejando una gran desigualdad poblacional. Ello hace necesario seguir implementado programas que aminoren esas brechas educativas (dirigidos a mujeres, indígenas, población rural), y dichos programas deberían de ser los prioritarios para los donantes de AOD.
- Si se analiza la nueva Política Nacional de Cooperación aprobada en 2012 (que sustituye a la de 2007), se comprueba que hay dos subsectores emergentes: *Gobernanza* (dentro del sector servicios sociales e infraestructura) y en menor medida *Sostenibilidad Ambiental* (dentro del sector multisectorial). Sin perjuicio de la relevancia de estas dos áreas, sería necesario que la AOD contribuyera a los subsectores de la educación y la salud, en la medida en que aún persisten desigualdades y deficiencias en el acceso a estos servicios, incluso no se han conseguido todas las metas planteadas en los ODM.

Por lo que se refiere a conclusiones relacionadas con la aproximación a los resultados de las aportaciones de AOD en los subsectores de la educación y salud en Perú cabe decir:

- Se constata, completando el análisis de las cantidades aportadas en AOD en el subsector de educación, la tendencia en el período ha sido de ligero ascenso, con especial énfasis en los componentes de la educación superior universitaria,

en detrimento de la superior técnica, la educación básica y secundaria. Si bien dentro de la secundaria se comprueba unos mayores aportes en formación profesional, sería aconsejable mantener los programas de ayuda a la educación básica para evitar retrocesos en la materia. Así como fomentar la formación superior técnica que cualificara el sector productivo del país y que complementara los esfuerzos en la formación profesional de educación secundaria.

- En cuanto a los resultados en el sector se manifiesta avances tanto en la educación primaria, como en la formación profesional secundaria como en la universitaria especialmente. Esto coincide con los componentes que más fondos AOD recibieron en el período.
- Como ya se ha manifestado con carácter general, la AOD no debería estar solo vinculada al nivel de renta del país, sino que tendría que considerar otros aspectos como las brechas de desigualdad, pobreza, etc. Estas brechas también se manifiestan en Perú en el área de la educación porque no todos los grupos poblacionales tienen la misma facilidad de acceso a los servicios educativos. Se sugiere que los fondos AOD se dirijan primordialmente a estos colectivos (mujeres, población rural e indígena).
- Se ha constatado que la calidad educativa, y con ello la preparación y cualificación de la población, también difiere según los estratos sociales y territoriales. La AOD puede ser una oportunidad para corregir estas diferencias, no solo aportando fondos sino también fomentando programas de calidad en la educación.
- En relación al análisis de las cantidades aportadas en AOD en el subsector de salud la tendencia en el período manifiesta un descenso, lo que unido a las necesidades y carencias de la población en la materia, puede entenderse como poco adecuado. En relación al reparto entre sus componentes (salud general y salud básica) el de mayor relevancia es el de salud básica, salvo en algunos cortos períodos. En parte se ha debido a la fuerte vinculación de los fondos de

la AOD en salud al cumplimiento de los ODM, vinculados estrechamente con los componentes de la salud básica (atención básica de salud y nutrición).

- Los avances en salud sobre todo en salud infantil y materna, han sido significativos con reducciones de tasa de mortalidad en ambos grupos poblacionales. Sin embargo, no se han conseguido reducir al mínimo dichas tasas, lo que significa que si bien los aportes de AOD han tenido efectos positivos, aún los esfuerzos no han sido suficientes, y se requiere seguir manteniendo la financiación de proyectos con AOD en materia de salud básica en dos grupos poblaciones vulnerables: niños y mujeres embarazadas.
- Un aspecto destacable siguiendo con los ODM, son las cantidades aportadas de AOD a programas contra la malaria, tuberculosis y SIDA, áreas donde en Perú se han evidenciado resultados positivos por la reducción y control de dichas enfermedades. Estas aportaciones se han realizado coordinadamente a través de un Fondo mundial (GFATM), operativo desde el año 2002 y coordinado por la OMS y ONUSIDA, lo que pone de manifiesto la importancia de la coordinación en los aportes de AOD, para así evitar la dispersión y ganar en eficacia.
- La estructura socioeconómica de salud en Perú es más débil y compleja que la educativa, por lo que se requieren aún abordar cambios estructurales. La AOD podría ser un incentivo para ello, así se ha constatado con la puesta en marcha de programas de apoyo a la implantación del Sistema Integral de Salud (SIS) en áreas especialmente marginales.
- Se destaca, al igual que sucede en el subsector de la educación, y con el propio ejemplo del proyecto del SIS, la importancia de las aportaciones de la AOD en salud para evitar las desigualdades territoriales y poblacionales.
- Como apuntes metodológico y de evaluación señalar que tras la revisión de los datos e informes en materia de AOD de APCI y OCDE, se ha comprobado que no siempre son coincidentes, tal y como señala la propia APCI en sus informes. A esta divergencia se suma la diversidad de la clasificación de los desembolsos o ayudas como AOD entre la OCDE, los estados receptores y donantes, y sus

agencias de cooperación internacional. Asimismo, existe mucha dispersión de los fondos de AOD y de donantes, especialmente los que se asignan al subsector salud. Esto no facilita un adecuado seguimiento del destino de los recursos, pudiéndose entender que la ayuda puede haber permanecido en la administración de algún ministerio. Esto genera problemas en la gestión de la ayuda por parte de las instituciones y organismos, puesto que no se puede ofrecer información clara y pormenorizada del destino final de dicha ayuda.

5 BIBLIOGRAFÍA

- Barreto, H. (1999): *Estabilización económica y ajuste estructural en el Perú*. Ediciones San Marcos, Lima
- Castañeda, D. (2012): *Amazonía posible y sostenible: Cooperación internacional y Amazonía colombiana*. CEPAL, Santiago de Chile.
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe). (2012): *Los países de renta media: Un nuevo enfoque basado en brechas estructurales*. CEPAL, Santiago de Chile.
- CVR (Comisión de la Verdad y la Reconciliación). (2006): *Informe final de la Comisión*. CVR, Lima. Ver en línea: <http://cverdad.org.pe/ifinal/>
- Dubois, A. (2007): *Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo*. Hegoa, País Vasco. Ver en línea: <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/>
- DESA (Departamento de Asuntos Sociales y Económicos de las Naciones Unidas). (2013): *Resumen Ejecutivo: Situación y perspectiva de la economía mundial 2013*. ONU, Nueva York. Ver en línea: http://www.un.org/en/development/desa/policy/wesp/wesp_current/wesp2013.pdf
- FMI (Fondo Monetario Internacional). (2013): *Boletín del FMI (febrero, 2013): países y regiones, Perú*. FMI, Washington D.C. Ver en línea: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/scr/2013/cr1345.pdf>
- Gonzales de Olarte, E. (2008): *La economía política peruana de la era Neoliberal 1990-2006*. Ediciones PUCP, Lima.
- Hidalgo, A. (2010): *Repercusiones de la crisis mundial sobre las políticas de cooperación*. Eikasía ediciones, Oviedo. Ver en línea Revista de filosofía (<http://www.revistadefilosofia.org/>)
- IECAH-MSF (Instituto de Estudios sobre Conflictos Armados y Acción Humanitaria-Médicos Sin Fronteras). (2014): *Informe IECAH-MSF: La acción humanitaria 2013–2104, una respuesta tardía*. IECAH, Madrid.

- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática Perú). (2013): *Compendio estadístico del Perú 2013*. INEI, Lima.
- Intermón Oxfam. (2013): *La Realidad de la Ayuda 2012*. Intermón Oxfam, Barcelona.
- Lavigne, M. (2014): *Sistemas de protección social en América Latina y el Caribe: Perú. Colección de documentos de proyectos*. CEPAL, Santiago de Chile.
- MINSA (Ministerio de Salud) y OPS (Organización Panamericana de la Salud). (2013): *Análisis de la situación de la salud en el Perú*. MINSA, Lima.
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), FACTSHEET (2008): *It is ODA?* OCDE, Paris. Ver en línea (<http://www.oecd.org/dac/stats/>).
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). (2004): *Geographical Distribution of Financial Flows to AID Recipients*. OCDE, Paris. Ver en línea: http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/4304013e.pdf?expires=1437988256&id=id&accn_ame=ocid56029563&checksum=38ECFFAFE688DA8A1EE594961CA924D
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico). (2005): *Foro de Alto Nivel de Paris: Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda al desarrollo y el programa de acción Accra*. OCDE, París. Ver en línea: <http://www.oecd.org/dac/effectiveness/34580968.pdf>
- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) (2005): *Development Co-operation Report 2005*. OCDE, Paris. www.oecd.org
- 2010: *Development Co-operation Report 2010*. OCDE, Paris. www.oecd.org
- 2014: *Development Co-operation Report 2014*. OCDE, Paris. www.oecd.org
- ONU (Organización de Naciones Unidas), Grupo de Tareas. (2011): *La Alianza Mundial para el Desarrollo: es hora de cumplir. Informe del Grupo de Tareas*. ONU, Nueva York. Ver en línea: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/mdg_gapreport2011_es.pdf.
- Otero, C. (CEPAL, 2001). *Perú: gestión del estado en el periodo 1990-2000*. Serie Gestión Pública ILPES, Santiago de Chile. Ver en línea:

http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7264/S019752_es.pdf?sequence=1

- Parodi, C. (1999): *Economía de las Políticas Sociales*. CIUP, Lima.
- Pasco-Font, A. (CEPAL, 2000). *Políticas de estabilización y reformas estructurales: Perú*. CEPAL, Santiago de Chile. Ver en línea: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/7601/S2000582_es.pdf?sequence=1
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo). (2013): *Informe sobre Desarrollo Humano 2013. El ascenso del Sur: Progreso humano en un mundo diverso*. PNUD, Nueva York.
2011: *Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos*
2007/2008: *Informe sobre Desarrollo Humano 2007/2008: La lucha contra el cambio climático: Solidaridad frente a un mundo dividido*.
- PNUD (Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo) - Perú. (2013): *Informe sobre Desarrollo Humano Perú 2013. Cambio climático y territorio: Desafíos y respuestas para un futuro sostenible*. PNUD, Lima.
- Román, E, (2002): *Cooperación y desarrollo: Nueve preguntas sobre el tema*. AMYCOS (Colección Clip), Burgos.
- Tezanos, V. y Martínez, A. (2009): *Ayuda Oficial al Desarrollo para América Latina y el Caribe en el punto de inflexión del milenio*. Universidad de Cantabria, Santander.
- UNICEF (Fondo de Naciones Unidas para la Infancia) e INEI. (2010): *Estado de la Niñez Indígena en el Perú*. Tarea Asociación Gráfica Educativa, Lima.

REFERENCIAS ESTADÍSTICAS

- BM (Banco Mundial): Base de datos: <http://datos.bancomundial.org/>
- CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe): *Base de datos CEPALSTAT*.

http://estadisticas.cepal.org/cepalstat/WEB_CEPALSTAT/Portada.asp

- OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico): *Base de datos OECD.Stat*: <http://stats.oecd.org/>
- INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática): *Base de datos*: <http://inei.inei.gob.pe/microdatos/>

6 ANEXOS

ANEXO 6.1:

LISTADO DE PAÍSES RECEPTORES DE AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO DEL CAD: Flujos de AOD 2011, 2012 y 2013

Países menos desarrollados	Países rentas bajas (< \$1.005 por hab. En 2010)	Países y Territorios de renta media baja(\$1.005-\$3.975 por hab. en 2010)	Países y Territorios de renta media alta (3.976\$-\$12.275 por hab. en 2010)
Afganistán	Corea, Rep. Dem.	Armenia	Albania
Angola	Kenia	Belice	*Angila
Bangladesh	Kirguistán, Rep.	Bolivia	Antigua y Barbuda
Benin	Sur Sudán	Cabo Verde	Argelia
Burkina Faso	Tayikistán	Camerún	Argentina
Burundi	Zimbabwe	Congo, Rep.	Azerbaijan
Bután		Costa de Marfil	Bielorusia
Camboya		Egipto	Bosnia y Herzegovina
Chad		El Salvador	Botswana
Comores		Fiji	Brasil
Congo, Rep. Dem.		Filipinas	Chile
Eritrea		Georgia	China
Etiopía		Ghana	Colombia
Gambia		Guatemala	Costa Rica
Guinea		Guayana	Cuba
Guinea Ecuatorial		Honduras	Dominica
Guinea-Bissau		India	Dominicana, Rep.
Haití		Indonesia	Ecuador
Islas Salomón		Irak	Gabón
Kiribati		Islas Marshall	Granada
Laos		Kosovo ¹	Irán
Lesotho		Marruecos	Islas Cook
Liberia		Micronesia, Estados Fed.	Jamaica
Madagascar		Moldavia	Jordania
Malawi		Mongolia	Kazajistán
Mali		Nicaragua	Líbano
Mauritania		Nigeria	Libia
Mozambique		Pakistán	Macedonia (antigua Rep. Yugosl.)
Myanmar		Palestinos, Territorios	Malasya
Nepal		Papúa-N.Guinea	Maldivas
Níger		Paraguay	Mauricio
Rep. Centoafriicana		Siria	México
Ruanda		Sri Lanka	Montenegro
Samoa		Swazilandia	*Montserrat
Senegal		*Tokelau	Namibia
Sierra Leona		Tonga	Nauru
Somalia		Turkmenistán	Niue
Sto Tomé y Príncipe		Ucrania	Palau
Sudán		Uzbekistán	Panamá
Tanzania		Vietnam	Perú
Timor-Este			San Vicente y Ganadinas
Togo			*Santa Helena
Tuvalu			Santa Lucía
Uganda			Serbia
Vanuatu			Seychelles
Yemen			St. Kitts-Nevis
Yibuti			Sudáfrica
Zambia			Surinam
			Tailandia
			Túnez
			Turquia
			Uruguay
			Venezuela
			*Wallis y Futuna

Fuente: OCDE (Reporte 2013).

ANEXO 6.2:

OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO (ODM)

Acordados mediante Resolución 55/2 aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en sesión plenaria el 8 de septiembre de 2000.

En la Declaración original del año 2000 constaba de 8 objetivos específicos, con 18 metas y 48 indicadores.

En la Cumbre Mundial del 2005 se acordaron 4 nuevas metas y se rediseñaron otras, añadiéndose y reformulándose indicadores, quedando definitivamente el siguiente desglose de objetivos y metas.

ODM1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

Meta 1A: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de habitantes del planeta cuyos ingresos sean inferiores a un dólar por día.

Meta 1B: Alcanzar empleo pleno y productivo, y trabajo decente para todos, incluyendo mujeres y jóvenes.

Meta 1C: Reducir a la mitad, para el año 2015 el de las personas que padezcan hambre y el de las personas que carezcan de acceso al agua potable.

ODM2: Lograr la enseñanza primaria universal

Meta 2A: Velar para que, en el 2015, los niños y niñas de todo el mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria.

ODM3: Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer

Meta 3ª: Eliminar las desigualdades de género en la enseñanza primaria y secundaria preferiblemente para el año 2005, y en todos los niveles de enseñanza antes de fin de 2015.

ODM4: Reducir la mortalidad infantil

Meta 4A: Haber reducido para el 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales.

ODM5: Mejorar la salud materna

Meta 5A: Haber reducido, para el año 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes respecto de sus tasas actuales.

Meta 5B: Lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

ODM6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades

Meta 6A: Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/SIDA.

Meta 6B: Lograr, para 2010, el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todas las personas que lo necesiten.

Meta 6C: Haber comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves

ODM7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

Meta 7A: Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y los programas nacionales e invertir la pérdida de recursos del medio ambiente.

Meta 7B: Reducir la pérdida de biodiversidad, alcanzando, para el año 2010, una reducción significativa de la tasa de pérdida.

Meta 7C: Reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas que carecen de acceso sostenible al agua potable y a los servicios básicos de saneamiento.

Meta 7D: Haber mejorado considerablemente, para el año 2020, la vida, de por lo menos, 100 millones de habitantes de tugurios.

ODM8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo

Meta 8A: Desarrollar aún más un sistema comercial y financiero abierto, basado en normas, previsible y no discriminatorio. Incluye el compromiso de lograr una buena gestión de los asuntos públicos, el desarrollo y la reducción de la pobreza, en los planos nacional e internacional

Meta 8B: Atender las necesidades especiales de los países menos adelantados. Incluye el acceso libre de aranceles y cupos de las exportaciones de los países menos adelantados; el programa mejorado de alivio de la deuda de los países pobres muy endeudados (PPME) y la cancelación de la deuda bilateral

oficial, y la concesión de una asistencia oficial para el desarrollo más generosa a los países que hayan expresado su determinación de reducir la pobreza

Meta 8C: Atender las necesidades especiales de los países sin litoral de los pequeños Estados insulares en desarrollo.

Meta 8D: Abordar de manera general los problemas de la deuda de los países en desarrollo con medidas nacionales e internacionales a fin de hacer la deuda sostenible a largo plazo.

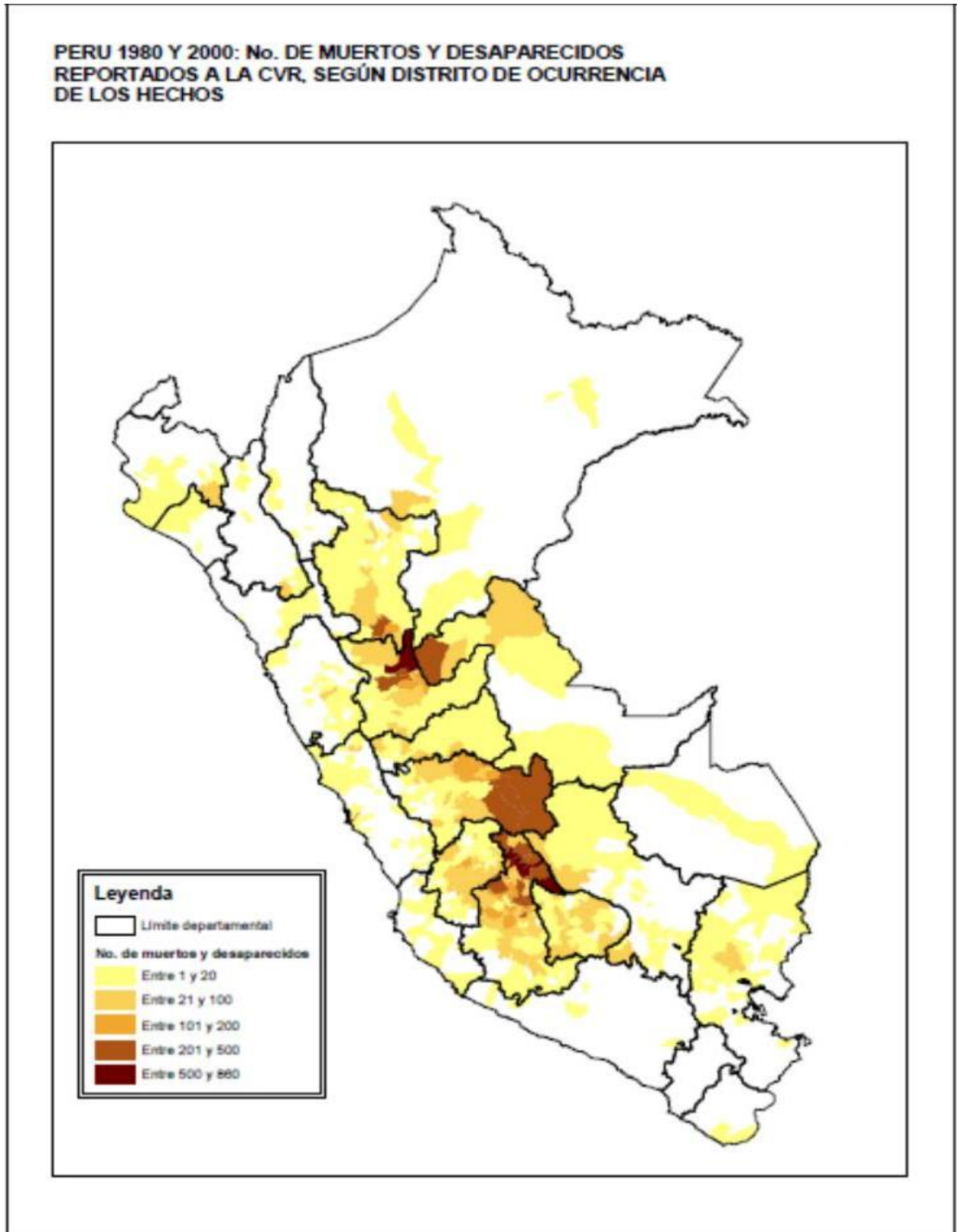
Meta 8E: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales en los países en desarrollo a precios asequibles.

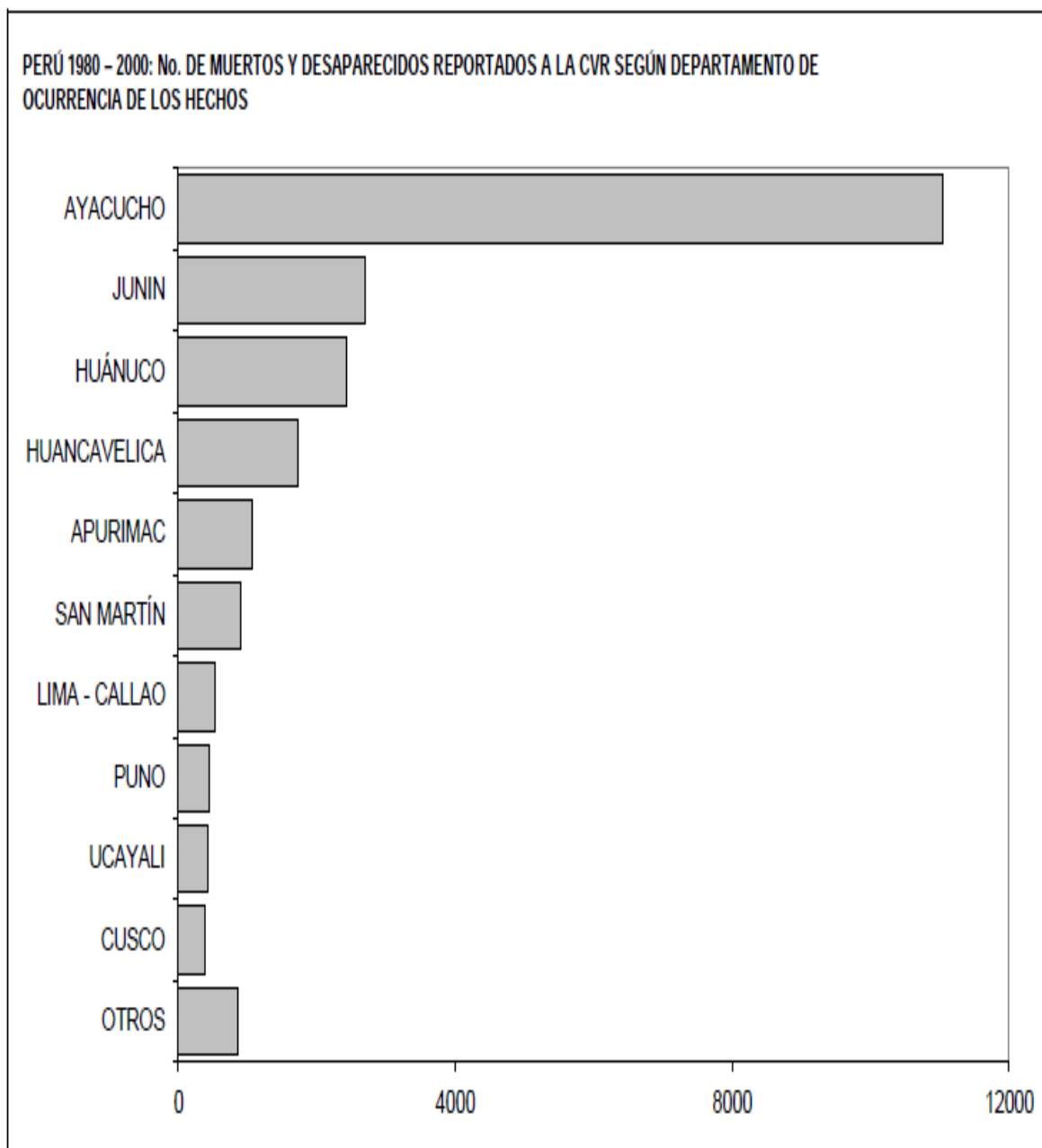
Meta 8F: En cooperación con el sector privado, dar acceso a los beneficios de las nuevas tecnologías, en particular los de las tecnologías de la información y de las comunicaciones.

Fuente: Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

ANEXO 6.3

PERÚ 1980-2000: MUERTOS Y DESAPARECIDOS REPORTADOS, SEGÚN DEPARTAMENTO





Fuente: Informe Final de la CVR (2013)

ANEXO 6.4:

SECTORES CAD

Servicios Sociales e Infraestructura: recursos dirigidos a desarrollo humano.

Subsectores:

- Educación.
- Salud.
- Programas y Políticas sobre población y salud reproductiva.
- Abastecimiento y depuración de agua.
- Gobierno y sociedad civil.
- Otros (Políticas de Empleo; Políticas de Vivienda; Ocio y cultura).

Infraestructura Económica: Es el sector de asistencia a redes, usos y servicios económicos y servicios que facilitan la actividad económica.

- Transporte y almacenamiento.
- Comunicaciones, generación y suministro de energía.
- Servicios bancarios y financieros.
- Empresas y otros servicios.

Producción: Incluye políticas de promoción económica así como la producción en cualquiera de los sectores.

Subsectores:

- Agricultura, silvicultura y pesca.
- Industria minería y construcción.
- Comercio y turismo.

Apoyo Multisectorial: Incluye el apoyo a proyectos que involucran diferentes sectores de manera transversal.

Subsectores:

- Protección general del Medio Ambiente.
- Mujer y desarrollo.
- Otros (Desarrollo y gestión urbanas, Desarrollo rural, Desarrollo alternativo no agrario).

Programa de asistencia: Se incluyen diversas contribuciones tales como:

Subsectores:

- Apoyo presupuestario.
- Ayudas para el ajuste estructural BM y FMI.
- Ayuda alimentaria de desarrollo de bienes y programas y seguridad alimentaria.
- Ayuda para la importación de bienes.

Alivio de deuda: Actividades relacionadas con la deuda externa.

Subsectores:

- Condonación de deuda.
- Reducción de la deuda con instituciones multilaterales.
- Reestructuración y refinanciación de deuda.
- Canje de deuda por proyectos de Desarrollo.
- Otros tipos de canje de deuda.
- Recompra de deuda.

Ayuda humanitaria: Tal y como señala la OCDE la ayuda para ser clasificada como humanitaria, debe respetar los principios humanitarios de imparcialidad, de neutralidad y de independencia.

Subsectores:

- Ayuda de Emergencia (ayuda y servicios materiales de emergencia; Ayuda alimentaria de emergencia y Coordinación de los servicios de protección de la ayuda).
- Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación.
- Prevención de desastres

Fuente: Elaboración propia según datos OCDE.

ANEXO 6.5:

SUBSECTORES DEL SECTOR CAD SERVICIOS SOCIALES E INFRAESTRUCTURA

SUBSECTOR EDUCACIÓN

Componentes (y *elementos* que los integran):

- Gestión Educativa: *Política educativa y gestión administrativa; Servicios e instalaciones educativos y formación; Formación de profesores con nivel no especificado; Investigación educativa.*
- Educación básica: *Educación primera infancia; Educación primaria; Educación básica de jóvenes y adultos.*
- Educación secundaria: *Educación secundaria; Formación Profesional.*
- Educación post-secundaria o superior: *Educación Universitaria; Educación superior técnica y de dirección.*

SALUD

Componentes (y *elementos* que los integran):

- Salud general: *Administración y gestión; Capacitación médica; Investigación; y Servicios médicos.*
- Salud básica: *Atención básica en salud; Infraestructura básica; nutrición básica; Control de enfermedades; Educación en salud; control de malaria; control de tuberculosis (TBC); Desarrollo del personal.*

PROGRAMAS Y POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA

Componentes:

- *Política sobre población y gestión administrativa; Atención salud reproductiva; Planificación familiar; Lucha contra ETS y VIH/SIDA; Formación de personal para población y salud reproductiva.*

ABASTECIMIENTO Y DEPURACIÓN DE AGUA

Componentes:

- Política de recursos hídricos y gestión administrativa; Abastecimiento de agua y saneamientos con sistemas de envergadura y sistemas menores - agua potable; Desarrollo de cuencas fluviales; eliminación y tratamiento de residuos sólidos; Educación y formación en abastecimiento de agua y saneamiento.

GOBIERNO Y SOCIEDAD CIVIL

Componentes (y elementos que los integran):

- Gobierno y Sociedad Civil General: *Política de administración y gestión del sector público; Gestión financiera del sector público; Descentralización y apoyo a los gobiernos regionales y locales; Organización de lucha contra la corrupción de las instituciones; Desarrollo legal y judicial; La participación democrática y la sociedad civil; Procesos electorales; Legislaturas y partidos políticos; Medios de comunicación y libertad de información; Derechos Humanos.*
- Prevención y resolución de conflictos, paz y seguridad: *Gestión y reforma de los sistemas de seguridad; Construcción de la paz y prevención y solución de conflictos; Procesos de consolidación de la paz tras los conflictos (ONU); Control de la proliferación de armas ligeras y de pequeño calibre; Retirada de minas antipersonas; Niños soldados, prevención y desmovilización.*

OTROS

Componentes:

- Políticas de empleo y gestión administrativa; Políticas de vivienda; Acceso a vivienda de bajo costo; Ayuda multisectorial para servicios sociales básicos; Ocio y cultura, Capacitación estadística; Control de Estupefacientes; Mitigación social del VIH/SIDA.

Fuente: Elaboración propia según datos OCDE.