

Sostenibilidad ambiental, género o interés nacional: las narrativas de la ayuda en salud

Iliana Olivié | Investigadora principal, Real Instituto Elcano | @iolivie 

Manuel Calvo | Ayudante de investigación en prácticas (2020), Real Instituto Elcano | @MCSantesmases

Tema

La cooperación española se ha sumado a la lucha contra el COVID-19. ¿Qué narrativa y objetivos acompañarán un mayor perfil de España en la comunidad de la salud global?

Resumen

Al igual que con la ayuda al desarrollo en general, la ayuda en salud se concentra en unos pocos donantes. Este análisis repasa los discursos de la ayuda de los principales donantes miembros de la UE.

En los últimos 10 años, el Reino Unido y Alemania desembolsaron 14.300 millones de dólares corrientes en ayuda bruta en salud; esto es, el 60% de lo que le dedicó toda la UE. Si engrosamos esta lista con los Países Bajos, Francia y España, la proporción asciende al 82%.

Tanto los programas específicos en salud como los discursos sobre la misma varían sensiblemente de un donante a otro. Si para Alemania la salud sigue siendo, fundamentalmente, una cuestión de desarrollo humano, para Suecia ésta es un aspecto esencial de la igualdad de género y del paradigma del desarrollo sostenible. En estos dos casos, como en el de España y en el del Reino Unido, la salud se vincula a la lucha contra el cambio climático pero, para este último, se trata, además, de una cuestión de seguridad y preservación de los intereses nacionales.

Análisis

El pasado 4 de mayo el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, **comprometió 125 millones de euros** para la lucha contra el COVID-19. Este compromiso se suma a los realizados durante la Asamblea General de Naciones Unidas, el pasado septiembre, también especialmente dirigidos al sector de la salud global.

Éstos, a su vez, se enmarcan en un cambio de perfil de España como donante, que busca un mayor papel en la comunidad de desarrollo global. Esto deberá acompañarse de más recursos, pero necesariamente también de una mayor claridad acerca de los objetivos de la ayuda española y del papel de España en el sistema multilateral.

Para ello, es necesario comprender el perfil y discurso de los principales donantes en el complejo sistema de salud global. Son sus narrativas (incluyendo los discursos sobre sus objetivos y sus motivos) las que moldearán el sistema de ayuda que resulte de esta crisis y también las que servirán para convencer a sus sociedades de la necesidad de un esfuerzo presupuestario mayúsculo en tiempos de estrecheces.

Los pesos pesados de la ayuda en salud

Al igual que ocurre en otros muchos espacios de las relaciones internacionales, y también en el ámbito europeo, la comunidad del desarrollo global se caracteriza por el desigual peso entre actores. El grueso de la ayuda desembolsada anualmente se concentra en las aportaciones de algunos (pocos) países, superpotencias (viejas o nuevas) del desarrollo.

Si, según datos de la OCDE, la UE (pre-Brexit) contribuye con más de la mitad de la ayuda oficial mundial (la que excluye emergentes y donantes privados), sólo tres países (Alemania, Francia y el Reino Unido) son responsables del 60% de la ayuda europea. Si engrosamos esta cifra con las contribuciones de los Países Bajos, Suecia, Italia y España, la cifra asciende al 85%.

El mapa del complejo sistema de salud global es similar: la UE ha aportado el 43% de la ayuda oficial en salud desembolsada por donantes tradicionales en los últimos 10 años. Y, en un sistema en el que son imprescindibles las capacidades científicas y tecnológicas, destacan, de nuevo, el Reino Unido y Alemania (principales donantes junto con EEUU, Canadá y Japón). De nuevo, dentro de la UE, la densidad se repite: el Reino Unido y Alemania desembolsaron en los últimos 10 años 14.300 millones de dólares corrientes en ayuda en salud, el 60% de lo que le dedicó toda la UE.

Con estos niveles de concentración, será este pequeño grupo de donantes el que moldee, tras la pandemia, el discurso de la ayuda y de la salud global, así como, eventualmente, sus objetivos. Teniendo en cuenta la apuesta de España por aumentar su perfil en la comunidad internacional y en el espacio europeo, se hace necesario comprender las narrativas de la ayuda en salud de los principales donantes de la UE, entre los que incluimos a Alemania, Francia, los Países Bajos, Suecia, el Reino Unido y la Comisión Europea, además de la cooperación española.

El discurso pre-COVID-19 sobre ayuda en salud

La salud se consolidó como un objetivo prioritario de la ayuda al desarrollo en una agenda, la de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), que puso el acento en el desarrollo humano y social. Es protagonista en tres de los ocho objetivos¹ que buscaban, por un lado, reducir las muertes de niños y madres y, por otro, frenar la propagación de enfermedades infecciosas como el SIDA, la tuberculosis y la malaria, que causaban estragos (particularmente en África y Asia) desde los años 80 y 90.

¹ Estos objetivos son la reducción de la mortalidad infantil (ODM 4), la mejora de la salud materna (5) y combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (6).

A principios de esta década, con la agenda de los ODM llegando a su fin y un balance positivo en materia sanitaria, los **Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** incorporaron objetivos en materia de salud, pero diluyéndolos entre otros muchos, en una **visión más completa del desarrollo** que se define aquí como social, pero también como económica, medioambiental y política.

Aunque varios ODS lleven implícita o explícita la mejora de la salud, a ésta se le dedica uno de los 17 ODS que siguen persiguiendo la reducción de muertes de niños y madres o la contención de enfermedades infecciosas, pero, ahora también, la reducción de muertes por contaminación o por accidentes de tráfico, o la prevención del abuso de sustancias adictivas.

Y es que, según datos del PNUD, el progreso en materia sanitaria en los primeros años de este siglo fue espectacular: la tasa mundial de mortalidad de niños menores de cinco años disminuyó en más de la mitad entre 1990 y 2015 (de 90 a 43 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos), un comportamiento similar al de la tasa de mortalidad materno-infantil. Por su parte, el número de nuevas infecciones por VIH/SIDA cayó en un 40% entre 2000 y 2013.

Todo ello explica, posiblemente, que la salud perdiera algo de fuerza en la narrativa de la ayuda de los principales donantes europeos en los últimos años. En los planes directores o libros blancos publicados por Alemania, Francia, los Países Bajos, España, el Reino Unido y Suecia, además de por la Comisión Europea, a principios de los 2000 y coincidiendo con el lanzamiento de los ODM, la salud aparece, de media, en el 22% de las alusiones a los objetivos de la ayuda (siguiendo los códigos definidos en la Figura 1).²

² El análisis del discurso se ha llevado a cabo codificando, en los libros blancos o planes directores de estos siete donantes y por párrafos, las secciones que hacen referencia a los objetivos y motivos de la ayuda. La estructura de códigos sigue los tres paradigmas de desarrollo social, desarrollo sostenible y seguridad. Pueden encontrarse más detalles sobre la metodología en Olivé y Pérez (2018).

Figura 1. Paradigmas de desarrollo y familias de códigos

Paradigmas de desarrollo y familias de códigos					
1	Agenda o paradigma de desarrollo social	2	Agenda o paradigma de desarrollo sostenible	3	Agenda o paradigma de seguridad
1.1	Pobreza / erradicación de la pobreza	2.1	Desarrollo económico / creación de empleo / trabajo decente	3.1	Terrorismo / contraterrorismo / radicalización
1.2	Hambre / seguridad alimentaria / malnutrición	2.2	Derechos políticos / derechos humanos / gobernanza	3.2	Migración / movilidad / control de fronteras / refugiados / desplazados / desplazamientos
1.3	Género	2.3	Sostenibilidad medioambiental / cambio climático	3.3	Estados o países frágiles o fallidos
1.4	Educación	2.4	Igualdad / equidad / desigualdad / inequidad	3.4	Conflicto / prevención de conflictos / intervención posconflicto
1.5	Salud			3.5	Estabilidad / inestabilidad
4	Solidaridad / imperativo moral / responsabilidad	5	Bienes comunes / esfuerzos comunes / intereses comunes / bienes públicos globales	6	Autoayuda / interés propio / interés nacional

Fuente: elaboración propia.

Diez o 15 años más tarde, y a las puertas de los ODS, en los libros blancos publicados por el mismo grupo de donantes, esta proporción había descendido tres puntos porcentuales, al 19% (Figura 2). Esto es, a pesar de ocupar un lugar central en los ODM y uno más periférico en los ODS, y también a pesar de los logros visibles alcanzados en la primera agenda (o precisamente por eso), la prioridad que dan a la salud los principales donantes europeos en sus discursos del desarrollo es sólo ligeramente menor.

Por supuesto, no todos los documentos estratégicos prestan la misma atención a este objetivo. En el primer periodo, se colocan por encima de la media Países Bajos, con 31% de las menciones a este objetivo y Francia (30%). Siguen Reino Unido y Suecia (21%), Alemania y la Comisión Europea (15%) y España (12%).

Es más, la narrativa de la salud gana fuerza en el discurso sueco de la ayuda, que eleva al 33% de todas las menciones las relativas a este objetivo. Gana también importancia la salud en el discurso de la ayuda británica (27%) y de la alemana (21%). Pierde perfil en la francesa (18%), la neerlandesa (14%) e incluso la española (11%). Esto es, al menos en su discurso, para Suecia, Alemania y el Reino Unido, la salud es hoy más importante que a principios de los 2000.

Figura 2. La salud en la narrativa de la ayuda (párrafos asignados con el código de salud 1.5 en documentos estratégicos de la ayuda)

Primer período	UE	P. Bajos	RU	Alemania	Francia	Suecia	España	Media
Nº de menciones	9	18	40	32	3	28	7	
Proporción (en %)	14,5	31,0	20,8	15,4	30,0	21,1	12,3	21,8
Segundo período	UE	P. Bajos	RU	Alemania	Francia	Suecia	España	Media
Nº de menciones	7	10	34	15	8	16	25	
Proporción (en %)	11,1	13,5	27,0	20,5	17,8	10,8	32,7	19,1

Nota: la proporción se establece en relación al número total de menciones a objetivos o motivos de la ayuda en el mismo documento.

Fuente: elaboración propia.

¿De qué hablan cuando hablan de salud?

De distintas cosas. Si la salud forma parte, en esencia, del paradigma del desarrollo social, no sorprende que, al mencionarla, se haga en el marco de otros objetivos de naturaleza humana o social. Esto es algo que podemos observar mediante la proporción de co-ocurrencias del objetivo de salud con otros objetivos y motivos de la ayuda (identificados en la Figura 1), que para el caso de los objetivos sociales se sitúa en el 46% de las coincidencias (para los 14 documentos). No obstante, también hay un 40% de coincidencias con objetivos vinculados al paradigma del desarrollo sostenible y 10% al de la seguridad (Figura 3).

La evolución de estas proporciones de la primera a la segunda etapa también resulta bastante intuitiva: pierden fuerza las coincidencias con el paradigma social (del 51% al 42%) en los documentos del primer período, mientras que la ganan las que vinculan la salud con el desarrollo sostenible (del 37% al 43%), en paralelo al tránsito de los ODM a los ODS. Resulta particularmente interesante que aumenten las referencias cruzadas de los objetivos de salud con los de seguridad (que ascienden del 8% al 12%). Entrando en el detalle de los códigos individuales, se observa que el 56% de las coincidencias en esta segunda etapa se producen con cinco códigos: (1) sostenibilidad ambiental y cambio climático; (2) género; (3) derechos políticos y humanos y gobernanza (12% de coincidencias cada uno); (4) educación (11%); y (5) hambre, seguridad alimentaria y malnutrición (9%).

Figura 3. La salud, en el marco de otros objetivos y motivos de la ayuda (% de co-ocurrencias del código salud con resto de códigos, en relación al total de co-ocurrencias en cada documento; media de los 14 documentos y por períodos)

	Media (%)	1º período (%)	2º período (%)
Paradigma desarrollo social (total)	46	51	42
1 Agenda de desarrollo social	5	8	3
1.1 Pobreza / erradicación de la pobreza	11	14	7
1.2 Hambre /seguridad alimentaria / malnutrición	8	7	9
1.3 Género	10	8	12
1.4 Educación	12	14	11
Paradigma desarrollo sostenible (total)	40	37	43
2 Agenda de desarrollo sostenible	3	2	4
2.1 Desarrollo económico / creación de empleo / trabajo decente	8	7	9
2.2 Derechos políticos / derechos humanos / gobernanza	10	9	12
2.3 Sostenibilidad medioambiental / cambio climático	12	12	12
2.4 Igualdad / equidad / desigualdad / inequidad	6	7	5
Paradigma seguridad	10	8	12
3 Agenda de seguridad	2	1	3
3.1 Terrorismo / contraterrorismo / radicalización	1	1	0
3.2 Migración / movilidad / control de fronteras / refugiados / desplazados / desplazamientos	2	2	3
3.3 Estados o países frágiles o fallidos	0	0	0
3.4 Paz / conflicto / prevención de conflictos / intervención posconflicto	4	4	4
3.5 Estabilidad / inestabilidad	1	1	1
Motivos	4	4	3
4 Solidaridad / imperativo moral / responsabilidad	1	1	0
5 Bienes comunes / esfuerzos comunes / intereses comunes / bienes públicos globales	2	3	1
6 Autoayuda / interés propio / interés nacional	1	1	2

Fuente: elaboración propia.

En el actual discurso de la cooperación española, que se reflejaría en su V Plan Director, la salud se vincula sobre todo con el desarrollo sostenible –cambio climático (17%) y derechos políticos y gobernanza (11%) en primer y tercer lugar, respectivamente–, aunque desde el enfoque de desarrollo humano se da una alta proporción de coincidencias con los objetivos de erradicación de la pobreza y de la malnutrición (11% en ambos casos). El paradigma de la seguridad no aparece, en este caso, hasta el noveno puesto, con un 4% de coincidencias con los objetivos de paz, prevención de conflictos e intervenciones posconflicto (Figura 4).

Como señalábamos más arriba, de estos siete donantes, destacan, por la prioridad que le confieren a la salud en su discurso de la ayuda, Suecia, Alemania y el Reino Unido. Este mismo análisis de códigos y co-ocurrencias revela aproximaciones muy dispares por parte de estos tres donantes. Las principales coincidencias en la estrategia actual de la cooperación alemana se producen con los objetivos de nutrición y hambre (14%), educación (12%) y género (11%). Siguen dos códigos enmarcados en el desarrollo sostenible: los derechos políticos y humanos o la gobernanza (11%) y la sostenibilidad ambiental y el cambio climático (9%).

En cambio, para Suecia, la salud se vincula, en mayor medida que para Alemania, con el paradigma del desarrollo sostenible: el 13% de coincidencias con el objetivo de derechos políticos y gobernanza y el 12% con el de sostenibilidad ambiental, aunque su mayor vínculo se da con el objetivo de igualdad de género (14%).

Más atípico es el caso del Reino Unido. Si bien la salud se vincula, también en este caso, fuertemente con la sostenibilidad ambiental y el cambio climático (14%), lo hace además con la educación (11%) y con la paz, el conflicto, la prevención de conflicto y las intervenciones posconflicto (9%), meta que se ubica en el paradigma securitario. Además, en este documento, hay una alta coincidencia del objetivo de la salud con el motivo del interés propio del donante para canalizar ayuda al desarrollo (11%).

Figura 4. La salud, hoy, en el marco de otros objetivos y motivos de la ayuda de los principales donantes (% de co-ocurrencias del código salud con resto de códigos, en relación al total de co-ocurrencias en cada documento; por donantes y para el 2º período)

(%)	Francia	Alemania	Países Bajos	España	Suecia	Reino Unido	UE
1.1 Pobreza / erradicación de la pobreza	0	9	13	11	11	3	4
1.2 Hambre /seguridad alimentaria / malnutrición	10	14	9	11	4	8	7
1.3 Género	25	11	17	2	14	8	6
1.4 Educación	15	12	9	9	11	9	13
2. Agenda de desarrollo sostenible	5	2	0	6	8	2	9
2.1 Desarrollo económico / creación de empleo / trabajo decente	10	5	4	11	10	6	16
2.2 Derechos políticos / derechos humanos / gobernanza	15	11	15	11	13	3	13
2.3 Sostenibilidad medioambiental / cambio climático	15	9	9	17	12	14	12
3.4 Paz / Conflicto / prevención de conflictos / intervención posconflicto	0	8	0	4	3	9	6
6. Autoayuda / interés propio / interés nacional	0	0	2	0	0	11	0

Fuente: elaboración propia.

Esto es, si para Alemania la salud sigue siendo, fundamentalmente, una cuestión de desarrollo humano, para Suecia ésta es imprescindible en el paradigma actual de la sostenibilidad pero, sobre todo, por su vinculación con la igualdad de género. En estos dos casos y en el del Reino Unido, la salud se ubica en la problemática de la sostenibilidad ambiental y el cambio climático. Para el Reino Unido, se trata, además, de una cuestión de seguridad y preservación de los intereses del donante.

Resulta interesante el énfasis del Reino Unido en la importancia de apoyar la salud mediante la ayuda, en aras del interés propio. Por lo general, cuando se esgrimen los motivos para la ayuda en salud, predomina el argumento del interés compartido y del hecho de que se trata de un bien público global, aunque en el tránsito del primer período al segundo pierde algo de peso este argumento, a favor del interés propio (Figura 3).

La cooperación sueca reconoce la importancia de la lucha contra las enfermedades contagiosas y las pandemias, dada la experiencia sufrida en el Sur global con el VIH/SIDA: “Gracias a los programas de vacunación y la mejora de la salud materno-infantil, la mortalidad infantil se ha reducido a menos de la mitad y la materna a casi la mitad entre 1990 y 2015. [...]. Se han realizado grandes *progresos gracias a la investigación* y a mayores recursos invertidos en la *lucha contra el VIH/SIDA*, la malaria y la tuberculosis” (Gobierno de Suecia, 2016, p. 13).³

No obstante, la importancia de la salud se enmarca, sobre todo, como hemos visto más arriba, en el objetivo prioritario de la igualdad de género, vía la salud sexual y reproductiva: “El apoyo al *empoderamiento de las mujeres* es un aspecto importante del desarrollo económico incluso. Los derechos y *la salud sexual y reproductiva*, así como el acceso a una educación de calidad desempeñan un papel importante en este sentido” (Gobierno de Suecia, 2016, p. 32).⁴

Asimismo, en la medida en la que el enfoque de la ayuda es resultado de las características políticas, sociales y económicas de cada donante, se pone el acento en la necesidad de crear y preservar sistemas nacionales de salud y de protección social, lo que explica el alto porcentaje de co-ocurrencias con el objetivo de derechos políticos y gobernanza: “A pesar de los progresos realizados en el campo de la salud, se carece aún de *sistemas funcionales de salud* y, por lo tanto, de un acceso adecuado a la atención médica y sanitaria en amplias partes del mundo. Esto es particularmente así en estados frágiles, crisis humanitarias y áreas rurales remotas. La *fragilidad de los sistemas de salud* también significa que los países tienen una *capacidad reducida* para hacer *frente a amenazas sanitarias*, tales como enfermedades infecciosas y resistencia antibiótica” (Gobierno de Suecia, 2016, p. 13).⁵

En los últimos años, Alemania ha aumentado fuertemente su inversión en salud. Siempre según datos de la OCDE, en los últimos 10 años, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) alemana destinada al sector de la salud ha crecido a un ritmo medio del 19% anual en términos corrientes, de 231 millones de dólares EEUU en 2009 a 677 millones en 2018. Según su documento estratégico más reciente, y como hemos visto más arriba, esta apuesta se enmarca en un enfoque más amplio de desarrollo humano en el que destacan otros objetivos como los de la malnutrición, la educación y el género.

“Las personas que sufren de *hambre y malnutrición*, particularmente los niños y las *mujeres embarazadas*, deben tener un acceso adecuado y accesible a alimentos, *servicios sanitarios* y agua potable. Queremos apoyar a nuestros países socios y ayudarles en la aplicación del derecho a la alimentación. No se realizarán progresos en estos ámbitos sin la *protección y gestión sostenibles de los recursos naturales*” (MFCED, 2014, p. 15).⁶

³ Traducción de los autores.

⁴ Traducción de los autores.

⁵ Traducción de los autores.

⁶ Traducción de los autores.

Esta aproximación difiere considerablemente de la británica. Para el Reino Unido, peso pesado del sistema de salud global desde hace décadas, éste es hoy un objetivo vinculado con la sostenibilidad ambiental y el cambio climático y una cuestión de protección de los intereses propios: “Por lo tanto, nuestro presupuesto se reestructurará para garantizar que es desembolsado en paliar los *grandes retos globales* –desde las causas profundas de las migraciones masivas y la *enfermedad* hasta las amenazas del terrorismo y *cambio climático global*– suponiendo todos ellos *amenazas directas a los intereses británicos*” (HM Treasury y DFID, 2015, p. 3).⁷

Así las cosas, y pensando en el interés nacional, no es sorprendente que buena parte del ingente esfuerzo de ayuda en salud realizado por la cooperación británica en los últimos años se haya dirigido, precisamente, a la investigación médica, según datos de la OCDE. Su estrategia reflejaría esta prioridad: “Fortalecer la resiliencia y la respuesta a las crisis incluyendo la siria y las de otros países de Oriente medio y el Norte de África, *más ciencia y tecnología* para su gasto en *riesgos de salud pública global* como la resistencia antimicrobiana y el apoyo a los *esfuerzos para mitigar y adaptarse al cambio climático*” (HM Treasury y DFID, 2015, p. 3).⁸

Dada la alta concentración de la ayuda en Alemania y el Reino Unido y la baja participación de España, la cooperación española en salud se limita al 4,5% de lo que desembolsa la UE en este sector. Su discurso, similar al sueco, insiste en la conexión entre este objetivo y el del cambio climático y la sostenibilidad ambiental, el hambre y la malnutrición o el desarrollo económico inclusivo: “[...] es necesario trabajar desde múltiples dimensiones, como la pobreza rural, la falta de acceso a recursos productivos de los pequeños productores y las carencias en las condiciones del empleo rural, el acceso a los alimentos, la *degradación de los ecosistemas* o los sistemas internacionales de fijación de precios de los alimentos. [...]. La *desnutrición* infantil es un problema prioritario multicausal con dimensiones alimentarias, *epidémicas* y con un enorme impacto en la *mortalidad infantil*. Prevenir y tratar la desnutrición salva vidas infantiles y sienta las bases para *desarrollar plenamente el potencial de las personas*” (SECIPI, 2018, p. 27).

Conclusiones

En la medida en la que permite dar respuesta a las crisis, la ayuda revierte en el interés propio y “sitúa” a los donantes en la escena internacional: “Junto con el compromiso del 2% en defensa y el excelente servicio diplomático británico, el presupuesto de ayuda es una parte crucial del sitio del Reino Unido en el mundo. Permite al Reino Unido ser el más rápido en responder a las crisis globales. Cuando un tifón golpea a Filipinas, los trabajadores humanitarios británicos son los primeros en llegar. Con el ébola en África, el gobierno británico pudo actuar rápidamente. El gobierno también ha sido capaz de desplegar su ayuda rápidamente para dar respuesta a las causas de la actual crisis migratoria” (HM Treasury y DFID, 2015, p. 5).⁹

⁷ Traducción de los autores.

⁸ Traducción de los autores.

⁹ Traducción de los autores.

Asimismo, permite la construcción de bienes comunes, dada la creciente interconexión entre los países: “[...] Los acontecimientos en una parte del mundo -como los *booms* y recesiones económicas, la contaminación, las epidemias, el tráfico de drogas, los conflictos armados o el terrorismo- frecuentemente afectan en otros lugares del planeta también. Vista nuestra interdependencia, el futuro debe ser crecientemente moldeado por esfuerzos y decisiones concertados” (Gobierno de Suecia, 2002, p. 13).¹⁰

En el ámbito concreto de salud, los objetivos y motivos de la ayuda pueden ser distintos y complementarios: el desarrollo humano, para Alemania y España; la igualdad de género, en el caso de Suecia; y la sostenibilidad ambiental y la lucha contra el cambio climático, en todos los casos, incluyendo también el de Reino Unido. También según este donante, la seguridad y preservación de los intereses nacionales.

La actual crisis sanitaria deja muchas preguntas abiertas acerca del futuro del sistema de ayuda y del de salud global.

En buena medida, el interés de la comunidad internacional por la atención a las enfermedades contagiosas tuvo su origen en las crisis del VIH/SIDA. Surge la duda de si las respuestas al COVID-19 reemplazarán o se sumarán a las del VIH/SIDA. Esto tendría importantes implicaciones desde el punto de vista de la distribución geográfica de la ayuda, así como desde el objetivo transversal de igualdad de género.

Por otra parte, cabe preguntarse si la capacidad de liderazgo será no solamente la de los líderes en salud global si no también, y muy especialmente, la de los que lideren en investigación clínica. En este subsector, los esfuerzos europeos están aún más concentrados que en la ayuda en salud en general. Según datos de la OCDE, el Reino Unido desembolsa el 67% de la ayuda en investigación clínica en materia de salud. Le siguen, muy de lejos, Suecia (11%), Francia y los Países Bajos (5%), Alemania (4%) y España (3%). Aunque la Gran Reclusión haya puesto todos los demás asuntos en hibernación, si el [proceso del Brexit](#) se retoma en la nueva normalidad, la UE se verá obligada a reflexionar acerca de quién y cómo reemplaza el papel británico. Como en tantos otros ámbitos de la ayuda, parece que la respuesta puede estar en el eje franco-alemán y, muy particularmente, en Alemania. Su ayuda en investigación médica crece a una media anual del 120% en los últimos 10 años; la francesa lo hace al 20% anual. Frente a estos dos desempeños, la neerlandesa cae un 10% y la española desciende en un 2% cada año. Éste es un buen ejemplo de cómo la ayuda puede servir al interés nacional, además de a la construcción de bienes comunes, dado que la ayuda en investigación clínica genera retornos al donante en términos monetarios y también en generación de capacidades técnicas y científicas (González Silva, 2013).

En definitiva, como en tantos otros asuntos, en los ámbitos global y europeo, la salida de esta crisis por países variará y vendrá buenamente definida por las capacidades tecnológicas y científicas de unos y de otros.

¹⁰ Traducción de los autores.

Referencias

Gobierno de Suecia (2002), *Shared Responsibility: Sweden's Policy for Global Development. Government Bill*, Gobierno de Suecia.

Gobierno de Suecia (2016), *Policy framework for Swedish development cooperation and humanitarian assistance. Government Communication*, Gobierno de Suecia.

González Silva, M.C. (2013), "Contribuciones españolas en la lucha contra la malaria (2000-2010)", *Análisis*, nº 2, Instituto de Salud Global Barcelona, <https://www.isglobal.org/en/-/contribuciones-espanolas-en-la-lucha-contr-la-malaria-2000-201-1>.

HM Treasury y DFID (2015), *UK Aid: Tackling Global Challenges in the National Interest*, HM Treasury y DFID.

MFCED (2014), *Charter for the Future – One World, Our Responsibility*, Ministerio Federal para la Cooperación Económica y el Desarrollo, Alemania.

Olivie, I., y A. Pérez (2018), "¿Una nueva agenda? La narrativa de la seguridad en el discurso europeo del desarrollo", *ARI*, nº 105/2018, Real Instituto Elcano, http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/rielcano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari105-2018-olivie-perez-nueva-agenda-narrativa-seguridad-discurso-europeo-desarrollo.

SECIPI (2018), *V Plan director de la cooperación española 2018-2021*, Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica, Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, <https://www.cooperacionespanola.es/es/v-plan-director-2018-2021>.