ACCIÓN POR LA SALUD GLOBAL

PLENA FINANCIACION
SISTEMAS SANITARIOS FORTALECIDOS
ACCESO UNIVERSAL

¿QUIÉN PAGA POR LA SALUD?

TENDENCIAS EN LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO EN SALUD

INFORME DE INCIDENCIA POLÍTICA

DICIEMBRE 2013

¿Quién paga por la salud?
Informe de incidencia política
Diciembre 2013

Una mirada a la Ayuda Oficial al Desarrollo en salud...

Fotografía de portada:
© Óscar Leiva Marinero

Diseño del cartel de la página interior de portada:
© Estibaliz Oliván Alonso

Tabla de contenidos

03 Tabla de contenidos

04 Agradecimientos

05 Resumen ejecutivo

08 Introducción

10 Desentrañando el contenido de la AOD: Nota metodológica

13 Análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en Europa, 2007-2012

- 14 Tendencias en la AOD y en la AOD para salud
- 18 Comportamiento de los donantes europeos en salud global

21 ¿Quién paga por la salud? Cuando la carga recae sobre los usuarios

- 22 ¿Quién paga por la salud? La carga sobre los usuarios de servicios
- 24 Políticas para aumentar el acceso a la salud de las personas en situación de pobreza: Una decisión política

27 Recursos adicionales para la salud

- 28 Una herramienta prometedora: el Impuesto sobre Transacciones Financieras
- 29 Otros mecanismos innovadores de financiación

31 Perfil de los donantes europeos: ¿qué aportan a la salud global?

- 32 Instituciones de la Unión Europea
- 36 Francia
- 40 Alemania
- 44 Italia
- 48 Países Bajos
- 52 España
- 56 Reino Unido

60 Notas

62 Acrónimos

Agradecimientos

La realización de este informe no hubiese sido posible sin la colaboración de diferentes personas y organizaciones. ApSG agradece la inestimable ayuda de todas las organizaciones integrantes de la red, las personas colaboradoras y los donantes.

Investigación:

El informe está basado en un amplio análisis de cada uno de los proyectos realizado por Joachim Rüppel, investigador del Medical Mission Institute de Würzburg, Alemania, y Marco Simonelli de ActionAid Italia.

Investigación sobre políticas:

Equipo de las organizaciones miembro de ApSG; estudio de caso preparado por Kenya AIDS NGOs Consortium (KANCO).

Organizaciones integrantes y técnicos y técnicas de la red europea:

Bélgica - Unión Europea: Plan EU (Elisa Baldini),
Stop Aids Alliance (Emilie Peeters).
Francia: Global Health Advocates (Bruno Rivalan).
Países Bajos: Cordaid (Nathalie Popken, Merel Diemont),
Stop Aids Now! (Sabrina Erné).
Alemania: Oxfam Germany (Tobias Luppe, Charlotte Becker),
Terre des hommes Germany (Tanja Abubakar-Funkenberg).
Italia: Actionaid Italy (Marco Simonelli), Associazione Italiana
Donne per lo Sviluppo (AIDOS) (Maria Grazia Panunzi).
España: Federación de Planificación Familiar Estatal (FPFE)
(Eugenia García), Médicos del Mundo (Emiliana Tapia).
Reino Unido: International HIV/AIDS Alliance
(Olga Szubert, Leila Zadeh), Plan UK (Rebecka Rosenquist).

Organizaciones integrantes de Acción por la Salud Global en España:

Federación de Planificación Familiar Estatal, Médicos del Mundo, FarmaMundi, Anesvad y Medicus Mundi.

Donante:

Este informe se ha realizado gracias al apoyo económico de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Equipo editorial de ApSG:

Rachel Lander, Marco Simonelli, Emiliana Tapia,
Bruno Rivalan, Julia Ravenscroft, Tim Roosen.

Fotografía:

Mozambique: Thomas Williams Photography/AfGH
(páginas 13, 21, 31, 39, 43 y 47).

India: Metamorphosis Film Junction – Anirban Dutta/AfGH
(páginas 51 y 59).

El Salvador: Óscar Leiva Marinero
(páginas 9, 27 and 55).

Portada: Óscar Leiva Marinero

Gráficos:

Joachim Rüppel, Medical Mission Institute de Würzburg.

Editora:

Becky Owens.

Diseño:

March Design Studio.

Los contenidos de este informe no reflejan necesariamente las opiniones del donante o de las personas colaboradoras externas.

Por favor, dedique un momento a darnos su opinión sobre esta publicación enviándonos un correo electrónico a:
coordination@actionforglobalhealth.eu

* El contenido íntegro de este informe era correcto en diciembre de 2013.

Resumen ejecutivo

En este informe anual sobre Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en salud, Acción por la Salud Global (ApSG) examina los gastos en salud global de algunos países europeos donantes, contrastándolos con los objetivos y recomendaciones internacionales así como con los compromisos que estos países han adquirido.

El informe examina en profundidad los datos sobre AOD de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Mediante un análisis sistemático de cada proyecto, se ha logrado calcular la AOD en salud global hasta 2011 (últimos datos disponibles) y mostrar de forma clara cuánto dinero se transfiere realmente a los países en desarrollo. Dichos datos indican que la mayoría de los donantes incluidos en el informe están reduciendo su AOD, especialmente en los últimos años de crisis económica.

La investigación muestra un descenso general en el volumen de AOD que aleja aún más a los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) del objetivo de destinar el 0,7% de la Renta Nacional Bruta (RNB) para el desarrollo.

Como resultado de esta tendencia al descenso, hay casi 200.000 millones de dólares de déficit entre el volumen de ayuda no reembolsable de los 23 Estados miembros del CAD y el volumen que se alcanzaría se cumpliera el objetivo del 0,7% de la RNB para ayuda al desarrollo. De los 17 países europeos del CAD, tan solo Dinamarca, Luxemburgo, Noruega y Suecia han alcanzado en 2012 este objetivo del 0,7%. En conjunto los países europeos del CAD vienen reduciendo su ayuda desde 2009, lo que ha provocado que en 2012 el porcentaje para AOD de la RNB fuera del 0,35%.

Sólo Dinamarca, Luxemburgo, Noruega y Suecia han alcanzado el objetivo del 0,7% de la RNB en 2012.

Hay una tendencia general entre los donantes europeos a reducir el porcentaje de la RNB dedicado a la AOD en salud. Incluso aquellos países que tradicionalmente eran considerados como los “defensores de la salud” y que habían alcanzado la recomendación internacional del 0,1% de la RNB para salud (Dinamarca, Países Bajos, Noruega y Suecia) parecen estar disminuyendo esta ayuda. La única excepción es el Reino Unido, que está aumentando el porcentaje de la RNB para AOD en salud.

Como resultado de los recortes presupuestarios aplicados por los gobiernos, la mayoría de los donantes de la UE no ha cumplido sus compromisos en salud global. Los Países Bajos y España, por ejemplo, han realizado los mayores recortes a la AOD en salud en 2009 y 2010, mientras que Italia fue la que más recortó en 2008.

Entre 2010 y 2011 España recortó la Ayuda Oficial al Desarrollo en salud un 45%, mientras que la reducción en Italia fue de un 60% entre 2008 y 2009. Dentro de los países europeos del CAD, Italia sigue siendo, junto a Austria, Grecia y Portugal, uno de los peores donantes en AOD en salud.

El Reino Unido, sin embargo, ha aumentado cada año, desde 2008, su AOD en salud, alcanzando la recomendación internacional del 0,1% de la RNB para la salud en 2010.

Los recortes en salud global concuerdan con los recortes aplicados en el conjunto de la AOD en la mayoría de países donantes. La excepción es España, cuyos recortes en Ayuda Oficial al Desarrollo para salud son mayores que en otros sectores de la AOD. El análisis realizado por Acción por la Salud Global sobre la AOD también ha tenido en cuenta la capacidad económica de cada país. Si analizamos la AOD total, parecería que algunos países con grandes economías, que aportan el mayor volumen de AOD, son los donantes más generosos.

Hay una tendencia general entre los donantes europeos a reducir el porcentaje de la RNB para AOD en salud. La única excepción es el Reino Unido, que alcanzó la recomendación internacional del 0,1% de la RNB en salud en 2010.

Pero si observamos su capacidad económica, los resultados de dichos países son a menudo sorprendentemente pobres. Si comparamos lo aportado con su gran capacidad económica, Alemania, Italia y España dan un exiguo apoyo al sector de la salud, con un aporte de entre un 0,019% y un 0,031% de su RNB (muy por debajo del objetivo del 0,1%).

Algunos donantes, especialmente los Países Bajos y las instituciones de la UE, han incluido más asuntos dentro de las competencias de los Ministerios de cooperación internacional. Entre ellos está el cambio climático, al que se dedican fondos que podrían ser utilizados para cumplir los compromisos en salud global del país. Por otra parte, algunos donantes están aumentando el uso de créditos como una modalidad de ayuda que debe ser devuelta con intereses.

Acción por la Salud Global, una red de la sociedad civil que une a organizaciones no gubernamentales europeas que trabajan en más de 70 países en desarrollo, aporta información sobre el terreno de las carencias en la AOD en salud y hace un llamamiento a los donantes de la UE para que cumplan sus compromisos y así los objetivos de desarrollo mundial se alcancen.

Hay que destacar especialmente la preocupante tendencia de los países más ricos de Europa a aportar menos, proporcionalmente, que las naciones más pobres, tanto en AOD en general como en la AOD en salud.

Introducción

Los debates sobre salud global se centran en cómo cerrar los “temas pendientes” de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, así como en el modo de abordar en el nuevo marco de desarrollo los déficits y los nuevos retos en salud. Los y las responsables de las políticas de la UE deben responder sobre los compromisos asumidos en salud global.

Mejorar el acceso a la salud produce una mejora de la salud pública y ayuda a las personas, las familias y las comunidades a salir de la pobreza.

La salud permite a las personas aprovechar las oportunidades de educación, empleo y libre determinación. El impacto económico de las inversiones en salud está sobradamente documentado.[1]

En las dos últimas décadas, la salud mundial ha avanzado más que nunca en la historia. Los esfuerzos globales en pos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), así como el desarrollo y la prosperidad general de los países, han propiciado un mejor acceso a la promoción de la salud, la prevención, el tratamiento y los cuidados, así como una mayor esperanza de vida en general.

Pero aún sigue habiendo diferencias inaceptables entre países desarrollados y países en desarrollo y dentro de los mismos países. Hay mil millones de personas que no tienen acceso a medicamentos básicos ni reciben el tratamiento médico que necesitan.

La carga de la pobreza, de las enfermedades contagiosas como el VIH, la tuberculosis o la malaria, las enfermedades tropicales desatendidas, así como las enfermedades crónicas y no contagiosas emergentes tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, son los desafíos más apremiantes relacionados con la salud en el siglo XXI.

El envejecimiento de la población y la urbanización, especialmente donde no está planificada, son retos que desafían a los sistemas de salud. Estos ya se encuentran amenazados por una financiación limitada, un acceso limitado a los bienes y productos y por la falta de cobertura financiera de los servicios de salud.

Las y los líderes internacionales, los expertos y expertas y las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en salud global reconocen la necesidad de un enfoque más integral en este ámbito. En los próximos años, los donantes deberían dar prioridad a los sistemas de salud, responder a las necesidades sanitarias específicas y abordar las barreras financieras, culturales, políticas y comerciales que impiden que millones de personas accedan a servicios sanitarios de calidad.

Para muchos países en desarrollo, el objetivo de una inversión básica de 60 dólares por persona y año (el mínimo estimado para prestar los servicios sanitarios esenciales) sigue siendo una aspiración ambiciosa.[2] La AOD es una herramienta importante para promover el desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo y permitirles que mejoren sus resultados en salud.

Sin embargo, en los últimos años, en muchos de los países donantes ha surgido una preocupante tendencia a reducir la AOD y especialmente la AOD en salud, incluso en aquellos países que están por encima del 0,1% de la RNB recomendado por la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS.[3]

El Salvador: La carga de las enfermedades transmisibles como el VIH, es uno de los desafíos más apremiantes en el mundo. Un paciente muestra su medicamento antirretroviral, fundamental para el tratamiento del VIH.

El informe de 2013 de Acción por la Salud Global tiene como objetivo informar y respaldar a los activistas, técnicos, órganos con capacidad de decisión y ciudadanía a la hora de evaluar la aportación de la UE a la salud global.

Los y las responsables de las políticas de la UE deben dar cuenta de los compromisos que han asumido en salud global; este informe muestra en qué medida han cumplido con dichos compromisos. ApSG defiende que los donantes europeos del CAD de la OCDE desempeñen un papel más activo para que las poblaciones de los países más pobres puedan alcanzar mejores resultados en salud.

El informe saca a la luz nuevos datos y análisis sobre el volumen y la calidad de la AOD en salud en seis países de la UE: Alemania, España, Francia, Italia, Países Bajos y el Reino Unido, así como en las instituciones de la UE.

La primera parte analiza las tendencias comunes de los países europeos utilizando los últimos datos disponibles de la base de datos de la OCDE [4]: AOD en salud entre 2007 y 2011 y datos generales de AOD hasta 2012.

Este estudio general analiza, además de los países en los que se centra ApSG y las instituciones de la UE, otros países europeos, y compara el comportamiento de las mayores economías de la UE con el de algunos de los países más fuertes de Europa en desarrollo internacional.

La segunda parte es un análisis detallado de los seis países y de las instituciones de la UE objeto del estudio.

Desentrañando el contenido de la AOD: Nota metodológica

Este informe comparte las conclusiones de una metodología de investigación cuyo objetivo es obtener una valoración precisa de las aportaciones a la AOD en desarrollo humano y salud. Dicha metodología ha sido desarrollada por el Medical Mission Institute de Wüzburg (MMI). ApSG y el MMI llevan colaborando desde 2010 en el desarrollo de este enfoque metodológico para el análisis integral del comportamiento de los 17 países europeos miembros del CAD.

Esta investigación comprende el periodo 2007-2012 para la AOD total y 2007-2011 para la AOD en salud, en función de la disponibilidad de datos oficiales de la OCDE. El análisis se centra en los desembolsos para AOD, ya que representan gastos reales y deberían ser, por lo tanto, los que se usen para medir los resultados del donante de acuerdo con los objetivos, compromisos y promesas.

Como fuente primaria de datos para el análisis se han utilizado los sistemas estadísticos del CAD de la OCDE, ya que constituyen la fuente más fiable y exhaustiva de información sobre los flujos de AOD.

La AOD total "aceptada" por la OCDE (a la que nos referiremos en adelante como "cifras oficiales de la OCDE") incluye partidas de gasto y entradas de contabilidad que no representan transferencias reales de recursos financieros, técnicos o personales del donante a los países en desarrollo.

Entre estas se encuentran el alivio de la deuda, los costes imputados por estudiantes de los países en desarrollo, los costes que suponen los refugiados en los países donantes y los costes administrativos. Aunque el gasto por los refugiados y el coste imputado por los estudiantes en los países donantes son muy importantes, estas partidas no responden a la necesidad de ayuda financiera externa para la reducción de la pobreza y la mejora de la salud en los países receptores de ayuda.

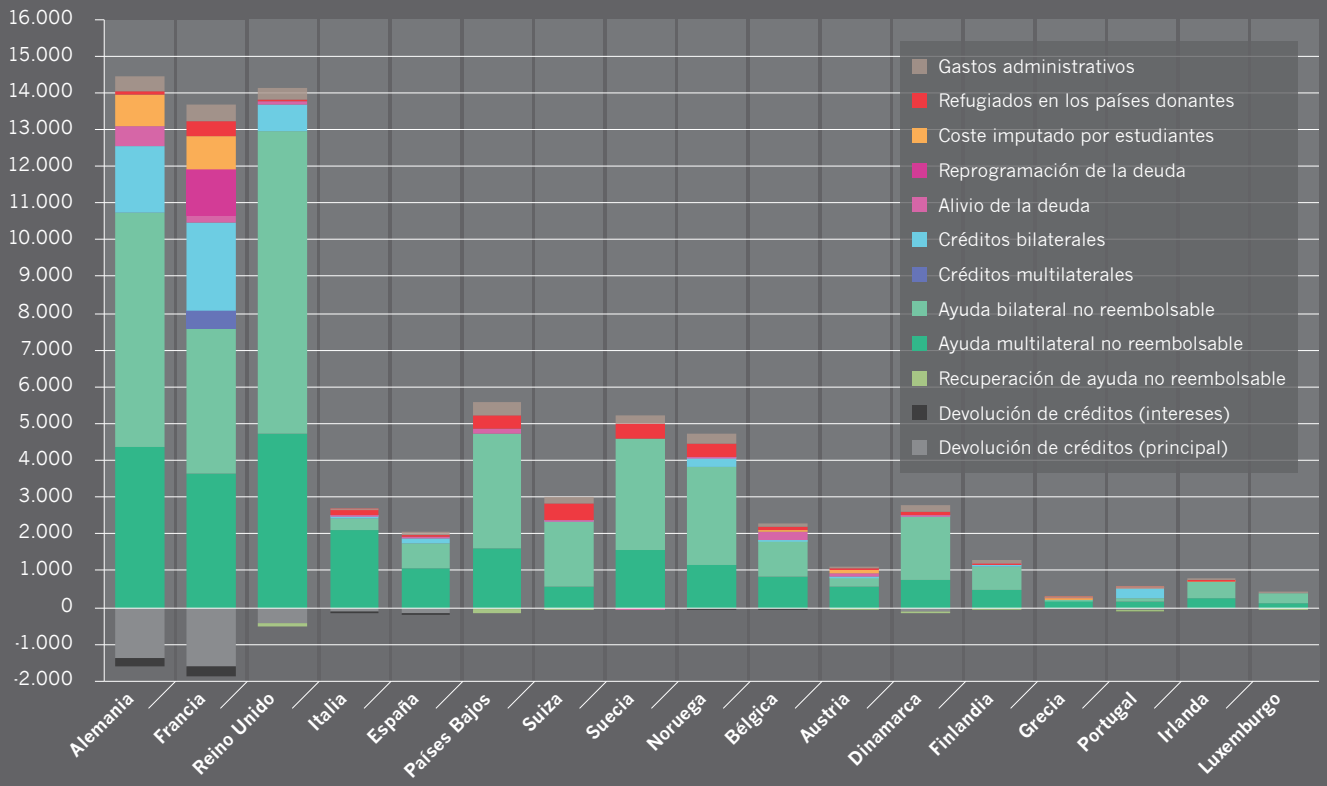
Es más, algunos países del CAD proporcionan una parte considerable de su AOD como ayuda reembolsable en forma de créditos, una práctica que contraviene la orientación hacia las necesidades. Este proceder no tiene en consideración las verdaderas necesidades de los países y de las poblaciones más afectadas por la pobreza, el hambre y la enfermedad. Las naciones más pobres no están en situación de devolver los créditos de AOD, e incluso los llamados países de renta media ven aumentado el riesgo de un endeudamiento excesivo en el futuro.

Para poder comprenderlo con más detalle hemos clasificado los desembolsos de AOD de la siguiente manera:

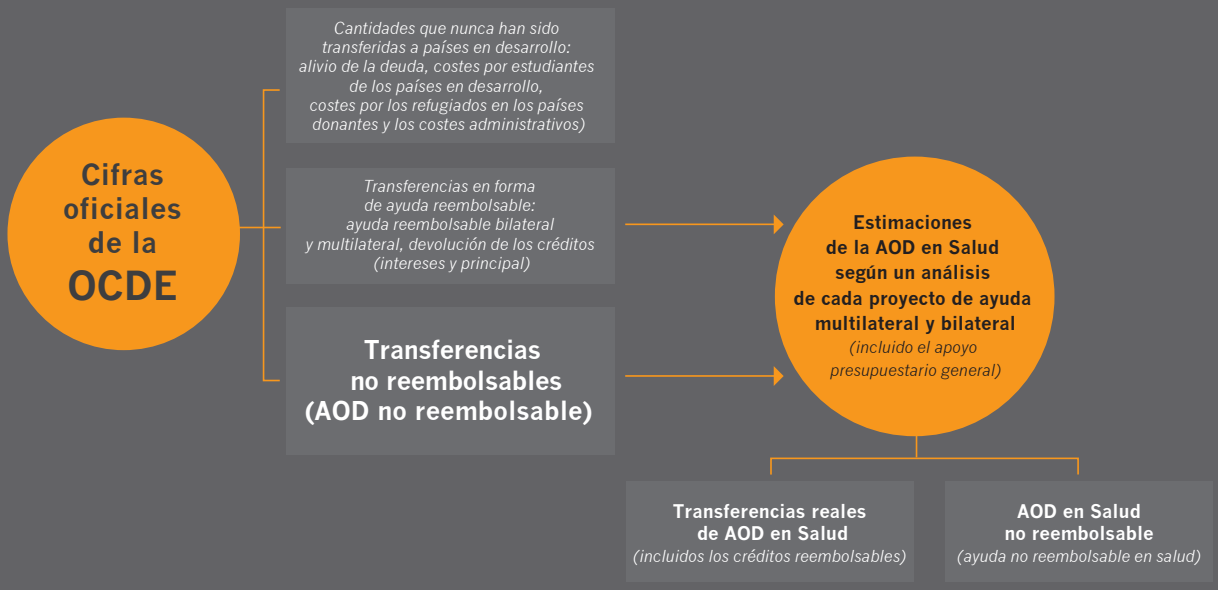
* Cifras oficiales de la OCDE;
* Transferencias reales de recursos (una vez deducido el alivio de la deuda, los costes imputados por los estudiantes de los países en desarrollo, los costes por los refugiados en los países donantes y los costes administrativos); y
* Ayuda no reembolsable (una vez deducidos los créditos).

Gráfico 1

Miembros europeos del CAD: desglose de la AOD en cifras oficiales de la OCDE, junto con las devoluciones de créditos e intereses en 2012, en millones de dólares (corrientes).



Esquema de la metodología



ANÁLISIS PROYECTO POR PROYECTO

En segundo lugar, esta metodología hace especial hincapié en que los informes de la base de datos de la OCDE sobre AOD en salud sean exactos. Para esto hemos llevado a cabo una revisión sistemática proyecto por proyecto de todas las actividades de ayuda financiadas por los países donantes u organizaciones multilaterales relevantes clasificadas bajo el epígrafe de políticas/programas de salud y población y salud reproductiva.

Utilizando la búsqueda por palabras clave hemos analizado todos los proyectos en otros sectores para ver en cuáles era relevante la salud. Consultamos la descripción de los proyectos en la base de datos de la OCDE e indagamos en las agencias que los habían ejecutado, a través de internet o comunicándonos directamente con ellas, si la salud era un aspecto relevante en dichos proyectos. Esto nos permitió crear una base de datos completa y combinada de todos los programas, proyectos y componentes que identifican la salud como su principal objetivo.

También se quiso incluir las aportaciones multilaterales de los donantes como parte de su AOD en salud. Para esto calculamos el porcentaje de cada actividad multilateral de ayuda en la que la salud fuera relevante. Después determinamos el porcentaje correspondiente de la aportación de cada donante a la respectiva organización.

También se ha tenido en consideración la financiación en salud a través del Apoyo Presupuestario General (GBS en sus siglas en inglés). Estas cantidades se calculan de forma individual para cada país receptor sobre la base de los desembolsos anuales para el GBS que se destinan a dicho país y el porcentaje del gasto en salud con relación al gasto público total en el año correspondiente.

Como algunos donantes proporcionan parte de su ayuda bilateral para salud en forma de créditos o inversiones en capital (ayuda reembolsable), intentamos calcular los pagos imputables que se derivan de los créditos en este ámbito. En caso de no haber datos específicos del sector, se utiliza el porcentaje para salud de todos los compromisos de AOD realizados sobre base reintegrable en años anteriores, de los que sí está disponible la información (1995-2010). Multiplicando dicho porcentaje por la cantidad total que los países receptores de la AOD han devuelto al país donante en el año correspondiente, se obtiene el volumen acumulado (aproximado) de devoluciones de los préstamos para inversiones en salud.

Deduciendo estas cantidades de las aportaciones totales podemos determinar la contribución neta a la AOD en salud y el porcentaje de la RNB que supone, que es el principal indicador para evaluar el esfuerzo financiero de apoyo a la promoción de la salud. Los créditos y las inversiones en capital se muestran por separado, porque estas modalidades financieras no son adecuadas para ayudar a los países y a las poblaciones más necesitadas. Además, los préstamos tan solo representan un esfuerzo limitado ya que los países en desarrollo, en última instancia, tienen que devolver el capital y los intereses. Es más, una parte significativa de estos fondos vienen de los mercados de capitales.

El análisis se centra en las aportaciones realizadas como ayuda no reembolsable. Esta representa el volumen de los recursos que se pueden gastar para apoyar a los países más desfavorecidos y en aspectos básicos del desarrollo humano como la salud.

Para obtener más información sobre la metodología usada, consulte nuestra página web: www.actionforglobalhealth.eu

Análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo en Europa, 2007-2012

¿QUIÉN PAGA POR LA SALUD? **INFORME DE INCIDENCIA POLÍTICA**

Tendencias en la AOD y en la AOD para salud

Las aportaciones de los Estados miembros del CAD a la AOD reflejan que el desarrollo humano cada vez es menos prioritario. Este cambio de política se ha extendido en los últimos años. Con la crisis económica como justificación, los gobiernos han recortado los presupuestos y han reasignado los fondos para estimular las economías internas.

El volumen de Ayuda Oficial al Desarrollo que aportan los 23 países del CAD a los países en desarrollo, de acuerdo con las cifras oficiales de la OCDE y con nuestros cálculos [5], se redujo en 2011 por primera vez desde 2006. Esta tendencia negativa parece haber continuado en 2012 (de acuerdo con el análisis de los datos preliminares [6]).

Este descenso en el volumen de AOD está alejando a los miembros del CAD todavía más del objetivo del 0,7% de la RNB (indicado en el gráfico 2).[7]

El resultado es un déficit de casi 200.000 millones de dólares entre el volumen de ayuda no reembolsable que aportan los 23 Estados miembros del CAD y el volumen que se alcanzaría si se lograra el objetivo del 0,7%. El gráfico 2 muestra en detalle el rendimiento agregado de los países europeos del CAD según las cifras oficiales de la OCDE, las transferencias reales y ayuda no reembolsable y la brecha de financiación para la consecución del objetivo del 0,7%.

Además, existe una preocupante tendencia a la reducción y/o al estancamiento de la ayuda no reembolsable y un aumento del número de créditos que los donantes incluyen en sus informes de AOD como ayuda reembolsable. De acuerdo con la base de datos de la OCDE [8], la suma de todos los donantes muestra un incremento del desembolso en créditos desde los 13.800 millones de dólares en 2005 (en precios constantes) a los 23.000 millones en 2011.*

Esto incluye a todos los países del CAD y a las instituciones de la UE. Los países de la UE pertenecientes al CAD han duplicado su volumen de créditos (ayuda reembolsable) en este periodo, pasando de los 3.300 millones de dólares en 2005 a los 8.200 millones de dólares en 2011. Este aumento se debe principalmente a Francia y Alemania, países en los que en 2011 el desembolso en ayuda reembolsable como parte de la AOD fue de 4.000 y 2.700 millones de dólares respectivamente.

En cuanto a las instituciones de la UE, en 2011 los créditos sumaban más de 5.400 millones de dólares de AOD en forma de ayuda reembolsable, casi diez veces más que en 2005.

Se discute mucho si los créditos deberían contabilizarse como una forma de AOD, práctica contra la que hay muchos argumentos: que los países tienen que devolver el capital y además los intereses, que este gran volumen de ayuda reembolsable se contabiliza como AOD a pesar de no responder a la definición de ayuda que hace la OCDE [9], o que se obtienen en mercados de capitales.[10]

*Datos de 2012 no disponibles.

Gráfico 2

Volumen de AOD declarado por 23 Estados miembros del CAD, en miles de millones de dólares constantes.

(tipo de cambio e inflación corregidos; año de base: 2011; transferencias incluidas en el saldo de créditos)

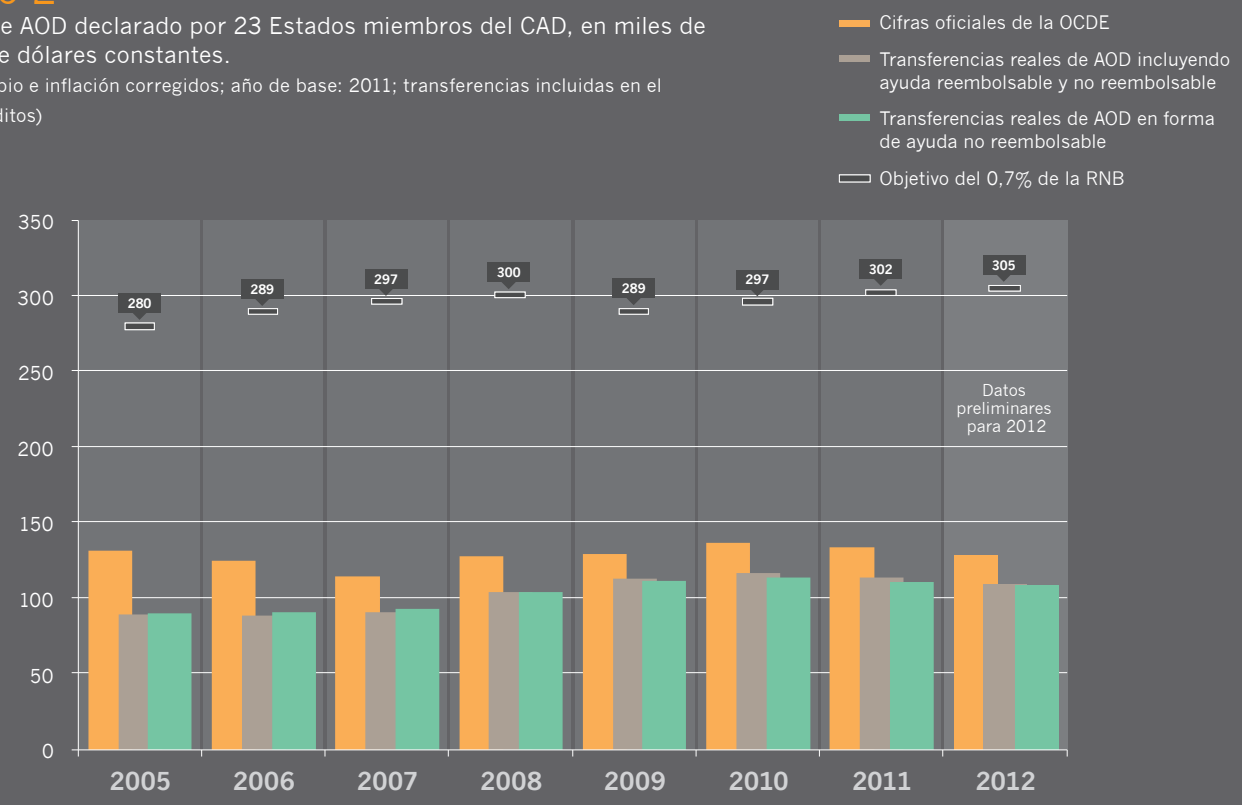
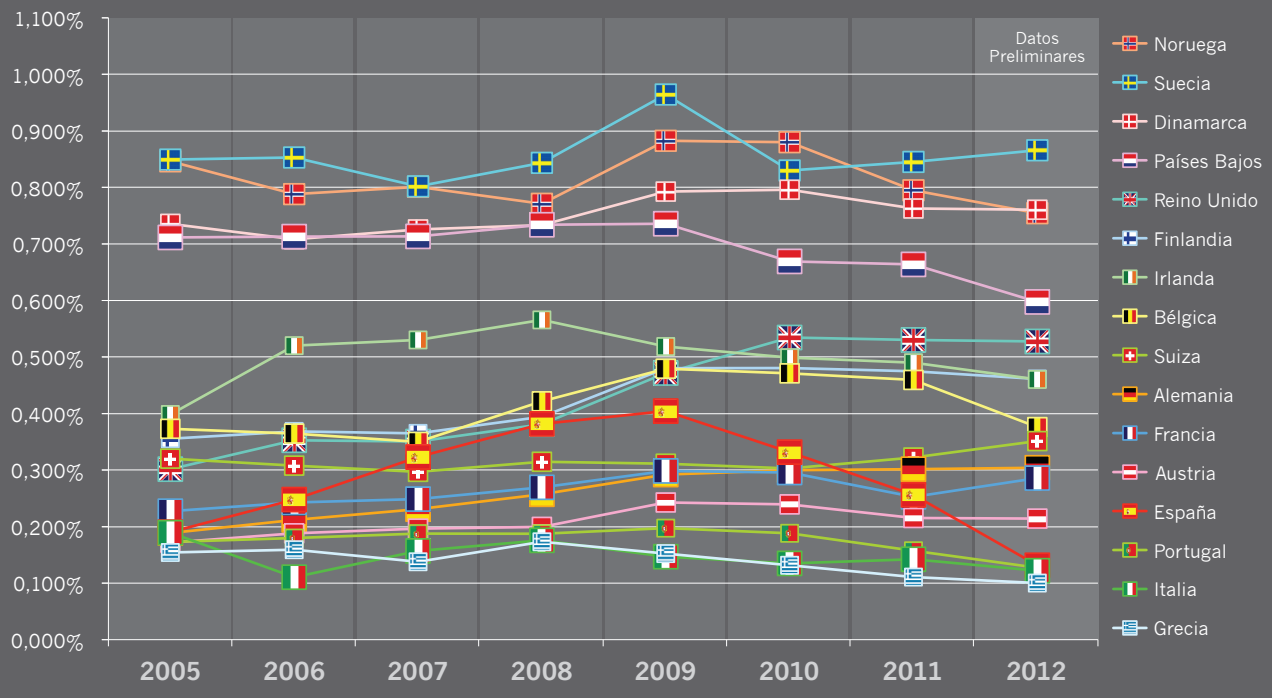


Gráfico 3

Miembros europeos del DAC: Total transferencias reales no reembolsables en relación con la RNB.

(Incluido en el saldo de ayuda reembolsable, datos preliminares de 2012)



Los donantes están aumentando el volumen de ayuda reembolsable (créditos) que contabilizan como AOD.

¿POR QUÉ MEDIR LA AOD CON BASE EN LA CAPACIDAD ECONÓMICA?

Los países donantes tienen diferentes capacidades económicas y presupuestos. Por lo tanto, no sería justo comparar los volúmenes absolutos de la AOD sin tener en cuenta también los recursos de los que disponen estos países.

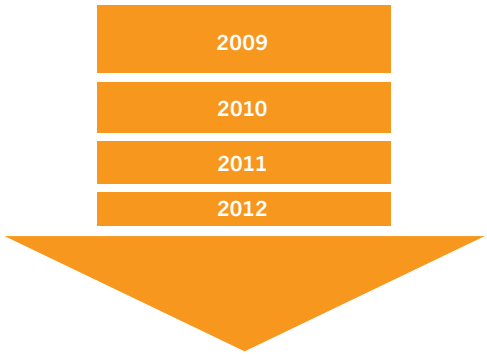
Establecer objetivos y hacer un seguimiento de la AOD como porcentaje de la RNB es un método más justo para comparar y dar seguimiento a las aportaciones. Este es el propósito del objetivo del 0,7% de la RNB para AOD y del 0,1% de la RNB para salud global. De esta manera podemos examinar y comparar la aportación de cada donante con relación a su capacidad para contribuir.

Por lo tanto los 23 países del CAD en su conjunto han fallado en el progreso hacia el objetivo del 0,7% de la RNB, al tiempo que las aportaciones cada vez están más por debajo de la capacidad económica de los países.

Los datos de todos los países del CAD combinados muestran que la ayuda no reembolsable tan solo alcanzó el 0,26% de la RNB en 2011, siendo en 2009 del 0,27%. Los datos preliminares para 2012 muestran un descenso aún mayor, al 0,25%.

Por otro lado, de los 17 países europeos del CAD [11], tan solo Dinamarca, Luxemburgo, Noruega y Suecia alcanzaron el objetivo del 0,7% en 2012.

En conjunto, todos los miembros europeos del CAD combinados iniciaron una tendencia descendente de la RNB destinada a la Ayuda Oficial al Desarrollo en 2009, que se ha situado en el 0,35% en 2012.



Todos los países europeos del CAD combinados, iniciaron una tendencia a la reducción de su AOD como porcentaje de la RNB en 2009, que la ha situado en el 0,35% en 2012.

0,35%

La ayuda no reembolsable real a países en desarrollo ha descendido desde 2011.

EN CONCLUSIÓN

Es evidente que algunos países con grandes economías pueden hacer mayores aportaciones a la AOD y por lo tanto parecen los donantes más generosos. Pero si observamos su capacidad económica, los resultados de dichos países resultan ser a menudo sorprendentemente pobres. Su esfuerzo financiero es de hecho muy bajo cuando consideramos la capacidad económica que tienen para aportar.

Ayuda Oficial al Desarrollo, conclusiones generales

- La ayuda no reembolsable real a los países en desarrollo aumentó entre 2006 y 2010. Pero esta tendencia positiva de la AOD se invirtió en 2011 y los datos preliminares de 2012 sugieren que el actual descenso continuará.
- El déficit entre la ayuda no reembolsable real y el 0,7% de la RNB combinada de los países del CAD es de 200.000 millones de dólares. Este déficit calcula la diferencia entre el 0,7% de la RNB de los países del CAD (305.000 millones de dólares en 2012) y la ayuda no reembolsable real (108.000 millones de dólares en 2012).
- La mayor parte de los países del CAD aportan un porcentaje cada vez menor de la RNB a la AOD, y algunos además han recortado sus aportaciones de forma sustancial. Así, las aportaciones con relación a la capacidad económica están descendiendo, y se ha dejado de avanzar hacia el objetivo del 0,7% de la RNB.
- Los donantes aumentan cada vez más la ayuda reembolsable (créditos) que incluyen en su informe oficial. Los créditos son el método de ayuda al desarrollo social menos efectivo y más controvertido, ya que en última instancia los países en desarrollo tienen que devolver el capital y los intereses.

Ayuda no reembolsable real, principales conclusiones en los países analizados

- El porcentaje de la RNB que Francia ha destinado a la ayuda no reembolsable real aumentó del 0,23% al 0,3% entre 2006 y 2010. Posteriormente descendió al 0,25% en 2011 y, de acuerdo con los datos preliminares, ha subido o ligeramente en 2012.[12]
- La aportación de Alemania pasó de un 0,19% en 2006 a un 0,30% en 2010. Se mantuvo así hasta 2012, año en el que se produjo un pequeño incremento, aunque no es fiable ya que la OCDE tuvo que ajustar a la baja los datos de ayuda no reembolsable para 2011.
- Italia aportó un 0,19% de la RNB para AOD en 2005 pero, después de algunas fluctuaciones, redujo su ayuda al desarrollo a tan solo un 0,12% de la RNB en 2012 (de acuerdo con los datos preliminares).
- Los Países Bajos alcanzaron el objetivo del 0,7% a través de la ayuda no reembolsable real entre 2005 y 2009. Sin embargo, este volumen de ayuda ha sufrido desde entonces un significativo descenso, situándose en el 0,66% en 2011. Este recorte será seguramente aún más duro en 2012.
- España ha aplicado los recortes más acusados a la cooperación para el desarrollo. Después de aumentar considerablemente su AOD entre 2005 y 2009 y alcanzar el porcentaje histórico del 0,40% de la RNB, España recortó la ayuda no reembolsable hasta un 0,26% en tan solo dos años. Los datos preliminares para 2012 indican que España ha vuelto a realizar grandes recortes en Ayuda Oficial al Desarrollo, disminuyéndola hasta el 0,13% (más o menos el nivel de Italia).
- El Reino Unido ha aumentado significativamente su AOD, pasando del 0,33% de la RNB en 2007 al 0,53% en 2010. Aunque no ha aumentado estos datos desde entonces, el gobierno se ha comprometido a alcanzar el objetivo del 0,7% en el presupuesto de 2013-2014.

Comportamiento de los donantes europeos en salud global

Hay una tendencia general en todos los donantes europeos a reducir su porcentaje de la RNB para AOD en salud. Incluso aquellos países que tradicionalmente se consideraban los "defensores de la salud" y que habían alcanzado el objetivo del 0,1% parecen ahora estar en retroceso. La única excepción es el Reino Unido, que está aumentando su AOD en salud.

El informe de 2001 de la Comisión de Macroeconomía y Salud de la OMS señalaba que si los donantes del CAD contribuían con un 0,1% de su RNB a la salud global sería posible proporcionar salud a casi todos los países de renta baja. Ésta era la inversión necesaria para superar el déficit entre el actual gasto en salud y el objetivo de 60 dólares por persona y año para 2015. A día de hoy pocos donantes han alcanzado este objetivo.

Al contrario, y como muestran los gráficos 4 y 6, hay una tendencia general en todos los donantes europeos a reducir su porcentaje de la RNB para AOD en salud. Incluso aquellos países que tradicionalmente se consideraban los "defensores de la salud" y que habían alcanzado el objetivo del 0,1% (Dinamarca, Países Bajos, Noruega y Suecia) han disminuido sus aportaciones. La única excepción es el Reino Unido, que está aumentando su porcentaje de la RNB para AOD en salud.

Entre los países analizados en este informe, el Reino Unido destaca como el único donante que ha alcanzado la aportación del 0,1% de la RNB para salud global en 2010.

Los Países Bajos y España han realizado los recortes más drásticos a la Ayuda Oficial al Desarrollo en salud desde 2010, mientras que Italia lleva reduciendo su AOD en salud desde 2009. Los recortes aplicados por el gobierno español son de un 45% tan solo entre 2010 y 2011, mientras que Italia redujo su AOD en salud en un 60% en 2009. Entre los países europeos del CAD, Italia sigue siendo uno de los que menos aportan para AOD en salud junto con Austria, Grecia y Portugal.

Si se tiene en cuenta su capacidad económica, Alemania, Italia y España proporcionan un escueto apoyo al sector de la salud, contribuyendo con entre un 0,019% y un 0,031% de la RNB. Como muestra el gráfico 5, el déficit conjunto de Alemania, Francia, España e Italia entre el volumen de AOD en salud si cumplieran el objetivo del 0,1% de la RNB y el volumen real es de más de 7.000 millones de dólares.

Esto equivale a los recursos necesarios para el tratamiento, cuidados y asistencia a 13 millones de personas con VIH, que es el objetivo marcado para 2015 de acuerdo con la red de inversión de ONUSIDA.[13] [14]

Reconocida como elemento determinante de muchos otros aspectos del desarrollo, la salud constituye la base de la estrategia global de desarrollo del Reino Unido y supone un 18,7% de su ayuda. Si se incluyen todos los flujos de ayuda, tanto reembolsable como no reembolsable, el conjunto de los demás países analizados dedicaron en 2011 menos del 15% de su AOD a salud, con unos niveles inaceptables de menos del 10% en Alemania y España (9,4% y 8,5% respectivamente). Las instituciones de la UE destacan como el donante que más podría mejorar su ayuda en el sector salud, ya que éste sólo supone un 8,1% de su AOD.

Gráfico 4

Miembros europeos del CAD: Tendencia de la ayuda no reembolsable en salud en relación a la RNB de 2007 a 2011 en millones de dólares constantes.

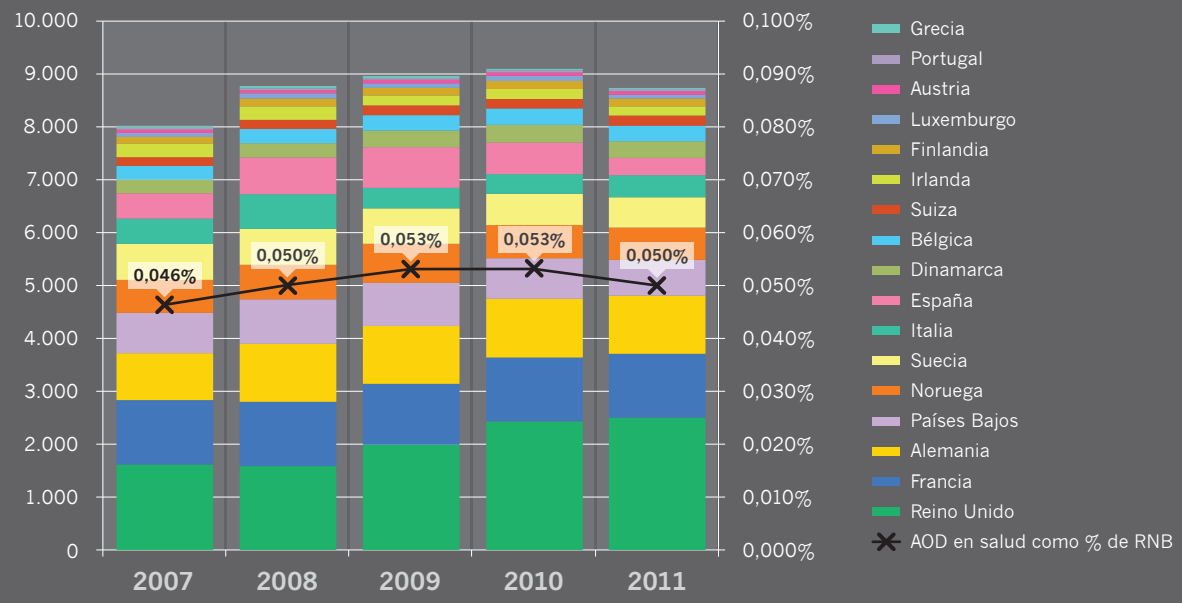
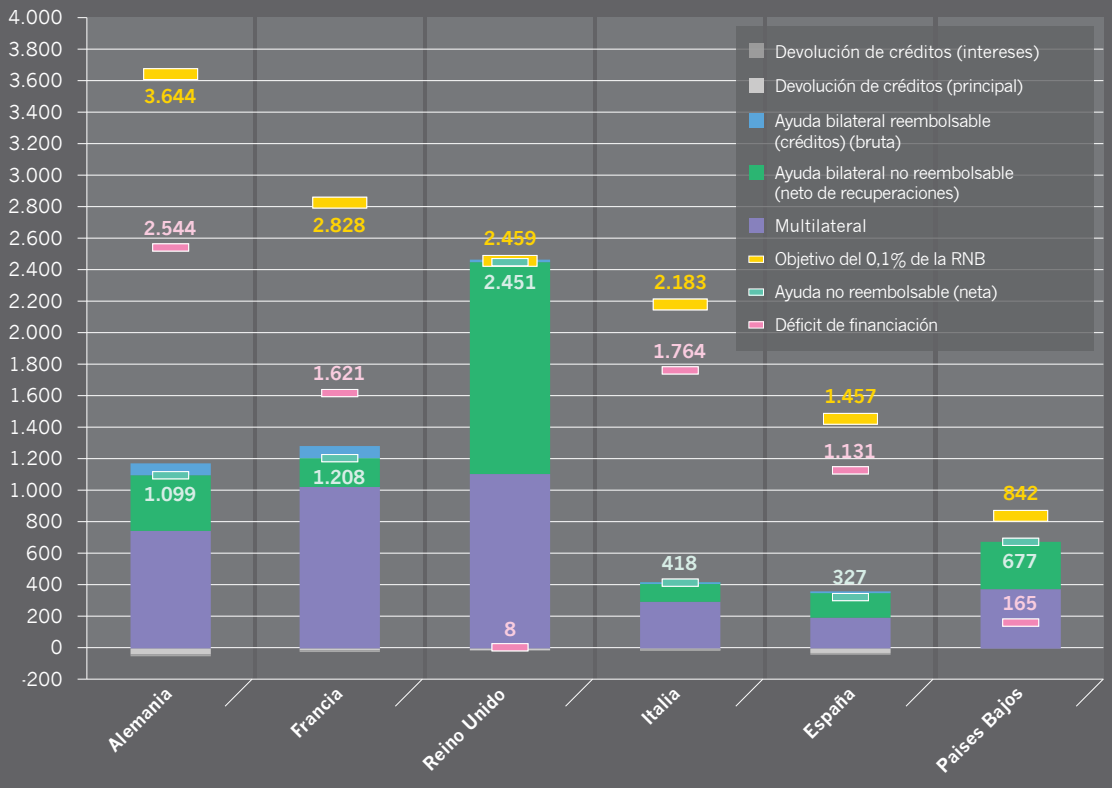


Gráfico 5

Desglose de la AOD en salud y objetivo de financiación del 0,1% de la RNB en 2011 en millones de dólares corrientes.

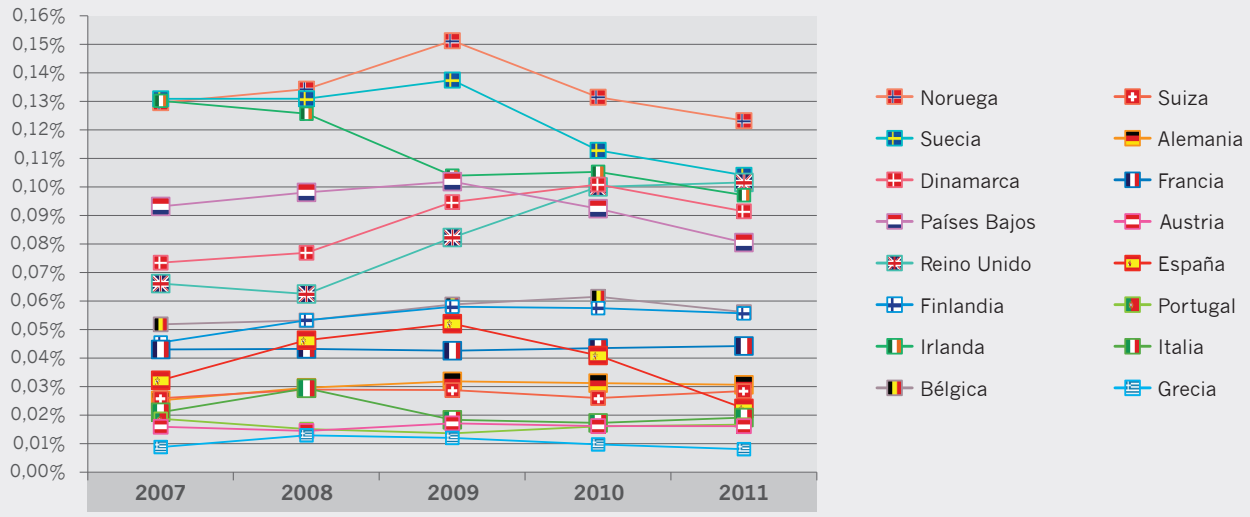


En general la mayoría de los países europeos están o bien reduciendo el porcentaje de la RNB de su AOD en salud, o lo mantienen estancado en niveles bajos.

AOD en salud global, principales conclusiones sobre los países analizados

* En general la mayoría de los países europeos están o bien reduciendo el porcentaje de la RNB que dedican a la AOD en salud, o lo mantienen estancado en niveles bajos. La única excepción es el Reino Unido, que ha aumentado de forma ininterrumpida su AOD en salud desde 2008 y alcanzó el objetivo del 0,1% de la RNB en 2010.
* Los Países Bajos (aunque sigue figurando en segundo lugar entre los países donantes estudiados) y España han aplicado los mayores recortes a su AOD en salud desde 2010.
* Los Países Bajos han reducido su AOD en salud global desde un 0,102% de la RNB en 2009 a un 0,081% en 2011. Aunque sigue estando por encima de la media, la tendencia holandesa es desalentadora.
* La aportación española para AOD en salud ha continuado descendiendo desde un 0,052% en 2009 a un 0,022% en 2011. Dicha tendencia tiene visos de continuar.
* La AOD en salud de Alemania es muy baja en comparación con sus posibilidades económicas y, con un 0,031% de la RNB en 2011, está muy lejos del objetivo recomendado por la OMS.
* El porcentaje de la RNB que dedica Francia a la ayuda internacional para salud se ha mantenido relativamente estable en un 0,044%, aunque no alcanza ni siquiera la mitad del objetivo recomendado por la OMS.
* La aportación italiana a la salud global descendió drásticamente en 2009 y después se quedó estancada entre el 0,017 y el 0,019% de la RNB.
* Alemania, Francia, España e Italia siguen estando claramente por debajo del objetivo del 0,1% de la RNB para salud global.

Gráfico 6



Miembros europeos del CAD: Tendencia de la ayuda no reembolsable en salud en relación a la RNB de 2007 a 2011.

¿Quién paga por la salud? Cuando la carga recae sobre los usuarios

¿QUIÉN PAGA POR LA SALUD? **INFORME DE INCIDENCIA POLÍTICA**

¿Quién paga por la salud? Cuando la carga recae sobre los usuarios

En la mayoría de los países en desarrollo, los servicios de salud son financiados por los gobiernos nacionales, los donantes y los propios usuarios de servicios (los pacientes). Aunque los Estados deberían ser los principales contribuyentes, la realidad es muy diferente. En muchos países en desarrollo, alrededor de un 30% del gasto se cubre directamente con aportaciones directas de las familias.

FINANCIACIÓN DE LA SALUD EN KENIA

En Kenia el gobierno aporta el 34,1% del presupuesto de salud y los donantes aproximadamente un 30%, mientras que los hogares o usuarios son los mayores contribuyentes a la financiación sanitaria con un 35,9%.

Con el actual sistema de financiación sanitaria de Kenia, la mayor parte de los costes son pagados por las personas usuarias de los servicios en el lugar y en el momento en que acceden a la atención sanitaria. Los mecanismos de financiación actuales asumen que la mayoría de las personas pueden permitirse pagar por los servicios sanitarios. Sin embargo las exenciones y descuentos que existen son pocas y no protegen a la población más pobre y vulnerable, que constituye casi un 42% de la población.

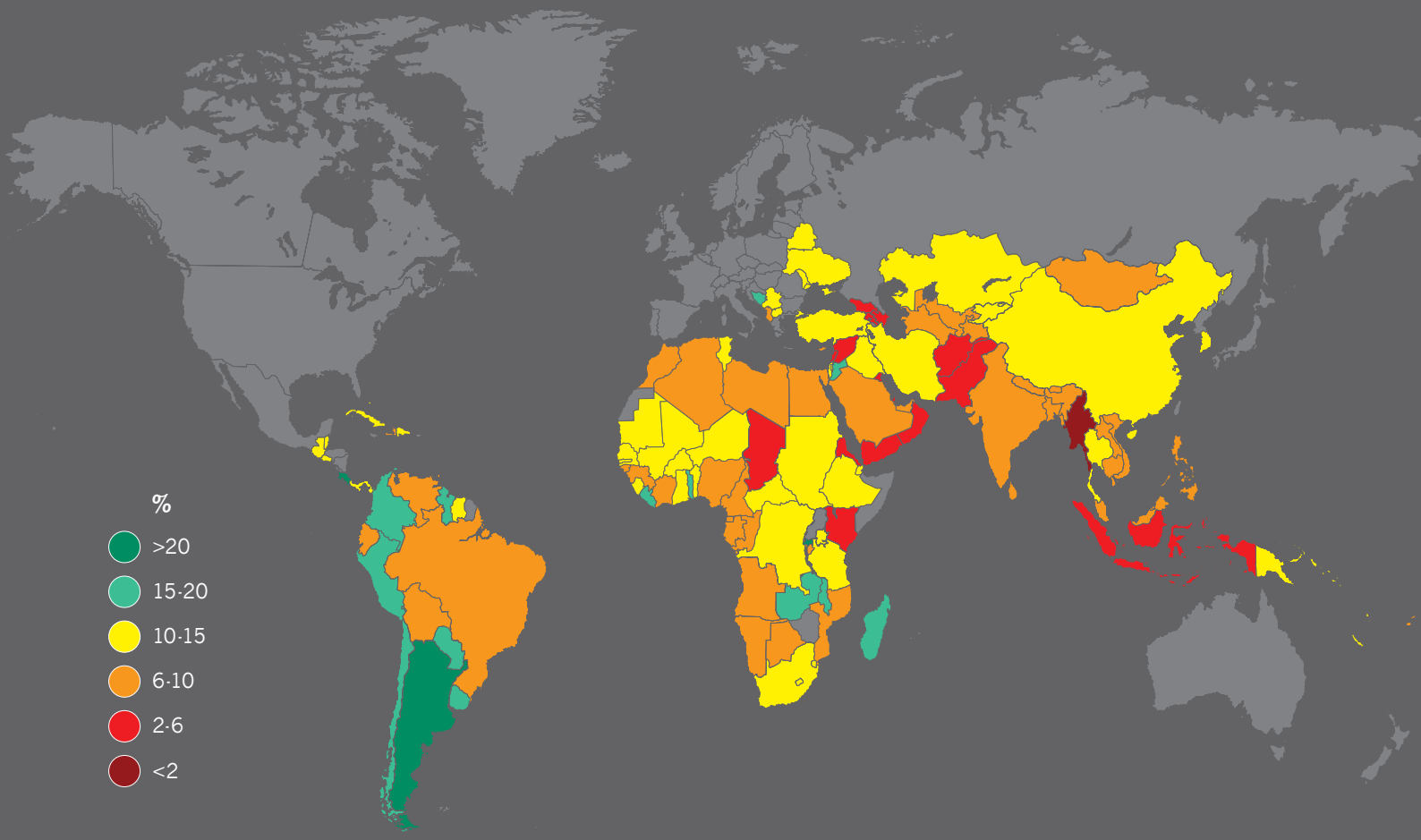
Pagar por los servicios sanitarios puede no ser un problema para la gente con más recursos económicos, pero es una gran carga financiera para muchos hogares. En una encuesta realizada en 2007, el 19% de las personas contestó que el apoyo financiero para cubrir los gastos de salud provenía de amistades o familiares, mientras que el 7% de los hogares tuvo que pedir dinero prestado. Otro 7% de los hogares tuvo que vender propiedades (tierras, animales, etc.) para cubrir los gastos en salud, porcentaje que alcanzaba al 17% de los hogares más pobres, pero tan solo al 1% de los hogares más ricos.

La manera en que las personas pobres y las ricas reaccionan frente a la enfermedad difiere considerablemente. Cuando las personas ricas se sienten enfermas van al centro de salud y visitan a un médico. Sus fuentes de ingresos no se ven amenazadas ya que su seguro médico privado cubre el tratamiento. Por el contrario, cuando enferma un miembro de un hogar pobre, lo primero que su entorno hace será esperar a ver si se recupera sin ayuda médica. Si esto no sucede, irá a la tienda local a comprar medicinas. Normalmente las tiendas locales tienen analgésicos y medicinas contra enfermedades como la malaria, muy a menudo ineficaces y en general caducadas. El siguiente paso es el “mitishamba” (uso de hierbas tradicionales), auto prescrito o recetado por el herbolario local.

Solo en caso de que todo esto falle se recurre al tratamiento médico formal. Para beneficiarse de un sistema público de salud los hogares pobres tienen que hacer un considerable sacrificio, que en muchas ocasiones incluye la venta de bienes.

Caso de estudio basado en las conclusiones de Kenya Aids NGO Consortium (KANCO).[15]

Gasto público general en salud
como % del gasto total del gobierno (2011).



Políticas para aumentar el acceso de las personas en situación de pobreza a la salud: Una decisión política

Los gobiernos deberían hacer todo lo posible para aumentar el gasto en salud. Los instrumentos de política para la financiación de la salud son fundamentales para alcanzar vías equitativas hacia la cobertura sanitaria universal.

Como se resalta en el Informe mundial de la salud 2010, los gobiernos precisan una mayor financiación equitativa en salud mediante mecanismos obligatorios de prepago progresivo, como pueden ser los ingresos por impuestos, y la eliminación del pago en el momento de la asistencia sanitaria. Es necesaria una agrupación a gran escala y obligatoria de riesgos y recursos para poder redistribuir los recursos de las personas ricas y las sanas a las pobres y las enfermas.[16]

En Kenia, como en muchos otros países en desarrollo, el gobierno está dedicando unos recursos demasiado exiguos a la salud, que suponen apenas un 5,9% del gasto público entre 2010 y 2011.

En 2001 los ministros y ministras de salud de África se reunieron en una cumbre extraordinaria en Abuja y se comprometieron, mediante la "Declaración de Abuja", a dedicar un 15% de sus presupuestos a la salud. Sin embargo tan solo seis países de la Unión Africana (Liberia, Madagascar, Malawi, Ruanda, Togo y Zambia) han alcanzado el objetivo de Abuja.

Otros países (p. ej. Etiopía, Lesoto, Suazilandia y Yibuti) casi lo han logrado. Pero la gran mayoría de países africanos no ha cumplido sus compromisos.

Como muestra el gráfico 7, ni siquiera aquellos países que gastan más de lo acordado en Abuja, tales como Malaui, Ruanda y Zambia, movilizan fondos suficientes para cubrir las necesidades sanitarias básicas de sus poblaciones.

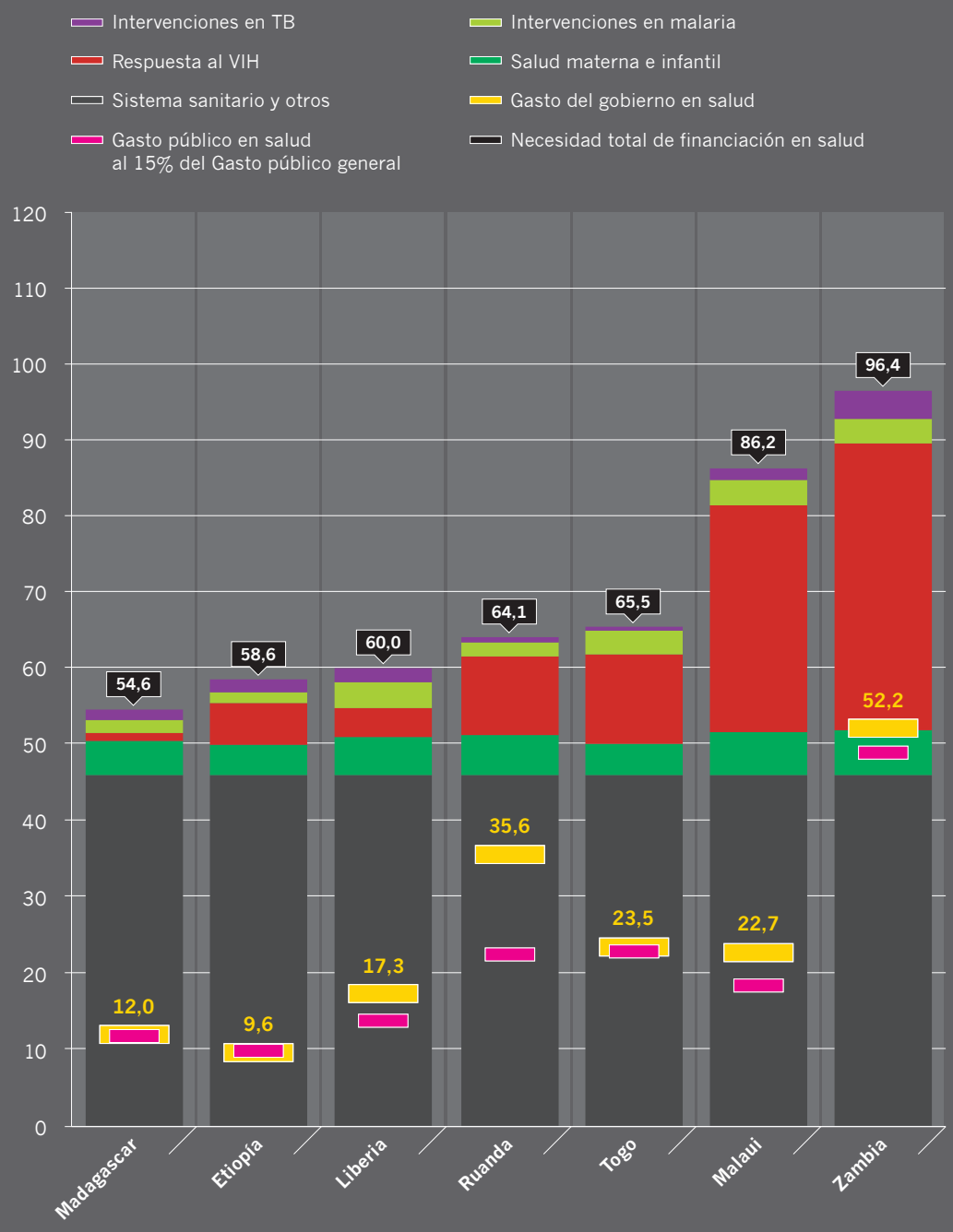
Los gobiernos de estos países tan pobres quizás podrían adoptar medidas impositivas efectivas o de reasignación presupuestaria para aumentar los ingresos públicos. Pero incluso haciéndolo, el acceso a los servicios sanitarios, sin la ayuda extranjera, seguiría dependiendo de la riqueza del paciente y de su proximidad geográfica a los centros de salud, a lo que hay que sumar los obstáculos que suponen otras barreras culturales y sociales tales como el género.

La Unión Europea y sus Estados miembros se han comprometido a acelerar la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para 2015. A pesar de que es probable que algunos objetivos no se alcancen para entonces, las actuales negociaciones sobre el marco post2015 suponen una oportunidad ideal para que la UE promueva algunos de los objetivos que están más lejos de su cumplimiento, como es el caso de la salud.

En el camino hacia un desarrollo inclusivo y sostenible, los donantes de la UE tienen que asumir un papel importante para lograr un acceso equitativo a la salud y asegurar que la financiación es adecuada y suficiente para el cumplimiento de sus compromisos.

Gráfico 7

Países de renta baja que alcanzan el objetivo de Abuja: Necesidad mínima de recursos para la salud con base en criterios epidemiológicos y Gasto estatal en salud per cápita, 2011, en dólares de 2010.



El estudio se basa en el análisis de la OMS sobre los países de ingresos bajos, la respuesta global al VIH y a la lucha contra la TB y la malaria, así como criterios epidemiológicos sobre la distribución de recursos por país.

Gráfico 8

Porcentaje de salud del total de transferencias de AOD (reembolsable y no reembolsable) de 2007 a 2011.

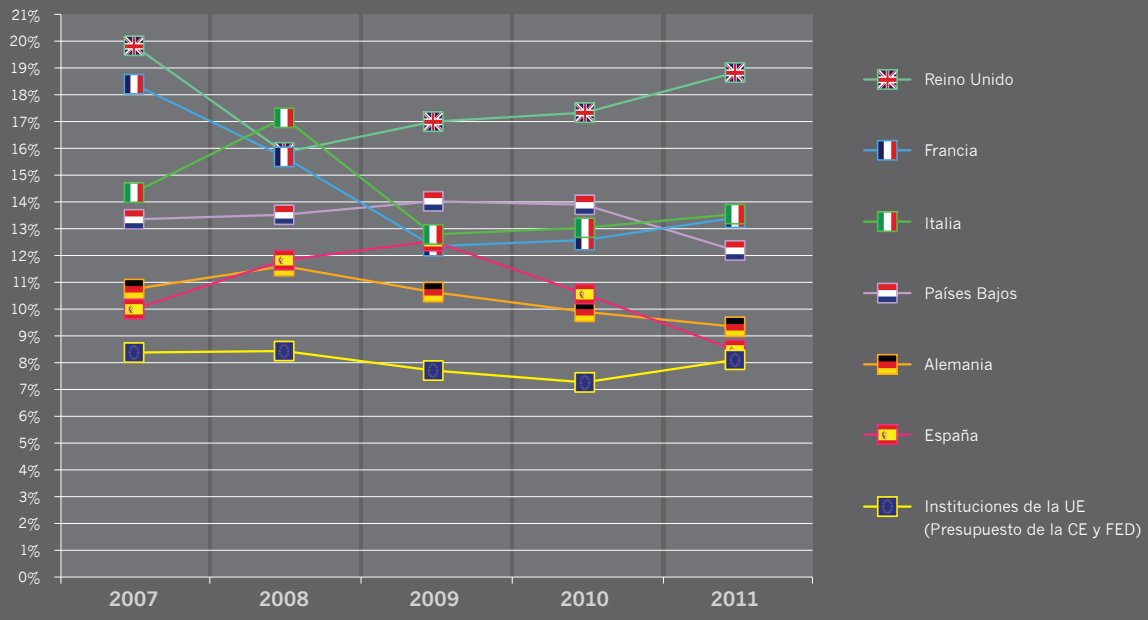
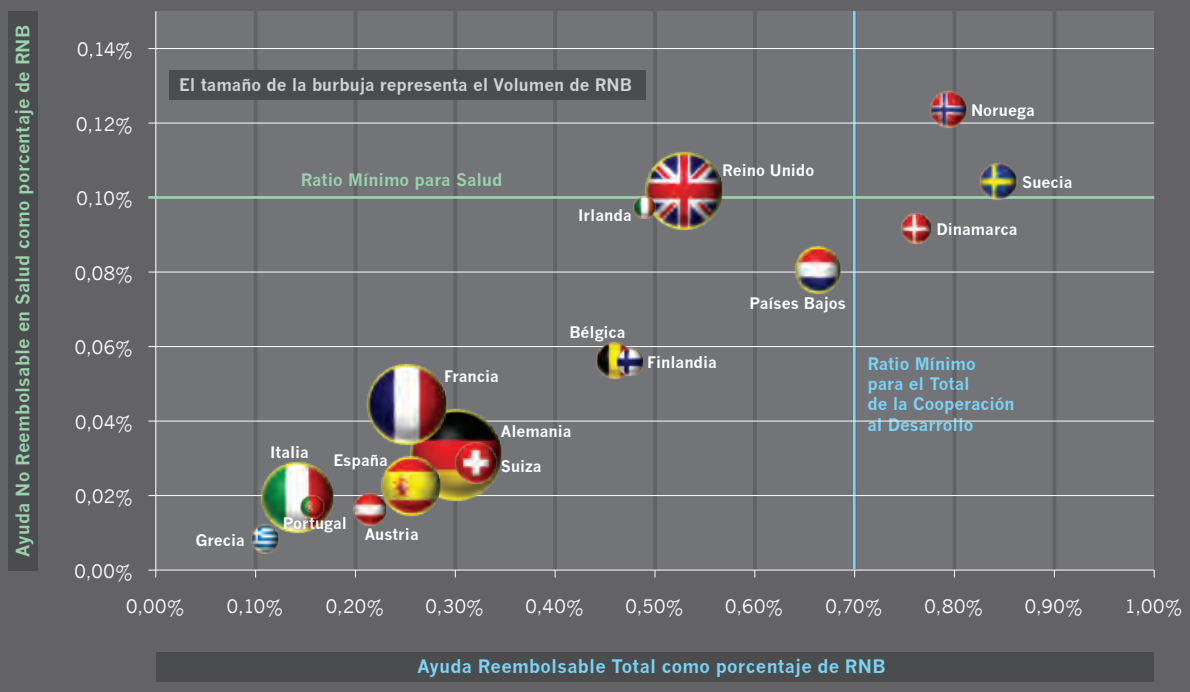


Gráfico 9

Ayuda no reembolsable de los países europeos del DAC
en relación con su capacidad económica y la RNB en 2011.
(La ayuda reembolsable se calcula teniendo en cuenta el balance
de la ayuda no reembolsable, incluyendo el pago de intereses)



Recursos adicionales para la salud

¿QUIÉN PAGA POR LA SALUD? **INFORME DE INCIDENCIA POLÍTICA**

Recursos adicionales para la salud

A pesar de la crisis económica a la que se enfrentan muchos países donantes, existen —o se están elaborando— otros mecanismos de financiación que pueden ayudar a los países donantes a alcanzar sus objetivos en cooperación al desarrollo y en salud internacional.

UNA HERRAMIENTA PROMETEDORA: EL IMPUESTO SOBRE TRANSACCIONES FINANCIERAS

En enero de 2013, once Estados miembros de la UE (Alemania, Austria, Bélgica, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Francia, Grecia, Italia y Portugal) acordaron introducir un Impuesto sobre Transacciones Financieras (ITF) en sus países como parte de un procedimiento mejorado de cooperación.

Con la actual directiva se podría obtener una recaudación de 35.000 millones de euros anuales. La asignación de los ingresos procedentes del ITF para la financiación del desarrollo es una gran oportunidad para aumentar la AOD y la AOD en salud en los próximos años.

Francia ya ha introducido este impuesto a pequeña escala, y ha destinado parte de la recaudación a la salud. Pero, aunque esta podría haber sido una oportunidad para aumentar los recursos para la salud, en realidad se ha convertido en un ejemplo de "financiación intercambiable": Francia ha destinado parte de la AOD que previamente había sido destinada a salud a otros sectores, de tal manera que los recursos para salud global no han aumentado.

Lo que proponen, por lo tanto, las organizaciones de la sociedad civil es que este impuesto no se utilice únicamente para sustituir los compromisos existentes, sino para reducir el déficit entre la AOD en salud y las necesidades financieras de la salud global.

El Impuesto sobre Transacciones Financieras puede convertirse en una manera sostenible y a largo plazo de financiar el desarrollo. Los procesos de introducción del ITF en la UE son una oportunidad extraordinaria de asegurar el futuro de la financiación al desarrollo.

Sin embargo, el uso de financiación innovadora debe sumarse a la actual AOD y no convertirse en una excusa para reducir el esfuerzo presupuestario en salud global y desarrollo.

José Manuel Barroso

Presidente de la Comisión Europea

"Es una cuestión de justicia… Ya es hora de que el sector financiero devuelva lo que debe a la sociedad."

OTROS MECANISMOS INNOVADORES DE FINANCIACIÓN

Tasa sobre el Transporte Aéreo

Francia ha promovido una tasa sobre el transporte aéreo para la financiación de la salud global. Parecida al impuesto sobre transacciones financieras, esta tasa destinaría una pequeña cantidad de cada billete de avión que se compre a salud global. Es una contribución directa de un bien de consumo de lujo para beneficiar a los sistemas de salud de los países en desarrollo. Hoy en día nueve países han implantado esta tasa, entre ellos seis países africanos.

€185 millones

recaudados solo en Francia en 2012

Aportaciones del sector privado

Otra fuente de financiación para el desarrollo internacional que se está valorando aumentar son las aportaciones del sector privado. Los Países Bajos, junto a otros países que hacen un llamamiento por el "value for aid" ("ayuda rentable") están haciendo esfuerzos para incluir las aportaciones del sector privado como parte de la ayuda al desarrollo.
Sin embargo, las aportaciones privadas nunca pueden ser contabilizadas como AOD. Dado que las aportaciones del sector privado a la salud suelen ser generalmente inversiones en infraestructuras y bastante limitadas en cuanto a volumen, ApSG no las ha incluido en el presente estudio.

El siguiente apartado analiza con mayor detalle las tendencias de la Ayuda Oficial al Desarrollo en salud de los seis donantes del CAD miembros de la UE y de las instituciones de la UE.

Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización (IFFIm)

La IFFIm se fundó en 2006 para asegurar compromisos de vacunación predecibles y a largo plazo. Utiliza compromisos vinculantes a largo plazo de donantes para emitir obligaciones de vacunas calificadas con una "AAA" que aseguran grandes cantidades de financiación inmediata. Desde su creación, y gracias al liderazgo del Reino Unido, esta innovadora herramienta ha conseguido recaudar 3.400 millones de dólares.

$US 3.400 millones

recaudados por la IFFIm entre 2006 y 2012

Recomendaciones

Para responsables políticos y agencias de cooperación para el desarrollo:

1. Que los Estados miembros de la Unión Europea reafirmen su compromiso del 0,7% de la RNB para ODA. La fecha a la que se comprometerían, debería acordarse junto a un calendario pragmático con objetivos anuales.
2. Que, como parte de los compromisos nacionales sobre AOD, se designe un 0,1% de la RNB a financiar el déficit de financiación para la provisión de servicios de salud global, según la última revisión de la OMS.
3. Que la política exterior de los gobiernos defina la AOD como una parte fundamental de las relaciones exteriores de las estrategias de alianzas y comercio a largo plazo, y que se blinden las aportaciones a la AOD, de manera que los fondos para salud permanezcan previsibles.
4. Que los gobiernos se comprometan a obtener ingresos adicionales que contribuyan a los objetivos de la AOD, a través de mecanismos innovadores de financiación como el Impuesto sobre Transacciones Financieras.*
5. El nuevo marco internacional para el desarrollo deberá incluir la responsabilidad de financiar la atención sanitaria, de manera compartida pero diferenciada, entre países donantes y receptores, como se establece en el enfoque para la cobertura sanitaria universal.

*El Impuesto sobre Transacciones Financieras, a menudo denominado "impuesto Robin Hood", es una pequeña tasa (de entre el 0,005% y el 0,5%) en una selección de productos negociados en el sector financiero, tales como rentas variables, bonos, cambios de divisas y sus derivados.

Para la OCDE y las agencias de cooperación al desarrollo:

1. Llevar a cabo una revisión de las modalidades de AOD que más contribuyen a los objetivos de desarrollo.
2. Permitir una clasificación más específica de los proyectos, incluyendo método para clasificar los gastos con base a múltiples finalidades, para que los datos de las OCDE sean más precisos. Avanzar hacia una mayor transparencia y puesta en marcha de un estándar para publicar todos los documentos relacionados con la planificación e implementación, tal y como hace la AIF y el Fondo Mundial. Estos documentos deberían vincularse al ID que aparece en la base de datos CRS.
3. Hacer un seguimiento de la calidad de los informes de los donantes y proporcionar el apoyo adecuado para asegurar que la información es completa y correcta.

Para la sociedad civil:

1. Que la sociedad civil participe en el estudio de la AOD específica de cada país, proporcionando así transparencia respecto a la naturaleza de la AOD y facilitando un enfoque riguroso que garantiza que los gobiernos cumplan sus compromisos individuales.
2. Alianzas sólidas con la sociedad civil, incluyendo ONG internacionales, que deberán trabajan junto con los gobiernos para generar evidencia sobre el impacto y valor de la AOD en salud, a la vez que exija a los gobiernos el cumplimiento de sus compromisos.

Perfil de los donantes europeos: ¿Qué aportan a la salud global?

¿QUIÉN PAGA POR LA SALUD? **INFORME DE INCIDENCIA POLÍTICA**

Instituciones de la Unión Europea

La salud sigue considerándose como un elemento fundamental del desarrollo humano de la política de desarrollo de la UE. Sin embargo, la ampliación de los objetivos de la política de la "Agenda para el cambio" ha provocado serias preocupaciones sobre el futuro del apoyo financiero al sector de la salud.

La Unión Europea (UE) es miembro de pleno derecho del CAD de la OCDE y su ayuda al desarrollo consta bajo la denominación de "Instituciones de la Unión Europea".

La Ayuda Oficial al Desarrollo que declaran las instituciones de la UE incluye:

* La parte del presupuesto general de la UE dedicada al gasto en desarrollo,
* El Fondo Europeo de Desarrollo (FED), y
* Los préstamos bonificados para suavizar los términos de los préstamos y de los fondos fiduciarios administrados por el Banco Europeo de Inversiones (BEI).[17]

La Comisión Europea (CE), el órgano ejecutivo de la UE formado por 28 miembros, gestiona la implementación del presupuesto de la UE para el desarrollo y el FED.

Las instituciones de la UE han realizado cambios significativos en su política de AOD en los últimos dos años. La nueva política de desarrollo de la Unión Europea, la "Agenda para el cambio" y su política de apoyo presupuestario, engloban una agenda más amplia que la anterior y se centran prioritariamente en el desarrollo humano, la democracia y la gobernanza.[18]

En la política de desarrollo de la UE la salud sigue considerándose como un elemento fundamental del desarrollo humano (junto con la educación, el trabajo y la protección social). Pero la ampliación de los objetivos de la política de la "Agenda para el cambio" ha provocado serias preocupaciones sobre el futuro del apoyo financiero al sector salud.

En julio de 2013 los Estados miembros y las instituciones de la UE llegaron a un acuerdo político sobre el Marco de financiación plurianual (MFP) 2014-2020 y están negociando los detalles de unos presupuestos que permitan implementar los principios de la "Agenda para el cambio".

El mayor reto será proteger el Instrumento de Financiación de la Cooperación al Desarrollo (ICD) para que se mantenga en el nivel actual de 17.400 millones de euros después de la última propuesta de la CE.[19]

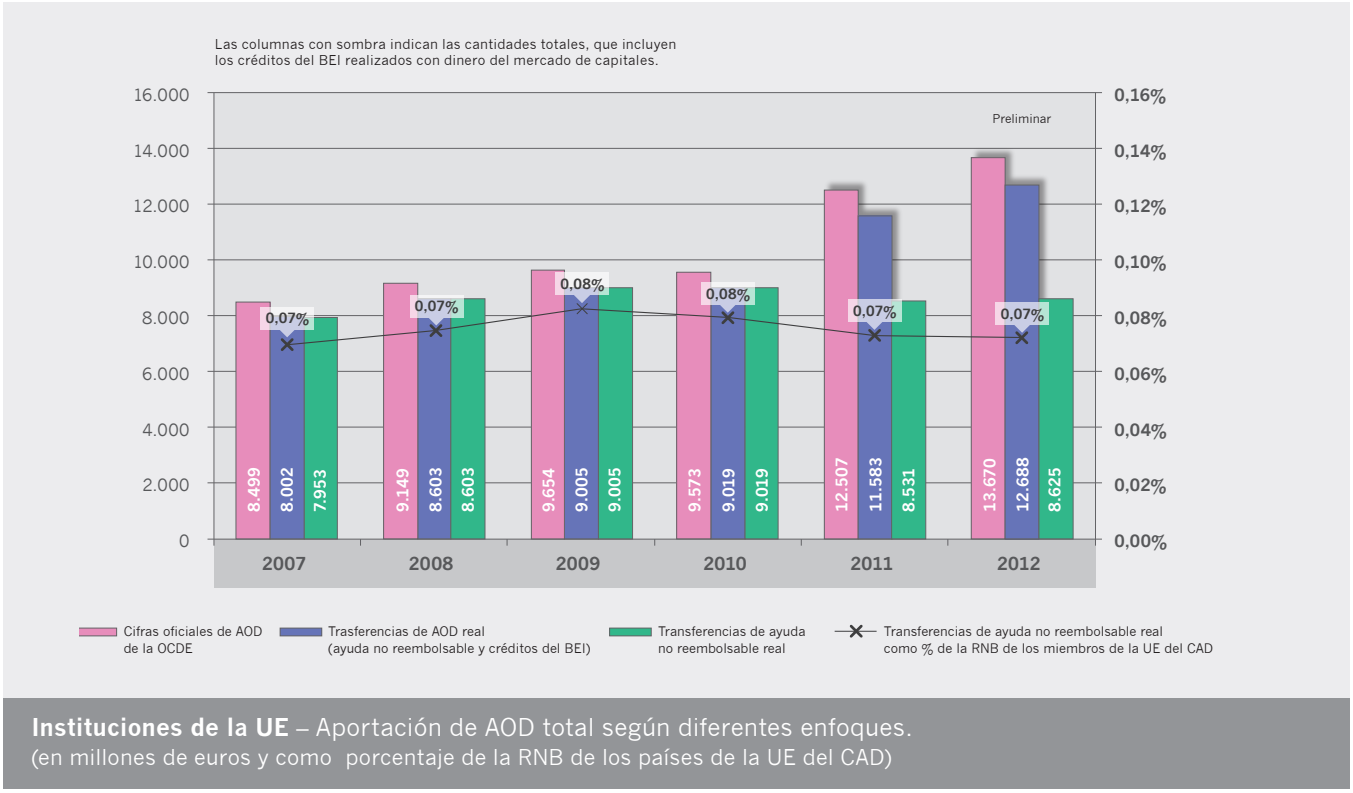
Además, a la luz de la nueva política de desarrollo de la UE, es fundamental garantizar que al menos un 20% de toda la ayuda al desarrollo de la UE[20] se destine a salud y a educación básica.

De acuerdo con las cifras aceptadas por la OCDE, el total de la aportación de las instituciones de la UE a la Ayuda Oficial al Desarrollo ha crecido paulatinamente en los últimos años. Concretamente de 8.500 millones de euros en 2007 a 12.500 millones de euros en 2011 y 13.700 millones de euros en 2012. El mayor aumento se produjo en el periodo 2010-2011, pasando de 9.600 millones de euros a 12.500.

El total de las transferencias reales de AOD experimentó un aumento parecido en el periodo 2010-2011, pasando de 9.000 millones de euros en 2010 a 11.600 en 2011 y 12.700 en 2012.

Sin embargo, si observamos la ayuda no reembolsable real no se percibe dicho aumento. Por el contrario, hay un descenso de 9.000 millones de euros en 2010 a 8.531 millones en 2011 y 8.625 en 2012 (datos preliminares).

Gráfico 10



Instituciones de la UE – Aportación de AOD total según diferentes enfoques.
(en millones de euros y como porcentaje de la RNB de los países de la UE del CAD)

Hasta 2011 las aportaciones de las instituciones de la UE al total de la AOD incluían la ayuda no reembolsable (gestionada por la CE) y los préstamos bonificados para suavizar los préstamos del BEI en los países en desarrollo. Sin embargo excluían todos los préstamos y fondos fiduciarios de la UE gestionados por el BEI.

Esto sugiere un aparente aumento de unos 3.000 millones de euros (que equivalen a casi 5.000 millones de dólares) en AOD de 2010 en adelante. Pero en realidad, esa variación se debe a un cambio en la definición de qué se notifica a la OCDE más que a un incremento real en la ayuda no reembolsable de la UE.

Mientras que en el informe de ApSG 2012 se felicitaba a las instituciones de la UE por su aparente [21] buen comportamiento al no incluir los préstamos como AOD durante el periodo 2007-2010, ahora tememos que este nuevo cambio en los requisitos del informe de AOD y la decisión del CAD de incluir los préstamos del BEI como parte de la AOD de las instituciones de la UE podría ser el inicio de una preocupante tendencia global.

De acuerdo con las estimaciones de la Secretaría del CAD, de aplicarse este cambio de definición a todas las instituciones financieras multilaterales, podría darse un aumento (inflado) en el volumen total de la ayuda de unos 50.000 millones de dólares al año.

Será fundamental garantizar que al menos un 20% de toda la ayuda al desarrollo de la UE se destine a salud y educación básica.

TENDENCIAS DE LA AOD EN SALUD

Ya en el informe del año pasado se señalaba una preocupante tendencia. La AOD en salud de las instituciones de la UE ha descendido de forma drástica desde los 730 millones de euros en 2008 a los 653 millones en 2010. Las aportaciones aumentaron de nuevo en 2011 hasta los 700 millones de euros (en ayuda no reembolsable real). Pero todavía no han vuelto a los niveles de 2008.

Si se comparan con los otros donantes del CAD analizados en este informe, las instituciones de la UE figuran como el donante que aporta la proporción más pequeña de la AOD total a salud (en ayuda no reembolsable real), con un 8,1%. Sin embargo, en 2011 la AOD en salud suponía tan solo un 5,8% de la ayuda real, descendiendo desde el 7,3% de 2010.

Esto se ha debido a tres factores:

* La cifra incluye préstamos, es decir, refleja las transferencias de AOD totales,
* La reciente inclusión de los préstamos del BEI en el informe de AOD, y
* Un significativo aumento en la AOD total, del que no se destinó nada a salud.

Si observamos las aportaciones de las instituciones de la UE por canal (Gráfico 11), se constata que desde 2007 las instituciones de la UE han canalizado la mayor parte de su AOD en salud (más del 80%) de forma bilateral.

La CE destinó menos AOD en salud a través del Apoyo Presupuestario General (GBS) en 2011 debido a los retos para implementar programas en varios países del Grupo de Estados de África, Caribe y Pacífico (ACP).[22] Sin embargo la CE aumentó su financiación para proyectos bilaterales de salud.

El Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (en adelante, Fondo Mundial) es el principal receptor de las instituciones europeas multilaterales de salud, con una media de 100 millones de euros recibidos. Sin embargo dicho Fondo recibió de las instituciones de la UE en 2011 14 millones de euros menos que la cantidad comprometida.[23]

La Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización (GAVI) recibió la segunda aportación multilateral más grande en salud entre 2008 y 2009. Pero en 2010 y 2011 no recibió ningún tipo de ayuda por parte de las instituciones de la UE.

Pronóstico y perspectivas

Los compromisos bilaterales de las instituciones de la UE en salud alcanzaron su nivel más bajo en 2011 en comparación con los últimos años. Esto hace muy poco probable que aumenten las aportaciones para salud global en 2012, a pesar de lo cual las instituciones de la UE han adquirido importantes compromisos en este año.

Entre otros, alrededor de 264 millones de euros[24] para ayuda a la salud materno-infantil como parte de la "Iniciativa de los ODM"; 23 millones de euros para planificación familiar; 12,5 millones de dólares para GAVI, y una asociación bilateral renovada con Madagascar que incluye un importante componente dedicado a la salud.

La sociedad civil debería hacer un seguimiento de las aportaciones de las instituciones de la UE en los años venideros y estar preparada para pedirles que rindan cuentas de sus compromisos.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones financieras

* Las instituciones de la UE deberían defender la propuesta adaptada de la CE de asignar 17.400 millones de euros para el presupuesto del ICD 2014-2020.
* Las instituciones de la UE deberían destinar al menos un 20% del presupuesto del ICD a salud y educación básica; dentro del ICD los programas temáticos y geográficos deberían ser complementarios hasta que se alcance dicha cota del 20%.
* Los Estados miembros de la UE y los países socios ACP deberían destinar al menos un 20% del undécimo FED a salud y educación básica.

Los compromisos bilaterales en salud de las instituciones de la UE alcanzaron su nivel más bajo en 2011 (...). Sin embargo, las instituciones de la UE han adquirido importantes compromisos en salud global en 2012.

Gráfico 11

Instituciones de la UE – Principales componentes de la AOD en salud, para el periodo 2007-2011 (en millones de euros).

Recomendaciones políticas

- En el marco del debate del CAD de la OCDE sobre la redefinición de la Ayuda Oficial al Desarrollo, las instituciones de la UE deberían exigir que las definiciones de la AOD sigan siendo concretas y específicas. No deberían ampliarse para incluir todos los créditos (de todas las instituciones financieras multilaterales) y especialmente aquellos que no son "de carácter concesional", la base de la definición de ayuda de la OCDE.[25] [26]
- La UE debería aumentar la transparencia y mejorar la manera en que informa de los proyectos que incluyen un componente de salud, para permitir un mejor seguimiento de la AOD en salud de las instituciones de la UE (especialmente en el marco de la "Agenda para el cambio").
- La UE debería asegurarse de que la salud es un objetivo específico para el marco de desarrollo post-2015. Esto contribuiría a movilizar una financiación sostenible para poder alcanzar el derecho al mejor estándar posible de salud para todos y todas.

Francia

Desde 2007 y hasta 2010 Francia aumentó de forma importante el volumen de su aportación total de AOD, de acuerdo con los datos oficiales de la OCDE, así como sus transferencias reales de AOD. La transferencia real de AOD aumentó de 4.500 millones de euros en 2007 a 7.100 millones de euros en 2010, pero descendió a 6.700 millones de euros en 2012.

Sin embargo la ayuda no reembolsable (dentro de las transferencias reales de AOD) no aumentó significativamente en este periodo. La ayuda no reembolsable se ha mantenido igual, lo que muestra que el incremento es atribuible a un aumento de los créditos (ayuda reembolsable).

La ayuda no reembolsable real nunca ha superado el 0,3% de la RNB y en 2012 fue del 0,29%. Estas cifras difieren enormemente de la aportación del 0,5% de Francia que muestra el informe de la OCDE, incluyendo créditos y partidas que no corresponden a transferencias reales.

El volumen bruto de los créditos (ayuda reembolsable) pasó a ser más del triple entre 2007 (800 millones de euros) y 2011 (alrededor de 2.800 millones de euros). Los créditos sumaron el 0,08% de la RNB en la AOD global de 2011.

Después de Japón, Francia es, de todos los miembros del CAD, el país que transfiere el mayor volumen de Ayuda Oficial al Desarrollo en forma de créditos. Entre 2011 y 2012 este tipo de ayuda supuso alrededor de un tercio de la AOD real (véase la herramienta de seguimiento de AOD de ApSG para más información).

En 2010 y 2011 el gobierno francés adquirió una serie de importantes compromisos en salud global.

Entre estos se encontraban:

* 100 millones de euros adicionales al año para salud infantil y materna,
* 60 millones de euros adicionales al año para el Fondo Mundial, y
* 100 millones de euros adicionales para GAVI para el periodo entre 2011 y 2015.

Sin embargo hay dudas sobre si el nuevo gobierno francés que asumió el poder en 2012 será capaz de cumplir estos compromisos. Este gobierno ha anunciado que la política de desarrollo estará más estrechamente alineada con la economía y los intereses en el extranjero, y por primera vez se ha debatido en el Parlamento un proyecto de ley para la cooperación al desarrollo que sin embargo no estará asociada a objetivos financieros como se esperaba inicialmente.

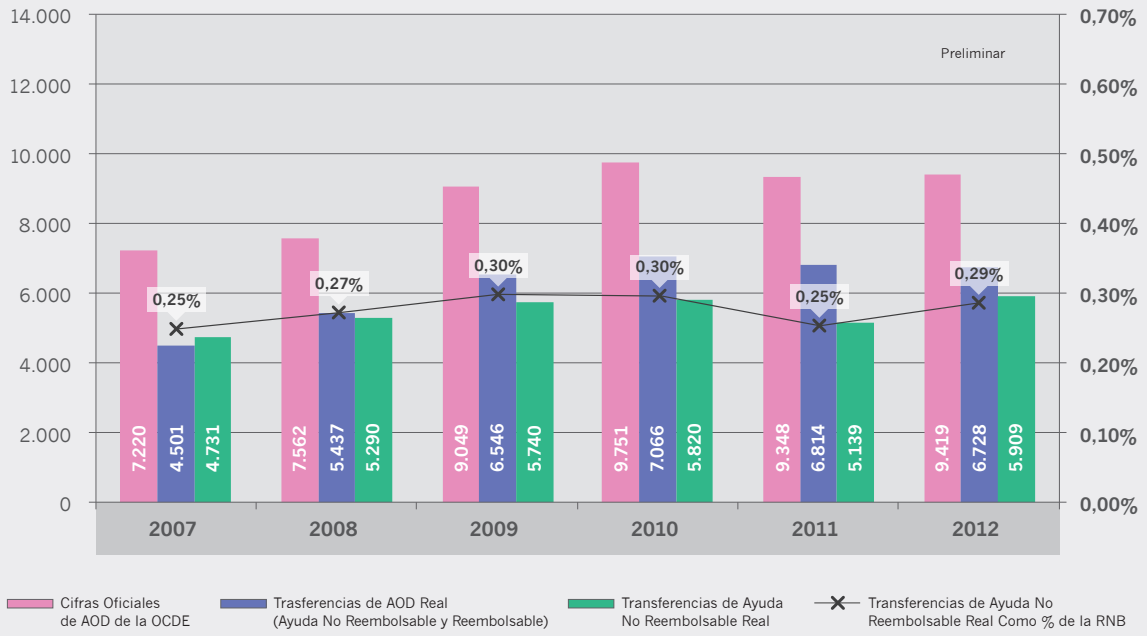
TENDENCIAS DE LA AOD EN SALUD

Las transferencias reales de AOD en salud aumentaron ligeramente desde los 855 millones de euros en 2010 a los 893 millones de euros en 2011. La parte de AOD en salud del total de la AOD aumentó de un 12,6% en 2010 a un 13,4% en 2011.

Sin embargo la aportación de la RNB para salud se mantuvo estable en un 0,043% hasta 2010 y subió ligeramente al 0,044% en 2011. Francia todavía no ha llegado a la mitad del mínimo porcentaje recomendado por la OMS para la salud global, un 0,1% de la RNB. Tampoco está desembolsando fondos suficientes para cumplir con los compromisos adquiridos en 2010 y 2011 en salud global.

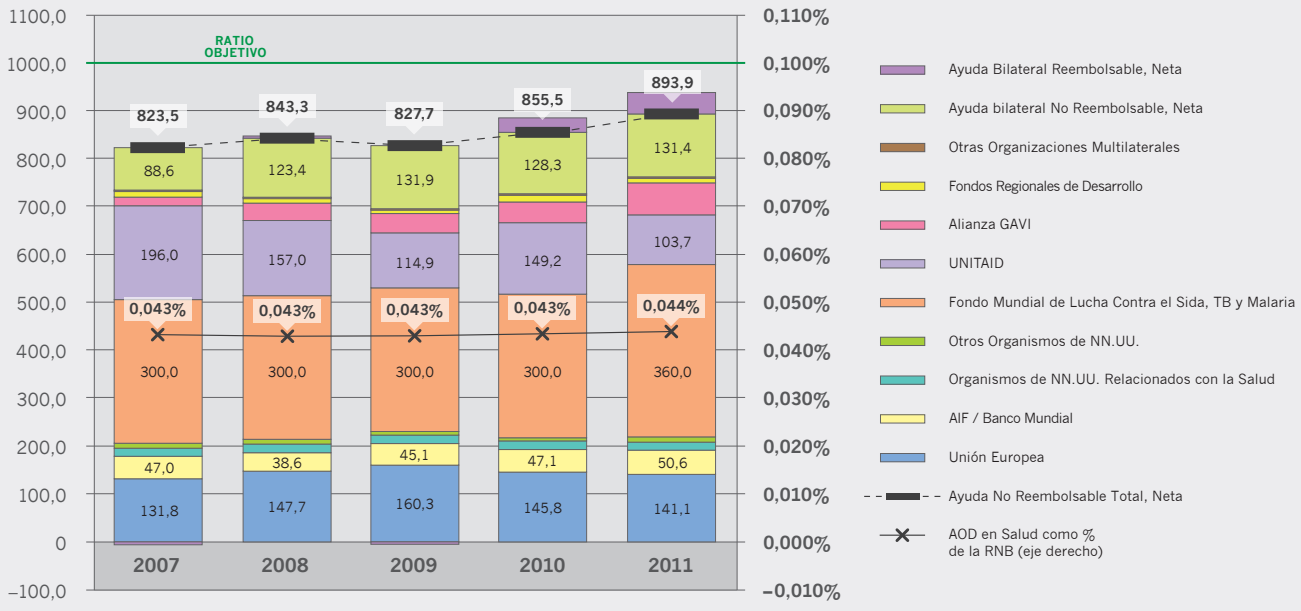
Teniendo en cuenta únicamente la ayuda no reembolsable, el porcentaje de la RNB dedicado a la AOD en salud global de la RNB se mantiene estancado entre 2007 y 2011 en un 0,043-0,044%.

Gráfico 12



Francia – Aportación de AOD total según diferentes enfoques.
(en millones de euros y como porcentaje de la Renta Nacional Bruta)

Gráfico 13



Francia – Principales componentes de la AOD en salud, para el periodo 2007-2011 (en millones de euros).

Francia no ha desembolsado fondos suficientes para cumplir con los compromisos adquiridos en 2010 y 2011 en salud global.

Sin embargo la ayuda reembolsable bilateral en el sector de la salud ha aumentado de 7 millones de euros en 2007 a 55 millones de euros en 2011. Francia es uno de los pocos países incluidos en este estudio que destina cantidades importantes de AOD en salud en forma de créditos.

Si nos fijamos en las vías de canalización más utilizadas (ver gráfico 13), las organizaciones multilaterales reciben la mayor parte de la AOD francesa en salud (80% en 2011).

La financiación bilateral ha pasado a ser más del doble entre 2007 y 2011 (de 83 millones de euros a 176 millones de euros). Sin embargo, esto refleja un aumento de la ayuda reembolsable (créditos) y no de ayuda no reembolsable en salud.

Si nos fijamos en las aportaciones multilaterales, la aportación al Fondo Mundial aumentó y en 2011 se hizo una aportación por primera vez a GAVI Alliance. Pero esto se ha visto contrarrestado por los recortes en la financiación de UNITAID y el FED.

El aumento de la aportación al Fondo Mundial está directamente relacionado con el descenso en UNITAID. Hasta 2011, el 90% de la tasa al transporte aéreo iba dirigido a UNITAID y el 10% al IFFIm.

En 2011 el gobierno francés decidió que las ganancias recibidas gracias a la tasa se dividirían en tres para incluir un aumento de la aportación al Fondo Mundial (de 60 millones de euros).[27] De esta manera la financiación de UNITAID se redujo para poder incluir a un nuevo beneficiario.

En 2011 Francia seguía sin cumplir sus compromisos con los países que había definido como prioritarios para su ayuda: en 2009, la política de desarrollo estableció que 14 países recibirían el 50% de la financiación de las intervenciones relacionadas con los ODM, sin tener en cuenta las aportaciones multilaterales.[28] Pero en 2011, solo el 30% de la ayuda no reembolsable en salud se destinó a dichos países.

Como aspecto positivo hay que resaltar que en 2011 Francia decidió hacer constar adecuadamente las aportaciones a UNITAID como financiación multilateral. Desde 2008, Francia notificaba de forma incorrecta las aportaciones a UNITAID como AOD bilateral, lo que distorsionaba la cuantía total de las aportaciones bilaterales.

Pronóstico y perspectivas

Parece probable que en 2012 y 2013 Francia continúe financiando AOD en salud al mismo nivel, una media de unos 850 millones de euros anuales entre 2007 y 2011. El cumplimiento de sus compromisos es un reto. En 2012 se hizo efectiva menos de la mitad de la ayuda no reembolsable adicional para salud infantil y materna (19 millones de euros en comparación con los 48 millones comprometidos).[29]

De los 100 millones de euros prometidos a GAVI (2011-2015) tan solo se han transferido 67 millones entre 2011 y 2013.

Después de dos años de debates, en agosto de 2012 Francia estableció un Impuesto sobre Transacciones Financieras (ITF) y anunció que el 10% de su recaudación se destinaría al desarrollo. Esta cifra debería ascender al 15% debido por un lado a que los ingresos por el ITF han sido menores de lo esperado y por otro a la voluntad de mantener el mismo volumen dedicado a AOD.[30]

De esta manera, además de las tradicionales líneas presupuestarias de AOD, Francia asignará 60 millones de euros a la ayuda al desarrollo. El gobierno también ha anunciado su intención de dividir esta recaudación: 50% para la lucha contra el cambio climático y 50% para salud global.

Los fondos procedentes del ITF para salud global en 2013 (30 millones de euros) servirán para apoyar la atención sanitaria infantil gratuita en los países del Sahel. Esto se puede interpretar como una puesta en práctica del compromiso político de Francia de contribuir a la consecución de la cobertura sanitaria universal.

De la agenda del gobierno ha desaparecido cualquier otra forma de financiación gubernamental, y la recaudación de la financiación innovadora se utilizará para compensar los recortes del presupuesto estatal.

Francia defendió la cobertura sanitaria universal en la Asamblea General de la ONU en diciembre de 2012[31] y ha afirmado que ésta será una de sus prioridades, junto con sus esfuerzos para eliminar el VIH, la tuberculosis y la malaria.

Con una reducción en 2014 de más del 3% en su Ayuda Oficial al Desarrollo, probablemente resulte fundamental recurrir a mecanismos innovadores de financiación. En el mejor de los casos esto podría compensar los inmensos recortes presupuestarios; siendo realistas, la financiación innovadora no supondrá un extra. Es lo que las organizaciones de la sociedad civil como ApSG interpretan como un "juego de suma cero".

El presidente François Hollande anunció que Francia mantendría su aportación de 1.080 millones de euros al Fondo Mundial entre 2014 y 2016, principalmente gracias a nuevos ingresos procedentes del aumento de la Tasa sobre el Transporte Aéreo (12,7%) y del ITF. El uso de la recaudación del ITF y el anuncio del gobierno de redistribuir la tasa aérea probablemente salvaguarden la financiación de la salud global en los próximos años.

Pero en realidad, de la agenda del gobierno ha desaparecido cualquier otra forma de financiación gubernamental, y la recaudación de los mecanismos innovadores de financiación se utilizará para compensar los recortes del presupuesto estatal.

La financiación en salud es fundamental: centro de formación sanitaria en Tete, Mozambique, donde solo hay un doctor por cada 30.000 personas.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones financieras

- Francia debería evitar que los créditos (ayuda reembolsable) se extendieran en el sector salud.
- Francia debería aumentar su AOD en línea con su compromiso para la cooperación, aumentando la parte del ITF dedicada a desarrollo con una cantidad significativa dedicada a salud global.
- Francia debería cumplir con sus actuales compromisos de AOD en salud.

Recomendaciones políticas

- Francia debería cumplir con su compromiso de dedicar más financiación al sector de la salud, especialmente a la cobertura sanitaria universal (CSU). Pero dicho aumento no se debería hacer a costa de otras prioridades de salud tales como el sida, la tuberculosis y la malaria.
- Francia debería ejercer su influencia en las organizaciones multilaterales (p. ej. AIF, la CE) para que exijan que la salud sea una prioridad y se financie adecuadamente.
- Francia debería garantizar que la futura ley de cooperación incluya objetivos financieros y un estricto seguimiento de los compromisos financieros y de los resultados en el desarrollo.

Alemania

En 2013 Alemania adoptó de manera interministerial un mismo concepto sobre salud global. Es la primera vez que todas las agencias gubernamentales relevantes se han puesto de acuerdo en un concepto, unos valores y una dirección básica de las actividades en salud global. Todavía queda por ver hasta qué punto dicho concepto influirá a la hora de mejorar la coherencia entre políticas.

Otro avance positivo es que Alemania ha desbloqueado su aportación anual al Fondo Mundial y ha adquirido un nuevo compromiso con el mismo, ocupando un puesto en su consejo e invitando a un representante de la sociedad civil a la delegación del Ministerio para Cooperación Económica y Desarrollo (BMZ). El Fondo Mundial ha sido un tema candente desde 2011, cuando el gobierno alemán lo criticó públicamente y congeló su financiación.

Aunque Alemania hasta el momento no se ha visto tan afectada por la 'eurocrisis' como otros países, los políticos alemanes y el público en general son muy cautelosos en cuanto al clima económico.

Sin embargo, según una encuesta casi tres cuartas partes de la población alemana (73%) están de acuerdo con que se asignen fondos para que Alemania cumpla con sus compromisos internacionales en la lucha contra la pobreza y el cambio climático.[32] Este indicador positivo de la opinión pública podría respaldar la introducción de un ITF cuyos ingresos se utilicen para luchar contra la pobreza.

Las transferencias reales de AOD de Alemania disminuyeron de 8.705 millones de euros en 2011 a 8.542 en 2012, lo que puso fin a los aumentos anuales que se han producido desde 2007.

Alemania logra muy buenos resultados en cuanto al volumen de AOD (el tercero entre los miembros del CAD). Pero sus resultados son algo peores (décimo entre los miembros del CAD), si se comparan con la capacidad económica del país. En 2012 Alemania aportó tan solo el 0,03% de la RNB a la AOD (transferencias reales), menos de la mitad del compromiso del 0,7% de la RNB.

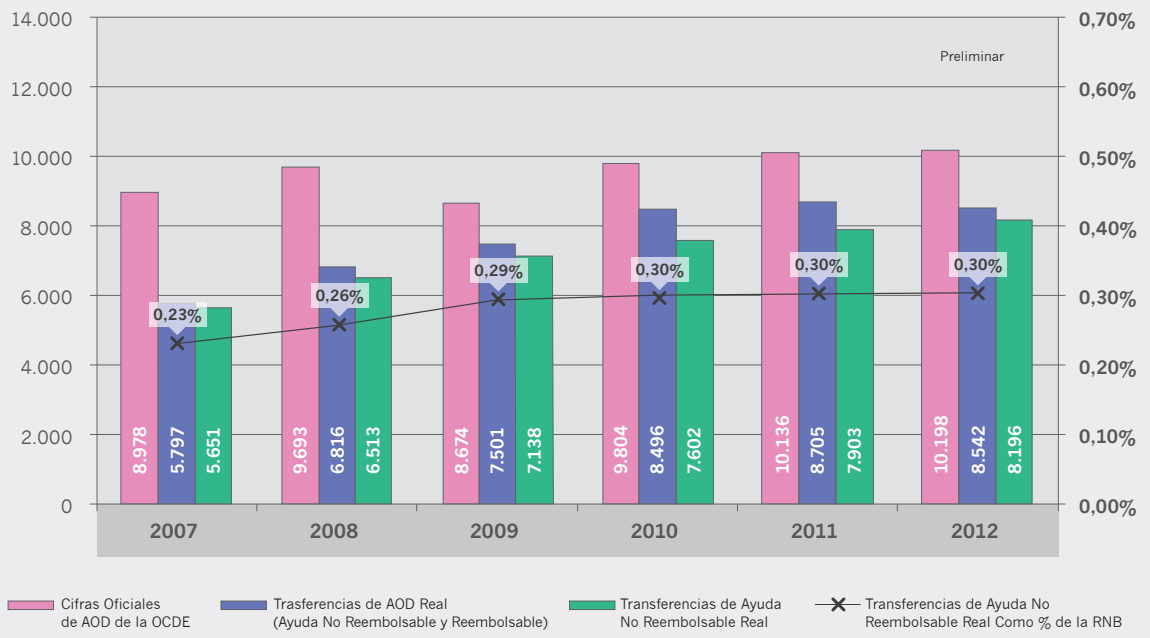
Como en el caso de Francia, la ayuda reembolsable en forma de créditos supone un porcentaje cada vez mayor de la AOD de Alemania. El volumen total de los créditos contabilizados como AOD ascendió a más del doble entre 2007 y 2011 (sin embargo, los datos preliminares sugieren un descenso en 2012).

El compromiso de Alemania de reducir su aportación a organismos multilaterales al tiempo que aumenta los fondos canalizados por la vía bilateral está también comenzando a tomar forma. Este cambio en su estrategia política se vio confirmado en el acuerdo de la coalición alemana de 2009.

Dada esta orientación hacia los canales bilaterales, es importante señalar que en 2011 Alemania canalizó solo un 35% de la AOD bilateral real hacia los países menos desarrollados y los países de renta baja juntos.[33]

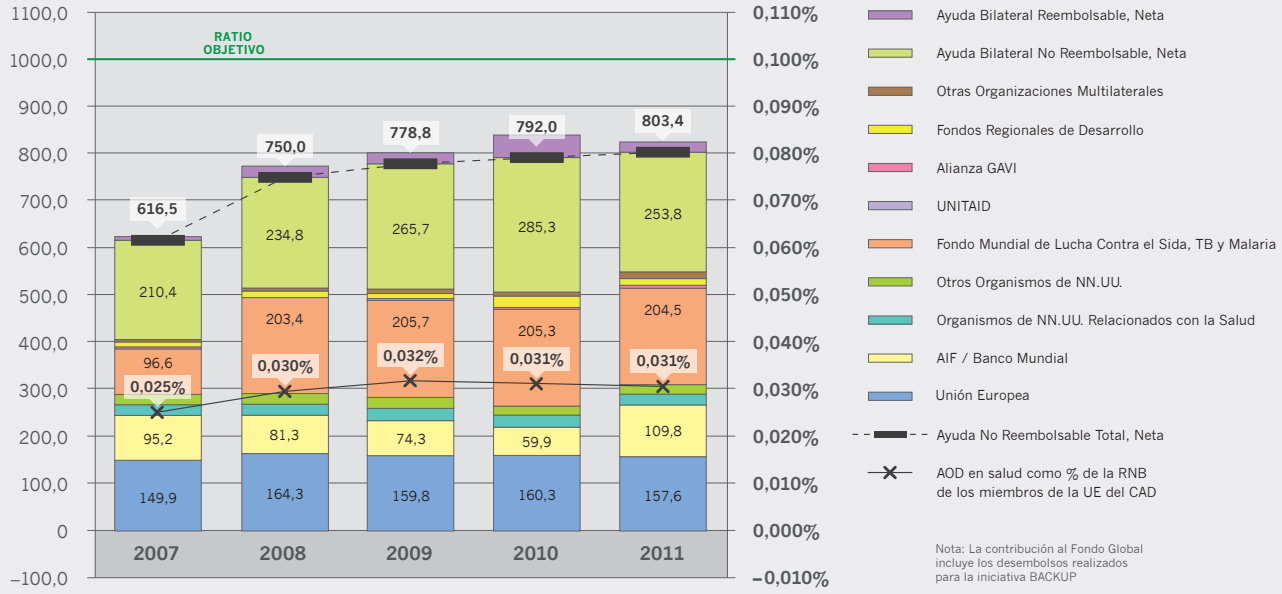
Esto contradice su interés oficial en la reducción de la pobreza.

Gráfico 14



Alemania – Aportación de AOD total según diferentes enfoques.
(en millones de euros y como porcentaje de la Renta Nacional Bruta)

Gráfico 15



Alemania – Principales componentes de la AOD en salud, para el periodo 2007-2011 (en millones de euros).

Tres cuartas partes de la población alemana están de acuerdo con que se utilicen los ingresos del ITF en la lucha contra la pobreza y el cambio climático.

TENDENCIAS DE LA AOD EN SALUD

Alemania dedicó tan solo el 0,031% de su RNB (transferencias reales de AOD) a salud global en 2011, lo que está muy lejos del 0,1% de la RNB que la OMS recomienda para salud global.

La aportación de Alemania a la AOD en salud aumentó entre 2007 y 2010 tanto en transferencias reales de AOD como en ayuda no reembolsable, pero se redujo en 2011. El porcentaje de AOD destinado a salud global descendió hasta un inaceptable 9,4%, uno de los más bajos de los países estudiados por ApSG.

Esto contradice la política de cooperación de Alemania, que afirma que la salud es un sector prioritario. Si tenemos en cuenta la AOD bilateral en salud solo en 2011, el porcentaje es todavía más bajo, un 6,4% (desde un 9% en 2007).

Está claro que la participación en el sistema multilateral es esencial para mejorar los niveles de AOD de Alemania. Esto se puede aplicar no solo con respecto a la distribución regional, sino también en lo tocante al peso que se le otorga a la salud como un sector vital para el desarrollo humano.

En este contexto, la intención política del anterior gobierno alemán de priorizar la cooperación bilateral sobre la multilateral ha sido una constante causa de preocupación.

En septiembre de 2013, el gobierno conservador-liberal perdió las elecciones. Se espera que el nuevo gobierno, sin el Partido Liberal, que solía estar al mando del Ministerio para Cooperación Económica y Desarrollo, revierta esta tendencia.

Se trata de una cuestión especialmente importante si observamos los compromisos anuales de ayuda bilateral en los que, en los últimos dos años del estudio, la salud representaba tan solo un 4%.

En términos de distribución, mientras que la AOD bilateral en salud está menguando, la AOD multilateral en salud aumenta. Esto contrasta con el plan político y con la tendencia observada en la AOD total.

Entre 2010 y 2011 la AOD bilateral en salud se redujo de 335 millones de euros a 277 millones (en transferencias reales). Pero las inversiones multilaterales pasaron de 507 millones de euros en 2010 a 537 millones en 2011. De ello se deduce que la salud sigue siendo un sector prioritario de la cooperación al desarrollo de Alemania únicamente gracias al aumento de la financiación multilateral.

Las partidas destinadas a AOD en salud en los países del África subsahariana siguen estables en comparación con los años anteriores, pero siguen siendo más bajas de lo que se podría esperar del compromiso con la salud manifestado por Alemania y de los retos que suponen los datos de morbilidad y mortalidad en la región.

En cualquier caso, los programas de financiación se negocian con los gobiernos de los países receptores y reflejan sus áreas prioritarias. Esto cuestiona la prioridad que los países receptores le otorgan a la salud, así como la del gobierno alemán y sus agencias de cooperación.

Las aportaciones multilaterales de AOD reflejan una mayor atención a la salud. Pero esto sigue siendo insuficiente para cumplir con los compromisos (incluidos los ODM) o para responder a las necesidades sanitarias.

La participación en el sistema multilateral es fundamental para mejorar los niveles de AOD de Alemania y centrar su atención en la salud y la lucha contra la pobreza.

Pronóstico y Perspectivas

En 2011 los compromisos bilaterales de Alemania en salud eran significativamente mayores que en 2010. Esto podría hacer aumentar ligeramente la parte proporcional de AOD en salud, aunque seguirá siendo insuficiente para alcanzar el objetivo del 0,1% de la RNB para salud.

Independientemente de la composición exacta y de la orientación política del nuevo gobierno alemán, la salud probablemente seguirá siendo una prioridad en la AOD alemana, al menos oficialmente.

Sin embargo, el plan financiero a medio plazo del gobierno, que cubre hasta 2017, describe un panorama deprimente para la cooperación. Todos los ministerios que canalizan AOD, sin excepción, tienen previsto hacer recortes. Esto hace que resulte menos probable alcanzar el objetivo del 0,7% de AOD y el 0,1% en salud.

Lucinda Lee, enfermera de planificación familiar con una paciente en una clínica gestionada por la ONG mozambiqueña Amodefa.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones financieras

* Alemania debería cumplir su compromiso de aportar el 0,7% y el 0,1% de su RNB respectivamente a AOD y a AOD en salud.
* Para este fin, Alemania debería revisar su plan financiero a medio plazo e incrementar la ayuda no reembolsable, incluyendo la AOD en salud, dentro del presupuesto de 2014.
* Alemania debería dar un paso más en la introducción de un Impuesto sobre Transacciones Financieras (ITF) a nivel europeo y destinar una parte considerable de su recaudación a aumentar la AOD en salud.

Recomendaciones políticas

* Alemania debería volver a fijar su prioridad en la reducción de la pobreza y volver a invertir de forma bilateral y multilateral en el sector salud.
* El recién elegido gobierno alemán debería abolir oficialmente el tope de un tercio en inversiones en AOD multilateral y establecer unos criterios con fundamento para asignar la AOD.
* Alemania debería seguir teniendo un papel constructivo en los debates políticos del Fondo Mundial y reafirmar su liderazgo con un mayor apoyo financiero.

Italia

Italia ha experimentado un periodo de incertidumbre política y de transición en los últimos dos años que no ha hecho más que empeorar su grave situación financiera y económica.

Después de la dimisión de Berlusconi en 2011, el Primer Ministro del gobierno, Monti, tomó varias medidas para fortalecer la cooperación al desarrollo italiana. Una de ellas fue el nombramiento de un Ministro sin cartera para la Cooperación Internacional y la Integración.[34] [35]

El gobierno de Monti duró tan sólo 17 meses. En febrero de 2013 se celebraron unas elecciones que dieron como resultado una coalición de gobierno inestable liderada por el Partido Democrático (PD).

El nuevo gobierno devolvió la cooperación internacional al Ministerio de Asuntos Exteriores, liderado por la antigua comisaria de la UE, Emma Bonino. Uno de los viceministros, Lapo Pistelli (PD), fue nombrado responsable de la cooperación al desarrollo.

En lo tocante a la Ayuda Oficial al Desarrollo en relación con la capacidad económica de Italia, este país ha tenido durante muchos años uno de los peores resultados de los países europeos del CAD.

Incluso en 2008, año en el que Italia aportó la mayor AOD del periodo analizado, este aporte supuso tan solo un 0,18% de la RNB italiana para AOD (transferencias reales) destinada al desarrollo en los países económicamente menos favorecidos.

Pero incluso con un nivel así de bajo, Italia estaba ya reduciendo las transferencias reales de fondos. Entre 2008 y 2010 el volumen de AOD neta cayó de 2.700 millones de euros a 2.000 millones. Esto representó un descenso nominal de más del 24% que situó la aportación de AOD en un 0,13% de la RNB.

En 2011, Italia aumentó ligeramente su aportación de AOD hasta 2.220 millones de euros, es decir, un 0,14% de la RNB. Sin embargo los datos de 2012 sugieren que el aumento fue, en el mejor de los casos, transitorio.

La ayuda reembolsable (créditos) disminuyó a partir de 2007, alcanzando un mínimo estimado de 61 millones de euros en 2012. La cooperación al desarrollo italiana sigue caracterizándose por un alto volumen de partidas que no corresponden a transferencias reales: principalmente, costes de refugiados y alivio de la deuda. Algunos años dichas partidas han creado notables diferencias entre las cifras oficiales de la OCDE y el esfuerzo financiero real en AOD.

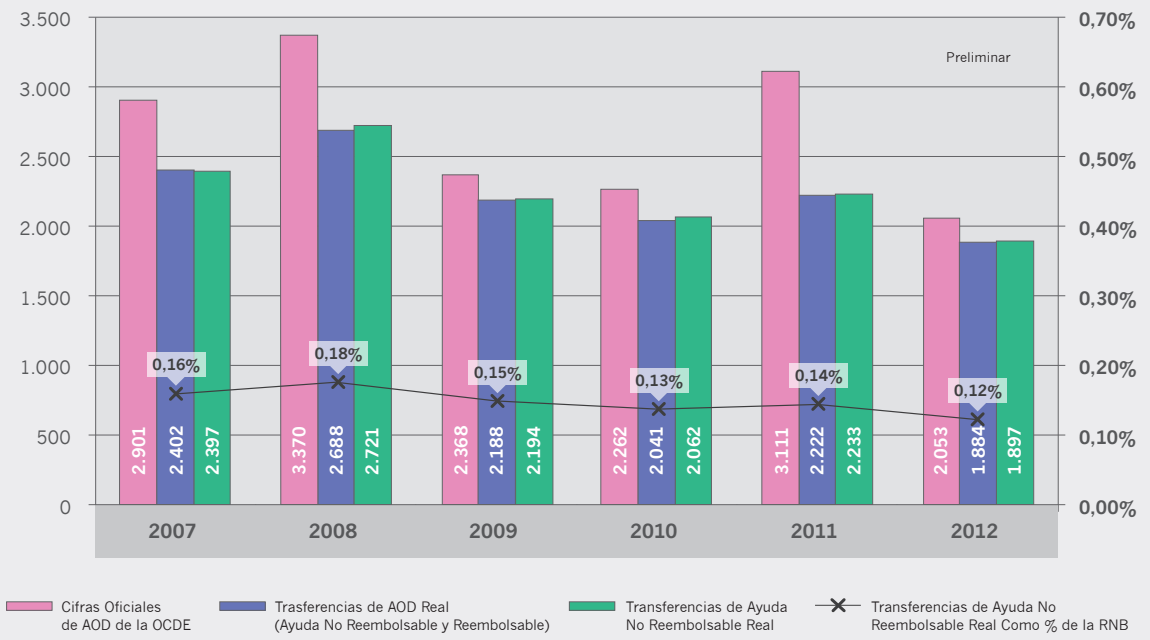
Un análisis de los datos preliminares de la OCDE para 2012 muestra que la caída de las transferencias reales de AOD se está produciendo desde 2006 (1.900 millones de euros, un 0,12% de la RNB). Si Italia espera recuperar su papel en el ámbito de la cooperación al desarrollo, esta tendencia debe revertirse urgentemente.

TENDENCIAS DE LA AOD EN SALUD

La aportación de Italia a la AOD en salud aumentó en casi 35 millones de euros entre 2010 y 2011 (alcanzando los 300,8 millones de euros). Sin embargo el porcentaje de la RNB dedicado a salud es del 0,019%, todavía muy lejos de la aportación del 0,1% de la RNB recomendado por la OMS.

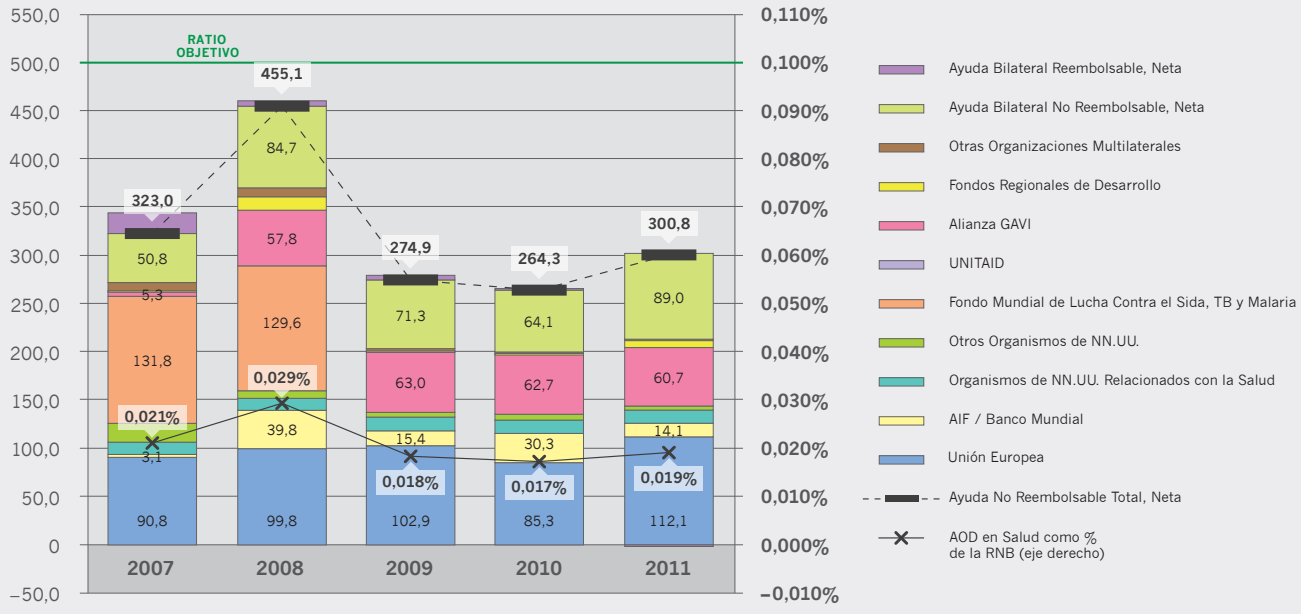
Esto supone un estancamiento de tres años y una aportación a la salud global que está muy por debajo de la aportación de 2008 (0,029% de la RNB, 455,1 millones de euros).

Gráfico 16



Italia – Aportación de AOD total según diferentes enfoques.
(en millones de euros y como porcentaje de la Renta Nacional Bruta)

Gráfico 17



Italia – Principales componentes de la AOD en salud, para el periodo 2007-2011 (en millones de euros)

La aportación de Italia a la AOD en salud como porcentaje de la RNB es una de las más bajas de los países europeos del CAD.

La AOD en salud de Italia es una de las más bajas de los países europeos del CAD. [36] La asignación a salud del total de la AOD aumentó ligeramente del 13% en 2010 al 13,5% en 2011. Comparado con el de otros donantes europeos este porcentaje es respetable, pero todavía está muy lejos del 17,1% alcanzado en 2008.

Una evolución positiva en Italia es que la AOD bilateral en salud creció de forma significativa en 2011, alcanzando los 87 millones de euros. En comparación con 2008, el "año dorado" de la salud global, en el que la aportación a la AOD bilateral en salud fue de 90 millones de euros, la cantidad no está demasiado lejos, aunque este año su volumen seguía siendo bastante modesto.

Sin embargo la ayuda bilateral en salud se canaliza sobre todo mediante un número muy elevado de pequeños proyectos.

Tan solo en 2011 se reseñaron alrededor de 700 proyectos relacionados con el apoyo a la salud, que aparecen en la base de datos del Sistema de Notificación de Países Acreedores (CRS) del CAD. De estos tan solo 14 proyectos contaban con más de 1 millón de dólares, lo cual limita necesariamente sus resultados y su impacto.

Más de dos tercios de la AOD italiana se desembolsan a través de canales multilaterales, lo que significa que lo más probable es que la AOD en salud global no aumente de forma significativa hasta que lo hagan las aportaciones multilaterales.

El principal motivo de los pobres resultados de Italia en salud global es que ya no contribuye al Fondo Mundial. En 2008 este país canalizó 130 millones de euros, alrededor de un 28% de su AOD en salud, a través del Fondo Mundial. Italia lideraba este Fondo y hasta 2008 se encontraba entre sus mayores contribuidores, con un puesto en el consejo.

Pero el país se retiró a partir de 2009: las aportaciones prometidas para 2009 y 2010 no llegaron a desembolsarse y no se realizaron más compromisos para el periodo 2011-13.

Como consecuencia, Italia perdió su puesto en la estructura de gestión y liderazgo del Fondo Mundial y ahora tan solo está representada a través del puesto del grupo de la UE (compartido con Bélgica, Finlandia, Portugal y España).

Los canales multilaterales, que incluyen los del Fondo Mundial, son el principal medio a través del cual Italia desembolsa su AOD a los países prioritarios de renta baja. [37]

Por lo tanto, al no incrementar la AOD multilateral en salud, Italia redujo drásticamente el volumen total de su AOD en salud. Pero también redujo sustancialmente la ayuda en salud a sus países prioritarios para cooperación al desarrollo.

Por ejemplo, al cortar la AOD multilateral, Italia redujo la ayuda que hacía llegar a los países del África subsahariana de 104 millones de dólares en 2008 a tan solo 63 millones en 2010, lo que supone un recorte del 40%. [38]

Pronóstico y Perspectivas

La aportación de Italia en 2012 a la AOD en salud todavía no ha sido publicada. Sin embargo su contribución total a la AOD llegó a su nivel más bajo desde 2007 (1.900 millones de euros de transferencia real, es decir un 0,12% de la RNB). Por lo tanto, parece probable que la AOD en salud también haya disminuido.

El plan económico y financiero del gobierno para 2014-2017 [39], aprobado por el Consejo de Ministros en abril de 2013, sugiere un nuevo énfasis en la cooperación al desarrollo en los próximos años.

Si se implementa en su totalidad, el plan llevaría a Italia a aportar un 0,30% de su RNB a la Ayuda Oficial al Desarrollo para 2017. Aunque sigue distando mucho de alcanzar el compromiso del 0,7% de la RNB, el plan constituye un esfuerzo serio para devolver a Italia a los estándares internacionales de cooperación al desarrollo.

La Conferencia de Reposición del Fondo Mundial es una oportunidad para que Italia demuestre que es un actor serio en el ámbito de la salud global.

El plan no se cumplirá sin aumentar la ayuda en salud global. Italia tiene poca capacidad para implementar grandes intervenciones bilaterales. Por lo tanto las instituciones multilaterales son los receptores ideales tanto para implementar de forma eficiente la AOD italiana como para llegar a los países de renta baja prioritarios.

La Conferencia de Reposición de Recursos del Fondo Mundial de finales de 2013 supuso una oportunidad concreta para que Italia demostrara que desempeña un papel serio en el campo de la salud global y la cooperación internacional.

Italia ya expresó en julio de 2013 [40] su interés en retomar la ayuda al Fondo Mundial. En respuesta se aprobó una moción parlamentaria [41] que enfatizaba que si Italia no muestra un fuerte compromiso en la siguiente Conferencia de Reposición de Recursos del Fondo Mundial, el país perderá credibilidad y sufrirá las consecuencias políticas.

Mujeres haciendo cola en un centro de salud en Tsangano, Mozambique, un país que depende en gran medida de la ayuda al desarrollo para financiar su sistema de salud.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones políticas

- El gobierno italiano debería cumplir con sus compromisos ante las epidemias que afectan a la salud global. En primer lugar, debería adquirir un compromiso financiero con el Fondo Mundial, con ocasión de la última sesión de la 4ª Conferencia de Reposición de Recursos, por valor de 100 millones de euros al año durante el periodo 2014-2016.
- El gobierno debería acompañar dicho compromiso financiero con un compromiso político y un puesto en la estructura de gobernanza del Fondo Mundial, haciendo especial hincapié en influir y supervisar las decisiones relativas a los sistemas nacionales de salud.

Recomendaciones financieras

- El gobierno italiano debería actuar inmediatamente para volver a ajustar la AOD italiana, especialmente en salud global, a los estándares internacionales establecidos en el "Documento di Economia e Finanza (DEF) 2014-2017" (aprobado en abril de 2013).
- El gobierno debería aumentar paulatinamente las aportaciones a instituciones de desarrollo multilaterales reputadas y efectivas, especialmente en el sector de la salud. Esto sería una buena manera de alcanzar el objetivo financiero y político de la estrategia de cooperación al desarrollo italiana.

Países Bajos

Los Países Bajos han reducido su AOD en salud global del 0,102% de la RNB en 2009 al 0,081% en 2011. Aunque todavía está por encima de la media, se trata de una tendencia preocupante.

En octubre de 2012 una nueva coalición de gobierno llegó al poder en los Países Bajos, y con ella muchos cambios y conflictos internos. El Partido Liberal (VVD) de derechas y el Partido Socialdemócrata (PvdA), que componen el gobierno, tienen puntos de vista opuestos sobre la cooperación al desarrollo. Mientras que el primero está a favor de un recorte de 3.900 millones de dólares (3.000 millones de euros) en AOD, el PvdA propone mantener al menos la aportación del 0,7% de la RNB para AOD.

Resulta alentador que el nuevo Gabinete haya convertido el cargo de Secretario de Estado para Cooperación al Desarrollo en Ministro de Comercio Exterior y Cooperación al Desarrollo. Éste participa en los consejos de ministros semanales y tiene la tarea de aumentar la coherencia en las políticas para el desarrollo.

Como ministro, será responsable de trabajar con los demás miembros del gabinete para modificar y actualizar sus políticas de tal manera que apoyen la política de cooperación al desarrollo y no entren en conflicto con la misma.

A pesar de estos cambios institucionales positivos, entre 2013 y 2017 el gobierno planea recortar el presupuesto de cooperación al desarrollo del 0,7% de la RNB al 0,55%.

Además, la coalición ha decidido que también saldrán del presupuesto de AOD una partida de 250 millones de euros anuales para gasto militar y los desembolsos dedicados a la lucha contra el cambio climático. Queda por ver que quedará para las intervenciones tradicionales de desarrollo, incluido el sector de la salud.

Los Países Bajos mantienen el objetivo del 0,7% de la RNB para cooperación al desarrollo de acuerdo con las cifras oficiales de la OCDE. Sin embargo, el porcentaje de AOD en las cifras oficiales de la OCDE disminuyó significativamente desde el 0,81% en 2009 al 0,71% en 2012.

Por otro lado, teniendo en cuenta solo el porcentaje de la RNB a la ayuda no reembolsable, este cayó por debajo del objetivo del 0,7% hasta un 0,6% en 2012 [42], desde el 0,73% en 2008-2009.

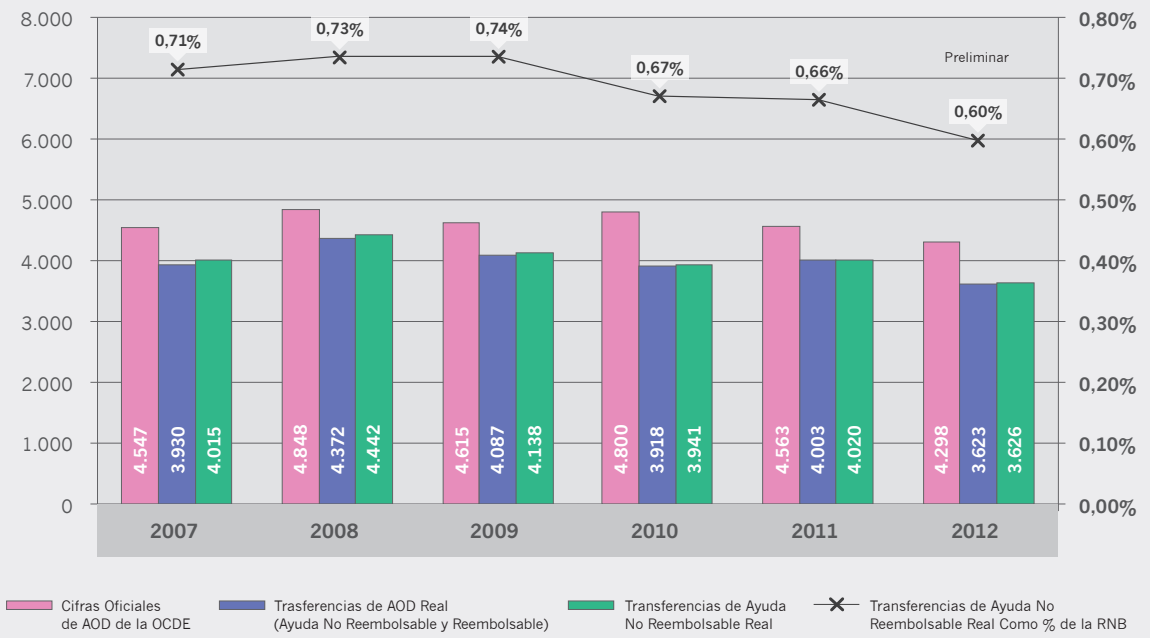
En términos de volumen, las transferencias reales de AOD descendieron desde más de 4.300 millones de euros en 2008—cuando alcanzaron su punto más alto— hasta unos 3.600 millones de euros en 2012. Esto representa un descenso del 17% en un periodo de cinco años.

TENDENCIAS DE LA AOD EN SALUD

En 2009 los Países Bajos alcanzaron la aportación en salud global recomendada por la OMS del 0,1% de la RNB. Sin embargo, en 2010 el gobierno holandés redujo sus aportaciones en salud hasta el 0,092% de la RNB en 2010 y el 0,081% en 2011.

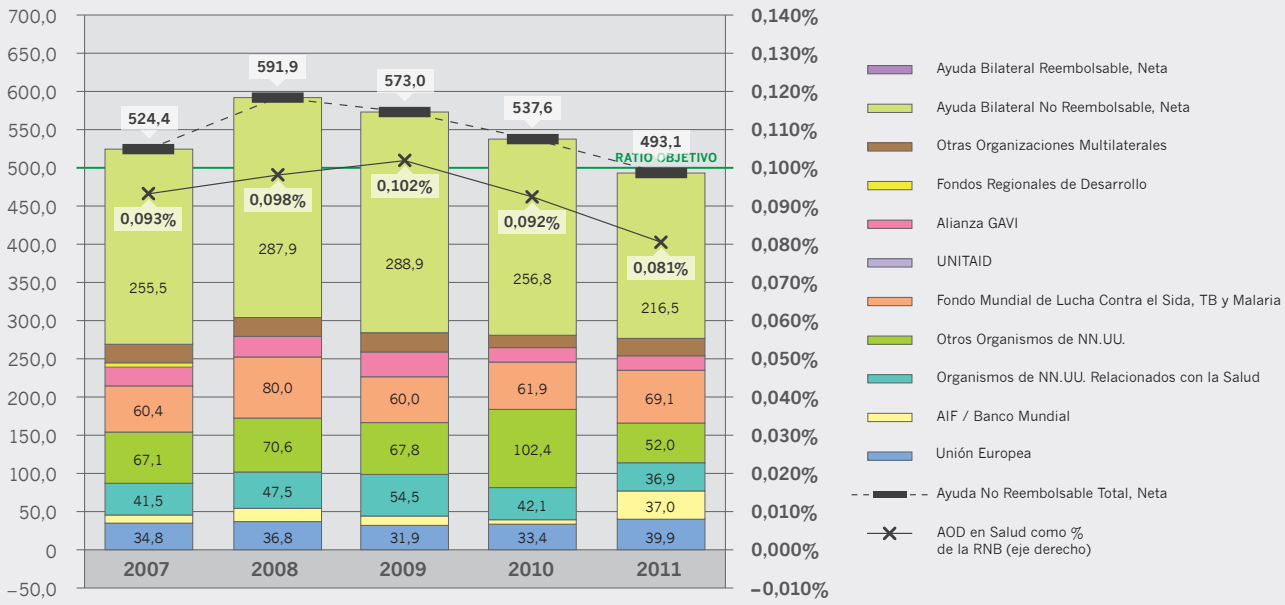
En términos de volúmenes absolutos, la aportación de los Países Bajos para promover la salud global alcanzó su punto más alto en 2008, llegando casi a 600 millones de euros. La aportación total a la AOD en salud se redujo cada año a partir de entonces de forma cada vez más rápida, hasta los 493 millones de euros en 2011, lo que supone un descenso de un quinto de su volumen original.

Gráfico 18



Países Bajos – Aportación de AOD total según diferentes enfoques.
(en millones de euros y como porcentaje de la Renta Nacional Bruta)

Gráfico 19



Países Bajos – Principales componentes de la AOD en salud, para el periodo 2007-2011 (en millones de euros).

‘Ayuda al comercio’ es el nuevo paradigma de Países Bajos. Aunque se presenta como una solución a la crisis económica, corre el riesgo de marginar la salud global y podría tener un profundo impacto en el desarrollo y el comercio.

En cuanto a los principales mecanismos de financiación, la AOD en salud continúa estando bastante equilibrada entre canales bilaterales y multilaterales. Entre 2010 y 2011 las aportaciones bilaterales en salud a través del Apoyo Presupuestario General se quedaron casi en la mitad, pasando de 13 millones de euros a 7 millones. La ayuda en proyectos bilaterales de salud en el mismo periodo descendió en más de un 12% (de 257 millones de euros a 216 millones).

En 2011 también se produjo un descenso significativo del porcentaje de la AOD dedicado a la salud que supone aproximadamente un 12% en comparación con el 14% de años anteriores.

En línea con la nueva política de apoyo a la implicación del comercio y del sector privado, 2011 marcó un cambio en el apoyo a las instituciones de NN.UU. Las aportaciones a ONUSIDA, PNUD, UNFPA y UNICEF se han visto drásticamente reducidas y redirigidas hacia el Banco Mundial, que se encuentra entre los primeros receptores de la AOD total multilateral y la AOD en salud holandesa.

La AOD en salud que se canaliza a través de la Asociación Internacional de Fomento (AIF) del Banco Mundial creció considerablemente desde los 6 millones de euros en 2010 a los 37 millones en 2011, aunque esto podría ser efecto de las demoras en el programa de desembolso.

En años anteriores, Países Bajos ha sido el país con mejores resultados de los analizados por ApSG en cuanto a la calidad de la AOD en salud, ya que toda su aportación se realizó como ayuda no reembolsable.

Esta situación se mantuvo en 2011. Sin embargo, el nuevo Ministro de Comercio Exterior y Cooperación al Desarrollo ha introducido el “Dutch Good Growth Fund” (Fondo holandés para el buen crecimiento) para estimular el crecimiento del sector privado en los países de renta baja y media.

Este nuevo fondo ofrece créditos a emprendedores con planes de inversión que sean relevantes para el desarrollo social responsable y sostenible.

El Fondo holandés para el buen crecimiento debería supervisarse estrechamente para asegurar que dichos créditos se suman a la actual ayuda no reembolsable en lugar de reemplazarla. Las inversiones a través del Fondo deberían también complementar los compromisos holandeses de AOD en salud.

Pronóstico y Perspectivas

El pronóstico para la AOD bilateral y multilateral en salud, con base en las cifras de 2011 y 2012, es todavía más sombrío, debido fundamentalmente a:

* Una disminución en la aportación al Fondo Mundial de 88 millones de dólares en 2011 a 31 millones en 2012[43] (el compromiso para 2013 se acercó al nivel de 2011, pero no se han realizado los pagos de la primera mitad de este año);
* El volumen extraordinariamente bajo de los nuevos compromisos bilaterales, que suma un total de menos de 100 millones de euros.

La previsible tendencia negativa se agrava por el hecho de que la aportación a la AIF/Banco Mundial ha vuelto a descender en relación con el alto nivel de 2011. Se han empezado a realizar los desembolsos para el IFFIm[44] por un valor de 19 millones de dólares en 2012 y 20 millones en 2013. Sin embargo esto, combinado con una disminución simultánea en las aportaciones directas anuales, no será suficiente para compensar los recortes mencionados anteriormente.

‘Ayuda al comercio’ [Aid for trade] es el nuevo eslogan de los Países Bajos. Aunque esta idea se presenta como una solución a la crisis económica, corre el riesgo de marginar la salud global y podría tener un profundo impacto en el desarrollo y el comercio.

Las estrategias de desarrollo dirigidas a la reducción de la pobreza deberían centrarse en todas estas dimensiones que han de ser eficaces. Una economía sólida no puede funcionar sin personas sanas y bien preparadas.

En febrero de 2013 el Consejo Asesor Holandés sobre Asuntos Exteriores recalcó la importancia de la salud global para posibilitar el buen funcionamiento de la economía: "Las estrategias de desarrollo dirigidas a la reducción de la pobreza deberían centrarse en todas estas dimensiones que han de ser eficaces. Una economía sólida no puede funcionar sin personas sanas y bien preparadas". [45]

Para tener un efecto a largo plazo y sostenible, la estrategia centrada en el comercio y la empresa privada debería incluir un enfoque amplio que incluyera sobre todo la salud global.[46]

Los mecanismos innovadores de financiación tales como el ITF son objeto de agrios debates entre el consejo de ministros holandés, los bancos y los fondos de pensiones. El ITF ofrece oportunidades prometedoras para recaudar nuevos recursos en un contexto de presupuestos cada vez más reducidos. Pero parece poco probable que los Países Bajos lo adopten en breve.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones financieras

- El gobierno holandés debería aportar al menos el 0,7% de la RNB en concepto de ayuda no reembolsable real, incluyendo un 0,1% de la RNB para salud global en el que no se contabilice el gasto para el cambio climático o los esfuerzos militares.
- El Ministerio de Comercio Exterior y Cooperación al Desarrollo debería supervisar el comportamiento del Fondo holandés para el buen crecimiento y actuar con transparencia para garantizar que los créditos sean adicionales y no sustituyan a la actual ayuda no reembolsable.
- El sector privado debería cofinanciar obligatoriamente una parte sustancial de la financiación holandesa contra el cambio climático (como declaró el líder del Partido Socialdemócrata).

Recomendaciones políticas

- El gobierno holandés debería ser explícito sobre el papel de la salud pública a la hora de estimular un crecimiento económico inclusivo y como una buena manera de enfocar el desarrollo en tiempos de crisis económica.
- Sin embargo es muy importante tener en cuenta que, para que un clima comercial funcione bien, precisa de unas condiciones previas, y una de las prioritarias es la salud global. Hay una relación determinante entre la salud y el crecimiento económico. La salud es un derecho individual, pero también un aspecto absolutamente necesario para el crecimiento económico de una sociedad.
- Los Países Bajos deberían enfocar la salud global como un bien público global (BPG) con consecuencias que van más allá de las fronteras, y entender que el apoyo a la salud global es una prioridad esencial en el marco de desarrollo posterior a los ODM. El Consejo de Ministros expresó su firme apoyo a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y el gobierno holandés debería continuar defendiendo un enfoque inclusivo para los ODS y poner mayor énfasis en salud global.

Salud y educación en la India: El gobierno holandés debe ser explícito sobre el papel de la salud pública en potenciar el crecimiento económico.

España

España realizó importantes esfuerzos para aumentar su AOD entre 2007 y 2009, acercándose a los compromisos internacionales adquiridos sobre financiación de la cooperación. Sin embargo en los últimos dos años España ha realizado recortes más profundos que cualquier otro país en la historia reciente.

El actual gobierno conservador del Partido Popular, que llegó al poder en 2011, ha iniciado un cambio en la política de cooperación al desarrollo por la que ésta se convierte en instrumento de la política internacional y los intereses económicos.

Como parte de esta nueva orientación, el gobierno está redefiniendo su relación con la sociedad civil y reforzando el papel del sector privado y comercial en el desarrollo.

Aunque la mayoría de los países del CAD han reducido el volumen de sus aportaciones a la AOD para 2012, España es el país que ha realizado los mayores recortes, reduciendo su AOD real en algo más de un 50% (1.400 millones de euros) respecto a 2011.

La aportación de España en relación con su capacidad económica ha caído desde un 0,26% de la RNB en 2011 a un 0,13% en 2012. Esto sitúa a España en el último puesto de los 24 países donantes del CAD, junto con Grecia, Italia y Corea del Sur.

La cooperación descentralizada, un elemento distintivo de la cooperación española, ha caído en picado desde 2008. La AOD conjunta de las Comunidades Autónomas españolas ha bajado del 0,27% de su presupuesto total en 2008 a una previsión del 0,09% para 2013.

El gobierno ha recortado mucho más la AOD bilateral que la multilateral. La AOD bilateral neta cayó de algo más de 2.900 millones de euros en 2009 a unos 500 millones de euros en 2012, mientras que la AOD canalizada a través de organismos internacionales pasó de 1.500 millones de euros a alrededor de 860 millones de euros en el mismo periodo.

En términos porcentuales, la AOD bilateral cayó desde un 66% en 2009 a un 36% en 2012, mientras que el porcentaje de AOD multilateral creció de un 34% a casi un 64% en esos años.

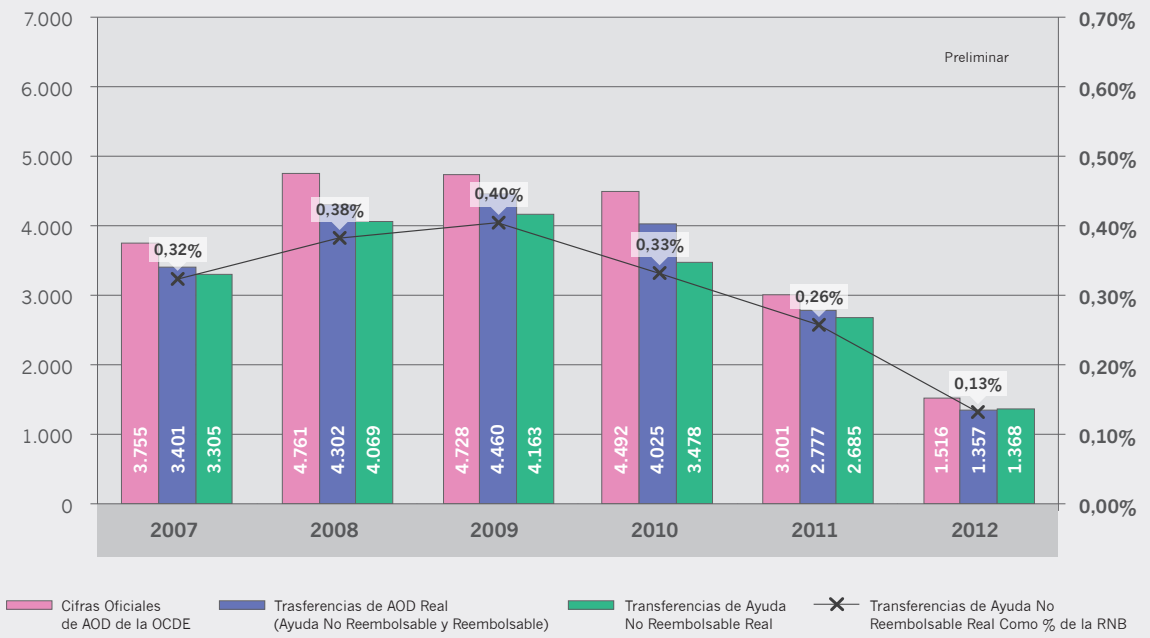
Las principales aportaciones bilaterales y los programas y fondos mancomunados que incluyen la financiación a las ONG se redujeron desde los 960 millones de euros en 2010 a apenas algo más de 140 millones en 2012.

Tanto el apoyo presupuestario general como el sectorial han desaparecido prácticamente de la cooperación española, ya que su financiación cayó de algo más de 200 millones de euros a tan solo 16 millones en dos años.

TENDENCIAS DE LA AOD EN SALUD

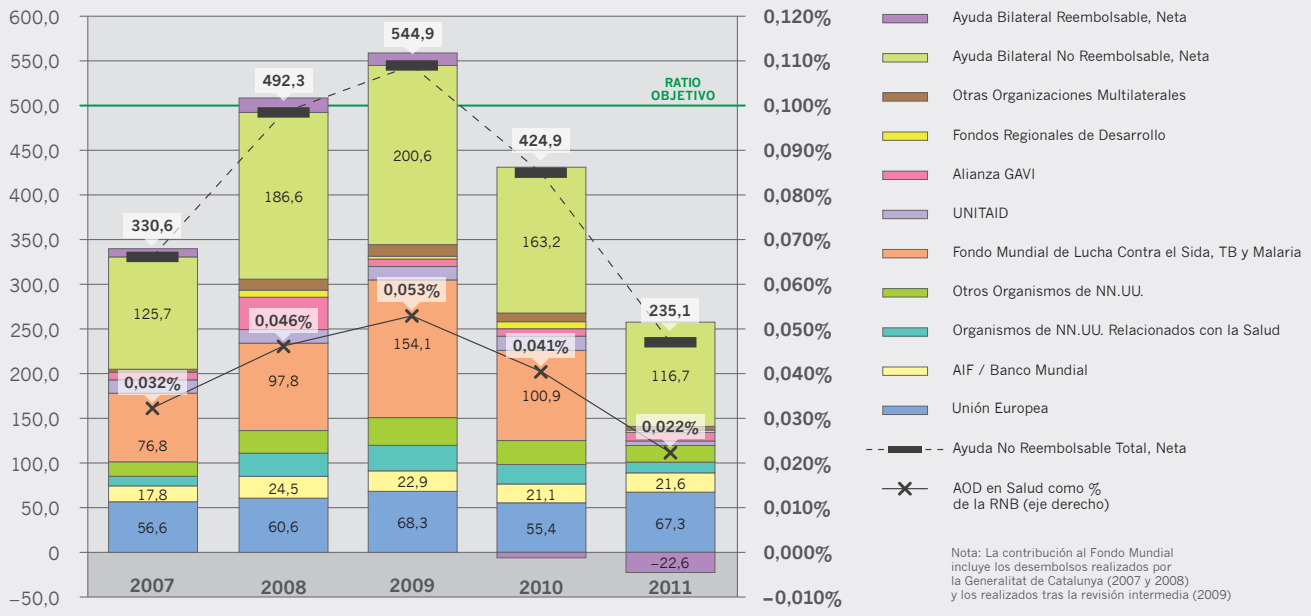
A medida que el gobierno iba aplicando los recortes, la AOD en salud ha ido representando una parte cada vez más pequeña de la AOD total. Todavía no están disponibles los datos de AOD en salud para 2012, pero en 2011 ésta se recortó en 190 millones de euros, una disminución de casi un 45% desde 2010.

Gráfico 20



España – Aportación de AOD total según diferentes enfoques.
(en millones de euros y como porcentaje de la Renta Nacional Bruta)

Gráfico 21



Nota: La contribución al Fondo Mundial incluye los desembolsos realizados por la Generalitat de Catalunya (2007 y 2008) y los realizados tras la revisión intermedia (2009)

España – Principales componentes de la AOD en salud, para el periodo 2007-2011 (en millones de euros).

Dese 2009, el gobierno español realiza importantes recortes. La AOD en salud ha sufrido de forma desproporcionada los recortes (alrededor del 50%) en relación a la AOD general.

La AOD en salud representó solo el 8,5% de la AOD total en 2011, mientras que fue de un 10,6% de 2010. En contra de la recomendación de la OMS de dedicar el 0,1% de la RNB para salud global, la aportación de España continúa descendiendo, y así ha pasado del 0,053% en 2009 al 0,022% en 2011.

Además, la aportación de España a la salud global contradice las declaraciones públicas del gobierno. Varios altos cargos de la Administración y políticos responsables de la cooperación al desarrollo o relacionados con la misma continúan reafirmando la importancia fundamental de la salud global como un elemento clave para las estrategias y políticas de desarrollo.

Por otro lado, de acuerdo con una encuesta de opinión realizada por UNICEF y la Fundación Bill y Melinda Gates (BMGF) en 2012, el 74% de la población está a favor de mantener los compromisos de España en cooperación internacional.

La AOD en salud canalizada a través de organismos multilaterales cayó de los 344 millones de euros en 2009 a 141 millones en 2011. España ha sido uno de los diez donantes principales del Fondo Mundial hasta 2010, año en el que desembolsó poco más de la mitad de lo comprometido (101 millones de dólares). Desde ese año no ha realizado ninguna aportación.

Además de recortar en las aportaciones a los organismos de NN.UU. relacionados con la salud tales como PNUD, UNFPA, PMA y OMS, España también se ha retrasado en la transferencia de los fondos. En 2011 debía una cantidad total de 14,8 millones de dólares a la OMS. De estos, 11,5 millones de dólares no se pagaron hasta septiembre de 2012, mientras que la aportación completa para 2012 no fue transferida hasta febrero de 2013.

Desde 2009, cuando la AOD bilateral en salud ascendía a 215 millones de euros, el gobierno continúa haciendo recortes cada año también en esta partida, hasta llegar a los 94 millones en 2011.

Pronóstico y Perspectivas

En los últimos años la AOD en salud ha sufrido unos fuertes y desproporcionados recortes (alrededor de un 50%) en relación con el total de la AOD. Parece muy probable, por lo tanto, que las aportaciones para 2012 (AOD total y salud global) sean desalentadoras.

La cantidad que se planeó destinar a salud en 2012 era de 124,45 millones de euros, de acuerdo con los datos preliminares de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID). Pero de estos, tan solo se han desembolsado 74 millones de euros, un 40% menos de lo previsto.[47]

Aunque los socios multilaterales han desempeñado en el pasado un papel muy importante en el cumplimiento de los compromisos de España en AOD en salud, parece poco probable que dicha financiación se renueve. En concreto, es poco probable que España cumpla con sus compromisos financieros con el Fondo Mundial para 2014-16.

En 2013 el gobierno realizó cambios en la legislación y en la política que tendrán un impacto duradero en la cooperación española. Hasta ahora, España ha sido uno de los pocos donantes del CAD en el que las diferentes Comunidades Autónomas tenían presupuestos propios de cooperación al desarrollo.

Este ha sido uno de los rasgos más distintivos y positivos de la cooperación española. Sin embargo, la ley de Reforma de las Administraciones Públicas de 2013 hará que resulte casi imposible para las administraciones locales mantener sus propios presupuestos de cooperación al desarrollo.

Otra tendencia preocupante es el aumento del porcentaje de AOD asignado al Fondo para la Promoción del Desarrollo (FONPRODE)[48], un nuevo pilar de la cooperación al desarrollo.

España tiene como elemento distintivo entre los donantes del CAD que las Comunidades Autónomas tienen sus propios presupuestos de cooperación.

Los fondos que se desembolsan a través del FONPRODE son fundamentalmente créditos. El presupuesto para el FONPRODE en 2013 asciende al 18,8% de la AOD prevista. Esto supone un descenso de solo un 10,9% (245 millones de euros) desde 2012, una reducción modesta en comparación con las realizadas en las otras vías de canalización de la AOD. Como resultado, es muy probable que los créditos asciendan a más del 5% de la AOD en 2013.

Aunque el gobierno señaló su intención de mantener al menos el actual nivel de AOD en el presupuesto nacional de 2014, los Presupuestos Generales del Estado aprobados para este año presentan un nuevo recorte de la AOD , a la que se destinarán 1.814,98 millones de euros, 234 millones menos que en 2013.

Siendo uno de los once Estados de la UE firmantes del ITF, España está preparada para su introducción en 2014, lo que podría suponer una fuente adicional de financiación para la cooperación al desarrollo. Sin embargo, no está muy claro que el gobierno vaya a destinar dichos ingresos a la AOD en general y a la AOD en salud en particular.

La asistencia sanitaria en El Salvador: España debe reafirmar su compromiso de destinar el 0,1% de la RNB al sector salud.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones financieras

- El gobierno español debería incrementar sus aportaciones a la AOD en salud global de conformidad con el compromiso de la cooperación española con el sector de la salud. El gobierno debe ratificar el objetivo de destinar el 0,1% de la RNB para el sector de la salud en la cooperación al desarrollo.
- La cooperación española debería cumplir con su promesa de 2012 de aportar 10 millones de euros al Fondo Mundial.

Recomendaciones políticas

- Los altos cargos españoles han realizado declaraciones políticas a favor de la salud global, pero tales declaraciones deben ir respaldadas por compromisos financieros si España quiere recuperar su lugar en el ámbito de la cooperación al desarrollo y en concreto en la salud global.
- El gobierno español debería comprometerse a destinar parte de los ingresos obtenidos con el ITF a bienes públicos globales, entre los que debería estar la salud y la lucha contra el cambio climático.
- El gobierno debería cumplir estrictamente las normas y reglamentos del FONPRODE, que limitan el porcentaje de desembolso en AOD en forma de créditos a un 5%.

Reino Unido

En los últimos tres años el gobierno del Reino Unido ha reafirmado la priorización del desarrollo internacional. Ha convocado tres cumbres internacionales –sobre la vacunación, la planificación familiar y el hambre– y ha "blindado" el presupuesto para desarrollo internacional a pesar de la recesión económica global.

En reconocimiento de la defensa de la cooperación internacional realizada por el Reino Unido, el Secretario General de Naciones Unidas, Ban Ki-moon, nombró al primer ministro británico, David Cameron, copresidente del Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes para la agenda de desarrollo post-2015, junto con el presidente de Indonesia, Susilo Bambang Yudhoyono, y la presidenta de Liberia, Ellen Johnson-Sirleaf.

El Reino Unido aportó el 0,54% de su RNB, 8.334 millones de libras, para AOD en 2012 y, de acuerdo con los planes presupuestarios, va camino de aportar el 0,7% de la RNB para 2013.[49] [50]

De hacerlo, el Reino Unido se convertirá en el primer país del G8 en cumplir ese compromiso, lo que constituirá un paso muy positivo. Aunque su AOD ha aumentado entre 2007 y 2010, desde entonces se ha mantenido de manera estable alrededor del 0,5% de la RNB.

En los últimos años el gobierno ha afirmado reiteradamente que es un error utilizar la recesión económica como excusa para no cumplir los compromisos de desarrollo.[51] [52] [53]

El Reino Unido es el único de los países analizados por ApSG que incluye un volumen comparativamente bajo de ayuda reembolsable (créditos) y de partidas que no corresponden a transferencias reales en su informe de AOD a la OCDE.

Dichas partidas y los costes principalmente administrativos representan aproximadamente un 0,02% de la RNB.

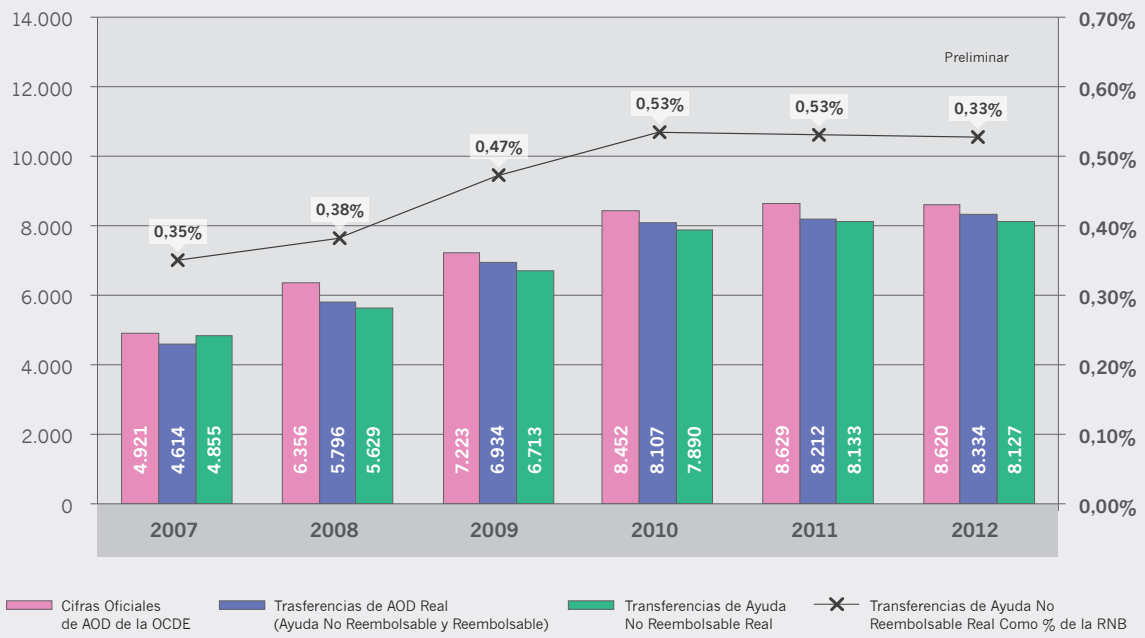
Los créditos representan solo un 0,01% de la RNB (un volumen neto de unos 200 millones de libras) en la mayoría de los años analizados. Los créditos incluidos en el informe de AOD se refieren casi de forma exclusiva a inversiones de capital [54] y estas han aumentado en los últimos dos años.

El Reino Unido ha mantenido su oposición a gravar al sector financiero por la cooperación al desarrollo (u otras causas sociales) argumentando que un ITF tendría un impacto negativo sobre la economía del país.

En abril de 2013, el gobierno británico presentó un recurso legal contra los planes de la UE para crear un ITF europeo. Sin embargo, como señaló la empresa de consultoría KPMG, "es poco probable que el recurso legal del Reino Unido dé al traste con las negociaciones del grupo de los once de la UE sobre los plazos para la introducción del ITF".[55]

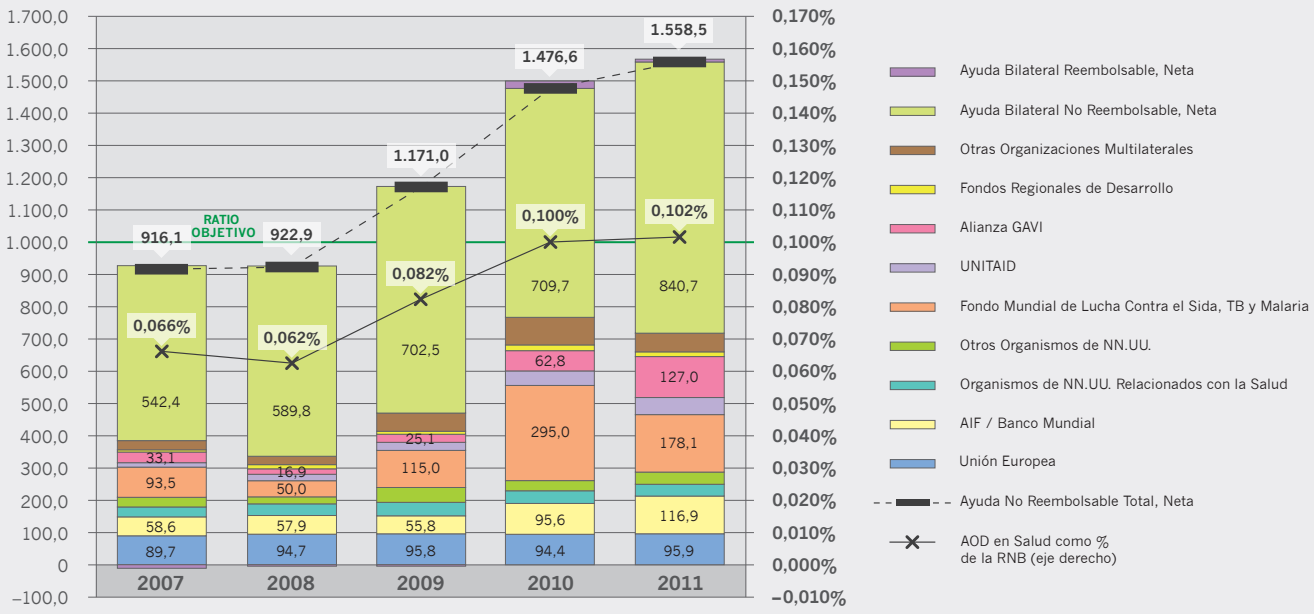
Una opinión jurídica reciente ha determinado que, de acuerdo con el artículo 178 del Tratado de la Unión Europea, el recurso legal carece de bases ya que el ITF todavía no está en vigor. El periodista económico británico Larry Elliott, que escribe para The Guardian, resumió así la actual situación: "Los informes sobre la muerte del ITF parecen exagerados. La City ha abordado simplemente la tarea de limitar los daños".[56]

Gráfico 22



Reino Unido – Aportación de AOD total según diferentes enfoques.
(en millones de libras y como porcentaje de la Renta Nacional Bruta)

Gráfico 23



Reino Unido – Principales componentes de la AOD en salud, para el periodo 2007-2011 (en millones de libras).

El Reino Unido es uno de mejores donantes, habiendo cumplido su compromiso de destinar el 0,7% de la RNB a la AOD en el presupuesto 2013-2014. Este compromiso se afianzaría con su introducción en la legislación nacional.

El Reino Unido es uno de los países de Europa con mejores resultados en AOD, incluido el cumplimiento del compromiso de dedicar el 0,7% de la RNB para AOD en el presupuesto 2013-14. Una legislación que consagrase este compromiso del 0,7% en la ley garantizaría su permanencia.

TENDENCIAS DE LA AOD EN SALUD

Mientras que las aportaciones en AOD en salud se mantuvieron en el mismo nivel entre 2007 y 2008, se han visto incrementadas anualmente entre 2008 y 2011, acumulando un aumento del 9% desde 2010.

En 2011 el Reino Unido aportó 1.558 millones de libras para AOD en salud, lo que supone un 18,7% de la AOD total.

El Reino Unido es, con mucho, el país que tiene los mejores resultados en salud global de los países analizados por ApSG y esto, según los datos preliminares de 2011, incluso en comparación con otros países europeos con buenos resultados como Dinamarca, Noruega o Suecia.

El Reino Unido canaliza sus aportaciones de AOD en salud a través de las vías multilateral (45% en 2011) y bilateral (55% en 2011). Desde 2007 mantiene un buen equilibrio en dicha distribución.

Como parte de su agenda para avanzar hacia un enfoque basado en el "value-for-money" y la transparencia, el gobierno encargó en 2010 un informe detallado de gastos de la AOD tanto bilateral como multilateral. Las conclusiones del informe sobre ayuda bilateral apuntan a acabar con la ayuda a los países de renta media y centrar la AOD en un grupo más pequeño de países prioritarios para el Reino Unido.

El informe sobre ayuda multilateral concluyó que entre las agencias multilaterales, GAVI, el AIF/Banco Mundial y el Fondo Mundial eran las más eficientes y efectivas.[57]

No es de extrañar por lo tanto que los mayores desembolsos multilaterales en 2011 fueran dirigidos hacia el Fondo Mundial (149 millones de libras), la AIF/Banco Mundial (117 millones de libras) y la UE (96 millones de libras). La contribución a GAVI aumentó en 41 millones de libras en 2011 (hasta los 51 millones de libras) en paralelo con la celebración de una gran conferencia sobre vacunación organizada por el Reino Unido.

En septiembre de 2013 el Secretario de Estado para Desarrollo Internacional del Reino Unido, Justine Greening, anunció el compromiso del país de aportar hasta mil millones de libras en la Reposición de Recursos de 2014-2016 del Fondo Mundial.

El Reino Unido cumplirá totalmente con su compromiso de mil millones de libras si otros donantes asumen también compromisos para asegurar que el Fondo Mundial alcanza su objetivo de reposición de 15.000 millones de dólares.

Pronóstico y Perspectivas

A principios de 2013 el gobierno del Reino Unido anunció su intención de que el Departamento de Cooperación Internacional (DFID en sus siglas en inglés) trabajara más estrechamente con el Ministerio de Defensa y el Foreign Office (equivalente al Ministerio de Asuntos Exteriores). La consecuencia podría ser que el presupuesto de cooperación se redistribuyera para financiar otras intervenciones internacionales a costa de los sectores tradicionales de cooperación al desarrollo, incluida la salud.

Se espera que el gobierno continúe con su política de cierre de los programas de ayuda en países de renta media, tales como India y Sudáfrica, para "concentrar la ayuda allí donde es más necesaria".[58]

Esta política es controvertida, dado que más del 70% de las personas más pobres del mundo viven en los países de renta media. Queda por ver si la política de cierre de programas en estos países es coherente con su política de reducción de la pobreza.

Se espera que el gobierno continúe con su política de cierre de programas en países de renta media. Una política controvertida dado que más del 70% de las persona más pobres viven en estos países.

La sociedad civil espera que el gobierno cumpla con su promesa electoral de incorporar en la legislación nacional el compromiso de asignar el 0,7% de la RNB a la AOD. Esto protegería el presupuesto de cooperación al desarrollo de los cambios políticos, y aseguraría una mayor rendición de cuentas del gobierno del Reino Unido frente a la opinión pública sobre el modo en que se gasta la ayuda y la calidad de los resultados de la misma.

El Reino Unido está cerrando sus programas de cooperación en los países de renta media como India. El 70% de las personas más pobres viven en estos países.

RECOMENDACIONES

Recomendaciones financieras

* El gobierno del Reino Unido debería reconsiderar la implementación de un ITF y destinar una parte significativa de la recaudación del mismo para la cooperación al desarrollo y la salud global.

Recomendaciones políticas

* El gobierno del Reino Unido debería cumplir con su promesa electoral de incorporar en la legislación el compromiso del 0,7% de la RNB para AOD.
* El gobierno del Reino Unido debería asegurar que su AOD tan solo incluye intervenciones que contribuyan directamente a los objetivos de desarrollo. El gasto en defensa y mantenimiento de la paz debería presentarse por separado.
* El gobierno del Reino Unido debería abogar por la inclusión del compromiso del 0,7% de la RNB para AOD en el marco de desarrollo post-2015.
* El Departamento de Cooperación Internacional debería intentar luchar contra el gran lastre que supone la enfermedad y la mala salud allá donde tengan un mayor impacto y pasar de una agenda que gira en torno al enfoque de “value-for-money” a una que se centre en las personas más pobres y marginadas.

Notas

1 OMS, Comisión de Macroeconomía y Salud, 2006. Decisiones difíciles: Invertir en salud para el desarrollo.

2 OMS Observatorio Mundial de la Salud. Disponible en: www.who.int/gho

3 http://whqlibdoc.who.int/publications/2001/924154550x.pdf

4 http://stats.oecd.org/

5 Véase la sección de Metodología págs 10-12.

6 Los datos preliminares publicados por el CAD de la OCDE para 2012 no ofrecen datos de los costes imputados por estudiantes o los costes por refugiados. Por lo tanto, para calcular las transferencias reales y las no reembolsables para 2012 se usaron los datos de años anteriores en las respectivas monedas de cada miembro del CAD aplicando el cambio correspondiente a 2012. Para países donantes en los que faltaban datos para otros indicadores se ha aplicado un procedimiento similar. Nos referimos, por ejemplo, a la ayuda reembolsable de Francia o los costes administrativos de Suiza. Es importante señalar que las cifras indicadas pueden variar considerablemente cuando estén disponibles los datos finales, como ocurrió respecto a 2011 (con diferencias significativas entre los datos preliminares y los datos finales publicados).

7 Los Estados miembros de la UE han ratificado en 2012 el compromiso que adquirieron en 1970 de aportar un pequeño porcentaje de sus presupuestos totales, el 0,7% de la Renta Nacional Bruta (RNB), para la cooperación al desarrollo.

8 http://stats.oecd.org/Indexaspx?datasetcode=TABLE1

9 Véase, por ejemplo, el artículo de Richard Manning, Financial Times, 9 de abril de 2013 disponible en http://www.ft.com/intl/cms/s/0/b3d73884-a056-11e2-88b6-00144feabdc0.html#axzz2hy8X4qSJ

10 Aunque la recaudación de créditos en el mercado de capitales necesita una investigación más profunda, los resultados preliminares de ApSG y Medical Mission Institute muestran que en el caso de Alemania más del 50% de los créditos provienen de mercados de capitales.

11 Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Noruega, Países Bajos, Portugal, Suecia, Suiza y el Reino Unido.

12 En el caso de Francia el cálculo de la ayuda no reembolsable para 2012 tuvo que realizarse con base en las tendencias observadas en años anteriores (2009-2011), porque la OCDE todavía no había publicado las cifras concretas del flujo de ayuda reembolsable.

13 Schwartlander, B. et al, 2011. Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS. The Lancet, Volumen 377, Edición 9782, págs 2031 – 2041. Disponible en http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(11)60702-2/abstract

14 El objetivo establecido en la Declaración política de la ONU de junio de 2011 es de 15 millones de personas.

15 Ministerio de Sanidad, Kenia, 2009, Household Survey of Health Care Utilisation and Expenditure in 2007.

16 Forsyth, J. 2013. Time for universality to reduce inequity, The Lancet, Volume 382, Issue 9899, pp1161-1162. Available at <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)61722-5/fulltext>

17 OCDE, Dirección de Cooperación al desarrollo, Comité de Ayuda al Desarrollo (2013). Converged Statistical Reporting Directives for the Creditor Reporting System (CRS) and the Annual DAC Questionnaire - Adenda 1 – Anexos - módulos A, B y C, disponibles en <http://www.oecd.org/dac/stats/documentupload/DCD-DAC%282013%2915-ADD1-FINAL-ENG.pdf>

18 Comisión Europea, Dirección General de Desarrollo y Cooperación - EuropeAid (2011). Agenda para el cambio. Disponible en: <http://ec.europa.eu/europeaid/news/agenda_for_change_en.htm>

19 Consejo de la Unión Europea, 2013 Marco Financiero Plurianual (2014-2020) - Lista de programas. Disponible en <http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/13/st08/st08288.en13.pdf>

20 Los datos de este informe hacen referencia a las contribuciones totales y en salud de AOD de las instituciones de la UE. Sin embargo, el término "ayuda al desarrollo de la UE" tan solo hace referencia al Instrumento de Cooperación al Desarrollo (ICD) y al Fondo Europeo de Desarrollo (FED).

21 'Aparente' porque las instituciones de la UE pretendían que los préstamos del Banco Europeo de Inversiones (BEI) se incluyeran en su informe de AOD desde 2008. De hecho tan solo consiguieron incluir estos préstamos como parte de su AOD a partir de 2011.

22 Comisión Europea (2012). Informe anual de 2012 de las políticas de desarrollo y ayuda exterior de la Unión Europea y su implementación en 2011. Disponible en <http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/publications/documents/annual-reports/europeaid_annual_report_2012_full_en.pdf>

23 Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, 2013. Compromisos y aportaciones principales. Disponible en < http://www.theglobalfund.org/en/donors/public/ >

24 Basado en cálculos realizados a partir de los comunicados de prensa de la CE. Nótese que en Malaui, Ruanda y Zambia los programas de la Iniciativa de los ODM incluyen ayudas para el ODM 1. Para más información, véase: EUROPA Press Releases Rapid (2011) Millennium Development Goals: La UE aporta un apoyo adicional para 36 países para abordar los principales retos del desarrollo. Disponible en <http://europa.eu/rapid/press-release_MEMO-11-930_en.htm>

25 ApSG realizará próximamente un análisis aún más amplio sobre la ayuda reembolsable.

26 Véase también el artículo de Richard Manning en http://www.ft.com/cms/s/0/b3d73884-a056-11e2-88b6-00144feabdc0.html

27 Décret n° 2011-1237 du 4 octobre 2011 portant modification du décret n° 2006-1139 du 12 septembre 2006 sur le fonds de solidarité pour le développement.

28 CICID, 2009. Extracto de las conclusiones, disponible en http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/aide-au-developpement-et/dispositifs-et-enjeux-de-l-aide-au/institutions-francaises/le-dispositif-institutionnel/article/cicid-juin-2009

29 Los datos proceden de un comunicado de la unidad de salud de la Agencia para el desarrollo de la salud.

30 Financial Bill, 2013. Fuente: Projet annuel de performances 2013 – Aide publique au développement http://www.performance-publique.budget.gouv.fr/farandole/2013/pap/pdf/PAP2013_BG_Aide_publique_developpement.pdf

31 Resolución de la Asamblea General de la ONU A/67/L.36.

32 http://infogr.am/So-denken-die-Deutschen-ber-die-Steuer-gegen-Armut/

33 Datos de los análisis de ApSG y el MMI de 2010 y 2011.

34 Véase AfGH 2012 Policy Report, Results or Rethoric? What you didn't know about Europe's Aid for Health. Disponible en: www.actionforglobalhealth.eu

35 Ibíd.

36 Después de Grecia, Austria y Portugal.

37 Se trata de diez países situados en el África subsahariana: Burkina Faso, Etiopía, Guinea, Kenia, Mozambique, Níger, Senegal, Somalia, Sudán del Sur, Sudán; dos en el norte de África: Egipto y Túnez; uno en los Balcanes: Albania; tres en Oriente Medio: Irak, Líbano y los Territorios Palestinos; cuatro en América Latina: Bolivia, Cuba, Ecuador y El Salvador; cuatro en Asia y Oceanía: Afganistán, Birmania, Pakistán y Vietnam.

38 Estas cifras se pueden consultar a través de nuestra herramienta interactiva de seguimiento de AOD en http://www.actionforglobalhealth.eu/index.php?id=311

39 Documento di Economia e Finanza (DEF) 2014-2017, disponible en: http://www.mef.gov.it/doc-finanza-pubblica/def/2013/documenti/DEF_1_-_PdS_2013_xon-linex.pdf

40 El 18 de julio, la presidenta de la Cámara de Diputados italiana, Laura Boldrini, dijo que Italia debería reanudar sin demora su apoyo al Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

41 La moción parlamentaria tuvo el apoyo de toda la sociedad civil italiana, así como del Instituto de Salud Pública (Istituto Superiore di Sanità-ISS). Véase http://www.partitodemocratico.it/doc/260968/lotta-aids-mogherini-depositata-oggi-alla-camera-mozione-unitaria-per-rifinanziamento-fondo-globale.htm

42 Países Bajos no incluye los créditos en su AOD, pero una significativa proporción de AOD oficial, el 16% en 2012 está compuesto de elementos no transferibles.

43 http://www.theglobalfund.org/en/partners/governments/

44 http://www.gavialliance.org/funding/donor-profiles/netherlands/

45 Consejo Asesor Holandés sobre Asuntos Exteriores (AIV), 2013. Interaction between actors in international cooperation. Towards flexibility and trust. Febrero de 2013, pág. 15.

46 Informe del Consejo Asesor Holandés sobre Asuntos Exteriores (AIV), 2013. Interaction between actors in international cooperation. Towards flexibility and trust. Febrero de 2013, pág. 51.

47 Parte de este descenso es atribuible al cambio en la manera en que se desembolsa la ayuda multilateral en 2012.

48 El Fondo para la Promoción del Desarrollo (FONPRODE) es el instrumento a través del cual se canalizan los fondos de la cooperación española en forma de créditos para promover al sector privado en países en vías de desarrollo y en forma de transferencias no reembolsables para agencias multilaterales y ayuda bilateral.

49 International Development Priorities, The Conservative Party. Ultimo acceso: 31/07/2013 http://www.conservatives.com/Policy/Where_we_stand/International_Development.aspx

50 Declaraciones del ministro de Hacienda del 20 de marzo: "También cumpliremos el año que viene con el compromiso a largo plazo de nuestro país con los países más pobres del mundo de dedicar el 0,7% de nuestros ingresos nacionales al desarrollo internacional". https://www.gov.uk/government/speeches/budget-2013-chancellors-statement

51 Noticiarios de la BBC, 26 de septiembre de 2012. David Cameron ratifica el compromiso de ayuda del Reino Unido en las Naciones Unidas. Último acceso 3 de junio de 2013: http://www.bbc.co.uk/news/uk-politics-19709321

52 Discurso de otoño del ministro de Hacienda 2012. https://www.gov.uk/government/speeches/autumn-statement-2012-chancellors-statement

53 Fundación Thomas Reuters, 20 de marzo de 2013. El Reino Unido será el primer país del G8 en cumplir con el compromiso del 0,7% de ayuda. Último acceso 3 de junio de 2013: http://www.trust.org/item/?map=uk-to-become-first-g8-nation-to-meet-07-pct-aid-pledge/

54 Las inversiones de capital consisten en una forma de financiación directa de empresas en países en vías de desarrollo que, al contrario de la inversión directa, no implica un interés permanente en la empresa. Véase: http://stats.oecd.org/Index.aspx?datasetcode=CRS1

55 http://www.kpmg.com/UK/en/services/Tax/CorporateTax/Pages/european-financial-transaction-tax.aspx#1

56 The Guardian, 10 de junio de 2013. http://www.guardian.co.uk/business/economics-blog/2013/jun/10/reports-death-financial-transactions-tax-exaggerated

57 Multilateral Aid Review, 2013. Visitado por última vez el 31 de julio de 2013 desde: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/67583/multilateral_aid_review.pdf

58 Spending Round 2013, pág. 45. Último acceso 20 de septiembre de 2013 desde: https://www.gov.uk/government/publications/spending-round-2013-documents

Acrónimos

ACP	Grupo de países de África, Caribe y Pacífico
AIF	Asociación International de Fomento
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
ApSG	Acción por la Salud Global
BEI	Banco Europeo de Inversiones
BM	Banco Mundial
BMGF	Fundación Bill y Melinda Gates
BMZ	Ministerio Federal para el Desarrollo Económico y la Cooperación de Alemania
BPG	Bien Público Global
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CE	Comisión Europea
CRS	Sistema de Notificación de Países Acreedores (Creditor Reporting System)
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
DEF	Documento di Economia e Finanzia (Italy)
DFID	Departamento de Cooperación Internacional
FED	Fondo Europeo de Desarrollo
FONPRODE	Fondo para la Promoción del Desarrollo
GAVI	Alianza Mundial para las Vacunas y la Inmunización
GBS	Apoyo Presupuestario General (General Budget Support)
GFATM	Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria
ICD	Instrumento de Cooperación al Desarrollo
IFFIm	Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización
ITF	Impuesto sobre Transacciones Financieras
KANCO	Kenya HIV/AIDS NGO Consortium
MFP	Marco de Financiación Plurianual
MMI	Medical Mission Institute Würzburg
NNUU	Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONUSIDA	Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el sida
PMA	Programa Mundial de los Alimentos
PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
RNB	Renta Nacional Bruta
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
TB	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UNFPA	Fondo de Naciones Unidas para la Población
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNITAID	Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

ACCIÓN POR LA
SALUD GLOBAL
PLENA FINANCIACION
SISTEMAS SANITARIOS FORTALECIDOS
ACCESO UNIVERSAL

Acción por la Salud Global (ApSG) es una amplia red europea formada por organizaciones no gubernamentales (ONG) que hacen incidencia política en Alemania, Bruselas, España, Francia, Italia, Países Bajos y Reino Unido, por el derecho a la salud universal y el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud.

El objetivo de ApSG es un mayor apoyo de las personas tomadoras de decisiones en Europa para la consecución de la plena financiación, sistemas sanitarios fortalecidos y el acceso equitativo a servicios de salud que respondan a las necesidades de las personas más pobres y vulnerables.

ApSG España:

www.actionforglobalhealth.eu

http://quierounmundosano.org/

Facebook: www.facebook.com/Actionforglobalhealth • www.facebook.com/quierounmundosano
Twitter: @AccionSaludGlobal • @AFGHnetwork