



**ACCIÓN POR LA
SALUD GLOBAL**

PLENA FINANCIACION
SISTEMAS SANITARIOS FORTALECIDOS
ACCESO UNIVERSAL

INFORME 3

SALUD EN CRISIS

Por qué Europa, en tiempos de crisis económico-financiera, tiene que hacer más para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud.

ACCIÓN POR LA SALUD GLOBAL NACIÓ EN OCTUBRE DE 2006, A TRAVÉS DE LA UNIÓN DE QUINCE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG) CON BASE EN BRUSELAS Y UNA SERIE DE PAÍSES EUROPEOS: FRANCIA, ALEMANA, ITALIA, ESPAÑA Y EL REINO UNIDO. ACCIÓN POR LA SALUD GLOBAL ESTÁ SOLICITANDO A EUROPA A QUE ACTÚE URGENTEMENTE PARA PERMITIR QUE LOS PAÍSES EN DESARROLLO CUMPLAN LOS OBJETIVOS DEL DESARROLLO DEL MILENIO (ODM) DE SALUD PARA 2015. LA ORGANIZACIÓN TIENE COMO OBJETIVO DAR SEGUIMIENTO AL HECHO DE CÓMO AFECTAN A LOS PAÍSES EN DESARROLLO LAS ACCIONES Y POLÍTICAS DE LOS GOBIERNOS EUROPEOS RELACIONADAS CON LA SALUD EN ESOS PAÍSES, E INFLUIR EN SU TOMA DE DECISIONES PARA QUE MEJOREN SUS PRÁCTICAS.

Acción por la Salud Global está preocupada porque Europa no está haciendo bastante, y no se está moviendo lo suficientemente rápido, para asegurar que la ayuda al desarrollo y a la salud es otorgada en la escala y modos necesarios para apoyar a los países en desarrollo para que éstos alcancen los ODM de salud.

Salud en crisis: Por qué Europa, en tiempos de crisis económica, tiene que hacer más que nunca antes para conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud, es el tercer informe de políticas de Acción por la Salud Global. Este informe se basa en dos informes previos, Alerta de Salud¹ y Ayuda Saludable², que han sido actualizados tras las reuniones clave de financiación y la efectividad de la ayuda en 2008. Este tercer informe explica por qué ahora, en 2009, a pesar de y debido a la crisis económica internacional, la Unión Europea (UE) y sus Estados miembros tienen que hacer más que nunca todo lo posible para apoyar los ODM de salud. El informe representa una posición de consenso entre las ONG que constituyen Acción por la Salud Global. Se utilizará para acciones de incidencia política y sensibilización colectiva hacia las personas que toman las decisiones en la UE y, a escala nacional, en los cinco Estados miembros que representan y que son, además, las economías más fuertes de Europa.

La primera sección presenta la temática general y el contexto del informe. La segunda parte se centra en la efectividad de la ayuda para la salud, examinando los compromisos asumidos en el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo 2008 (Accra, Ghana) y el seguimiento de la UE y los Estados miembros. La tercera sección lleva a cabo un análisis similar para la ayuda financiera para la salud, examinando la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre los ODM (Nueva York, 2008) y la Conferencia de Financiación para el Desarrollo (Doha, Qatar). El sección cuatro ofrece un resumen de las conclusiones clave de Acción por la Salud Global. Por último, la sección cinco presenta recomendaciones de actuación por parte de quienes toman las decisiones en la UE y los Estados miembros.

Este informe se publica en cinco idiomas. Todas las ediciones se pueden descargar de la página web de Acción por la Salud Global: www.actionforglobalhealth.eu

1 Alerta de salud. Por qué Europa debe actuar ya para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Acción por la Salud Global, 2007.

2 Ayuda saludable. Por qué Europa debe desembolsar más y mejor ayuda para salvar los Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud, Acción por la Salud Global, 2008.

ÍNDICE

4 RESUMEN EJECUTIVO

6 RECOMENDACIONES

8 SECCIÓN UNO: CRISIS ECONÓMICA, CRISIS DE SALUD

12 SECCIÓN DOS: EFECTIVIDAD DE LA AYUDA EN SALUD: TODAVÍA QUEDA MUCHO CAMINO POR RECORRER

24 SECCIÓN TRES: FINANCIACIÓN DE AYUDA EN SALUD: DE LOS COMPROMISOS A LA ACCIÓN

36 SECCIÓN CUATRO: CONCLUSIONES: ES HORA DE ACTUAR

38 SECCIÓN CINCO: RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

44 BIBLIOGRAFÍA

47 ABREVIATURAS

CUADROS:

9: Los objetivos de Desarrollo del Milenio de salud

10: Principios clave de efectividad en la ayuda y financiación de ayuda para la salud

13: Declaración de París: principios y objetivos para mejorar la efectividad de la ayuda

14: Agenda para la Acción de Accra: compromisos prioritarios para mejorar la efectividad de la ayuda

15: The International Health Partnership and Related Initiatives (IHP+)

16: Pautas para la participación de la UE en Accra: áreas prioritarias de mejora de la efectividad de la ayuda

17: Estado de división del trabajo en relación con los cinco Estados miembros de la UE

18: Estado del uso de los sistemas nacionales en relación con los Estados miembros de la UE

20: Estado de previsibilidad de las ayudas en relación con los Estados miembros de la UE

21: Estado de la rendición de cuentas mutua orientada a la obtención de resultados en relación con los Estados miembros de la UE

27: 'Resumen de tendencias en AOD para la salud en los cinco Estados miembros de la UE de los socios de Acción por la Salud Global

28: Comparación de déficits y tendencias financieras para los ODM relacionados con la salud, compromisos por la UE en el Programa de Acción y nuevos compromisos financieros adquiridos por los Estados miembros en la Reunión de Alto Nivel sobre los ODM

29: Financiación innovadora para la salud

31: Instantánea sobre las tendencias en la ayuda oficial al desarrollo (AOD) de los cinco países miembros de la UE que participan en la red Acción por la Salud Global

32: Comparativa de los compromisos de la AOD conforme a la Declaración de Doha y las recomendaciones de la ONU

33: Instantáneas sobre el enfoque de género en la ayuda al desarrollo de los cinco países miembros de la UE que participan en la red Acción por la Salud Global

Los autores de este informe son Marielle Hart, Amy Kesterton y Sabine Terlecki, que han contado con la ayuda y la investigación de fondo de todas las organizaciones socias de red de Acción por la Salud Global, y la aportación editorial de Sarah Middleton-Lee.

En la elaboración de la versión española del informe también han participado: Patricia Huerto Acedo (FPFE), Mayra Moro Coco (Ayuda en Acción) y Javier Ramírez Gallardo (Médicos del Mundo), y se ha contado con la colaboración de Federico Suárez como consultor externo.

Marzo de 2009.

Acción por la Salud Global está financiada por la Fundación Bill y Melinda Gates.

Resumen Ejecutivo

En 2000, los gobiernos del mundo se comprometieron a reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el VIH/SIDA, la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades. Sin embargo, a mitad de camino hacia el objetivo del 2015, los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de salud están terriblemente atrasados.

2008 fue un año cargado de oportunidades para enfrentarse a esta crisis sanitaria internacional. La "Agenda de la Ayuda" tuvo tres importantes reuniones internacionales: el Fórum de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo (Accra, Ghana), la Reunión de Alto Nivel sobre los ODM (Nueva York, Estados Unidos) y la Conferencia de Financiación para el Desarrollo (Doha, Qatar). Cada una de ellas sirvió de plataforma para que las naciones más ricas del mundo se comprometiesen a ayudar a la gente más pobre de la tierra. Ofrecían una oportunidad para asegurar "más ayuda, mejor repartida" y para realizar un avance concreto hacia los ODM de salud.

Los resultados de cada una de ellas fueron débiles. Pero combinadas, suponen un importante paso adelante: un marco para catalizar acciones y movilizar gobiernos. La UE y sus Estados miembros, que constituyen de forma colectiva el mayor donante del mundo deben desempeñar un papel particularmente vital.

2008 también fue, sin embargo, el año en el que se intensificó la crisis económica y financiera internacional. Las propias economías de los donantes entraron en caída libre y los gobiernos dieron cientos de miles de millones de dólares para salvar a los bancos y a otras instituciones financieras. A pesar de todo, pronto se vio que la crisis, al final, terminaría golpeando al Sur. En el África subsahariana, la reducción del crecimiento costará 18.000 millones de dólares estadounidenses a los 390 millones de personas que ya viven en una pobreza extrema, lo que supone una reducción del 20% en los ingresos de cada una de estas personas³.

La crisis también ampliará la ya de por sí vasta "brecha de salud" entre el Norte y el Sur, e incrementará los desafíos desproporcionados a los que se enfrentan los más necesitados: las personas pobres, los y las jóvenes, las mujeres y las personas marginadas. Un niño o una niña que nace en un país en desarrollo ya tiene 13 veces más posibilidades de morir en los cinco primeros años de vida comparado con un niño o una niña de un país

desarrollado⁴. Ahora, la crisis económica provocará la muerte de 200.000-400.000⁵ niños y niñas más.

Salud en crisis se apoya en dos informes de políticas previos de Acción por la Salud Global Alerta de Salud y Ayuda Saludable. El presente informe actualiza sus argumentos para los ODM de salud, utilizando las oportunidades sin precedentes y los desafíos de 2008 para fundamentar por qué aumentar la ayuda y mejorar su reparto es más importante que nunca. El informe explica por qué la crisis económica, en lugar de ser una excusa para renegar de los compromisos, es una oportunidad para responder mejor a la crisis de salud internacional, dando la orden de "hacer las cosas de forma diferente", cumpliendo los compromisos y salvando vidas.

Este informe describe cómo en Accra los donantes trabajaron sobre la base de la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo (2005). Acordaron trabajar juntos y de forma más efectiva, fortaleciendo la apropiación nacional, estableciendo asociaciones más efectivas e inclusivas, y generando resultados y rindiendo cuentas. La UE y sus Estados miembros asumieron un rol de liderazgo. Todos ellos han avanzado en tres de sus prioridades para la efectividad de la ayuda: división del trabajo, uso de sistemas de país y ayuda predecible. En la cuarta (conseguir una rendición de cuentas mutua orientada a resultados) falta avanzar aún más, con la urgente necesidad de establecer un marco claro para dar seguimiento y rendir cuenta de los resultados.

Salud en Crisis también explica por qué los donantes deben aumentar la cantidad de la ayuda, incluida la destinada al sector salud. En Nueva York, se reunieron los donantes para renovar su compromiso con los ODM y obligarse a hacer más aún. En esta Conferencia se generaron importantes oportunidades para fórmulas innovadoras de financiación. Pero sobre todo, el anuncio de 4.000 millones de dólares estadounidenses como fondo para la salud quedó extremadamente corto con respecto a la brecha por salvar (cifrada por las Naciones Unidas en 18.000 millones de dólares estadounidenses sólo para VIH, salud infantil y salud materna). Tres cuartos de esos fondos se destinaron únicamente a la malaria y, sobre todo, no se puso en práctica ningún plan o mecanismo claro de rendición de cuentas claro.

3 The Millennium Development Goals – Bankable Pledge or Sub-Prime Asset? [Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: ¿un compromiso para los bancos o un activo sub-prime?], Kevin Watkins (Director, EFA Global Monitoring Report) y Patrick Montjourides, UNESCO Future Forum, 2 de marzo del 2009.

4 End Poverty 2015. Fact Sheet for the High-level Event on the Millennium Development Goals [Acabar con la pobreza en el 2015. Hoja informativa para la Reunión de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio] Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, 25 de septiembre del 2008.

5 Véase nota al pie 3.

En Doha, los donantes volvieron a comprometerse con los admirables principios del Consenso de Monterrey (2002) e hicieron notables avances hacia la igualdad de género. Pero una vez más, fueron pocos los compromisos nuevos y concretos. Y no se reconoció lo suficiente el lento progreso en la puesta en marcha de los compromisos existentes. El objetivo acordado del 0,7% del Producto Interior Bruto (PIB) para ayuda al desarrollo quedó como una lejana aspiración. Sólo uno de los cinco países miembros de Acción por la Salud Global, que representan a las cinco economías más importantes de Europa, alcanza en la actualidad el objetivo provisorio de 0,51% fijado por la UE para el 2010.

En un tiempo de crecimiento económico global, los resultados de las reuniones de Accra, Nueva York y Doha habrían sido insatisfactorios. Ahora corren el riesgo de convertirse potencialmente en un desastre. La crisis económica actual podría convertir la crisis de salud existente en una catástrofe humanitaria.

Acción por la Salud Global concluye que en 2009 no se pueden olvidar los compromisos realizados en 2008. Tienen que recibir más atención y ser cumplidos con mucha mayor urgencia que antes. Su seguimiento requiere decisiones valientes sobre las cifras para la ayuda al desarrollo y tener un pensamiento claro sobre las modalidades de ayuda. Igualmente se deben promover y proteger el derecho a la salud, la apropiación democrática y la igualdad de género: principios que en tiempos de mayores apuros para todos aseguran que no caen todavía más en el olvido aquellas personas que ya de por sí son los y las más pobres y vulnerables.

La UE y sus Estados miembros tienen ante sí un papel crucial que jugar. En 2009, deben avanzar sobre las reuniones de 2008 y asumir una responsabilidad colectiva para cumplir sus obligaciones y asignar los recursos comprometidos. Deben trabajar juntos para eliminar los obstáculos financieros y sistémicos que impiden el progreso hacia los ODM de salud. Deberán cumplir los principios de "buenas prácticas" tal y como se estipula en sus propias políticas de desarrollo⁶.

La salud es un derecho humano fundamental. Supone además una importante contribución a la reducción de la pobreza, el desarrollo social, la seguridad humana... Y el crecimiento económico.

La UE y los Estados miembros deben asegurar que los ODM de salud no son un compromiso caritativo de lujo desechables cuando las cosas se ponen mal ni un compromiso caritativo de lujo. Los objetivos son un compromiso de justicia y derechos que todos los gobiernos deben promover y proteger. Los fundamentos para actuar son ahora más sólidos que nunca. Se necesita una inversión rápida y sustancial para establecer sistemas de salud, modalidades de ayuda y la financiación de ayuda al desarrollo necesaria para conseguir los ODM. Los gobiernos donantes han demostrado que pueden operar con rapidez y generosidad para salvar a sus propias instituciones financieras y proteger a sus ciudadanos y ciudadanas. Ahora deben aplicar esta filosofía con el Sur: allí donde la crisis económica golpeará más fuerte. Pueden hacerlo, y deben hacerlo.

Nunca antes la necesidad de actuar había sido tan grande. Nunca antes el potencial de cambio había sido mayor.

Salud en Crisis finaliza con diez recomendaciones para la acción. Acción por la Salud Global hace un llamamiento a la UE y sus Estados miembros para que respondan ante la crisis económica internacional acelerando una respuesta a la crisis de salud mundial que incluyan resultados en salud centrados en las personas pobres y que marcarán la diferencia para los ODM de salud. También hacemos un llamamiento para que se pongan en práctica los principios básicos de "más ayuda, mejor repartida" para garantizar y dar prioridad al derecho universal a la salud, a la igualdad de género y a la apropiación democrática de la ayuda al desarrollo.

Acción por la Salud Global hace un llamamiento a mejorar la efectividad de la ayuda al desarrollo a través de: i) una división del trabajo orientada por resultados ii) sistemas nacionales participativos y sensibles a las necesidades reales de la ciudadanía, iii) ayuda predecible para la salud, y iv) a rendición de cuentas genuinamente mutua en materia de resultados. Respecto de la financiación de ayuda, hacemos un llamamiento a la UE y sus Estados miembros para que cumplan sus antiguos compromisos de ayuda (reiterados en la Declaración sobre Financiación para el Desarrollo en Doha, en 2008) y den prioridad al gasto en salud (tal y como se comprometieron en la Agenda para la Acción sobre los ODM de la UE en 2008). Solicitamos también el uso de las mejores prácticas dentro del desarrollo y la puesta en marcha de una financiación innovadora.

⁶ The European Consensus On Development: Joint Statement By The Council And The Representatives Of The Governments Of The Member States Meeting Within The Council, The European Parliament And The Commission, [El consenso europeo en desarrollo: declaración conjunta del Consejo y los representantes de los gobiernos de los Estados Miembro reunidos en el Consejo, el Parlamento Europeo y la Comisión], Consejo de la Unión Europea, noviembre de 2005.



Recomendaciones

Acción por la Salud Global insta a la UE y sus Estados miembros a:

1. ACTUAR CON RAPIDEZ SOBRE LA CRISIS DE SALUD INTERNACIONAL

Al responder a la crisis económica internacional, dar prioridad y acelerar la respuesta a la crisis de salud internacional. Cumplir los compromisos de ayuda y mejorar la efectividad de la misma centrándose en los resultados en salud a favor de las personas pobres y más vulnerables que favorecerán el cumplimiento de los ODM de salud.

2. CUMPLIR CON SUS OBLIGACIONES Y GARANTIZAR EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD

Garantizar el derecho universal a la salud, incluyendo al Estado como responsable principal, como prioridad para los países donantes y socios de la ayuda oficial en salud.

3. ASEGURAR LA IGUALDAD DE GÉNERO REAL

Asegurar la igualdad de género constituye un componente esencial en la toma de decisiones para proporcionar una ayuda al desarrollo efectiva, para la reducción de la pobreza y para el logro de los ODM de salud.

4. GARANTIZAR LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROCESOS DE AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO

Dar prioridad al principio de la apropiación democrática de la ayuda. Llevarla a cabo a través de la participación significativa de todos los actores implicados (desde el nivel local al internacional), incluyendo a la sociedad civil y los parlamentos, para asegurar el control, la transparencia y la efectividad de los presupuestos y políticas de salud.

5. DIVIDIR EL TRABAJO Y CONSEGUIR RESULTADOS REALES

Trabajar sobre una división del trabajo orientada a resultados que contribuya a fortalecer los sistemas de salud, incluyendo la asignación adecuada de recursos para todos los países socios junto con una participación significativa de la sociedad civil.

6. EVITAR ESTRUCTURAS DE FINANCIACIÓN PARALELAS Y ALINEARLAS CON LOS SISTEMAS DE LOS PAÍSES SOCIOS

Utilizar una combinación apropiada de mecanismos de financiación, que incluya el apoyo presupuestario sectorial para la salud y el apoyo presupuestario general, con todas las modalidades de ayuda alineadas con los sistemas del país socio y que contribuyan a mejorar los resultados de salud.

7. PROPORCIONAR UNA AYUDA EN SALUD A LARGO PLAZO Y PREDECIBLE

Mejorar la condición predecible de la ayuda en salud para contribuir a que se consigan mejores y más sostenibles resultados de salud y más sostenibles.

8. RENDIR CUENTAS Y CENTRARSE EN LA MEJORA DE LA SALUD

Garantizar la rendición de cuentas mutua de gobiernos donantes y socios orientada a obtención de resultados en salud, vinculando la ayuda oficial con marcos de gestión orientada hacia el cumplimiento de los ODM de salud.

9. CUMPLIR LAS PROMESAS Y LOS COMPROMISOS DE AYUDA OFICIAL

Cumplir urgentemente los compromisos ya realizados de ayuda oficial, incluyendo el gasto del 0,7% del Producto Interior Bruto (PIB) en la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), tal y como se reitera en la Declaración de Doha sobre Financiación para el Desarrollo, (2008); y dar prioridad al gasto en salud.

10. UTILIZAR NUEVOS MECANISMOS PARA CONSEGUIR FONDOS ADICIONALES

Utilizar buenas prácticas de financiación innovadora para conseguir que los mecanismos de financiación para la salud generen realmente nuevos fondos y aumente su condición predecible y su sostenibilidad para fortalecer los sistemas de salud.

SECCIÓN UNO:

INTRODUCCIÓN: CRISIS ECONÓMICA, CRISIS DE SALUD

En tiempos de crisis

El mundo se enfrenta ahora a una crisis económica de inmensa magnitud. Incluso las naciones más prósperas luchan por controlar una caída que se prevé tres veces más grave y tres veces más larga que en ciclos anteriores⁷. Sin embargo, el mundo continúa enfrentándose a otra crisis. A mitad de camino hacia la meta de 2015, los tres Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) de salud están claramente atrasados. Esta vergonzosa falta de resultados acaba con la vida de millones de personas en los países en desarrollo. La salud es un derecho para todos y todas, que tanto los países donantes como los países socios se han comprometido a garantizar, pero que hasta el momento no lo han conseguido.

Según el Banco Mundial, 94 de 116 países en desarrollo ya han experimentado una caída en sus crecimientos económicos. A pesar de ello, sólo un cuarto de los países más vulnerables tienen los recursos para prevenir un aumento de la pobreza⁸. Sólo en el África subsahariana se estima que la reducción del crecimiento costará a los 390 millones de personas que viven en pobreza extrema, 18.000 millones de dólares estadounidenses, lo que representa una reducción del 20% en su renta per cápita⁹. Y ya estima con que la crisis tendrá un impacto severo en la salud de las personas. Las previsiones refieren

con un incremento de 200.000 a 400.000 casos de mortalidad infantil, fuertemente vinculada a un dramático incremento en la malnutrición infantil¹⁰.

La débil capacidad de los países más pobres del mundo limitará las posibilidades de proteger a su ciudadanía de la crisis. Este es particularmente el caso en muchos de los países que más lejos se encuentran de conseguir los ODM. Por esto mismo, el papel de la ayuda internacional será más vital que nunca¹¹.

“Las crecientes restricciones financieras, junto con el incremento de los precios de alimentos y combustible, dificultarán aún más las cosas a los gobiernos de los países en desarrollo en su objetivo de proteger a sus ciudadanos y ciudadanas más pobres”.¹²

Robert Zoellick, Director del Banco Mundial

Los 22 países más pobres del planeta podrían necesitar unos 25.000 millones de dólares estadounidenses adicionales en ayuda al desarrollo para poder capear este año. Pero si la crisis es peor de lo esperado, esa cifra podría ascender a 140.000 millones de dólares estadounidenses¹³.

7 Market Pulse Series: Financial Crisis and the Government Rescue Plan: What Does the Future Hold, [Series de pulso del mercado: Crisis financiera y plan de rescate del gobierno: ¿qué nos depara el futuro?] New York University, Stern School of Business, Comentarios del Catedrático Nouriel Roubini.

8 Crisis Reveals Growing Finance Gaps for Developing Countries [La crisis pone de relieve las lagunas financieras para los países en desarrollo], Banco Mundial, 8 de marzo de 2009 <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:22093316~menuPK:34463~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>.

9 Véase nota pie 3.

10 Idem.

11 Idem.

12 Entrevista con Reuters, octubre de 2008.

13 The Implications of the Global Financial Crisis for Low-Income Countries, [Las implicaciones de la crisis financiera mundial para los países con bajos ingresos] Fondo Monetario Internacional, Marzo de 2009.



Fotografía:
© Javier Arcenilla y
Médicos del Mundo

Cuadro 1: Los objetivos de Desarrollo del Milenio de salud

ODM 4: Reducción mortalidad infantil:

Objetivo: Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños y las niñas menores de 5 años.

ODM 5: Mejorar la salud materna

Objetivos: Reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes. Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades

Objetivos: Alcanzar el acceso universal al tratamiento del VIH/SIDA de todos los necesitados para 2010. Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves.

Acción por la Salud Global sostiene que los donantes son responsables de garantizar que esta crisis, creada por el sector financiero en su propio terreno, no aplaste a las naciones más pobres del mundo.

Mientras que el mundo se tambalea por la crisis económica, no se debe olvidar la crisis de salud internacional existente y en proceso ya de empeoramiento. Al contrario, en el contexto de una caída económica, debemos acelerar los esfuerzos

para cumplir los ODM: asegurando más ímpetu, más compromiso y mejores resultados.

Cumplir los objetivos previstos en 2009 es más vital que nunca. Más de mil millones de personas, la mayoría de ellas mujeres y niñas, ya viven en una pobreza extrema, con bajos ingresos, privadas de sus derechos a la salud, la educación y otros elementos para el bienestar. En una crisis causada por el mundo rico, las personas pobres son las que ya están en el mayor estado de necesidad y son las que más sufrirán. A medida que caen los precios de los productos y los flujos de inversión se reducen, son precisamente estas personas las primeras que pierden el trabajo, sufren la reducción de ingresos familiares y sufren los efectos del incremento de los precios en los alimentos. Sus países suelen tener una capacidad limitada para proteger a las personas más vulnerables, en un momento en el que el gasto público y los servicios son más necesarios que nunca. Como resultado de ello, son los y las pobres quienes también ven reducida su capacidad de acceder a servicios de salud y medicinas, y quienes se enfrentan a mayores enfermedades.

Los ODM de salud: Avance, pero en absoluto suficiente

Desde que los gobiernos del mundo acordaron los tres ODM relacionados con la salud en 2000¹⁴, se ha progresado algo, por ejemplo en la prevención de la malaria a través del reparto de mosquiteras tratadas con insecticidas¹⁵. Sin embargo, las estadísticas nos cuentan la dura realidad. Los índices de mortalidad materna, por caso, disminuyeron menos de un 1% entre 1990 y 2005. Y todavía hoy, en 2009, cada minuto¹⁶ una mujer muere durante el parto.

Incluso el avance conseguido no ha sido equilibrado: ha habido grandes desigualdades tanto dentro de un país como entre los diferentes países. La “brecha de salud” entre el Norte y el Sur es particularmente terrible. Por ejemplo, a pesar del ODM 4, un niño o una niña que nace en un país en desarrollo tiene 13 veces más posibilidades de morir en los cinco primeros años que quienes nacieron en un país desarrollado¹⁷. También hay terribles diferencias entre regiones; por ejemplo, el África subsahariana por sí sola sufre aproximadamente la mitad de todas las muertes infantiles de niños/as menores de 5 años. Y también entre distintos grupos de población, por ejemplo, con índices de mortalidad más altos entre niños y niñas de familias pobres y rurales,

cuyas madres no han tenido una educación básica. Mientras tanto, el género continúa siendo motivo de desigualdad dentro del sector salud. Por ejemplo, en el África subsahariana, aproximadamente un 75% de las infecciones por VIH entre personas de 15 a 24 años se producen en mujeres¹⁸.

Una buena salud es el factor más importante para generar desarrollo y crecimiento económico. La falta de salud es al mismo tiempo una causa y una consecuencia de la pobreza¹⁹. Así pues, si se quieren alcanzar los ODM, es vital abordar las causas de la pobreza²⁰ y la desigualdad de género. **Si los países donantes utilizan la crisis como una excusa para no cumplir sus obligaciones mundiales, la grave crisis actual podría convertirse en catastrófica.**

Efectividad de la ayuda y financiación para la salud: 2008, ¿un año de oportunidades perdidas?

Tal y como se defendía en los dos informes previos de Acción por la Salud Global (Alerta de Salud y Ayuda Saludable) una mayor efectividad en la financiación para la salud, o “más ayuda, mejor repartida”, son cruciales para conseguir los ODM de salud. Los

Cuadro 2: Principios clave de efectividad en la ayuda y financiación de ayuda para la salud

Acción por la Salud Global cree que es vital que haya “más ayuda y mejor repartida”. Pero no es suficiente. Para conseguir los ODM relacionados con la salud, y crear un verdadero cambio en las vidas de la gente en los países en desarrollo, todas las políticas, procesos y modalidades de financiación deben promover y poner en práctica:

1. El derecho a la salud

- Consagrado en los compromisos internacionales como la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y la Declaración de Alma-Ata (1978).
- Garantiza la salud como un derecho fundamental de todos y todas, y obliga a los estados a proteger la salud física y mental y el bienestar de sus ciudadanos y ciudadanas. Exige marcos legales y de políticas para apoyar la no discriminación y la igualdad, y promueve el acceso universal a los recursos y servicios. Necesita la participación de la sociedad civil en la formulación y aplicación de políticas y programas, y para exigir a los Gobiernos rendición de cuentas.

2. Igualdad de Género

- Consagrado en compromisos internacionales como la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979) y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, El Cairo, 1994).
- Garantiza la plena igualdad de mujeres, niñas, hombres y niños, incluidas las minorías sexuales, en relación con todos los aspectos de la vida económica, política y social, incluida la salud. Exige marcos legales y de políticas, complementados con inversiones concretas y la participación sistemática de grupos de género en el desarrollo y la adopción de decisiones sobre políticas y programas. Es fundamental para lograr el derecho a la salud.

3. Apropiación democrática

- Garantiza tanto los procesos democráticos formales y la participación de los interesados ajenos al gobierno en el desarrollo, adopción y seguimiento de políticas y programas, incluidas las relacionadas con la salud. Incorpora un control parlamentario activo y una presentación de informes transparente. También implica mecanismos participativos abiertos a fin de que la sociedad civil participe desde los niveles local a mundial, incluidos los representantes de comunidades de pobres, mujeres y marginados.

14 Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, Asamblea General de Naciones Unidas, septiembre de 2000.

15 El informe de los Objetivos de Desarrollo del Milenio: 2008, Naciones Unidas, agosto de 2008.

16 Idem.

17 Véase nota al pie 4.

18 UNAIDS Technical Meeting on Young Women in HIV Hyper-Endemic Countries of Southern Africa, [UNAIDS Reunión Técnica sobre Mujeres Jóvenes en Países con Grandes Índices de VIH del sur de África] UNAIDS, 2008.

19 Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development, [Macroeconomía y salud: invertir en salud para el desarrollo económico] Informe de la Comisión de Macroeconomía y Salud (CMS), Organización Mundial de la Salud (OMS), 2001.

20 ODM, Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Salud, OMS, 2005.

fondos para la ayuda al desarrollo se suelen definir como un porcentaje del Producto Interior Bruto (PIB). El descenso en la productividad en los países donantes, combinado con la devaluación del euro y la libra, ya están causando que los flujos de ayuda se reduzcan en términos reales. Esto hace que los compromisos financieros y la mejora del rendimiento de los donantes sean más urgentes que nunca.

“La crisis llega en un frágil momento para la salud pública. Estamos en medio del impulso más ambicioso de la historia para abordar las causas originales de la pobreza y reducir las brechas en los resultados de salud. Nadie quiere que las cosas se queden como están”²¹

Margaret Chan,
Directora General de la Organización Mundial de la Salud

2008 fue un año de oportunidades para las dos áreas y fue el telón de fondo de una serie de eventos internacionales clave: el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo (Accra, Ghana), la Reunión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre los ODM (Nueva York) y la Conferencia de Financiación para el Desarrollo (Doha, Qatar). Acción por la Salud Global mantuvo una participación activa en todas ellas, compartiendo las altas expectativas de que se produjera un impulso renovado y unos compromisos fortalecidos. A pesar de que los resultados de las reuniones fueron insatisfactorios, al menos proporcionan la base para que la sociedad civil pueda seguir de cerca el avance hacia estos objetivos. La gran pregunta ahora es: ¿Cómo podemos asegurar que los compromisos realizados se llevan realmente a término y benefician precisamente al sector salud? La crisis económica representa una oportunidad para los donantes de convertir en realidad su retórica sobre igualdad y justicia social. Ya no se acepta la mentalidad de “el negocio de siempre”. Mejorar la salud y el bienestar de las personas más pobres del mundo debe ser una parte integral de la respuesta a la crisis.

La EU y los Estados miembros: 2009, ¿un año de acción?

De forma colectiva la UE y sus Estados miembros representan el mayor donante de ayuda internacional en el mundo. Son responsables del 60% de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Tal y

Acción por la Salud Global urge a que el gasto sea a favor de las personas pobres y más vulnerables: promulgando el derecho a la salud, la igualdad de género y la apropiación democrática para asegurar que aquellas personas que ya han sido las más afectadas por la crisis de salud global no sufran todavía más por la crisis económica internacional.

como se subrayaba en el Consenso Europeo sobre Desarrollo²², estos países citan la erradicación de la pobreza y el logro de los ODM como objetivos generales de su política de desarrollo.

Después de haber participado activamente en los eventos sobre la efectividad de la ayuda y financiación para el desarrollo en el 2008, la UE sus Estados miembros tienen la responsabilidad especial de desempeñar un papel de liderazgo y continuar con el trabajo en 2009.

Acción por la Salud Global: una llamada a la acción

Este informe, Salud en Crisis, se apoya en los anteriores informes (Alerta de Salud y Ayuda Saludable). Los actualiza con los resultados de los eventos relacionados con la ayuda de 2008 y argumenta por qué, ante el duro telón de fondo de la crisis económico-financiera, la UE sus Estados miembros deben acelerar las acciones para conseguir mejoras reales y tangibles en salud para todos los países en desarrollo.

Tienen que cumplir sus compromisos financieros, utilizar la ayuda de forma más efectiva, eficiente y responsable, y luchar contra las injusticias. El gasto no sólo debe ser adecuado y eficiente. Debe realizarse a favor de las personas pobres: promulgando el derecho a la salud, la igualdad de género y la apropiación democrática para asegurar que aquellas personas que ya han sido las más afectadas por la crisis de salud global no sufran todavía más por la crisis económica internacional.

La crisis económica no tiene porqué traducirse en una reducción de la ayuda para la salud. No hay una conexión automática y lineal. Depende de la voluntad política de los donantes²³. De hecho, una crisis así presenta una oportunidad para hacer las cosas de forma diferente: para cumplir compromisos, mantener o incluso aumentar el gasto y utilizar la ayuda de una forma más efectiva y a favor de las personas pobres y vulnerables.

21 Comentarios en la Reunión de Alto Nivel sobre la Crisis Financiera y la Salud Global, Ginebra, Suiza, 19 de enero de 2009.

22 Véase nota al pie 6.

23 The Impact of the Financial Crisis: Learning From Past Recessions, [El impacto de la crisis financiera: aprendiendo de recesiones pasadas] presentado por David B Evans, Director del Departamento de Financiación de Sistemas de Salud, OMS, en Acción por la Salud Global: Conferencia internacional, Roma, febrero de 2009.

SECCIÓN DOS:

EFFECTIVIDAD DE LA AYUDA EN SALUD: TODAVÍA QUEDA MUCHO CAMINO POR RECORRER

Resumen

En 2005, los donantes adoptaron la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo. Esta ponía el énfasis en áreas como la apropiación, la gestión orientada a resultados y la rendición mutua de cuentas. En el 2008, a medida que la crisis económica internacional aumentaba, los gobiernos se reunieron en el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo en Accra. Aquí fue donde se adoptaron más compromisos para fortalecer la efectividad de la ayuda en los países en desarrollo. Esto incluía fortalecer la apropiación nacional, construir relaciones más efectivas para el desarrollo y rendición de cuentas orientada a la obtención de resultados. La UE y sus Estados miembro se comprometieron a jugar un papel líder en la efectividad de la ayuda, con el objetivo de conseguir "más ayuda, mejor repartida" y, a cambio, aumentar el avance hacia los ODM, incluyendo los de salud.

Acción por la Salud Global considera que en Accra se realizaron importantes compromisos, específicamente por parte de la UE y sus Estados miembros. Pero pensamos que esa efectividad de la ayuda mejorada dependerá al final de cómo se implementen estos compromisos y si se consiguen los resultados. Si los compromisos se quedan sólo en palabras, la crisis económica internacional implicará que las personas que ya son las más afectadas por la crisis de salud sufrirán todavía más. Nosotros y nosotras abogamos porque estos compromisos se implementen inmediatamente y de tal forma que los resultados en la salud mejoren y se consigan los ODM de salud. En particular, se deberá fortalecer la responsabilidad mutua para el desarrollo, incluyendo el papel de la sociedad civil para exigir a los gobiernos donantes y socios que cumplan lo que han prometido.

Introducción

De forma global, la ayuda para la salud aumentó en más del doble durante el periodo 2000-2006, de 6.800 millones de dólares estadounidenses a 16.700 millones de dólares estadounidenses²⁴. Sin embargo, tal y como se detalla la sección 3 de este informe, el nivel queda muy por debajo de lo que se había prometido y de lo que es necesario para conseguir los ODM de salud²⁵. El hecho de que los recursos disponibles no se han invertido a menudo de forma efectiva, aleja aún más los ODM. En tiempos de crisis económica, es particularmente esencial que los donantes no sólo cumplan sus promesas y aumenten la ayuda en salud; también tienen que proporcionar su ayuda de la forma más efectiva posible.

"La crisis financiera exige que la Comunidad Internacional de salud se haga algunas preguntas fundamentales sobre la forma en la que se opera."

Crisis Financiera y Salud Global, informe de la Consulta de Alto Nivel sobre Crisis Financiera, OMS, enero de 2009²⁶

Esto significa convertirla en mejoras reales en las vidas de las personas, incluyendo aquellas que son las más pobres, las más marginadas y las afectadas de forma desproporcionada por la crisis económica, como las mujeres, las comunidades rurales y los grupos vulnerables.

24 www.who.int/hdp/publications/effectiveaid_betterhealth_en.pdf.

25 La Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS estimó que para conseguir los ODM relacionados con la salud en 2015, la AOD donada total para la salud debería haber llegado a los 27.000 millones en el 2007 y alcanzar los 38.000 millones para el 2015, http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/afgh_policy_reports_health_warning.

26 Crisis Financiera y Salud Global, informe de la Consulta de Alto Nivel sobre la Crisis Financiera, OMS, enero de 2009



Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo y el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo, Accra (Ghana)

La Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo se firmó en 2005²⁷. La Declaración comprometió a la UE, sus Estados miembros y otros países a realizar mejoras en la calidad de su ayuda en 5 importantes áreas. Se fijaron metas específicas a las que hay que llegar en 2010 (ver Cuadro 3).

Fotografía:
© Javier Arcenilla y
Médicos del Mundo

Cuadro 3: Declaración de París: principios y objetivos para mejorar la efectividad de la ayuda

Principio 1: Apropiación - Los países socios ejercen un liderazgo eficaz sobre sus políticas de desarrollo.

Principio 2: Alineación - Los donantes basan todo su apoyo en las estrategias de desarrollo nacional de los países socios.

Principio 3: Armonización - Las acciones de los donantes están más armonizadas, son más transparentes y colectivamente eficaces.

Principio 4: Gestión orientada a resultados - Gestión orientada a resultados: gestionar los recursos y mejorar la toma de decisiones para asegurar resultados.

Principio 5: Rendición de cuentas mutua - los donantes y los socios son responsables de los resultados en el desarrollo.

Ejemplos de los objetivos para 2010²⁸:

- Al menos el 75% de los países socios posee estrategias nacionales de desarrollo operativas.
- Reducir a la mitad la proporción de flujos de ayuda al sector gubernamental que no se recoge en informes sobre el presupuesto del gobierno.
- Disminuir a la mitad la ayuda que no se desembolsa dentro del año fiscal para el que estaba programada.
- El 66% de los flujos de ayuda se proporciona en el contexto de enfoques basados en programas.

²⁷ Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo, OCDE 2005, <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>.

²⁸ Véase la nota al pie 27

En septiembre de 2008, punto crucial intermedio para alcanzar los objetivos de la Declaración de París en 2010, los presidentes y ministros de los países en desarrollo y los países donantes se reunieron en el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo en Accra. Revisaron los avances y adoptaron la Agenda para la Acción de Accra²⁹. Esta se basa en tres compromisos prioritarios centrados en los principios y objetivos de la Declaración de París [ver cuadro 4].

Cuadro 4: Agenda para la Acción de Accra: compromisos prioritarios para mejorar la efectividad de la ayuda

Compromiso 1: Fortalecer la apropiación nacional.

Compromiso 2: Construir asociaciones más efectivas e inclusivas entre los actores del desarrollo.

Compromiso 3: Mejorar la administración de recursos y la toma de decisiones para obtener resultados orientados al desarrollo.

Acción por la Salud Global aplaude el reconocimiento por parte de la Agenda para la Acción de Accra del papel de la sociedad civil y los y las parlamentarios y parlamentarias como actores clave en el desarrollo. **También celebramos su reconocimiento de los derechos humanos y la igualdad de género como base para el desarrollo y piedra angular para conseguir un impacto sostenible.** Estas prometedoras referencias fueron el resultado de la posición fuerte y coherente defendida por la UE y sus Estados miembros en las negociaciones sobre el lenguaje del texto final. Sin embargo, a Acción por la Salud Global le preocupa que no figuren compromisos específicos y medibles sobre los derechos humanos y la igualdad de género en la Agenda para la Acción de Accra (AAA).

A continuación se resumen los tres compromisos prioritarios recogidos en la Agenda de Acción de Accra y se destacan los asuntos clave relacionados con la salud:

Compromiso número 1 de la Agenda para la Acción de Accra: Fortalecer la apropiación nacional

La Agenda amplía el principio de apropiación de la Declaración de París al referirse a la apropiación nacional. Reconoce la necesidad de aumentar la capacidad de todos los agentes de desarrollo, incluida la sociedad civil, a fin de desempeñar

una función activa en los diálogos y en la creación de políticas de desarrollo. **Acción por la Salud Global considera que es vital el reconocimiento de las organizaciones de la sociedad civil como agentes de desarrollo es vital, ya que fortalece la apropiación nacional.** Las opiniones y preocupaciones de la ciudadanía deben ser prioritarias en las estrategias y planes de salud nacionales, regionales y locales a fin de mejorar los resultados en materia de salud, incluyendo a la población más pobre y marginada y vulnerable.

En la práctica, sin embargo, hasta la fecha la implementación de la apropiación nacional se ha centrado principalmente en el gobierno central y los ministerios de Economía. **Acción por la Salud Global insta a los donantes a que no sólo hagan participar a la sociedad civil en todos los niveles, sino a que apoyen y promuevan a los ministerios del sector (como el Ministerio de Salud) como partes interesadas clave en la planificación, implementación, seguimiento y evaluación de la ayuda.** En muchos países receptores, el Ministerio de Salud no tiene la capacidad ni el poder de negociar como socio en pie de igualdad con el Ministerio de Economía y Finanzas en el diálogo presupuestario. A la vez, esta situación puede derivar en unos presupuestos insuficientes en el área de salud. Su capacidad limitada también es una restricción tanto para el desarrollo como para la implementación de políticas bien formuladas en materia de salud³⁰. **Acción por la Salud Global es partidaria de que los donantes aumenten la inversión en asistencia técnica para fortalecer el Ministerio de Salud, tanto en su capacidad para desarrollar planes bien formulados en materia de salud, como en su participación efectiva en el diálogo presupuestario.**

Compromiso número 2 de la Agenda para la Acción de Accra: Construir asociaciones más efectivas e inclusivas entre los agentes de desarrollo

La efectividad de la ayuda se reduce cuando hay demasiadas iniciativas duplicadas, tanto en el nivel del país como del sector. El objetivo de la creación de asociaciones más efectivas e inclusivas para el desarrollo es reducir la fragmentación de la ayuda al mejorar la complementariedad de los esfuerzos de los donantes y la división del trabajo entre estos.

29 Agenda de Acción de Accra, OCDE 2008 <http://siteresources.worldbank.org/ACCRAEXT/Resources/4700790-1217425866038/AAA-4-SEPTEMBER-FINAL-16h00.pdf>.

30 Special Report on EC Development Assistance to Health Services in Sub-Saharan Africa, Tribunal de Cuentas Europeo, 2008, <http://eca.europa.eu/portal/pls/portal/docs/1/2020216.PDF>.

Este dato adquiere una importancia decisiva en relación con la ayuda destinada al sector de salud, que en muchos países va acompañada de un elevado nivel de fragmentación y duplicación. En el informe Ayuda Saludable³¹, Acción por la Salud Global expresó su preocupación en torno de las numerosas iniciativas de coordinación pensadas para armonizar la ayuda destinada al sector de salud, todas ellas puestas en marcha en 2007, y que desembocaron en una mayor confusión en lugar de propiciar una mejora de la coordinación. Entre las más destacadas figuran iniciativas como International Health Partnership (IHP), Providing for Health Initiative y Deliver Now for Women and Children Initiative. En 2008, se agruparon bajo el paraguas del sistema IHP and Related Initiatives (IHP+) con el objeto de mejorar la armonización. Sin embargo, **Acción por la Salud Global mantiene sus reservas en cuanto a la efectividad práctica y conjunta de las iniciativas.**

Compromiso número 3 de la Agenda para la Acción de Accra: Gestionar los recursos y rendir cuentas orientados a conseguir resultados en desarrollo

La gestión de los recursos y la rendición de cuentas orientados a la consecución de resultados en desarrollo tiene que ver con la transparencia, la mutua rendición de cuentas y la previsibilidad de

la ayuda. Estos elementos resultan especialmente importantes para el sector salud, en el que la poca estabilidad de las ayudas continúa estando al orden del día. **La previsibilidad de la ayuda es fundamental para la viabilidad y la sostenibilidad a largo plazo de los proyectos relacionados con la salud.** La mayor parte de intervenciones en este sentido requieren una ayuda a largo plazo y, especialmente, el fortalecimiento de los sistemas de salud y unas garantías salariales y formativas para los y las profesionales de la salud, así como incentivos para impedir la marcha del personal cualificado del país en cuestión. La Organización Mundial de la Salud considera que “largo plazo” se refiere a cualquier período superior a los cinco años³². Los ODM incluso apuestan por un período de 15 años para obtener resultados tangibles en la mortalidad infantil y materna y el control de las enfermedades infecciosas.

Acción por la Salud Global celebra la Iniciativa Internacional de Transparencia de la Ayuda (IATI) lanzada en Accra por el Reino Unido, se trata de un proyecto pensado para facilitar a las personas más desfavorecidas y sus gobiernos el acceso a información sobre el destino de las ayudas. De este modo, los gobiernos socios podrán realizar una planificación más eficaz, ya que sabrán exactamente cuándo recibirán las ayudas³⁴. Los donantes deben definir un conjunto común de criterios de transparencia que permitan evaluar sus

Cuadro 5: Parteneriado Internacional de la Salud e Iniciativas Relacionadas

El sistema IHP nació en el Reino Unido en septiembre de 2007, con el compromiso de mejorar la efectividad de la AOD y de acelerar el cumplimiento de los ODM de salud. El IHP se inspiró en los principios de la Declaración de París, esto es, dotar de mayor coherencia las respuestas de los donantes a escala nacional, canalizando su ayuda oficial a través de un plan de salud nacional impulsado por cada país y fortaleciendo los sistemas de salud nacionales. Los donantes, entre los que figuran los cinco Estados miembros de Acción por la Salud Global (Alemania, España, Francia, Italia y el Reino Unido) y los países en desarrollo son los firmantes de los pactos nacionales del IHP. Hasta la fecha, se han suscrito cuatro pactos (Etiopía, Mozambique, Nepal y Zambia³⁶) unos documentos basados en cinco principios: i) un solo plan de salud por país ii) un solo esquema de políticas y resultados iii) un solo presupuesto iv) un solo sistema y proceso de control y v) un solo proceso de validación de alcance nacional.

En 2008, la IHP se convirtió en IHP+, al agrupar bajo un mismo techo un conjunto de iniciativas relacionadas: Harmonisation for Health in Africa; Innovative Results-Based Financing; The Catalytic Initiative to Save a Million Lives; Providing for Health; Deliver Now for Women and Children; GAVI Health Systems Strengthening; Health Metrics Network; Global Fund National Strategy Applications; Global Health Workforce Alliance y la Iniciativa de los ODM para África del Secretario General de la ONU.

Acción por la Salud Global cree que IHP+ debe desarrollarse para que se desembolse más AOD para la salud, se mejore la rendición de cuentas y se consiga una mayor participación de la sociedad civil. Consideramos que la implicación de la sociedad civil en IHP+ y el desarrollo de los pactos nacionales, así como la rendición de cuentas de gobiernos socios y donantes, son fundamentales para garantizar que esta alianza se traduzca en resultados concretos vinculados a una mejora de la atención de salud, especialmente entre las personas más desfavorecidas. Además, es importante garantizar una representación igualitaria de las mujeres en los procesos de consulta, para reforzar el compromiso con la igualdad de género en los pactos nacionales. Mientras tanto, resulta necesario continuar trabajando en pos de una buena armonización entre las numerosas iniciativas que conviven en el interior de IHP+.

31 <http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/healthyaid>.

32 Sitio web de IHP+: <http://www.internationalhealthpartnership.net/index.html>.

33 Effective Aid: Better Health, informe elaborado por el Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda al Desarrollo de Accra, 2-4 de septiembre de 2008, Banco Mundial, OCDE y OMS: http://www.who.int/hdp/publications/effectiveaid_betterhealth_en.pdf.

34 Conferencia de prensa, Launch of the International Aid Transparency Initiative, septiembre de 2008, <http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/aid-transparency-initiative.asp>.

decisiones. Catorce donantes internacionales se comprometieron a reforzar la transparencia en el marco de la Iniciativa Internacional de Transparencia de la Ayuda. Asimismo, se alcanzó un acuerdo para desarrollar un formato común de difusión de información sobre ayudas en el año 2010³⁵. A la Iniciativa, que entrará en vigor a finales de 2009, se sumarán con toda probabilidad muchos más donantes internacionales.

En lo que respecta al sector salud, Acción por la Salud Global considera asimismo que la idea de IHP+ representa un mecanismo muy interesante para consolidar un marco que posibilite unas ayudas más previsibles y transparentes [véase el cuadro 5].

Compromisos concretos de la UE y los Estados miembros para reforzar la efectividad: su papel en los ODM de salud

La UE y sus Estados miembros se han comprometido a asumir un papel protagonista en la implantación tanto de la Declaración de París como de la Agenda para la Acción de Accra. Antes de Accra, en julio de 2008, el Consejo de Ministros adoptó las Pautas para la participación de la UE en Accra³⁷. Estas pautas se dividen en cuatro ámbitos de mejora de la efectividad de la ayuda que la UE y sus Estados miembros consideran especialmente valiosos (véase el cuadro 6).

A continuación se presenta un resumen de los cuatro ámbitos que abordan las pautas de la UE, subrayando los aspectos clave relacionados con la salud.

Pautas de la UE - Área 1: División del trabajo

En 2007, la UE adoptó un Código de Conducta sobre la división del trabajo³⁸. En virtud de este documento, los Estados miembros se comprometen a centrar las actividades que llevan a cabo en un país socio en unos pocos sectores clave, decididos por el país socio. Cada uno de dichos sectores dispondría de un donante principal, que actuaría en nombre y representación del resto de donantes (donantes “representados” o socios “silenciosos”)³⁹. En el sector salud, una buena división del trabajo es absolutamente esencial, teniendo en cuenta el elevado número y el heterogéneo carácter de los

Cuadro 6: Pautas para la participación de la UE en Accra: Áreas prioritarias de mejora de la efectividad de la ayuda

Área 1: División del trabajo.

Área 2: Uso de los sistemas nacionales.

Área 3: Previsibilidad de la ayuda.

Área 4: Rendición mutua de cuentas orientada a la obtención resultados de desarrollo.

actores del desarrollo en el sector salud en muchos países.

“Debemos reducir el solapamiento y la duplicidad de funciones entre los diferentes organismos y fomentar una mayor sinergia entre los programas relacionados con la salud.”

Crisis Financiera y Salud Global, informe de la Consulta de Alto Nivel sobre la Crisis Financiera, OMS, enero de 2009⁴⁰

Sin embargo, los informes de los países sobre el desarrollo del Código de Conducta de la UE presentan sus claroscuros. En algunos países, los donantes han abandonado el sector de salud, contra la voluntad del gobierno receptor y alegando entre los motivos de su decisión precisamente la división del trabajo⁴². El estudio acerca del caso de Indonesia, presentado en el informe Ayuda Saludable de Acción por la Salud Global, demuestra que Alemania abandonó el sector de salud pese a la voluntad expresada por el gobierno indonesio⁴³.

Acción por la Salud Global observa también con preocupación el riesgo de que la división del trabajo haga excesivo hincapié en el proceso, centrándose más en la coordinación de los donantes que en los resultados concretos que esta colaboración debe propiciar. **En última instancia, la división del trabajo debe medirse en función de los resultados en términos de salud para todos y todas.** Asimismo, planteamos la necesidad de que la sociedad civil se implique a fondo en el proceso para obtener buenos resultados y para llegar a los grupos más vulnerables y desfavorecidos. **Por último, la división del trabajo debería evitar la aparición de países y sectores “huérfanos”, velando por una buena distribución de los recursos que permita a todos los países beneficiarios avanzar con paso firme en el camino de los ODM de salud.**

35 <http://www.dgfoundation.org/news-events/international-aid-transparency-initiative.html>.

36 En marzo de 2009.

37 European Council Guidelines for the EU Participation in Accra, junio de 2008.

38 Código de conducta de la UE relativo a la división de trabajo en las políticas de desarrollo, Informe de la Comisión al Consejo y el Parlamento Europeo, 2007. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0072:FIN:EN:PDF>.

39 Ibídem.

40 Véase la nota 26.

41 Véase la nota 33.

42 http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/healthaid/gesunde_hilfe_german_version.

43 Se trata de los cinco Estados miembros de los que forman parte las organizaciones de Acción por la Salud Global.

Cuadro 7: Estado de la división del trabajo en relación con los cinco Estados miembros de la UE donde están los socios de Acción por la Salud Global⁴⁴

Los socios de Acción por la Salud Global constatan que:

- **Francia** encabeza un grupo de trabajo de la UE en torno al proceso de la división del trabajo y su implantación⁴⁴. En el ámbito nacional, actualmente no es responsable del ámbito de la salud en ninguno de sus países socios, ya que el sector de salud no se considera prioritario⁴⁵.
- **Alemania** colabora con 27 países del África subsahariana⁴⁶. En el año 2008, seleccionó como prioridades de la ayuda para esta región el buen gobierno, el agua y el saneamiento y el fomento del desarrollo económico sostenible, a partir de las ventajas comparativas que consideraba que podía aportar en estos ámbitos⁴⁷. Pese al compromiso político con el sector de salud y a los tímidos avances registrados, la salud no figura todavía entre las prioridades de la cooperación alemana⁴⁸. Ante la situación de crisis económica, Acción por la Salud Global expresa un cierto temor de que esta ayuda pueda disminuir todavía más.
- Las nuevas Pautas de Cooperación al Desarrollo 2009-2011 de **Italia** expresan la voluntad de mejorar la implicación del país en la división del trabajo y de identificar las prioridades geográficas y temáticas. El Ministerio de Asuntos Exteriores ha iniciado un proceso de análisis de su capacidad, cuyos resultados condicionarán la elección de los países socios y los sectores que el gobierno impulsará. Teniendo en cuenta que la salud representa un ámbito prioritario, posiblemente tome las riendas de este sector en algunos países⁴⁹.
- **España** tiene previsto comparar las ventajas de la cooperación en cada sector y país en el año 2012, a partir de las opiniones de los países socios. En la actualidad, el proceso de división del trabajo no presenta referencias a la salud⁵⁰.
- **El Reino Unido** concede prioridad a la salud y ha asumido un papel protagonista en este sector en varios de sus países socios. Por ejemplo, preside el grupo de donantes en materia de salud de Etiopía y es el principal donante en este terreno en Nigeria⁵¹.

Pautas de la UE - Área 2: Uso de los sistemas nacionales

La Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda y la Agenda para la Acción de Accra apuestan por unos enfoques programáticos para sacar el máximo provecho de los sistemas nacionales de cada país. Son varias las modalidades de ayuda que pueden entrar en esta categoría, como por ejemplo los apoyos presupuestarios directos (generales y sectoriales) o los programas de apoyo sectoriales (SWAp, por sus siglas en inglés)⁵². El principal rasgo del apoyo presupuestario general es la ausencia de fondos de asignación obligatoria a sectores o actividades concretos. En cambio, el apoyo presupuestario sectorial canaliza las aportaciones a sectores concretos. Los SWAp son mecanismos de coordinación que permiten reforzar la ayuda a un determinado sector a través de un diálogo político más fluido y de una mejor coordinación de la ayuda destinada a planes sectoriales nacionales.

Acción por la Salud Global subraya la necesidad de que la sociedad civil y los parlamentos se impliquen mucho más en los procesos nacionales de decisión en torno al desarrollo de políticas y las asignaciones presupuestarias.

La Comisión Europea (CE) y algunos Estados miembros de la UE apuestan cada vez más por canalizar la AOD a través de apoyos presupuestarios directos⁵³, especialmente de tipo general, con el objeto de fortalecer los sistemas nacionales de los países con marcos políticos y macroeconómicos más estables y democráticos. Sobre el papel, este planteamiento permite a los gobiernos socios asignar los fondos de acuerdo con sus prioridades. Además, en el ámbito de la salud, brinda la oportunidad de utilizar los nuevos presupuestos para reforzar los sistemas y aumentar los servicios, un requisito previo para alcanzar los ODM.⁵⁴

44 Presentación de la AFD en el Seminario de Acción por la Salud Global celebrado en París el 10 y 11 de febrero de 2009.

45 OECD-DAC Peer Review France, <http://www.oecd.dac.org/dac/peerreviews/france>.

46 Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe – Eine kritische Bestandsaufnahme der deutschen Entwicklungspolitik, "Welthungerhilfe und terre des hommes (Eds.), volumen 16, octubre de 2008, p. 16.

47 Véase Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Länder und Regionen, Länderkonzentration. 2009, disponible en: <http://www.bmz.de/de/laender/partnerlaender/laenderkonzentration/index.html>, consultado por última vez el 26 de febrero de 2009.

48 Gesundheit in Gefahr – Warum Europa jetzt handeln muss, um die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele zu retten, Acción por la Salud Global, Alemania, julio de 2007, pp. 42-45.

49 Linee guida e indirizzi di programmazione 2009-2011. Ministerio de Asuntos Exteriores de Italia, Secretaría General de Cooperación al Desarrollo. Información suministrada por el Ministerio en febrero de 2009.

50 III Plan Director de la Cooperación Española 2009-2012, Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo (borrador) (Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, Ministerio de Asuntos Exteriores), 2009.

51 Draft Health Strategy, Implementation, Monitoring and Evaluation Plan, Departamento de Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFID). <http://www.dfid.gov.uk/aboutdfid/dev-committee/papers/hsimplementation.pdf>.

52 2008 Survey on Monitoring the Paris Declaration, OECD-DAC. http://www.oecd.org/document/31/0,3343,en_21571361_39494699_39764_063_1_1_1_1,00.htm.

53 De conformidad con el Consejo de la Unión Europea, en las conclusiones Speeding up towards the Millennium Development Goals de mayo de 2008, que hacen especial hincapié en la importancia de aprovechar los sistemas nacionales para reforzar la armonización y la corresponsabilidad.

54 Véase la nota 30.

Sin embargo, no son pocas las dificultades, tal y como puso de manifiesto un estudio del Tribunal de Cuentas Europeo acerca de la ayuda al desarrollo a los servicios de salud en África subsahariana de la CE⁵⁵, centrado especialmente en los apoyos presupuestarios generales (APG) relacionados con la salud. El estudio constató la dificultad de controlar los APG y valorar su efectividad en relación con la mejora de los servicios de salud, especialmente de cara a las comunidades más desfavorecidas y las necesidades más desatendidas, como la salud sexual y reproductiva. Asimismo, el análisis de la OMS de las políticas en materia de salud expuesto en el documento Poverty Reduction Strategy Papers⁵⁶ ha puesto de manifiesto la poca atención que las estrategias nacionales en materia de la salud dedican a la pobreza. **Para conseguir que los APG incidan más en la mejora de los resultados en el ámbito de la salud, especialmente entre las poblaciones más pobres, marginadas y vulnerables, resulta imprescindible incorporar indicadores de efectividad.**

Acción por la Salud Global destaca asimismo la necesidad de que la sociedad civil y los parlamentos se impliquen mucho más en los procesos nacionales de decisión en torno al desarrollo de políticas y las asignaciones presupuestarias. Y es que los apoyos presupuestarios sólo desembocarán en mejores resultados en materia de salud si existe una intensa corresponsabilidad democrática. La sociedad civil puede desempeñar también un papel fundamental a la hora de monitorear el modo en que el apoyo presupuestario repercute positivamente en el acceso a los servicios de salud para aquellos y aquellas los que lo necesiten y la manera en la que contribuye a luchar contra la desigualdad de género. Y para que la sociedad civil pueda asumir esta función evaluadora, resulta fundamental invertir en la formación de la ciudadanía para controlar el gasto público. Uno de los objetivos de la Declaración de Abuja⁵⁷ era que un 15% de los presupuestos de los países africanos se destinara a salud, un compromiso que sin duda debe figurar entre los criterios prioritarios a partir de los cuales la sociedad civil debe evaluar la acción de sus gobernantes.

Cuadro 8: Estado del uso de los sistemas nacionales en relación con los cinco Estados miembros de la UE donde están los Socios de Acción por la Salud Global

Los socios de Acción por la Salud Global constatan que:

- **Francia** recurre a diferentes instrumentos de ayuda, desde la ayuda para proyectos hasta los apoyos presupuestarios. El enfoque aplicado tiene un matiz cada vez más sectorial, siempre que las condiciones del país socio lo permitan. Aunque la Agencia para el Desarrollo de Francia utiliza habitualmente contratistas locales para desplegar sus proyectos y programas, la cooperación canalizada a través del Ministerio de Asuntos Exteriores no recurre tan a menudo a recursos nacionales⁵⁸.
- **Alemania** valora los apoyos presupuestarios como instrumentos complementarios de sus tradicionales ayudas por proyectos. El Ministerio de Desarrollo y Cooperación Económica se ha mostrado dispuesto a incrementar gradualmente la financiación programática conjunta, y con ella los apoyos presupuestarios generales. Hasta la fecha, este planteamiento se ha aplicado en 35 países, con un volumen total previsto de 549 millones de euros en 2009, muy por encima de los 400 millones de 2008. El parlamento alemán no se ha mostrado tan entusiasta en relación con la financiación basada en apoyos presupuestarios generales⁵⁹.
- **Italia** no se muestra especialmente partidaria del uso de los sistemas nacionales⁶⁰. En comparación con otros donantes, recurre muy poco a los apoyos presupuestarios directos. Entre 2006 y 2007, sólo facilitaron estas ayudas a dos países socios Mozambique y Líbano aunque sin especificar el nivel de inversión en materia de salud. Las Pautas de Cooperación al Desarrollo 2009-2011 de Italia expresan la voluntad de utilizar más los apoyos presupuestarios directos y los SWAp en el futuro, aunque todavía no se ha trazado ningún plan de acción más detallado⁶¹.
- **España**, a través de su nuevo Plan Director de la Cooperación Internacional 2009-2012, tiene previsto asignar por lo menos el 60% de su AOD en materia de salud a través de apoyos presupuestarios sectoriales, y también a través de la iniciativa IHP+⁶². Hasta la fecha, la mayor parte de AOD en materia de salud se ha distribuido bilateralmente, a través de la financiación de proyectos (uno ó dos años) o de programas a largo plazo (cuatro años) o bien a través de organismos multilaterales, como la ONU.
- En cuanto al Reino Unido, la utilización de apoyos presupuestarios sectoriales y de inversiones multilaterales ha aumentado en los últimos años, así como, en menor medida, las ayudas en materia de salud a través de apoyos presupuestarios generales. Entre 2007 y 2008, el dinero canalizado a través de apoyos presupuestarios generales representó el 10% de los programas bilaterales británicos en materia de salud, mientras que los apoyos sectoriales ascendieron al 21%⁶⁴.

55 Ibidem.

56 Ibidem.

57 Declaración de Abuja sobre VIH/SIDA, tuberculosis y otras enfermedades infecciosas relacionadas, 2001, http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf.

58 Véase la nota 30.

59 Véase la nota 45.

60 Transcripción de una entrevista a un funcionario alemán de cooperación al desarrollo realizada en Berlín en el año 2007.

61 Encuesta de seguimiento de la Declaración de París. OCDE/CAD, 2008.

62 Importe total recibido por Mozambique: 12.435.000 € en tres años. Fuente: Ministerio de Asuntos Exteriores de Italia, Dirección General de Cooperación al Desarrollo, Delibera n. 65, 9/10/2006. Importe total recibido por Líbano: 10.000.000 €. Fuente: Ministerio de Asuntos Exteriores de Italia, Dirección General de Cooperación al Desarrollo, Delibera n. 136, 15/10/2007.

63 Véase la nota 50.

64 Estadísticas sobre desarrollo internacional, DFID, 2008.

Por último, tal y como recomendábamos en nuestro informe Ayuda Saludable, **Acción por la Salud Global defiende la conveniencia de definir un conjunto de instrumentos de ayuda (entre ellos los apoyos presupuestarios generales y sectoriales, los SWAp, los programas de salud globales y el apoyo a proyectos) de forma que los países receptores puedan elegir la combinación más apropiada para reforzar los sistemas de salud y mejorar los resultados en salud.** Los programas y fondos de salud internacionales están llamados a adquirir cada vez mayor importancia entre las fuentes de financiación si, a raíz de la crisis económica, otras formas de ayuda al desarrollo pierden fuelle⁶⁵. No obstante, dichos fondos y programas deben armonizarse mejor con los sistemas nacionales.

Pautas de la UE - Área 3: Previsibilidad de la ayuda

El apoyo presupuestario representa un instrumento importante, con capacidad para mejorar la previsibilidad de las ayudas al sector de salud. Sin embargo, por lo general sólo se ha empleado en períodos relativamente cortos. En el caso de la CE, normalmente han sido tres años, con el requisito de una solicitud anual, en función del cumplimiento de determinadas condiciones, como la aplicación de políticas macroeconómicas que fomenten la estabilidad. Por consiguiente, los países socios no disponen de una seguridad absoluta en cuanto a los recursos procedentes de los donantes, lo que repercute negativamente en la estabilidad y la sostenibilidad de los planes de salud nacionales.

Con la idea de dar respuesta a estos retos, la CE ha diseñado la propuesta de los Contratos ODM⁶⁶. Los Contratos ODM son acuerdos entre la CE y un país socio, que proporcionan apoyos presupuestarios garantizados durante seis años a los países que puedan acreditar un cumplimiento prolongado de los acuerdos de APG y que registren unas cifras satisfactorias en determinados indicadores vinculados a los ODM. Esta clase de contratos contribuye especialmente a mejorar la previsibilidad de las ayudas. Hace poco⁶⁶, la CE suscribió su primer contrato ODM con Zambia, por

un valor de 225 millones de euros y para el período comprendido entre 2009 y 2014, con el objeto de respaldar los esfuerzos del país en su iniciativa por mejorar la eficiencia de sus programas contra la pobreza y para acelerar el cumplimiento de los ODM⁶⁷. Zambia es el primero de siete países africanos⁶⁸ en suscribir un contrato de estas características.

Sin embargo, para que los contratos ODM se materialicen en resultados positivos, **Acción por la Salud Global considera que es fundamental tener en cuenta una serie de riesgos.** Uno de los temores es que aumente la financiación destinada a determinados "países protegidos". Además, tenemos ciertas reservas **en lo tocante a los mecanismos alternativos de financiación para cumplir con los ODM que se pondrán al alcance de los países que todavía no puedan optar a los contratos ODM** (pero que a veces están más lejos incluso de alcanzar los ODM de salud). Acción por la Salud Global se cuestiona también **cómo se desarrollarán y se elegirán los indicadores para garantizar que los contratos ODM funcionen en cuanto al cumplimiento de los ODM de salud y cómo se garantizará que dichos contratos aborden las problemáticas de la pobreza y la desigualdad de género.** Asimismo, tenemos dudas en relación con **el nivel de compromiso de los Estados miembros para con la CE en los Contratos ODM.** Aunque la propuesta ha sido adoptada formalmente por la UE, hasta la fecha la implicación activa es más bien escasa.

Pautas de la UE - Área 4: Rendición de cuentas mutua orientada a la obtención de resultados

La UE ha agrupado dos de los principios de la Declaración de París (rendición de cuentas mutua y gestión orientada a resultados) bajo el paraguas de la "rendición de cuentas mutua orientada a la obtención de resultados". Sin embargo, Acción por la Salud Global considera que, aunque estos dos principios están íntimamente relacionados, cada uno reclama un enfoque particular. Tal y como se describe en el informe Ayuda Saludable, se trata de los dos principios de la Declaración

65 A proposal for longer term and more predictable general budget support, documento de debate técnico sobre un Contrato ODM, Comisión Europea, junio de 2007 <http://doku.cac.at/eudiscussionpaper070619.pdf>.

66 El pasado 5 de marzo de 2009.

67 <http://209.85.229.132/search?q=cache:Baa4YXehi8UJ:europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do%3Freference%3DIP/09/356%26format%3DPDF%26aged%3D0%26language%3DEN%26guiLanguage%3Den+Zambia+signs+its+first+MDG+contract&hl=nl&ct=clnk&cd=2&gl=nl>.

68 Próximamente se firmarán contratos de financiación con Mali, Mozambique, Uganda, Burkina Faso, Ghana y Ruanda.

Cuadro 9: Estado de la previsibilidad de las ayudas en relación con los cinco Estados miembros de la UE donde están los socios de Acción por la Salud Global

Los socios de Acción por la Salud Global constatan que:

- **Francia** se ha comprometido a un plan trienal de desembolso de la ayuda, que empezará en el período 2009-2011. En el informe de la OCDE sobre la autoevaluación de los donantes de cara a los compromisos de Accra⁶⁹, Francia expone que sus documentos de trabajo de cooperación deben facilitar información clara sobre los compromisos financieros a lo largo de un período de cinco años⁷⁰. Francia avala la teoría de los contratos ODM, a través de su aportación al Fondo Europeo de Desarrollo (FED).
- La posición de **Alemania**: parlamentarios y parlamentarias en relación con los contratos ODM no es totalmente clara. Aunque el gobierno alemán ha interiorizado este concepto, los y las parlamentarios muestran sus reservas respecto de esta clase de compromisos a largo plazo. Alemania es firme partidaria de la Iniciativa Internacional de Transparencia de la Ayuda y actualmente está revisando sus procedimientos de planificación. La previsibilidad y la transparencia figuran entre los ámbitos prioritarios del plan operativo del Ministerio de Cooperación Económica y Desarrollo⁷¹.
- **Italia** se ha comprometido con los contratos ODM a través de sus aportaciones al FED. Sin embargo, no dispone todavía de una planificación a largo plazo para el desembolso de las ayudas. Las Pautas de Cooperación al Desarrollo 2009-2011 no abordan los aspectos vinculados a la previsibilidad, más allá de expresar la voluntad de utilizar más los apoyos presupuestarios directos y los SWAp⁷².
- El nuevo Plan Director de **España** (2009-2012) no hace ninguna referencia directa a los contratos ODM al abordar los mecanismos de financiación concretos. Sin embargo, sí menciona específicamente el tema de carácter previsible de la ayuda: “Se mejorará la previsibilidad de la ayuda, con el uso de marcos de desembolso plurianuales. Se avanzará en la identificación y uso de la ayuda programática, en cumplimiento de los compromisos de París de proveer el 66% de la ayuda gobierno a gobierno en forma de ayuda programática”⁷³.
- El **Reino Unido** ha dado prioridad al aspecto de la previsibilidad entre los principales ámbitos de mejora. Considera los pactos nacionales de IHP+ como un importante mecanismo para mejorar la previsibilidad y apuesta enérgicamente por los contratos ODM⁷⁴. El gobierno ha reforzado los apoyos sectoriales bilaterales y los APG con el objetivo de consolidar una financiación de mayor recorrido y más previsible y mejorar así los servicios de salud básicos⁷⁵.

de París con unos avances menos tangibles hasta la fecha. Por tanto, deben analizarse con un énfasis específicos⁷⁶.

La mutua rendición de cuentas exige a los donantes que impongan a los gobiernos socios la obligación de utilizar de forma eficaz la ayuda recibida. Sin embargo, también exige a los gobiernos socios que obliguen a los donantes a justificar la distribución y el desembolso de los recursos y que valoren si responden a las necesidades del país. No obstante, hasta ahora la rendición de cuentas ha funcionado casi exclusivamente en un único sentido, a saber, desde los socios hacia los donantes. **La rendición mutua de cuentas atañe también a la sociedad civil, que debe reclamar a sus gobiernos y donantes que inviertan el dinero allí donde más se necesite.** Acción por la Salud Global considera que se requiere un mayor esfuerzo, tanto por parte de los donantes como de los gobiernos socios, para permitir que la sociedad civil desempeñe esta función. Las negociaciones relacionadas con las ayudas

continúan teniendo lugar a puerta cerrada y los documentos a menudo no llegan a la sociedad civil. Asimismo, los y las beneficiarios y beneficiarias de las ayudas raras veces están correctamente informados e informadas o implicados e implicadas en unas decisiones que condicionarán sus vidas⁷⁷.

Acción por la Salud Global considera que la gestión orientada a resultados debe procurar que los planes, los presupuestos y las ayudas nacionales estén vinculados a un marco de resultados bien definido que tanto donantes como gobiernos socios puedan utilizar para rendir cuentas y que presente una fuerte conexión con el desarrollo. **Consideramos altamente positiva la referencia a los “resultados orientados al desarrollo” de la Agenda para la Acción de Accra y conminamos a la UE sus Estados miembros a perseverar con mayor insistencia si cabe en el desarrollo de marcos de resultados que permitan evaluar el cumplimiento de los ODM.** Uno de los pilares de este marco de trabajo debería ser la necesidad

69 Recopilación de informes de donantes sobre el despliegue de la Declaración de París, vol. 2. Autoevaluaciones de los donantes, informe preparado para el Tercer Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda, 2-4 de septiembre de 2008, Accra, Ghana, OCDE, <http://www.oecd.org/dataoecd/55/20/41184095.pdf>

70 Los documentos de trabajo de cooperación son elaborados por las embajadas y delegaciones francesas en países beneficiarios con el objetivo de dar respuesta a las tres prioridades de los documentos estratégicos para la reducción de la pobreza de los países en cuestión

71 Operationsplan zur Umsetzung der Pariser Erklärung 2005 und des Accra Aktionsplans 2008 zur Steigerung der Wirksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit, Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Bonn, 26/1/2009, Referat 220.

72 Véase la nota 49.

73 Véase la nota 50

74 Reunión de UK Aid Network (UKAN) con DFID, octubre de 2008.

75 Estrategia de salud del DFID, Working together for better health, 2007.

76 Véase la nota 2, <http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/healthaid>

77 Delivering better aid: an opportunity for European Union leadership in the fight against global poverty, Concord AID WATCH, enero de 2008

urgente de dar respuesta al derecho a la salud, la igualdad de género y la corresponsabilidad democrática. Observamos con preocupación que los donantes y los gobiernos socios tienen actualmente una perspectiva diferente, como se ha puesto de manifiesto, por ejemplo, en el contexto de IHP+. En este caso, los resultados están más orientados a los procesos, como por ejemplo la coordinación de los donantes, la corresponsabilidad de los países y la armonización. **Acción por la Salud Global considera que el proceso tiene su importancia de cara a mejorar la efectividad de la ayuda, pero opina también que, en último término, los resultados deben estar vinculados a mejoras y avances en el terreno de la salud.** Y estos resultados son factibles si todos los actores implicados en el sector de la salud trabajan de forma colectiva y transparente y rinden cuentas mutuamente. Por consiguiente, todos los actores,

incluyendo a la sociedad civil, deben implicarse en el desarrollo de los planes y procesos nacionales, así como tener acceso a los recursos y a una información completa y de forma puntual.

Conclusiones

A partir de los compromisos de la Declaración de París sobre la Efectividad de la Ayuda y de la Agenda para la Acción de Accra, la UE y los Estados miembros han avanzado notablemente en tres de los cuatro aspectos subrayados en sus pautas, a saber, i) división del trabajo ii) uso de los sistemas nacionales y iii) previsibilidad de la ayuda.

Estos ámbitos son fundamentales para mejorar la ayuda en el terreno de la salud, aunque los donantes de la UE deben afrontar todavía diferentes retos si desean obtener resultados reales en este sector y mejorar las prestaciones que todos y todas reciben. En este sentido, es fundamental garantizar

Cuadro 10: Estado de la rendición de cuentas mutua orientada a la obtención de resultados en relación con cinco de los Estados miembros de la UE donde están los socios de Acción por la Salud Global

Los socios de Acción por la Salud Global constatan que:

- **Francia**, en su Plan de Acción para mejorar la efectividad de la ayuda, se compromete a ayudar a los países socios a implantar herramientas de control de los resultados, así como a mejorar los sistemas estadísticos. Asimismo, en el marco de sus instrumentos de apoyos presupuestarios generales, subraya la necesidad de definir criterios de desembolso vinculados a principios de control de los resultados⁷⁸. Francia apoya la IHP+ y firmó el Mecanismo de Pacto de País en Mozambique.
- **Alemania** valora la iniciativa IHP+ por su capacidad de mejorar la rendición mutua de cuentas en relación con los resultados. Asimismo, participa en la iniciativa Providing for Health, pensada para fortalecer los sistemas de salud a través de la protección social de la salud. No obstante, hasta la fecha los avances han sido más bien tímidos y la sociedad civil y el parlamento alemanes continúan mostrándose escépticos en lo que respecta a su valor añadido⁷⁹.
- **Italia**, en el contexto de la organización de la cumbre del G8 de 2009, ha empezado a trabajar en el aspecto de la rendición de cuentas a través de su Grupo de Expertos en Salud, a partir de las conclusiones de la Cumbre de Toyako⁸⁰. Sin embargo, Acción por la Salud Global considera que todavía queda un largo trecho por recorrer hasta que los esquemas de Toyako se conviertan en mecanismos de rendición de cuentas eficaces. Italia también forma parte de IHP+, un instrumento que a buen seguro contribuirá a mejorar la rendición mutua de cuentas para obtener resultados.
- **España**, junto con el Reino Unido y Suecia, ha financiado los estudios del Grupo de Trabajo de Rendición de Cuentas Mutua del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) para elaborar un esquema común que permita abordar la rendición de cuentas recíproca y revisar los mecanismos utilizados actualmente⁸¹. El nuevo Plan Director de España (2009-2012) prevé medidas específicas para garantizar la rendición de cuentas en tres niveles: a escala internacional, en el nivel de los países socios y en relación con la ciudadanía española. El país valora la iniciativa IHP+ por su capacidad de mejorar la rendición mutua de cuentas en relación con los resultados. La previsión es que el 60% de la AOD relacionada con la salud de España se desembolse a través de pactos en el marco de IHP+⁸².
- **Reino Unido** dispone de un Plan de Acción sobre Resultados⁸³ diseñado para mejorar sus procesos de toma de decisiones basados en hechos y garantizar resultados a escala nacional. Asimismo, el gobierno admite que para dedicar más atención a los resultados no basta con adoptar un nuevo conjunto de estadísticas, sino que es necesario asumir un cambio organizativo general, a efectos de garantizar que la cooperación al desarrollo del Reino Unido se rige por la cultura de los resultados⁸⁴. La iniciativa IHP+ y sus pactos nacionales se consideran un mecanismo fundamental para garantizar la rendición de cuentas mutua en el terreno de la salud.

78 Plan de acción francés para mejorar la efectividad de la ayuda, junio de 2007

79 The G8 Initiative on Social Health Protection. Fürst, Franziska, Providing for Health. Eschborn, 2008.

80 Marco Global de Acción sobre la Salud Global de Toyako: Informe del Grupo de Expertos en Salud del G8, 8 de julio de 2008. http://www.mofa.go.jp/policy/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf

81 Venture on Managing for Development Results, Mutual Accountability at the International Level, OCDE, 5-6 de marzo de 2008, <http://www.oecd.org/dataoecd/36/53/40459701.pdf>.

82 Véase la nota 50.

83 DFID Results Action Plan, 2008, <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/results-action-plan08.pdf>

84 DFID Aid Effectiveness and Accountability Newsletter, diciembre de 2008, <http://www.dfid.gov.uk/mdg/aid-effectiveness/newsletters/newsletterdec08.asp>.



un proceso de división del trabajo centrado en los resultados, que implique a la sociedad civil y que prevea una buena distribución de recursos al sector de la salud. Asimismo, resulta de vital importancia utilizar los sistemas nacionales a través de un conjunto de modalidades de ayuda orientados a mejorar los resultados y a potenciar la participación de la sociedad civil en la toma de decisiones y el control de las distribuciones presupuestarias. Por último, es necesario mejorar la previsibilidad de la ayuda a través de mecanismos como los Contratos ODM, velando siempre que hagan especial hincapié en los aspectos de la pobreza, la vulnerabilidad y la desigualdad de género y contribuyan a la consecución de los ODM de salud.

En lo que respecta al tercer ámbito destacado (rendición de cuentas mutua para la obtención de resultados), la UE y sus Estados miembros tienen todavía mucho por hacer. Para empezar, deben definir de forma urgente un marco de resultados orientado a los ODM de salud que puedan utilizar para rendir cuentas.

Acción por la Salud Global plantea la necesidad

de implementar de forma inmediata los compromisos de la UE y sus Estados miembros relacionados con la efectividad de la ayuda, unos compromisos que deberán medirse en función de los efectos a largo plazo sobre la vida y la salud de las poblaciones. La crisis económica, más que suponer un obstáculo adicional, debería considerarse un estímulo añadido para mejorar la efectividad y la eficiencia de la ayuda. Esta situación puede y debe aprovecharse para impulsar y acelerar un cambio de mentalidad y empujar a los donantes a buscar nuevas formas de actuar en el terreno de la salud. La salud es un derecho humano fundamental y contribuye también al crecimiento económico, la reducción de la pobreza, el desarrollo social y la seguridad de las personas.

En estos tiempos de rigores, el mundo debe enfrentarse al reto de impedir que la crisis económica agudice todavía más la crisis de salud internacional, en la que las poblaciones más pobres, vulnerables y marginadas son, una vez más, las primeras en recibir el golpe.



SECCIÓN TRES

FINANCIACIÓN DE LA AYUDA EN SALUD: DE LOS COMPROMISOS A LA ACCIÓN

Resumen

En el año 2008, con los primeros compases de la crisis económica internacional, la UE y sus Estados miembros se hallaron ante dos oportunidades únicas para cumplir con sus compromisos de financiación de los ODM de salud. En septiembre, en la Reunión de Alto Nivel sobre ODM de Nueva York, la ONU reclamó a los donantes que aportaran los recursos adicionales necesarios para cumplir con los objetivos. Según Naciones Unidas, y sólo para cubrir las necesidades de salud materna, salud infantil y VIH/SIDA, se necesitaban 18.200 millones de dólares estadounidenses. Sin embargo, el importe comprometido apenas superó los 4.000 millones de dólares estadounidenses, muy por debajo de los mínimos necesarios. Más adelante, en diciembre, en la Cumbre Internacional de Seguimiento sobre Financiación para el Desarrollo celebrada en Doha, Qatar. Los donantes volvieron a comprometerse a dedicar un 0,7% del PIB a AOD. Asimismo, se comprometieron a buscar fuentes de financiación más innovadoras y a trabajar más a fondo para resolver las desigualdades de género.

Acción por la Salud Global se mostró profundamente decepcionada ante los resultados de los encuentros de Nueva York y Doha. Consideramos que los donantes deberían haber ido mucho más lejos en su compromiso por garantizar el derecho a la salud universal y el cumplimiento de los ODM de salud. A pesar de esta consideración, exigimos la aplicación inmediata de los compromisos asumidos hasta la fecha, ya que si se quedan sólo en las palabras, la crisis económica y financiera mundial se traducirá en un padecimiento mayor si cabe para las poblaciones más necesitadas.

Introducción

Tal y como se ha expuesto en la sección dos, la necesidad de mejorar la efectividad de la ayuda en materia de salud resulta más evidente que nunca. Sin embargo, parece también claro que el importe destinado a la ayuda oficial al desarrollo es insuficiente. En Francia, se destinaron en concepto de salud 3.040 dólares estadounidenses por persona en 2004, mientras que en Etiopía la cifra fue sólo de 21 dólares estadounidenses⁸⁵.

Desde la Asamblea General de la ONU de 1970, los donantes se han comprometido reiteradamente a incrementar la AOD hasta llegar al 0,7% del PIB. Sin embargo, los avances han sido desesperadamente lentos. La desaceleración económica agudiza más que nunca la necesidad de cumplir con estos compromisos. Pese a su desconexión de los flujos de riqueza generados por los sistemas financieros internacionales, las poblaciones más pobres del planeta corren el

riesgo de verse afectadas de forma sangrante por el hundimiento de dichos sistemas.

“Las mujeres y los niños son el rostro de la crisis financiera... La crisis no puede ser un motivo para dejar de invertir en ellos, sino todo lo contrario: es un motivo para hacerlo”⁸⁶

Flavia Bustreo, Partnership for Maternal, Newborn and Child Health

Reunión de Alto Nivel sobre los ODM en Nueva York

A escala internacional, la ayuda anual destinada a la salud se ha multiplicado por dos, e incluso más, en el período que va de 2000 a 2006, pues ha pasado de 6.800 millones a 16.700 millones de dólares estadounidenses⁸⁷. Sin embargo, pese a esta tendencia positiva, los ODM de salud avanzan con bastante retraso.

⁸⁵ Informe sobre Desarrollo Humano, 2007/8, Combatir el cambio climático: La solidaridad humana en un mundo dividido, UNDP, 2008. (<http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008/chapters/>).

⁸⁶ Cita de una entrevista en Women & Children First Advocacy Newsletter, marzo de 2009.

⁸⁷ www.who.int/hdp/publications/effectiveaid_betterhealth_en.pdf.





En septiembre de 2008, diferentes líderes internacionales se reunieron en Nueva York en el marco de la Reunión de Alto Nivel sobre los ODM. En esta cita, la ONU reclamó a los donantes que aportaran la financiación necesaria para alcanzar los ODM y cumplir con sus compromisos en materia de AOD. En este sentido, se destacó la necesidad de reforzar los sistemas de atención primaria de salud y los principios de equidad y justicia social, hoy más vigentes que nunca, ante la coyuntura económica actual. Asimismo, presentaron las intervenciones actuales con más margen para la mejora, como la planificación familiar y la prevención y el tratamiento del VIH, la malaria y la tuberculosis⁸⁸. Esta perspectiva refleja a grandes rasgos las recomendaciones de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) de la Organización Mundial de la Salud, en virtud de las cuales los donantes deberían destinar el 0,1% del PIB a mejorar el acceso a servicios de salud básicos⁸⁹.

Importancia de la reunión de Alto Nivel sobre los ODM de salud

Coincidiendo con la celebración de la Reunión de Alto

Nivel sobre los ODM de salud, la crisis económica empezó a dejarse notar en toda su magnitud en el primer mundo. Las reiteradas promesas de los donantes de abordar la pobreza y la desigualdad cayeron en saco roto ante las urgencias inmediatas para rescatar los bancos y otras instituciones financieras. En la clausura de dicha reunión, el Secretario General de la ONU declaró que se habían satisfecho compromisos por valor de 16.000 millones de dólares estadounidenses, de los cuales 11.500 millones representaron nuevas aportaciones⁹⁰.

Sin duda, se trata de una noticia positiva, aunque los fondos se repartieron entre los ocho ODM. **La financiación total destinada a salud y teniendo en cuenta todos los actores (también la sociedad civil y el sector privado) no superó la barrera de los 4.000 millones de dólares estadounidenses⁹¹. Esta cifra queda dramáticamente lejos de los 18.000 millones de dólares estadounidenses anuales que la ONU reclama solamente para cubrir las necesidades de salud materna, salud infantil y VIH/SIDA⁹².**

Además, hasta tres cuartas partes de estas

Fotografía:
© Jacky Naegelen
Reuters

⁸⁸ Evento de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Committing to action: achieving the Millennium Development Goals, reflexión del Secretario General de la ONU, 25 de septiembre de 2008, Naciones Unidas.

⁸⁹ Véase nota 19.

⁹⁰ Commons Hansard, 12 de noviembre de 2008: Columna 1243W, respuesta de Douglas Alexander a la pregunta de Dai Davis sobre la ayuda exterior (<http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmhansrd/cm081112/text/81112w0020.htm>).

⁹¹ Evento de Alto Nivel sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio, Committing to action: achieving the Millennium Development Goals, recopilación de eventos y compromisos de colaboración, 25 de septiembre de 2008, Naciones Unidas.

⁹² Achieving Millennium Development Goals in Africa: Recomendaciones del grupo de dirección de África sobre ODM, A/63/130, junio de 2008.

dotaciones (3.000 millones de dólares estadounidenses) se destinaron específicamente a luchar contra la malaria⁹³. En cambio, se dedicó escasa atención al VIH, confirmando en cierto modo los temores de la sociedad civil de que el objetivo de garantizar el acceso universal a la prevención y el tratamiento del VIH de cara a 2010⁹⁴ pueda quedar fuera de la agenda de los donantes. Asimismo, aunque la lucha contra la desigualdad de género figura entre las prioridades para cumplir con los ODM, Dinamarca fue el único Estado miembro de la UE que adoptó un compromiso concreto, al anunciar su intención de duplicar la AOD dedicada al empoderamiento de las mujeres y la igualdad de género en 2010⁹⁵.

Antes de la Reunión de Nueva York, la UE había elaborado ya una Agenda para la Acción para la consecución de los ODM⁹⁶. En este Agenda, se planteó la previsión, a partir de las estimaciones de la CMS-OMS de 2001, de que en el año 2010 la brecha en la financiación de las necesidades de salud alcanzaría los 13.400 millones de euros (unos 17.000 millones de dólares estadounidenses⁹⁷). Asimismo, se sugirió que la UE incrementara la ayuda en unos 8.000 millones de euros (aproximadamente 10.000 millones de dólares estadounidenses) en el año 2010 para

cumplir con su “participación justa”. Asimismo, el Parlamento Europeo ha recomendado que el 20% del gasto europeo en políticas del desarrollo, lo que incluiría el FED, se destine a educación y salud básica en el año 2009, lo que requeriría un incremento significativo⁹⁸.

Sin embargo, Acción por la Salud Global observó con consternación que, una vez en la Reunión de Alto Nivel, ninguno de los Estados miembros se comprometió a incrementar la AOD destinada a la salud. El Reino Unido mostró un compromiso más activo, un reflejo de la importancia que su gobierno concede a la salud. No obstante, también sus promesas quedaron limitadas a la asignación de recursos a partir de un presupuesto total existente.

En el cuadro 11 se muestra una visión general de los compromisos en materia de AOD para la salud dentro

Acción por la Salud Global mostró su consternación al constatar que en la Reunión de Alto Nivel, a pesar de la Agenda para la Acción de la UE sobre los ODM, ni un solo Estado miembro se comprometió a aumentar su AOD para la salud.

Fotografía:
© Sabine Terlecki
Plan International



93 En relación con el lanzamiento del Plan de Acción Global contra el malaria, de Roll Back Malaria Partnership, 2008.

94 Declaración del G8 en Gleneagles, 2005.

95 Véase la nota 91.

96 The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development, Programa de Acción de la UE para la consecución de los ODM, Consejo de la Unión Europea, junio de 2008.

97 En función del tipo de cambio a 26 de febrero de 2009.

98 Resolución del Parlamento Europeo del 12 de marzo de 2009 acerca de La ayuda al desarrollo de la CE para servicios de salud en el África subsahariana, P6_TA-PROV(2009)0138, 12 de marzo de 2009.

Cuadro 11: Visión general de tendencias en AOD para la salud en los cinco Estados miembros de la UE donde están los socios de Acción por la Salud Global

2007	Francia	Alemania	Italia	España	Reino Unido	Comisión sobre Macroeconomía y Salud-OMS Objetivo recomendado
Gasto bilateral total en salud; en % de AOD (según CAD/OCDE ⁹⁹)	2%	4%	7%	4,67%	14%	-
Gasto total en salud; en % de AOD (según gobiernos ¹⁰⁰)	12%	No disponible.	No disponible.	7,95%	19% ¹⁰¹ (2007/8)	15%
Gasto total en salud; en % de PIB	0.05%	No disponible.	No disponible.	0.014%	0.07% (2007/8)	0.1%

Los cinco Estados miembros gastan menos del 0,1% del PIB recomendado por la CMS-OMS. Los socios de Acción por la Salud Global informan que:

- En **Francia**, las cifras gubernamentales muestran que la ayuda total al sector de salud se multiplicó por cuatro durante el período 2000-2007, aunque en 2007, un 9% de dicha ayuda estaba constituida por derechos de becas y asistencia médica para extranjeros no residentes (un 11% si se excluye UNITAID). En la actualidad, las contribuciones a través de canales multilaterales constituyen la mayor parte de la AOD para la salud "real" de Francia. La mayoría se concede a través del Fondo Mundial, la CE y UNITAID y como tal, se centra en el objetivo 6 de la Declaración del Milenio. Cerca de una cuarta parte se concede bilateralmente¹⁰².
- En **Alemania**, el gasto total en salud en 2006 fue sólo un 0,021% del Ingreso Nacional Bruto (INB), a pesar de que el gasto bilateral en salud de hecho alcanzó su punto máximo (8,4% de la AOD bilateral)¹⁰³ antes de su descenso en 2007. Las contribuciones multilaterales asignables al sector de salud en 2007 también estuvieron por debajo de la "participación justa" que Alemania debería aportar según su PIB. En 2007, un 60% de la AOD se gastó en asistencia a proyectos, mientras que la asistencia presupuestaria general o por sectores todavía se usa con más cautela¹⁰⁴.
- En **Italia**, la salud es un sector prioritario, pero el presupuesto para el desarrollo es bajo y se espera que se reduzca aun más. Se utiliza una combinación de asistencia multilateral, presupuestaria por sectores y de proyectos (la ayuda presupuestaria bruta total sólo se utiliza en dos países). Entre 2001 y 2008, Italia concedió algo más de 1.000 millones de dólares estadounidenses al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (Fondo Mundial)¹⁰⁵.
- En **España**, la asistencia bilateral para la salud aumentó en 2007 y mostró un aumento mayor en el presupuesto para el desarrollo. La asistencia multilateral también ha aumentado, principalmente mediante la CE, al Fondo Mundial y la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización¹⁰⁶.
- En el **Reino Unido**, la salud es un área prioritaria y el presupuesto se ha aumentado en los últimos años. En el período 2006-2007, aproximadamente dos tercios del presupuesto para la salud se gastó bilateralmente y recibió la mayor proporción del gasto bilateral total (21%). El resto se concedió multilateralmente, principalmente mediante la CE, el Banco Mundial y organismos de las Naciones Unidas¹⁰⁷.

de los Estados miembros de la UE donde están los socios de Acción por la Salud Global: los cinco países europeos con las mayores economías de la UE. Por otro lado, el cuadro 12 compara los objetivos/déficits en la financiación requerida para alcanzar los ODM, los compromisos de la UE en el Programa de Acción y las contribuciones financieras específicas realizadas por

todos los Estados miembros de la UE en Nueva York.

Acción por la Salud Global concluye que, a pesar de la retórica en el seguimiento a la Reunión de Alto Nivel, es imperdonable que no haya resultado en un plan coherente en Nueva York. Los donantes adquirieron compromisos y lanzaron iniciativas propias. No se aplicaron

99 El CAD/OCDE tiene criterios específicos para determinar qué se incluye en la AOD. Los Estados miembros facilitan datos anualmente. En materia de salud, la OCDE recopila "asistencia bilateral a la salud por sectores". Esto no incluye el dinero gastado a través de la ayuda presupuestaria bruta total o los canales multilaterales, pero son los únicos datos realmente comparables en los que todos los países siguen los mismos criterios de selección. Los datos están disponibles en www.oecd.org/dac/stats.

100 Los gobiernos pueden establecer sus propios criterios para determinar el modo en que calculan su gasto total en salud.

101 Carta del Subsecretario Parlamentario de Estado del Departamento de Desarrollo Internacional Ivan Lewis a los asociados del Reino Unido de Acción por la Salud Global después de la Conferencia de Política del Reino Unido en enero de 2009.

102 APD Francaise en Sante, Donnés chiffrés de 2000 à 2007.

103 Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort – Zweite zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Ziele 2006/2007, "Aktionsbündnis gegen Aids, mayo de 2008, pag. 42.

Datos no disponibles para 2007

104 Información facilitada por un funcionario de la Cooperación para el Desarrollo de Alemania en enero de 2009

105 El sitio web del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria es www.theglobalfund.org.

106 Estadísticas en línea del sistema de notificación de créditos del CAD/OCDE: <http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>.

107 Véase nota al pie 75; Informe Anual del DFID de 2008.

Cuadro 12: Comparación de déficits y tendencias financieras para los ODM relacionados con la salud, compromisos por la UE en el Programa de Acción y nuevos compromisos financieros adquiridos por los Estados miembros en la Reunión de Alto Nivel sobre los ODM

Objetivos y tendencias financieras para los ODM relacionados con la salud según la ONU y la UE ¹⁰⁸	Compromisos programáticos en materia de políticas y financieros de la UE en relación con la salud - con arreglo al Programa de Acción de la UE	Nuevos compromisos financieros por Estados miembros de la UE - en la Reunión de Alto Nivel sobre los ODM
Salud - en general (a través de los ODM relacionados con la salud)		
Tendencia: - La asistencia para la salud se ha duplicado con creces en el período 2000-2006, pasando de los 6.800 millones de dólares estadounidenses a los 16.700 millones. Objetivos: - La UE no ha fijado un objetivo amplio para la financiación de la salud. - La UE calcula que, con las previsiones actuales, el déficit de financiación en salud será de 13.400 millones de euros antes de 2010¹⁰⁹.	La UE desea desempeñar una función importante para superar el déficit financiero de la salud: - Estima que tendría que aumentarse la ayuda en 8.000 millones de euros antes de 2010 para cumplir su "participación justa"¹¹⁰. La UE se propone apoyar las siguientes políticas y mecanismos financieros: - Proporcionar financiación adicional para planes nacionales a través de la IHP+ y, en el marco de la iniciativa Providing for Health Initiative, contribuir a la financiación sostenible de los sistemas de salud y el incremento de la fuerza de trabajo en el sector de la salud.	- El Reino Unido comprometió 450 millones de libras esterlinas durante los próximos tres años para apoyar los planes nacionales de salud para ocho países de la IHP+. - Finlandia firmó la IHP+ y anunció un acuerdo con Mozambique para prestar apoyo al convenio firmado con el país.
Objetivo 4 de la Declaración del Milenio: Reducir la mortalidad infantil y el Objetivo 5 de la Declaración del Milenio: mejorar la salud materna		
Tendencia: - La AOD para salud infantil, de los y las recién nacidos y la salud materna aumentó de 2.100 millones de dólares estadounidenses a 3.500 millones en el período 2003-2006, principalmente en programas para la prevención de las enfermedades infantiles¹¹¹. Objetivos: - La ONU anuncia que se necesitan 10.200 millones de dólares estadounidenses más por año para financiar el fortalecimiento de los sistemas de salud para servicios de salud materna, infantil y otros servicios de salud reproductiva¹¹².	Al igual que los ODM originales, la UE apoyará urgentemente los siguientes objetivos de intervención: - ODM objetivo 5b de acceso universal a la salud reproductiva implementado desde 2007. - Objetivo de 2010 de salvar 4 millones adicionales de vidas de niños cada año y tener 35 millones adicionales de partos asistidos por personal cualificado. - Objetivo de 50 millones de mujeres más en África con métodos anticonceptivos modernos antes de 2010. - Aumento de la cobertura de la gestión integrada de las enfermedades infantiles.	Los Países Bajos comprometieron 58,5 millones de euros por año durante los próximos cuatro años al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
Objetivo 6 de la Declaración del Milenio: Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades		
Tendencia: - La financiación internacional para programas contra el VIH/SIDA en países de ingresos bajos y medianos alcanzó los 10.000 millones en 2007 (se ha multiplicado por diez en menos de un decenio)¹¹³. Objetivos: - La ONU anuncia que se necesitan fondos adicionales para llegar a los 12.000¹¹⁴ -18.000¹¹⁵ millones de dólares estadounidenses que se necesitan anualmente para combatir el VIH/SIDA.	Se espera que las inversiones adicionales de la UE en salud contribuyan a: - Acercarse el máximo posible al acceso gratuito y universal a la prevención, mitigación y tratamiento contra el VIH/SIDA antes de 2010. La UE apoyará en mayor medida los siguientes mecanismos de financiación: - El Fondo Mundial y UNITAID.	Ninguna promesa nueva específica.
Tendencia: - La financiación internacional contra la malaria ha aumentado considerablemente durante los últimos cinco años y en 2007 alcanzó los 1.500 millones de dólares estadounidenses¹¹⁶. Objetivo: - La ONU anuncia que la financiación contra la malaria todavía no ha alcanzado el nivel necesario de 2.400 millones por año¹¹⁷.	Se espera que las inversiones adicionales de la UE contribuyan a: El suministro de aproximadamente 75 millones más de mosquiteras en África.	El Reino Unido comprometió 40 millones de libras esterlinas para la Affordable Medicines Facility y aumentar el gasto en la investigación contra la malaria a, al menos a 5 millones de libras esterlinas al año antes de 2010.
Tendencia: * La financiación internacional contra la tuberculosis se triplicó entre 1999 y 2004 (hasta alcanzar los 400 millones de libras esterlinas). No hay datos más recientes¹¹⁸. Objetivos: * La ONU subraya la necesidad de subsanar el déficit de financiación contra la tuberculosis (2.000 millones de dólares estadounidenses por año)¹¹⁹, las enfermedades tropicales olvidadas (entre 500 y 1.000 millones de dólares estadounidenses por año) y el acceso a medicamentos esenciales.	No se han realizado compromisos especiales adicionales para hacer frente a la tuberculosis y las enfermedades tropicales olvidadas.	* El Reino Unido comprometió 50 millones de libras esterlinas para la lucha contra las enfermedades tropicales olvidadas.

108 Achieving Millennium Development Goals in Africa: Recomendaciones de MDG Africa Steering Group; A/63/130, Junio 2008; Véase nota al pie 88, página 22; The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development: EU Agenda for Action on MDGs, El Consejo de la Unión Europea, junio de 2008.

109 En base al objetivo de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS, ajustado para las contribuciones de los gobiernos nacionales.

110 Cifras basadas en las contribuciones restantes del sector en la UE y la proporción de la ayuda total manteniéndose constante en un 60% (lo cual implica un aumento por parte de otros donantes).

111 Countdown 2015, Seguimiento de los Progresos en la supervivencia infantil, de recién nacidos y materna, Informe de 2008.

112 La Alianza para la salud de la madre, el recién nacido y el niño www.who.int/pmnch (cálculo de 9.200 millones de dólares estadounidenses en el Informe sobre la salud en el mundo de 2005 más 1.000 millones de dólares estadounidenses para planificación familiar).

113 Informe Anual de ONUSIDA, 2008.

114 Necesidades de recursos para el Fondo Mundial 2008-10, Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, 2007.

115 ONUSIDA, estimación de 2007.

116 Plan de Acción Mundial Contra el Paludismo, Alianza para Hacer Retroceder el Paludismo, 2008.

117 Véase nota al pie 114.

118 Tendencias en la Financiación Internacional para el Control de la Tuberculosis, Alto a la Tuberculosis, Octubre de 2005.

unos mecanismos de rendición de cuentas suficientemente sólidos para garantizar que los donantes cumplieran realmente sus compromisos y para lograr un progreso que beneficiara a la salud de las personas más necesitadas.

Financiación innovadora: bienvenida a la financiación adicional, pero con cautela

En Nueva York, cuatro Estados miembros (Francia, Alemania, Italia y el Reino Unido) estuvieron implicados en el lanzamiento de un nuevo y prometedor Equipo de Tareas de Alto Nivel sobre Financiación Internacional Innovadora para los Sistemas de Salud. Aunque no se destinen los fondos ahora, se investigarán nuevos enfoques sobre la financiación del sector de salud para ayudar al fortalecimiento de los sistemas de salud a fin de “salvar potencialmente las vidas

de 10 millones de madres y niños y niñas antes de 2015”. El Equipo de Tareas se ocupará de movilizar recursos adicionales, aumentar la efectividad financiera y mejorar el uso eficaz de los fondos para subsanar los déficits nacionales de financiación destacados en los convenios de los países de la IHP+¹²⁰. Un impuesto sobre transacciones monetarias internacionales (apoyado explícitamente por Acción por la Salud Global¹²¹), impuestos sobre el clima o acciones contra la fuga de capitales y los paraísos fiscales ofrecen la oportunidad de aumentar nuevos flujos de ingresos considerables.

Acción por la Salud Global apoya enérgicamente la búsqueda de fuentes adicionales de financiación.

Pero sostenemos que esto debe hacerse con vistas a abordar todos los ODM relacionados con la salud, de un modo integrado. También es fundamental que estas nuevas corrientes de ingresos no implique

Cuadro 13: Financiación innovadora para la salud

Los dirigentes mundiales han aumentado su interés por encontrar nuevos modos creativos e innovadores de financiar el desarrollo, incluida la salud. Actualmente, hay varias interpretaciones acerca de qué son los mecanismos innovadores. Acción por la Salud Global considera que son un aumento de los fondos innovador, sostenible y previsible, las cuales son adicionales para la AOD. El dinero también puede usarse de manera innovadora.

Un ejemplo de un auténtico mecanismo financiero innovador son **los impuestos solidarios en los billetes de avión**, que garantizan un flujo continuo de nuevos ingresos adicionales reales para hacer frente al VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. **UNITAID**, el mecanismo que se ha creado para usar este dinero, también es considerado como innovador por los donantes, ya que todos los proyectos financiados deben tener una repercusión prevista en los mercados (aprovechándose en reducciones de precios, alentando la fabricación de nuevos productos fáciles de usar o acelerando la disponibilidad de medicamentos¹²²).

Existen otros mecanismos que los donantes consideran innovadores por su modo de obtener recursos, aunque generan dudas respecto a la adicionalidad de los mismos y, por lo tanto, respecto a si son realmente “innovadores”. Por ejemplo, la **Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización (IFFIm)**, iniciada por el Reino Unido, tiene una base financiera de obligaciones de pago jurídicamente vinculantes o “bonos” por parte de donantes soberanos. El propósito es obtener dinero en préstamo de los mercados de capitales internacionales durante diez años para financiar los gastos de funcionamiento de la Alianza GAVI. La IFFIm ha resultado ser una buena herramienta para garantizar la estabilidad y previsibilidad de los fondos, y una serie de gobiernos donantes ha desembolsado contribuciones a largo plazo. Se aduce que este apoyo inmediato de inversiones es un modo eficaz de financiar intervenciones como la inmunización, que reducirá las deudas futuras de la salud¹²³. No obstante, existe la preocupación de que los países usen la AOD para devolver sus bonos en el futuro y socavar los criterios de adicionalidad.

La Alianza GAVI también ha hecho uso de modos innovadores de utilizar el dinero. El Compromiso Adelantado de Mercado (AMC, por sus siglas en inglés) consiste en compromisos vinculantes que se utilizan para garantizar un mercado viable si se desarrolla con éxito una nueva vacuna o medicamento y, de este modo, fomentar la inversión de las empresas farmacéuticas. Italia y el Reino Unido han apoyado al AMC para una vacuna neumocócica.

Acción por la Salud Global apoya el gran potencial de la financiación innovadora para mejorar la ayuda a la salud y contribuir al logro de los ODM relacionados con la salud. Sin embargo, también estamos preocupados acerca de que:

- puede que los mecanismos financieros innovadores se consideren como un “sustituto” de la AOD cuando, a fin de ser auténticamente innovadores, deben generar fondos para la salud que son “adicionales” y “complementarios” a la AOD.
- los mecanismos que “retrasan el pago” para las generaciones futuras puedan debilitar la AOD futura para la salud con devoluciones; esto sólo puede ser legítimo si se prueba que el gasto reducirá las deudas futuras de la salud.
- existe el riesgo de que nuevos mecanismos financieros compliquen aun más la arquitectura de la ayuda desarrollo en la salud; deben armonizarse con los principios de la Declaración de París y en cumplimiento de la apropiación democrática del país receptor.
- hasta la fecha, los mecanismos financieros innovadores para la salud se han centrado en intervenciones muy específicas (i. e., medicamentos, inmunización); El nuevo Equipo de Tareas debe garantizar que también aborden cuestiones sistémicas (por ejemplo, la educación del personal del sector de la salud) y que contribuyan a lograr el acceso universal a la salud.

119 Véase nota al pie 114.

120 Equipo de Tareas de Alto Nivel sobre Financiación Internacional Innovadora para los Sistemas de Salud, Términos de Referencia y Disposiciones de Gestión, 15 de noviembre de 2008.

121 Referencia a la carta de la sociedad civil a Gordon Brown en apoyo del Impuesto sobre Transacciones Monetarias (marzo de 2009).

122 Sitio web de UNITAID: www.unitaid.eu/index.php/en/UNITAID-Mission.html.

123 Sitio web de la Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización: <http://www.iff-immunisation.org/>.

un descenso de áreas ya existentes de gastos comprometidos y necesarios en salud. También nos preocupa que se haga un excesivo hincapié en este Equipo de Tareas para subsanar los déficits de financiación destacados en la IHP+, mientras que ha habido una carencia de compromisos de la AOD tradicional para subsanarlos.

El cuadro 13 examina algunos de los asuntos relacionados con la financiación innovadora en líneas más generales. **Acción por la Salud Global es partidaria de que hacer énfasis en la innovación no debe acarrear un abandono de la apropiación democrática de los fondos y la promoción del derecho universal a la igualdad de género y la salud.**

Conferencia Internacional de Financiación para el Desarrollo en Doha

En la Reunión de Alto Nivel se reconoció que los déficits en la financiación necesaria para el logro de los ODM, incluidos los relacionados con la salud, no se subsanarían a menos que se cumplieran unos compromisos financieros de desarrollo extensos y se aplicara el Consenso de Monterrey sobre la Financiación para el Desarrollo de las Naciones Unidas¹²⁴.

En diciembre, a raíz del nuevo empeoramiento de la crisis económica y financiera mundial, los donantes se reunieron para examinar este asunto en la Conferencia Internacional de Financiación para el Desarrollo en Doha. En esta conferencia, se analizó la ayuda junto con una amplia gama de otras áreas de políticas relacionadas con el desarrollo, desde el comercio hasta los impuestos. Al contrario que en Accra —tal como se describió en la sección dos— no se utilizaron sectores de seguimiento (tracer sectors) para subrayar problemas específicos del sector y se abordó la ayuda de manera amplia y en alto nivel.

En el período previo a Doha, la UE aprobó unas directrices para su participación¹²⁵, en las que los Estados miembros acordaban actuar conjuntamente para hacer que la Conferencia fuera un éxito. Entre el conjunto de prioridades de especial relevancia para la salud se encontraba el desarrollo futuro de financiaciones innovadoras y el hacer frente a las desigualdades de

género, incluyendo el incremento de los recursos y la aplicación de las Conclusiones de Consejo sobre la Igualdad de Género y el Empoderamiento de la Mujer¹²⁶.

¿Qué significó la Conferencia Internacional de Financiación para el Desarrollo para los ODM relacionados con la salud?

En la Declaración de Doha sobre la Financiación para el Desarrollo¹²⁷, los líderes reafirmaron los objetivos y compromisos del Consenso de Monterrey de 2002. Estos se centraron en el fomento del desarrollo sostenible, la erradicación de la pobreza, el respeto de todos los derechos humanos y el apoyo al cumplimiento de los objetivos de desarrollo acordados internacionalmente, incluidos los ODM. Subrayaron el importante papel que puede desempeñar la AOD al respecto.

Desafortunadamente, sin embargo, en la práctica la Declaración de Doha contenía pocos planes concretos para alcanzar el cumplimiento de los ODM, incluidos los relacionados con la salud. Como se ve en el gráfico del cuadro 14, muchos países individuales —incluidos los cinco Estados miembros de la UE al que pertenecen las organizaciones miembros de Acción por la Salud Global que son, además, las cinco economías más importantes de Europa— están lejos de cumplir los objetivos de la AOD. Por otro lado, en el cuadro 15 se compara la considerable diferencia existente entre las recomendaciones de las Naciones Unidas (acerca de cómo deben incrementarse los flujos de ayuda si se quieren lograr los ODM) con el lenguaje empleado y la voluntad en el cumplimiento de compromisos en la Declaración de Doha.

Acción por la Salud Global se unió a otros participantes de la sociedad civil para dejar constancia de su gran decepción ante la falta de rendición de cuentas que muestra la Declaración de Doha (lo cual puede dañar gravemente la credibilidad de la comunidad para el desarrollo). También compartimos los temores de que la aparición de la crisis económica haga aumentar el riesgo de que los donantes incumplan sus compromisos. Hay una grave preocupación de que se repita un descenso en los niveles de ayuda, especialmente la relacionada con la salud, como por

124 Consenso de Monterrey sobre la Financiación para el Desarrollo, Naciones Unidas, marzo de 2002. El consenso contiene los acuerdos y compromisos aprobados en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo en Monterrey, México, 18-22 marzo de 2002, por los dirigentes de los Estados miembros de las Naciones Unidas. El documento se centra en seis áreas: movilización de recursos nacionales para el desarrollo; movilización de recursos internacionales; inversión extranjera directa y otros flujos privados; comercio; cooperación financiera y técnica; deuda externa y cuestiones sistémicas.

125 Directrices de las Conclusiones del Consejo para la participación de la UE en la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, (Doha, 29 de noviembre- 2 de diciembre de 2008), 2903ª Reunión del Consejo de Relaciones Exteriores, Bruselas, 10-11 de noviembre de 2008. Consejo de la Unión Europea.

126 Conclusiones del Consejo de la UE. Igualdad de Género y Empoderamiento de la Mujer en la Cooperación para el Desarrollo, marzo de 2007.

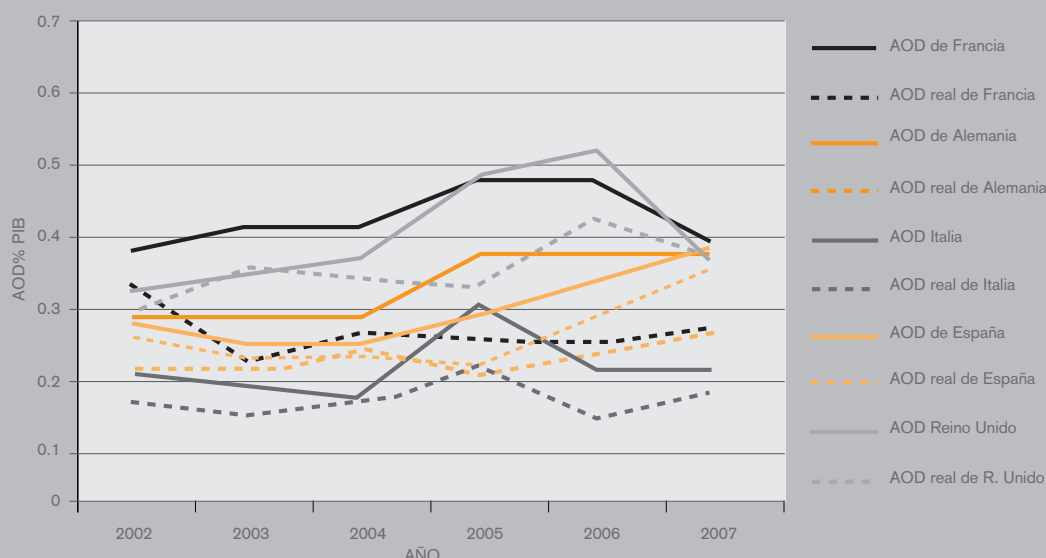
127 Declaración de Doha sobre la Financiación para el Desarrollo: Documento final de la Conferencia internacional de seguimiento sobre la financiación para el desarrollo encargada de examinar la aplicación del Consenso de Monterrey, Naciones Unidas, Diciembre de 2008.

128 La crisis financiera y la salud mundial, <http://www.cgdev.org/content/opinion/detail/1421000/>.

ejemplo en las crisis asiáticas anteriores. En estos tiempos de crisis, los donantes tienen que apoyar a los países en desarrollo para que “mantengan” el gasto en favor de los pobres y “fortalezcan” la salud y otras redes de seguridad social¹²⁹.

“Durante la crisis financiera asiática de finales de la década de 1990, el gasto público en salud en Indonesia cayó un 21 %, se redujo la cobertura

Cuadro 14: Visión general sobre las tendencias en la ayuda oficial al desarrollo (AOD) de los cinco países miembros de la UE donde están los socios Acción por la Salud Global



Nota. "AOD" representa las cifras de la OECD-DAC, mientras que para la ayuda real no cuenta el coste de la condonación de las deudas, las becas para estudiantes del ámbito sanitario y la asistencia médica a extranjeros no residentes.

En el gráfico anterior, "AOD" representa las cifras notificadas al CAD/OCDE. "AOD real" hace referencia a las cifras relativas a la ayuda cuando no se incluyen los costes de la condonación de deudas, las becas para estudiantes en el área de salud y la asistencia médica para personas extranjeras no residentes.

En 2005, la UE definió un calendario para los países miembros que establecía un objetivo del 0,51% del PIB a AOD para el año 2010 y un 0,7% para 2015¹³¹. Acción por la Salud Global señalan que:

- **Francia** presenta la mayor diferencia entre las cifras del CAD/OCDE y la "AOD real", llegando a su cota máxima en 2005, cuando se alcanzó el 50% de la cifra correspondiente a la condonación de la deuda, los costes relacionados con los estudiantes y la asistencia a extranjeros no residentes. El presupuesto programado para 2009-2011 seguirá esta tendencia; el aumento en 2009 será artificial en gran medida, debido a un incremento del 235% de la cancelación de la deuda. Este presupuesto hará que Francia no cumpla el objetivo de la UE.
- En **Alemania**, los niveles de AOD del CAD/OCDE han aumentado gradualmente desde 2002, debido en gran parte a un incremento en la condonación de la deuda y, en menor medida, a la duplicación de los costes relacionados con los estudiantes. La AOD "real" sólo ha aumentado de forma discreta. El gobierno alemán no ha elaborado un calendario ni establecido los compromisos necesarios relativos al presupuesto para alcanzar el objetivo de la UE¹³⁰.
- **Italia** ha obtenido con regularidad los niveles más bajos de AOD entre los países seleccionados (con excepción de 2005, debido a la condonación de la deuda). Su presupuesto de desarrollo para 2009 experimentará un descenso del 56% con respecto a 2008 y la crisis económica puede acarrear reducciones adicionales. En el caso de Italia, se ha expresado la necesidad de definir un plazo más gradual para cumplir el objetivo de la UE¹³¹.
- **España** muestra la tendencia más prometedora en materia de AOD, con niveles bajos de condonación de la deuda y costes para estudiantes y personas extranjeras no residentes, así como un aumento significativo en términos netos entre 2005 y 2007. Desde 2008 los datos muestran una continuación de este incremento notable y señalan que España supera el objetivo de la UE, alcanzando el 0,53%¹³².
- El **Reino Unido** no incluye los costes de estudiantes o personas extranjeras no residentes en sus cifras de la AOD, pero la condonación de la deuda desempeñó un papel significativo para que alcanzaran el objetivo de la UE del 0,51% en 2005. La condonación de la deuda ha caído desde entonces y se mantendrá en niveles bajos. Para volver al objetivo de la UE, el Reino Unido se ha comprometido a impulsar un fuerte aumento del presupuesto de gastos en desarrollo en los próximos dos años¹³³.

129 The impact of the food and economic crisis on child health and nutrition, borrador interno preparado para UNICEF Conference, Asia oriental y las islas del Pacífico, 6-7 de enero de 2009, Singapur.

130 Base de datos de la OECD-DAC, enero de 2009

131 Véase nota al pie 49.

132 Estadísticas en Internet de la base de datos CRS de la OECD-DAC: <http://stats.oecd.org/WBOS/Index.aspx?DatasetCode=CRSNEW>.

133 Comprehensive Spending Review, 2007 [Revisión de gastos integral, 2007], Ministerio de Hacienda, Gobierno del Reino Unido, 2007.

de vacunación y la mortalidad infantil aumentó en un 14%.”

Informe de UNICEF sobre el impacto de la crisis económica y de la alimentación en la nutrición y la salud de la infancia.¹²⁹

“Incluso antes del comienzo de la crisis financiera, los países donantes como grupo se situaban por debajo (con una diferencia negativa de aproximadamente 39.000 millones de dólares estadounidenses al año) de los compromisos establecidos en Gleneagles para aumentar significativamente su ayuda y duplicar la ayuda a África.”

Informe del Banco Mundial Nadando contracorriente.¹³⁵

El Cuadro 15 destaca la preocupación de **Acción por la Salud Global** sobre la falta de nuevos compromisos reales alcanzados en Doha. Asimismo, apenas se

reconoció el incumplimiento de los compromisos existentes. Aunque se restableció el objetivo acordado en el pasado para los países del Norte de alcanzar el 0,7% del PIB para la AOD, apenas se reconoció que la mayoría de los donantes estaban, de hecho, lejos de cumplir este nivel. En efecto, la disminución de los niveles de la AOD en 2006 y 2007 sólo se menciona de pasada, sin requerir ninguna acción urgente. Esta tendencia se agravará cuando la ayuda disminuya en términos reales, debido a que los presupuestos de los donantes se estarán estableciendo como proporción de un PIB cada vez menor, tras una reducción de la productividad combinada con la devaluación del euro y de la libra.

“Se estima que el compromiso de la UE de proporcionar un 0,56% del PIB en ayuda para 2010 implicará de hecho una reducción de 4.600

Cuadro 15: Comparativa de los compromisos de la AOD conforme a la Declaración de Doha y las recomendaciones de la ONU

Compromisos de la Declaración de Doha sobre la AOD ¹³¹	Análisis y recomendaciones de la ONU sobre la AOD ¹³⁴
Tendencias: - Se fomentó gracias a la recuperación de la AOD a partir del descenso antes de Monterrey (2002). Sin embargo, reconoce que la condonación de la deuda y la asistencia humanitaria conforman una parte significativa de las tendencias. - Se observó que, tras el pico de 2005, la AOD descendió en 2006 y 2007, debido en gran parte a la disminución de la condonación de la deuda. Se animó a los donantes a que garantizaran que los recursos proporcionados para la condonación de la deuda no se detraigan de la AOD.	Tendencias: - Los flujos de ayuda aumentaron durante el período 1997-2005. Si excluimos la condonación de la deuda y la ayuda humanitaria, la asistencia ha aumentado en más de un 50% desde 1997 y en prácticamente un 30% desde 2000. Sin embargo, el ritmo ha disminuido notablemente desde 2005. - En 2007, sólo Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Suecia y los Países Bajos habían alcanzado el objetivo del 0,7% de PIB para la AOD. La media entre los países miembros del CAD era del 0,45%. - En 2007, sólo Bélgica, Irlanda y el Reino Unido habían cumplido el objetivo del 0,15-0,20% del PIB para la AOD a los países menos desarrollados. La media entre los países miembros del CAD era del 0,09%.
Objetivos: - Se dio la bienvenida a la renovación del compromiso del G8 en Hokkaido, Japón (2008) conforme a lo prometido en la reunión del G8 en Gleneagles (2005) y se animó a los países a que cumplieran estos objetivos: 0,7% del PIB para la AOD en 2015 (y, al menos, un 0,5% en 2010). 0,15-0,20% del PIB para la AOD a los países menos desarrollados. - más del doble de la AOD a África en términos reales en 2010 (incremento anual de 25.000 millones de dólares estadounidenses respecto a las cifras de 2004). - Se destacó que algunos donantes han cumplido o superado los objetivos, o han implementado los calendarios. Otros deben realizar esfuerzos concretos e implementar calendarios indicativos que muestren cómo aumentar los niveles de ayuda para cumplir los compromisos actuales.	Objetivos: - Los donantes deben aumentar los flujos de ayuda en 18.000 millones de dólares estadounidenses al año en el período comprendido entre 2008 y 2010 para respaldar los principales programas de desarrollo y cumplir los objetivos acordados en 2010 (de 0,5% del PIB para la AOD, de 0,15-0,20% del PIB para la AOD a los países menos desarrollados y más del doble de la AOD para África en términos reales). En 2007, la AOD total disminuyó en más de 10.000 millones de dólares estadounidenses en comparación con la cantidad necesaria para garantizar un recorrido sin complicaciones hasta el objetivo acordado del 0,7% en 2015. - Sólo se ha programado la entrega de un tercio de los fondos que se prometió destinar a África para el año 2010 en la Cumbre del G8 de Gleneagles (2005). Para garantizar una gestión adecuada que permita alcanzar el incremento al que se comprometieron, todos los donantes deben asignar conjuntamente una cantidad adicional de 7.300 millones de dólares estadounidenses al año (según los tipos de cambio de julio de 2008) a la región. - Aunque se cumplieran los compromisos relativos a un aumento de la AOD neta a África, los donantes deberían aumentar su AOD a los países menos desarrollados, muchos de los cuales se encuentran en África. El flujo anual total a los países menos desarrollados tendría que aumentar un promedio de 8.800 millones de dólares estadounidenses (según los tipos de cambio de julio de 2008) en el período comprendido entre 2008 y 2010 para alcanzar el objetivo del 0,15-0,20% del PIB de cada donante.

¹³⁴ Delivering on the Global Partnership for Achieving the Millennium Development Goals: [Desarrollo de una colaboración global para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio:] Informe de Grupo de Tareas sobre el desfase en el logro de los ODM, Naciones Unidas, 2008.

¹³⁵ Swimming against the tide, How developing countries are coping with the global crisis [Nadando contracorriente: cómo hacen frente a la crisis global los países en desarrollo], informe complementario preparado por personal del Banco Mundial para la reunión de Ministros de Finanzas del G20 y los gobernadores del Banco Central, Horsham, Reino Unido, 13-14 de marzo de 2009.

¹³⁶ Véase nota al pie 3.

millones de dólares estadounidenses, debido a una contracción de la productividad económica.”

Kevin Watkins y Patrick Montjourides, Foro sobre el futuro de la UNESCO.¹³⁶

Otra de las principales decepciones que surgieron a raíz de la cumbre de Doha se relaciona con los denominados “calendarios de ayuda multianual”. Según la previsión, se esperaba que los presupuestos de los donantes estuvieran disponibles durante un período superior a un año. En las negociaciones finales, este término se debilitó hasta lo que se vino a denominar “calendarios indicativos”, dejando a la sociedad civil una menor capacidad de presionar a los donantes para que aumenten sus niveles de ayuda. Aunque se puso de relieve la inquietud global de una “necesidad creciente de métodos más sistemáticos y universales para responder a la cantidad, calidad y efectividad de la ayuda”, no se implementó ningún mecanismo para solucionar este asunto. Asimismo, los términos relativos a la adicionalidad de la condonación de la deuda con respecto a la AOD resultaron también decepcionantemente débiles, con una simple recomendación de que la condonación de la deuda no debe “devaluar” la AOD. Por último, no se hizo referencia alguna a las políticas restrictivas del Fondo Monetario Internacional (FMI) que inhiben el espacio fiscal de los países y, por lo tanto, su capacidad de formar y emplear al personal de salud y los y las profesores/as necesarios para la formación¹³⁷.

Acción por la Salud Global da la bienvenida a que la UE dé prioridad a la innovación en la financiación como fundamento de Doha, a través del aumento de estos mecanismos recomendados en la Declaración. Este desarrollo es muy relevante para el sector de la salud. El Grupo de Tareas de Alto Nivel sobre Financiación Internacional Innovadora para Sistemas de Salud se reunió por primera vez con ocasión de la Conferencia. También se dio un paso positivo en el reconocimiento de que “estos fondos deberán complementar y no sustituir a las fuentes tradicionales de financiación”¹³⁸. Esto ayudó a paliar las inquietudes relativas a que la crisis económica podría favorecer que los donantes estuvieran más interesados en la financiación innovadora como alternativa al cumplimiento de los compromisos de la AOD.

La Declaración de Doha sólo incluyó una vaga retórica relativa respeto de los derechos humanos y el desarrollo centrado en las personas. Sin embargo se articuló de forma más clara la importancia de abordar la prioridad de la UE de la desigualdad de género, reconocida como causa de raíz de la inequidad en salud. Aunque en la Declaración no hubo demandas explícitas a un aumento de la asignación de recursos (como si la hubo en la directrices de la UE), si que se instó a que aumentaran los esfuerzos para cumplir los compromisos en esta área. Acción por la Salud Global acoge sinceramente estos movimientos, pero también destacamos

Cuadro 16: Visión general sobre el enfoque de género en la ayuda al desarrollo de los cinco países miembros de la UE en donde están los socios de Acción por la Salud Global

La UE tiene un largo camino que recorrer para cumplir sus compromisos de igualdad de género y revalorización de la mujer en la cooperación para el desarrollo¹³⁹. Los miembros de Acción por la Salud Global hemos detectado una cierta integración de la cuestión del género en las políticas de ayuda en salud de los Estados miembros, con una concentración especial en la salud reproductiva, aunque esta integración debe aumentar. La Estrategia de Salud francesa determina que aumentará su contribución a la salud de las mujeres, sus derechos y el acceso a servicios de atención en salud reproductiva¹⁴⁰, aunque actualmente sólo el 5% de la AOD total destinada a la salud se dedica al ODM 5. El Ministerio de Asuntos Exteriores italiano afirma que han mejorado las iniciativas de empoderamiento y calidad relativas al género en el período comprendido entre 2007 y 2008 al centrarse en los ODM y la Declaración de París, pero hay falta de información sobre los recursos asignados. Las directrices relativas a la condición transversal del género tampoco proporcionan una información clara para su implantación, haciendo necesaria una reforma urgente, tal como está programada para 2009. Alemania ha adoptado un documento de políticas sobre los derechos sexuales y reproductivos¹⁴¹. En España, el género y la igualdad constituyen una de las cinco prioridades horizontales que se deben incluir en todas las actividades bilaterales¹⁴². El Reino Unido ha implementado un Plan de Acción de Igualdad de Género (2007-2009) y está trabajando en la mejora del compromiso en el nivel estratégico y normativo para que se traduzca hacia acciones concretas que puedan suponer un avance en el terreno. En concreto, están trabajando en la integración de una dimensión de género en la financiación del sector¹⁴³.

135 Swimming against the tide, How developing countries are coping with the global crisis [Nadando contracorriente: cómo hacen frente a la crisis global los países en desarrollo], informe complementario preparado por personal del Banco Mundial para la reunión de Ministros de Finanzas del G20 y los gobernadores del Banco Central, Horsham, Reino Unido, 13-14 de marzo de 2009.

136 Véase nota al pie 3.

137 Véase nota al pie 1.

138 Véase nota al pie 127.

139 Véase nota al pie 126.

140 Estrategia sectorial de salud (2007-2012).

141 Reproductive und sexuelle Gesundheit und Rechte. Bevölkerungsdynamik, Positionspapier des BMZ. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, Berlín, 2008

142 Véase nota al pie 50 de la página 16.

143 Gender Equality Action Plan [Plan de Acción de Igualdad de Género], DFID, 2007. <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/gender-equality-plan-2007.pdf>



la importancia de traducir dicha prioridad a nivel político en resultados relacionados con el género demostrables sobre el terreno. Por último, en la Cumbre de Doha, los líderes reconocieron la necesidad de un proceso más inclusivo y reforzado para responder a los compromisos establecidos en esta Conferencia, de manera que incluya a la sociedad civil, a los gobiernos y al sector privado¹⁴⁴. Acción por la Salud Global lo considera vital, si los donantes van a rendir cuentas por los compromisos contraídos.

Conclusiones

En la Reunión de Alto Nivel sobre los ODM celebrada en Nueva York, la campaña llevada a cabo por la sociedad civil destacó cuáles son las brechas financieras existentes, las intervenciones prioritarias necesarias para acelerar el progreso hacia la consecución de los ODM y condujo a la definición de nuevos compromisos. Sin embargo, no consiguió implicar a los países líderes para que llevaran a cabo las acciones necesarias o con la velocidad que requieren.

En la Conferencia Internacional de Financiación para el Desarrollo celebrada en Doha, se realizaron movimientos positivos en relación con la financiación innovadora y la resolución de las desigualdades de género. Los donantes reiteraron ampliamente los compromisos previos contraídos en Monterrey en

2002 y en conferencias anteriores, unos compromisos que muchos no están cumpliendo. Aunque se habló del desarrollo centrado en las personas y se trataron los enormes esfuerzos que se necesitan para alcanzar los ODM, éstos quedaron empañados por la confusión de la crisis económica y financiera: una crisis que acentúa la necesidad de que los donantes cumplan con su responsabilidad de reducir las desigualdades globales y garantizar el derecho a la salud para todos y todas¹⁴⁵.

En 2009, ante la crisis económico-financiera en ascenso, la financiación de la ayuda se enfrenta a un aluvión de preguntas, a saber: ¿se seguirán cumpliendo los compromisos de los donantes (contraídos o reconfirmados en 2008)? ¿La ciudadanía europea seguirán dispuesta a ayudar a otros, mientras los y las europeos pierden sus trabajos y sus propios ingresos disminuyen? ¿Cómo afectará a la ayuda la reducción del PIB y la devaluación de la moneda en términos reales? Y, cuando las cosas empeoren aún más, ¿La ayuda se considerará un lujo caritativo ambicionado en los “viejos tiempos”?

Estas preguntas son muy reales y válidas. Sin embargo, ninguna de ellas constituye un motivo para no actuar. Al contrario, todas conforman un mandato para actuar con más urgencia y generosidad que antes.

¹⁴⁴ Véase nota al pie 127.

¹⁴⁵ The Impact of the Financial Crisis on the Developing World [El impacto de la crisis financiera en el mundo en desarrollo], Michel D. Kazatchkine, Huffington Post, 29 de enero de 2009.

¹⁴⁶ Véase nota al pie 26.

En 2009, los países pobres se enfrentan a una disminución del precio de las materias primas, una reducción de las actividades gravables, la caída de los flujos de capital privado y el aumento del precio de los alimentos. Esto se debe a una crisis en la que no han tenido ninguna influencia¹⁴⁶. A la red Acción por la Salud Global le preocupa seriamente que las reuniones celebradas en Nueva York y Doha no hayan servido para garantizar que la crisis económico-financiera mundial no devaste aún más a las personas mayormente afectadas por la crisis mundial de la salud. Tememos que el lema “más ayuda, mejor repartida” no se tome como prioridad y que los ODM (y las vidas de muchos millones de personas) sean ignorados.

Para garantizar que esto no ocurra, la UE y sus Estados miembros deben cumplir con su obligación de promover el derecho universal a la salud, a responder a los compromisos actuales y a los contraídos en el pasado, como se reiteró en la Declaración de Doha. También deben dar prioridad al gasto en salud, conforme a lo prometido en el Programa de Acción de la UE para el cumplimiento de los ODM. Asimismo, deben mirar al futuro, explorando mecanismos de financiación innovadores que financien la salud, a la vez que se hace énfasis en la previsibilidad y complementariedad con la AOD

La reforma inminente de la arquitectura económico-financiera global abre un abanico amplio de posibilidades. Podría permitir que la minoría rica del mundo dé prioridad a lo que lleva prometiendo desde hace tiempo: las necesidades de la mayoría pobre del mundo. Supone una oportunidad sin precedentes de aumentar la inversión en salud y garantizar el acceso universal a la salud.

SECCIÓN CUATRO

CONCLUSIONES: ES EL MOMENTO DE PASAR A LA ACCIÓN

Tal como se describe en el presente informe, el año 2008 ofreció al mundo tres oportunidades vitales de revigorizar y volver a establecer los fundamentos de “más ayuda, mejor repartida” y, a la vez, de lograr un progreso más concreto hacia la consecución de los ODM de salud. Acción para la Salud Global compartió las esperanzas de muchas personas de obtener una situación más confortable y mejores resultados.

Los resultados del Foro de Alto Nivel sobre la Efectividad de la Ayuda, de la Reunión de Alto Nivel de la ONU sobre los ODM y de la Conferencia sobre Financiación para el Desarrollo fueron decepcionantes. Sin embargo, presentan la base para un posible avance.

El seguimiento a cualquier evento global supone un reto: es un momento en el que los dirigentes regresan a casa y la retórica del compromiso político se debe traducir en acciones prácticas. En 2009, con el telón de fondo de la crisis económico-financiera en ascenso, esta situación puede resultar más difícil que nunca, con los gobiernos donantes enfrentándose a presiones económico-financieras sin precedentes en el ámbito doméstico. Sin embargo, esta crisis económica debe servir de impulso para “hacer las cosas de modo distinto”, proporcionando una oportunidad sin precedentes para cambiar una tendencia de promesas rotas.

Los compromisos de Accra, Nueva York y Doha no se deben olvidar. De hecho, deben recibir más atención, empuje y creatividad que nunca. El seguimiento de estos eventos debe traducirse en decisiones firmes sobre las cantidades de ayuda así como una idea clara acerca de las

modalidades de ayuda. Pero además, debe implicar seguimiento, discusión y acciones, conforme a un enfoque basado en derechos, en apropiación democrática y en la igualdad de género. Éstos son los principios y las prácticas que, especialmente en épocas de penuria para todos, deben garantizar que no se ignore aún más a aquellas personas que ya son los más pobres, marginados y vulnerables.

En 2009, a medio camino hacia el cumplimiento de los ODM en 2015, el derecho a la salud para todos y todas continúa siendo una utopía. Las desigualdades relacionadas con la pobreza, el género y el origen étnico, junto con otros factores, provocan que el acceso a la salud y los servicios de salud no sea equitativo. Para muchas personas, este derecho humano fundamental sigue siendo una aspiración lejana. Tal como lo expresa la OMS, existen dos elementos fundamentales en una política de salud eficaz: los sistemas de atención primaria de salud y los

El impacto de la crisis será mucho más negativo en el Sur. Los ODM no son un compromiso de lujo caritativo. Son un compromiso de derechos y justicia que todos los gobiernos deben tener en cuenta

determinantes sociales de la salud. Las políticas de ayuda que no pongan en práctica y financien estos enfoques no lograrán alcanzar los ODM de salud.

En este contexto, la UE y sus Estados miembros



tienen un papel esencial que desempeñar. En 2009, deben tomar como base lo ya acordado en los eventos del último año, aceptar su responsabilidad colectiva en el cumplimiento de sus obligaciones y responder con los recursos prometidos. Deben trabajar conjuntamente para eliminar los obstáculos financieros y sistémicos que impiden el progreso hacia los ODM de salud. De forma esencial, también tienen que cumplir y promover sus propios principios de buenas prácticas (de derechos, igualdad de género y apropiación democrática¹⁴⁷), unos principios que, a la larga, generarán los resultados deseados. De acuerdo con el Consenso Europeo sobre Desarrollo, que reconoce el respeto a los derechos humanos como valor común de la Unión Europea, Acción por la Salud Global insta a la UE y a sus Estados miembros a que cumplan estos principios. Apelamos a que jueguen un papel de liderazgo en el cumplimiento de su obligación de promover el derecho a la salud para todos y todas, incluido el derecho a la salud sexual y reproductiva, y en el empoderamiento de los países en desarrollo para que alcancen los ODM de salud y fortalezcan sus sistemas de salud.

La UE y sus Estados miembros deben garantizar que, a pesar de los inmensos retos de la grave situación económico-financiera mundial, la crisis de la salud mundial (así como las vidas de millones de personas en los países en vías de desarrollo) no sea olvidada. El impacto de la crisis será mucho más negativo en el Sur. **Los ODM no son un compromiso de lujo caritativo. Son un compromiso de derechos y justicia que todos los gobiernos deben tener en cuenta.**

La acción es ahora más necesaria que nunca. Es necesario realizar inversiones rápidas y sustanciales para poner en práctica las distintas modalidades de ayuda, su financiación y los sistemas de salud necesarios para cumplir los ODM. La crisis económico-financiera mundial no es excusa para perder de vista los ODM de salud, sino que se deberá considerar como un abanico lleno de posibilidades.

Los donantes han demostrado que pueden operar con velocidad y generosidad para salvar a sus propias instituciones financieras y proteger a sus propios ciudadanos y ciudadanas. Ahora deben aplicarlo a los países del Sur, donde la crisis económica tendrá un impacto más negativo. Pueden hacerlo. Y deben hacerlo.

Fotografía:
© Stephane Lehr

147 Véase nota al pie 6.

SECCIÓN CINCO

RECOMENDACIONES PARA LA ACCIÓN

Acción por la Salud Global apela a que la UE y sus Estados miembros:

Recomendaciones generales

1. ACTUEN CON RAPIDEZ SOBRE LA CRISIS DE SALUD INTERNACIONAL

Al responder a la crisis económico-financiera internacional, deben dar prioridad y acelerar la respuesta a la crisis de salud internacional. Cumplir los compromisos de ayuda y mejorar la efectividad de ésta centrándose en los resultados en salud a favor de las personas pobres que favorecerán el cumplimiento de los ODM de salud. Esto se puede conseguir:

- Cumpliendo los objetivos de ayuda establecidos en el pasado y reiterados en el Programa de Acción de Accra (2008), el Programa de acción de la UE sobre los ODM (2008) y la Declaración de Doha sobre Financiación para el Desarrollo, 2008 [Véase la recomendación 9].
- Garantizando que la asignación y entrega de la ayuda se diseñen de forma tal que se logre el acceso universal a la salud y se beneficie a las poblaciones más pobres, marginadas y vulnerables mediante el refuerzo de los sistemas de atención primaria de salud y la gestión de los determinantes sociales de salud.
- Demostrando liderazgo a nivel mundial en los debates, los procesos y las decisiones relativas a la efectividad de la ayuda y la financiación de la ayuda que afecta a la salud.

2. CUMPLAN CON SUS OBLIGACIONES Y GARANTICEN EL DERECHO UNIVERSAL A LA SALUD

Garantizar el derecho universal a la salud, con el Estado como responsable principal, como prioridad para los países donantes y socios de ayuda oficial en salud. Esto se puede conseguir:

- Garantizando sistemáticamente un enfoque basado en los derechos en todas las políticas y procedimientos relacionados con la efectividad y la financiación de la ayuda especialmente en lo que se relaciona con la salud.
- Invirtiendo en asistencia primaria en salud (incluidos servicios, derechos y salud sexual y reproductiva) para todos y gestionando los determinantes sociales de la salud.
- Promoviendo la igualdad y la no discriminación (especialmente para mujeres, niñas y comunidades marginales) en la toma de decisiones y la asignación de la ayuda para la salud.

3. ASEGUREN LA IGUALDAD DE GÉNERO REAL

Asegurar la igualdad de género constituye un componente esencial en la toma de decisiones para proporcionar una ayuda al desarrollo efectiva, para la reducción de la pobreza y el logro de los ODM de salud. Esto se puede conseguir:

- Implicando activamente a los ministerios de la Mujer y de la Igualdad de Género en todas las fases de la toma de decisiones relevante sobre el desarrollo nacional y el servicio de ayuda, incluidas las relativas a la salud.
- Implementando mecanismos de responsabilidad para los procesos relacionados con la ayuda en salud que enfatizan la revalorización de la mujer y la igualdad de género.
- Promoviendo una evaluación, supervisión, programación, elaboración de presupuestos y financiación basada en el género que garantice la asignación de recursos conforme a las prioridades de las mujeres.

4. GARANTICEN LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN LOS PROCESOS DE AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO

Dar prioridad al principio de la apropiación democrática de la ayuda. Llevarla a cabo a través de la participación significativa de todos los actores implicados (desde el nivel local al internacional), incluyendo a la sociedad civil y los parlamentos, para asegurar el control, la transparencia y la efectividad de los presupuestos y políticas de salud. Esto se puede conseguir:

- Garantizando la implicación positiva de la sociedad civil, especialmente de los y las representantes de las comunidades pobres, los grupos marginales y las organizaciones de mujeres, en todos los niveles y fases de la toma de decisiones sobre la efectividad y la financiación de la ayuda, particularmente en lo relativo a la salud.
- Invirtiendo en el aumento del conocimiento, las aptitudes y la capacidad de la sociedad civil para permitir que el sector se implique totalmente en todas las fases de los procesos de toma de decisiones relevantes.
- Permitiendo y promoviendo el escrutinio completo de los mecanismos de financiación y efectividad de la ayuda, los presupuestos y las estrategias de salud relevantes por parte de los gobiernos.

Recomendaciones sobre la efectividad de la ayuda en materia sanitaria

5. DIVIDAN EL TRABAJO Y CONSIGAN RESULTADOS REALES

Trabajar sobre una división del trabajo orientada a resultados que contribuya a fortalecer los sistemas de salud, incluyendo la asignación adecuada de recursos para todos los países socios y una participación significativa de la sociedad civil. Esto se puede conseguir:

- Garantizando la implicación de un donante fuerte en materia de salud en cada país de la UE, lo que evitará el riesgo de “países huérfanos” o “sectores huérfanos”.
- Reforzando los sistemas de salud mediante una armonización más eficaz de la ayuda de los donantes en materia de salud.
- Garantizando que este proceso no lleva a un descenso de la financiación en salud.
- Implicando a todas las partes, incluida la sociedad civil, en la división del proceso de trabajo a nivel de país.

6. EVITEN ESTRUCTURAS DE FINANCIACIÓN PARALELAS Y LAS ALINEEN CON LOS SISTEMAS DE LOS PAÍSES SOCIOS

Utilizar una combinación apropiada de mecanismos de financiación, que incluya el apoyo presupuestario sectorial para la salud y el apoyo presupuestario general, con todas las modalidades de ayuda alineadas con los sistemas del país socio y que contribuyan a mejorar los resultados de salud. Esto se puede conseguir:

- Permitiendo que los países socios elijan entre distintas modalidades de ayuda, incluyendo el apoyo presupuestario y los programas de aplicación en todo el sector de la salud, los cuales están fuertemente alineados con los sistemas nacionales y han demostrado mejoras concretas en los resultados de salud para todos y todas.
- Garantizando que el apoyo presupuestario general propicie el fortalecimiento de los sistemas de salud y se cumpla el derecho a la salud, entre otros, mediante el uso de indicadores cualitativos sensibles al género y específicos de la salud.

7. PROPORCIONEN UNA AYUDA EN SALUD A LARGO PLAZO Y PREDECIBLE

Mejorar la previsibilidad de la ayuda en salud para contribuir a que se consigan mejores resultados de salud y más sostenibles resultados de salud. Esto se puede conseguir:

- Proporcionando una financiación predecible a largo plazo durante un mínimo de cinco años para apoyar el cumplimiento de los ODM de salud.
- Garantizando un compromiso de todos los donantes de la UE para el desarrollo de mecanismos sensibles al género y favorables a los países pobres para que aumente la previsibilidad de la ayuda y contribuyan a lograr mejores resultados de salud y más sostenibles.

8. RINDAN CUENTAS Y SE CENTREN EN LA MEJORA DE LA SALUD

Garantizar la rendición de cuentas mutua de gobiernos donantes y socios orientada a la obtención de resultados en salud, vinculando la ayuda oficial con marcos de gestión orientada hacia el cumplimiento de los ODM de salud. Esto se puede conseguir:

- Garantizando un enfoque fuerte y complementario tanto en la rendición de cuentas mutua como en la gestión por resultados para el desarrollo.
- Fortaleciendo la rendición de cuentas mutua del donante al gobierno socio, del gobierno socio al donante, y del donante y gobierno socio a la sociedad civil. Esto se debe llevar a cabo en el marco del establecimiento de resultados claros y concretos que vinculen la ayuda al avance en los ODM de salud y ante los cuales todos los socios implicados deben rendir cuentas.

Recomendaciones sobre la financiación de la ayuda en materia de salud

9. CUMPLAN LAS PROMESAS Y LOS COMPROMISOS DE AYUDA OFICIAL

Cumplir urgentemente los compromisos ya realizados de ayuda oficial, incluyendo el gasto del 0.7% del Producto Interior Bruto (PIB) en la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), tal y como se reitera en la Declaración de Doha sobre Financiación para el Desarrollo, 2008; y dar prioridad al gasto en salud. Esto se puede conseguir:

- Proporcionando el 0,51% del Producto Nacional Bruto (PNB) a la AOD para el año 2010 y el 0,7% para el año 2015. Esto incluye el 0,15-0,2% del PIB a la AOD para los países menos desarrollados y más del doble de la AOD para África en términos reales.
- Desembolsando el 0,1% del PIB en materia de salud, centrándose en el aumento del acceso de la población a las intervenciones esenciales en salud y fortaleciendo los sistemas de atención primaria de salud; respaldando la recomendación del Parlamento Europeo de que el 20% de todo el gasto en políticas de desarrollo europeo, incluido el Fondo de Desarrollo Europeo (FDE), se debe asignar a la educación y la salud básica en 2009.
- Aumentando la ayuda en materia de salud en 8.000 millones de euros para 2010 con la finalidad de cumplir la participación de la UE en la brecha financiera estimada en materia de salud.

10. UTILIZEN NUEVOS MECANISMOS PARA CONSEGUIR FONDOS ADICIONALES

Utilizar buenas prácticas de financiación innovadora para conseguir que los mecanismos para financiar para la salud generen realmente nuevos fondos y aumenten su predictibilidad y su sostenibilidad para fortalecer los sistemas de salud. Esto se puede conseguir:

- Garantizando que los mecanismos de financiación innovadores consigan realmente nuevos fondos, que sean adicionales a la AOD actual y no minen la AOD futura. Garantizando que los mecanismos de financiación innovadores se adhieran a los principios de la Declaración de París y promuevan la apropiación democrática.
- Ampliando el uso de la financiación innovadora para incluir el fortalecimiento de unos sistemas de salud que sean accesibles para todos y todas.



Bibliografía

Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases. 2001. African Summit, Abuja, available at: http://www.un.org/ga/aids/pdf/abuja_declaration.pdf.

Achieving Millennium Development Goals in Africa. 2008. Recommendations of the MDG Africa Steering Group, A/63/130, June: <http://www.mdgafrica.org/achieving-mdg.html>.

Action for Global Health. 2007. Health Warning. Why Europe must act now to rescue the Health Millennium Development Goals.: http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/afgh_policy_reports_health_warning/uk_report_health_warning/uk_health_warning.

Action for Global Health. 2007. Gesundheit in Gefahr. Warum Europa jetzt handeln muss, um die gesundheitsbezogenen Millenniumsentwicklungsziele zu retten (= Health Warning. Why Europe must act now to rescue the Health Millennium Development Goals): http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/german_homepage/publikationen/gesundheit_in_gefahr_warum_europa_jetzt_handeln_muss_um_die_gesundheitsbezogenen_millenniumsentswicklungsziele_zu_rennen.

Action for Global Health. 2008. Healthy Aid. Why Europe must deliver more aid, better spent to save the health Millennium Development Goals: <http://www.actionforglobalhealth.eu/publications/healthyaid>.

Action for Global Health. 2008. Gesunde Hilfe. Warum Europa mehr Hilfe leisten und die Mittel effektiver einsetzen muss, um die Millenniumentwicklungsziele für Gesundheit zu retten (= Healthy Aid. Why Europe must deliver more aid, better spent to save the health Millennium Development Goals): http://www.actionforglobalhealth.eu/media/home/german_homepage/publikationen/gesundheit_in_gefahr_warum_europa_jetzt_handeln_muss_um_die_gesundheitsbezogenen_millenniumsentswicklungsziele_zu_rennen.

Aktionsbündnis gegen Aids. 2008. Globale Krise und Deutschlands Beitrag zur Globalen Antwort – Zweite zivilgesellschaftliche Bestandsaufnahme des deutschen Engagements für die Umsetzung der internationalen HIV/Aids-Ziele 2006/2007: <http://www.aids-kampagne.de/materialien/downloads/deutschlands-engagement>.

Agence Française de Développement. 2009. Presentation at the Action for Global Health Seminar in Paris, February 10-11.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. 2009. Länder und Regionen, Länderkonzentration: <http://www.bmz.de/de/laender/partnerlaender/laenderkonzentration/index.html>.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. 2009. Operationsplan zur Umsetzung der Pariser Erklärung 2005 und des Accra Aktionsplans 2008 zur Steigerung der Wirksamkeit von Entwicklungszusammenarbeit, Bonn, Referat 220.

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. 2008. Reproduktive und sexuelle Gesundheit und Rechte. Bevölkerungsdynamik, Positionspapier des BMZ, Berlin: <http://www.bmz.de/de/service/infothek/fach/spezial/spezial148pdf.pdf>.

Chan, Margret. 2009. Remarks at the High-level Consultation on the Financial Crisis and Global Health, Geneva, Switzerland, January 19: http://www.who.int/dg/speeches/2009/financial_crisis_20090119/en/index.html.

Commission of the European Communities. 2007. EU Code of Conduct on Division of Labour in Development Policy, Communication from the Commission to the Council and the European Parliament: <http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2007:0072:FIN:EN:PDF>.

Commission on Macroeconomics and Health (CMH), World Health Organisation (WHO). 2001. Macroeconomics and Health: Investing in health for economic development, report: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf>.

Commons Hansard. 2008. Response by Douglas Alexander to question from Mr Dai Davis on Overseas Aid, 12 November, Column 1243W: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmhansrd/cm081112/text/81112w0020.htm>.

CONCORD. 2008. Delivering better aid: an opportunity for European Union leadership in the fight against global poverty, Concord AID WATCH.

Countdown to 2015. 2008. Tracking Progress in Maternal, Newborn and Child Survival. The 2008 report: <http://www.who.int/pmnch/Countdownto2015FINALREPORT-apr7.pdf>.

Development Gateway Foundation. 2009. International Aid Transparency Initiative: <http://www.dgfoundation.org/news-events/international-aid-transparency-initiative.html>.

European Commission, Directorate-General Development and Relations with African, Caribbean and Pacific States. 2007. A proposal for longer term and more predictable general budget support, Technical Discussion Paper on an MDG Contract, European Commission, June: <http://doku.cac.at/eudiscussionpaper070619.pdf>.

The European Consensus On Development: Joint Statement By The Council And The Representatives Of The Governments Of The Member States Meeting Within The Council, The European Parliament And The Commission. 2005. Council of the European Union, November: http://ec.europa.eu/development/icenter/repository/european_consensus_2005_en.pdf.

European Court of Auditors. 2008. Special Report on EC Development Assistance to Health Services in Sub-Saharan Africa: <http://eca.europa.eu/portal/pls/portal/docs/1/2020216.PDF>.

European Parliament. 2009. Resolution on an approach to “EC development assistance to health services in sub-saharan Africa”, P6_TA-PROV (2009) 0138, March 12: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+MOTION+B6-2009-0114+0+DOC+XML+V0//EN&language=DE>.

EU Council at UN. 2008. European Council Guidelines for the EU Participation in Accra, June: http://www.europa-eu-un.org/articles/en/article_8289_en.htm.

EU Council Conclusions. 2007. Gender Equality and Women's Empowerment in Development Cooperation, March.

The EU as a global partner for pro-poor and pro-growth development. 2008. EU Agenda for Action on MDGs, The Council of the European Union, June: <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/EU%20Agenda%20for%20Action%20on%20the%20MDGs.pdf>.

Evans, David B.. 2009. The Impact of the Financial Crisis: Learning From Past Recessions, Presentation by the Director, Department of Health Systems Financing, WHO, at Action for Global Health: International Conference, Rome, February, www.actionforglobalhealth.eu/content/download/28592/143358/file/Evans1_AfGH_conf2009.ppt.

French Action Plan for enhancing Aid Effectiveness. 2007. June, available at: http://www.diplomatie.gouv.fr/en/ministry_158/publications_2288/international-cooperation-and-development_2289/brochures-grand-public-serie_2535/french-action-plan-on-aid-effectiveness_6746/index.html.

Fürst, Franziska. 2008. The G8 Initiative on Social Health Protection. Providing for Health, Presentation, Eschborn, available at: http://www.gfa-group.de/publications/webdownloads/552845/17_Fuerst_Providing_for_Health_The_G8_Initiative_on_Social_Health_Protection.pdf.

The Global Fund to Fight Aids, TB & Malaria. 2009. <http://www.theglobalfund.org>.

G8 Health Experts Group. 2008. Toyako Framework for Action on Global Health, July 8: http://www.mofa.go.jp/POLICY/economy/summit/2008/doc/pdf/0708_09_en.pdf.

The impact of the food and economic crisis on child health and nutrition. 2009. Draft working paper prepared for UNICEF Conference, East Asia and the Pacific Islands, January 6-7, Singapore: http://www.unicef.org/eapro/media_9170.html.

Increasing aid effectiveness and predictability: Commission signs first MDG Contract with Zambia worth €225 million. 2009: <http://209.85.229.132/search?q=cac he:Baa4YXehi8UJ:europa.eu/rapid/pressReleasesAction.do%3Freference%3DIP/09/356%26format%3DPDF%26aged%3D0%26language%3DEN%26guiLanguage%3Den+Zambia+signs+its+first+MDG+contract&hl=nl&ct=clnk&cd=2&gl=nl>.

International Finance Facility for Immunisation. 2009. <http://www.iff-immunisation.org>.

International Health Partnership+. 2008. <http://www.internationalhealthpartnership.net/index.html>.

International Health Partnership+. 2008. High-Level Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems, Terms of Reference and Management Arrangements, November 15: <http://www.internationalhealthpartnership.net/pdf/Proposal%20for%20a%20taskforce%20on%20health%20financing%20v2.pdf>.

International Monetary Fund. 2009. The Implications of the Global Financial Crisis for Low-Income Countries, March: <http://www.imf.org/external/pubs/ft/books/2009/globalfin/globalfin.pdf>.

Italian Ministry of Foreign Affairs. 2007. Directorate General for Development Cooperation, Delibera n. 136.

Italian Ministry of Foreign Affairs - Directorate General for Development Cooperation. 2009. Linee guida e indirizzi di programmazione 2009-2011, February.

Kazatchkine, Michel D.. 2009. The Impact of the Financial Crisis on the Developing World, Huffington Post, January 29: http://www.huffingtonpost.com/michel-d-kazatchkine/the-impact-of-the-financi_b_162178.html.

Morgan, Lindsay. 2009. The financial crisis and global health: <http://www.cgdev.org/content/opinion/detail/1421000>.

OECD. 2005. Paris Declaration on Aid Effectiveness: <http://www.oecd.org/dataoecd/11/41/34428351.pdf>.

OECD. 2008. Accra Agenda for Action: <http://siteresources.worldbank.org/ACCRAEXT/Resources/4700790-1217425866038/AAA-4-SEPTEMBER-FINAL-16h00.pdf>.

OECD. 2008. Venture on Managing for Development Results, Mutual Accountability at the International Level, OECD, 5-6 March: <http://www.oecd.org/dataoecd/36/53/40459701.pdf>.

OECD-DAC. 2007. Peer Review France: <http://www.oecd.dac.org/dac/peerreviews/france>.

OECD-DAC. 2008. Survey on Monitoring the Paris Declaration: http://www.oecd.org/document/31/0,3343,en_21571361_39494699_3976406_3_1_1_1,100.htm.

Roll Back Malaria Partnership. 2008.

Global Malaria Action Plan: <http://www.rollbackmalaria.org/gmap/index.html>.

Roubini, Nouriel. 2008. Financial Crisis and the Government Rescue Plan - What Does the Future Hold? Market Pulse Series, New York University, Stern School of Business, comments: http://w4.stern.nyu.edu/events/podcast/video_market_pulse_oct15-2008-roubini.html.

Spanish Ministry of Foreign Affairs. 2009. III Spain's International Cooperation Master Plan 2009-2012, General Direction of Policies and Evaluation, Draft, State Secretary of International Cooperation.

UK Department for International Development. 2007. Draft Health Strategy, Implementation, Monitoring and Evaluation Plan, <http://www.dfid.gov.uk/aboutdfid/dev-committee/papers/hsimplementation.pdf>.

UK Department for International Development. 2007. Gender Equality Action Plan: <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/gender-equality-plan-2007.pdf>.

UK Department for International Development. 2008. DFID Aid Effectiveness and Accountability Newsletter, December: <http://www.dfid.gov.uk/mdg/aid-effectiveness/newsletters/newsletterdec08.asp>.

UK Department for International Development. 2008. Press Release, Launch of the International Aid Transparency Initiative, September: <http://www.dfid.gov.uk/news/files/pressreleases/aid-transparency-initiative.asp>.

UK Department for International Development. 2008. Results Action Plan: <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/results-action-plan08.pdf>.

UK Department for International Development. 2008. Statistics on International Development: <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/sid2008/release.asp>.

UK Government. 2007. Comprehensive Spending Review. HM Treasury: http://www.hm-treasury.gov.uk/pbr_csr07_index.htm.

United Nations. 2000. United Nations Millennium Declaration, United Nations General Assembly, September: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm>.

United Nations. 2002. Monterrey Consensus on Financing for Development, March: <http://www.un.org/esa/ffd/monterrey/MonterreyConsensus.pdf>.

United Nations. 2008. Delivering on the Global Partnership for Achieving the Millennium Development Goals: Report of the MDG Gap Task Force: <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/MDG%20Gap%20Task%20Force%20Report%202008.pdf>.

United Nations. 2008. Doha Declaration on Financing for Development: outcome document of the Follow-up International Conference on Financing for Development to Review the Implementation of the Monterrey Consensus, December: http://www.un-ngls.org/IMG/pdf/0812_TheRoadtoDoha_Issue19.pdf.

United Nations. 2008. High-Level Event on the Millennium Development Goals, Committing to action: achieving the Millennium Development Goals, Background note by the UN Secretary-General, 25 September: <http://www.un.org/millenniumgoals/2008highlevel/pdf/committing.pdf>.

UNAIDS. 2008. Report on the global AIDS epidemic, Geneva: http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/2008_Global_report.asp.

UNAIDS. 2008. Technical Meeting on Young Women in HIV Hyper-Endemic Countries of Southern Africa.

UNDP. 2008. Human Development Report, 2007/8, Fighting Climate Change: Human Solidarity in a changing world: <http://hdr.undp.org/en/reports/global/hdr2007-2008>.

UNITAID. 2009. www.unitaid.eu/index.php/en/UNITAID-Mission.html.

Welthungerhilfe und terre des hommes (Eds.). 2008. Die Wirklichkeit der Entwicklungshilfe – Eine kritische Bestandsaufnahme der deutschen Entwicklungspolitik,” Volume 16th, October.

Women & Children First. 2009. Advocacy Newsletter, March: [http://www.wcf-uk.org/northsouth/extra3.nsf/Resources/7EC7E498C0D7C28180257577003F5C72/\\$FILE/WCF%202009%20Advocacy%20Newsletter%201.pdf?openElement](http://www.wcf-uk.org/northsouth/extra3.nsf/Resources/7EC7E498C0D7C28180257577003F5C72/$FILE/WCF%202009%20Advocacy%20Newsletter%201.pdf?openElement).

World Bank. 2009. Crisis Reveals Growing Finance Gaps for Developing Countries, March: <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/NEWS/0,,contentMDK:2093316~menuPK:34463~pagePK:34370~piPK:34424~theSitePK:4607,00.html>.

World Bank. 2009. Swimming against the tide. How developing countries are coping with the global crisis, Background Paper prepared by World Bank Staff for the G20 Finance Ministers and Central Bank Governors Meeting, Horsham, United Kingdom on March 13-14.

WHO. 2005. MDGs, Health and the Millennium Development Goals, WHO: <http://www.who.int/mdg/en>.

WHO. 2008. Better Health: [ww.who.int/hdp/publications/effectiveaid_betterhealth_en.pdf](http://www.who.int/hdp/publications/effectiveaid_betterhealth_en.pdf).

WHO. 2009. The Financial Crisis and Global Health. Report of a High-Level Consultation, World Health Organization, Geneva, January 19: http://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2009_financial_crisis_report_en_.pdf.

Abreviaturas

SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia adquirida
CMS	Comisión sobre Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud
DFID	Departamento del Desarrollo Internacional del Reino Unido
UE	Unión Europea
CE	Comisión Europea
FDE	Fondo de Desarrollo Europeo (Fondo Europeo de Desarrollo)
GBS	Apoyo presupuestario general
Fondo Mundial	Fondo Mundial de lucha contra la Malaria, la Tuberculosis y el SIDA
PIB	Producto Interior Bruto
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
IHP	Parteneriado Internacional de Salud
IHP+	Parteneriado Internacional de Salud e iniciativas relacionadas
AIEPI	Atención Integrada a las Enfermedades prevalentes de la Infancia
FMI	Fondo Monetario Internacioanal
IFFIm	Facilidad Financiera Internacional para la Vacunación
PMD	Países Menos Desarrollados
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organización no gubernamental
NTD	Enfermedades Tropicales Olvidadas
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
AMC	Compromiso Adelantado de Mercado
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CAD/OCDE	Comité de Ayuda al Desarrollo - Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
SWAp	Apoyo Presupuestario Sectorial
TB	Tuberculosis
ONU	Organización de Naciones Unidas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud

Acción por la Salud Global es una red de ONGD de incidencia política con base en Alemania, Bruselas, España, Francia, Italia y Reino Unido.

Nuestro tercer informe se centra en analizar si las promesas que hicieron los gobiernos europeos en 2008 se están realizando. Se examina el posible impacto de la crisis económica sobre los compromisos realizados por Europa en el ámbito de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de salud y se insta a los gobiernos a que se aceleren las acciones necesarias precisamente por causa de la crisis, no a pesar suya.

Visite las noticias y comparta sus comentarios sobre salud global en nuestra web:

www.accionporlasaludglobal.eu

Contacto: informacion@accionporlasaludglobal.eu



**ACCIÓN POR LA
SALUD GLOBAL**

PLENA FINANCIACION
SISTEMAS SANITARIOS FORTALECIDOS
ACCESO UNIVERSAL



A joint initiative by STOP AIDS NOW! and the International HIV/AIDS Alliance



act:onaid

