



Universidad Pública de Navarra
Nafarroako Unibertsitate Publikoa

Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales

TRABAJO FIN DE GRADO EN
ECONOMÍA

EL PRECIO DEL SIDA Y COVID-19:
UN ANÁLISIS DEL EFECTO DESPLAZAMIENTO SOBRE LAS INVERSIONES
EN OTRAS ENFERMEDADES

Módulo:
Análisis Económico

Alumna: Irene Rabal Marco

Directora: Ariadna García Prado

Pamplona – Iruña,

14 de mayo de 2021

Abstract

This paper analyzes how funding decisions are made by major donors that support developing countries, specifically for HIV/AIDS and COVID-19. On the one hand, the need to overcome and mitigate an epidemic/pandemic justifies that investments are focused on it. However, this often results in a displacement effect that generates morbidity and mortality from other diseases that are left neglected. On the other hand, both HIV/AIDS and Covid-19 have put the focus of donors on the health sector and have channelled more resources to health than to other areas, highlighting its importance. In this paper we review the literature on the effects of HIV/AIDS and COVID-19 on other diseases and use data from the OECD credit system to analyse donor investments. Displacement effects are found on other diseases as well as investments that are often not adjusted to disease incidence. The reasons why donors do not invest according to incidence are discussed and possible policy options are suggested to mitigate these displacement effects.

Keywords: AIDS/HIV, COVID-19, displacement effect, developing countries, health financing, Official Development Assistance, economic interests.

Resumen

En este trabajo se analiza cómo toman las decisiones de financiación los principales donantes que apoyan a los países en desarrollo, en concreto para los casos del VIH/SIDA y COVID-19. Por un lado, la necesidad de afrontar y frenar una epidemia/pandemia justifica que las inversiones se concentren en ella. Sin embargo, esto suele producir un efecto desplazamiento que genera morbilidad y mortalidad por otras enfermedades que dejan de ser atendidas. Por otro lado, tanto el VIH/SIDA como Covid-19 han puesto el foco de los donantes en el sector salud y ha canalizado más recursos a salud que a otras áreas, poniendo en relieve su importancia. En este proyecto hacemos una revisión de la literatura sobre los efectos del VIH/SIDA y del COVID-19 en otras enfermedades y usamos datos del sistema crediticio de la OECD para analizar las inversiones de los donantes. Se encuentran efectos desplazamiento sobre otras enfermedades así como inversiones que con frecuencia no se ajustan a la incidencia de la enfermedad. Se discuten las razones por las que los donantes no invierten según la incidencia y se sugieren posibles opciones de política para paliar estos efectos desplazamiento.

Palabras clave: SIDA/ VIH, COVID-19, efecto desplazamiento, países en desarrollo, financiación de la salud, Ayuda Oficial al Desarrollo, intereses económicos.

ÍNDICE

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUCCIÓN | 4 |
| 2. EPIDEMIA DEL VIH..... | 5 |
| 2.1. Contextualización e impacto mundial, enfoque teórico..... | 5 |
| 2.2. Cómo se empezaron a destinar los recursos financieros al VIH..... | 7 |
| 2.2.1. Evolución en el tiempo de la repartición de recursos financieros..... | 7 |
| 2.2.2. Principales donantes de recursos financieros destinados a acabar con el VIH | 8 |
| 2.2.3. Decisiones de financiación de los donantes e intereses económicos implícitos | 9 |
| 2.3. Prioridad de los donantes al VIH. ¿La inversión se correspondió con la incidencia acaecida? | 11 |
| 2.4. De qué forma las inversiones destinadas a VIH han desplazado a otras enfermedades | 13 |
| 3. PANDEMIA DEL COVID-19 | 16 |
| 3.1. Contextualización de la pandemia..... | 16 |
| 3.2. Inversiones y financiación del Coronavirus | 16 |
| 3.2.1. Disminución general de la inversión a países en desarrollo y consecuencias. | 17 |
| 3.3. Fragmentación y futuro de los sistemas de salud..... | 18 |
| 3.3.1. Necesidad de focalizar las inversiones | 20 |
| 3.4. Desplazamiento y atrasos a causa del Coronavirus | 21 |
| 3.4.1. Patologías relegadas a un segundo plano..... | 21 |
| 3.4.2. Retrocesos e intereses económicos en la era Covid-19..... | 24 |
| 4. ENFOQUES SOBRE CÓMO SE DEBERÍAN REALIZAR LAS INVERSIONES EN SALUD | 28 |
| 5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES..... | 30 |
| 6. BIBLIOGRAFÍA | 32 |
| 7. ANEXOS | 40 |

1. INTRODUCCIÓN

La pandemia de Covid-19/Coronavirus está afectando a toda la población a nivel global, causando muertes y enfermedad, además de una crisis económica mundial sin precedentes.

En este trabajo se analiza cómo están reaccionando los principales donantes ante el Coronavirus en su apoyo a los países más pobres. En concreto, se analiza cómo toman las decisiones de financiación y si éstas siguen la incidencia o también se ven influidas por otras causas. Aunque ha habido otras epidemias y pandemias previas a la del Covid-19, en este trabajo se analiza también el caso del VIH/SIDA, ya que hay importantes lecciones aprendidas de este caso que se pueden aplicar al de la pandemia COVID-19.

Para ello, realizamos un análisis bibliográfico extenso sobre el papel de los donantes en varias epidemias y pandemias (VIH/SIDA y COVID-19/Coronavirus principalmente) y el efecto de sus inversiones. Además se utiliza el Sistema de información crediticio de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) con el fin de obtener los datos de la ayuda oficial al desarrollo y poder analizar la evolución de los recursos invertidos por los donantes en distintas áreas de salud.

En primer lugar se analiza la epidemia de VIH, sus efectos y cómo los donantes reaccionaron ante la misma. El estudio de datos indica que hubo claro efecto desplazamiento del VIH sobre las inversiones en otras enfermedades y el análisis bibliográfico revela que los donantes parecen priorizar sus inversiones no solo en base a la incidencia de la enfermedad sino que también atienden a diversos motivos políticos, económicos y de reputación entre otros. Se muestran las lecciones aprendidas de la epidemia de VIH y se aplican a la actual pandemia de Covid-19.

El estudio de los efectos de las inversiones sobre COVID-19 se basa tanto en el análisis de los artículos publicados recientemente como en el análisis de datos disponibles hasta la fecha. Dado que en el Sistema Crediticio de la OCDE no están disponibles todavía los datos de inversiones de donantes en COVID-19, se hacen aproximaciones en base a la información disponible de diferentes bases de datos para tratar de responder a las preguntas sobre el posible desplazamiento del COVID-19 respecto a otras enfermedades y los problemas y retrasos existentes. Además, en el apartado del COVID-19 también he considerado importante tratar temas relevantes como la respuesta de los sistemas de salud

ante el Coronavirus, con el fin de plasmar las necesidades de los mismos y la urgencia de focalizar las inversiones.

Nuestro análisis encuentra importantes efectos desplazamiento y aumentos de mortalidad y morbilidad como consecuencia de las inversiones tanto en VIH/SIDA como en COVID-19. Además se identifican otros problemas relacionados con la gestión de los sistemas sanitarios y la gestión de la pandemia por parte de los Gobiernos.

Lo estudiado se sitúa dentro del enfoque de los países en desarrollo, aunque cabe añadir que en ocasiones en las que no se dispone de datos para esos países, aludo a aquellos desarrollados a modo de comparativa. Lo hago en casos en los que, con la intención de justificar, en base a la bibliografía estudiada, que si ciertos efectos acaecidos como consecuencia de la pandemia en las distintas cuestiones tratadas son devastadores en países desarrollados; lo serán aún más en dichos países de menores ingresos.

A continuación se presenta en el apartado 2 la Epidemia del VIH y sus efectos, en el 3 la Pandemia del COVID-19 y las consecuencias percibidas hasta el momento, en el 4 se plasma como deberían realizarse las inversiones en salud. Finalmente, en la sección 5 se presenta la discusión y principales conclusiones extraídas.

2. EPIDEMIA DEL VIH

2.1. Contextualización e impacto mundial, enfoque teórico

Desde finales del decenio de 1990 el mundo ha realizado progresos significativos, pero el VIH continúa siendo un importante problema mundial de salud pública (OMS, 2020a). Su impacto ha sido devastador, tanto social, económica como demográficamente, llegando a considerarse una epidemia global mucho más drástica de lo que se había predicho.

Así se encargan tanto ONUSIDA como la OMS de corroborar la anterior idea estimando que, a finales del año 2000, el número de personas que vivían con SIDA se situaba en 36,1 millones; cifra que supera en un 50% a la estudiada en 1991 por el Programa Mundial sobre el SIDA de la OMS a partir de los datos que entonces disponían. Según ONUSIDA, al cierre de 2019 ,38 millones de personas vivían con VIH (OMS, 2019).

Los problemas que plantea dicha enfermedad no son homogéneos y varían de forma notable de un lugar a otro, dependiendo de la magnitud y rapidez de la propagación del virus y de que exista un gran número de personas que comience a enfermar o fallecer (ONUSIDA, 2000).

Por tanto, en todas las regiones del mundo no se viven las mismas realidades ni se avanza a la par. Se han observado progresos en África Oriental y Meridional, donde las nuevas infecciones por SIDA se han visto reducidas en un 38% desde 2010. Dato que contrasta con Europa Oriental y Asia Central, donde han aumentado en un 72% las nuevas infecciones por VIH desde el mismo año. En Medio Oriente y África del Norte también han aumentado un 22%, y un 21% en América Latina (AEP, 2020).

Según datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en noviembre de 2020, el VIH se ha cobrado en torno a 33 millones de vidas desde sus inicios; sin embargo, teniendo en cuenta el acceso a la prevención, atención, diagnóstico y tratamiento, dicho virus se ha convertido en un problema de salud crónico llevadero, permitiendo a la mayoría de las personas infectadas por el mismo conseguir llevar una vida larga y relativamente saludable (OMS, 2020b). Así pues, el número de muertes relacionadas con el VIH es el más bajo de este siglo, con menos de 1 millón de personas que fallecen al año por enfermedades relacionadas con el SIDA, gracias al acceso sostenido a la terapia antirretroviral (ONUSIDA, 2018). Con todo, en los países en desarrollo, el acceso a dicho tratamiento es una tarea ardua y muy costosa con lo que el objetivo principal pasa por promover la erradicación del sida (ONUSIDA, 2021).

A pesar de que la lucha contra el SIDA es algo actualmente activo y por lo que no se ha dejado de batallar, su erradicación completa es un hito lejano, aún después de 40 años desde su aparición.

Organizaciones como ONUSIDA; Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH, publica estrategias de acción acelerada planteando pautas que nos acerque al objetivo de acabar con el VIH. La Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA es una alerta urgente a la anticipación de las inversiones (ONUSIDA, 2016a).

2.2. Cómo se empezaron a destinar los recursos financieros al VIH

2.2.1. Evolución en el tiempo de la repartición de recursos financieros

Diecisiete años después de que se identificara el VIH, éste finalmente consiguió captar la atención de la comunidad de ayuda internacional¹. Las razones del fuerte aumento de la consideración al sida son claras: en todo el mundo, alrededor de 35 millones de personas son seropositivas y, de ellas, el 95% vive en países menos desarrollados, la mayoría en África Subsahariana (Attaran & Sachs, 2001).

La cantidad de recursos destinados a tratar de paliar el VIH, bien sea en prevención o tratamiento, ha sido una partida variante a lo largo del tiempo. Este argumento bien lo explica José Antonio Izazola (2006), jefe del Grupo de Rastreo de Recursos y Proyecciones de ONUSIDA. Apoya que desde 1996, año en el que comienza el programa conjunto de Naciones Unidas contra el SIDA; y hasta 2005, los recursos financieros mundiales de los que se disponía para la financiación de la respuesta ampliada al SIDA en países de ingreso medio y bajo se incrementó cerca a 28 veces. De 300 millones de dólares estadounidenses en 1996 a 8.300 millones de dólares en 2005. En estas cantidades se incluyen las cifras de donantes internacionales, el gasto nacional (público y gasto de bolsillo) y de fundaciones internacionales, las contribuciones del Fondo Global desde 2003 y del estadounidense Plan de Emergencia del Presidente para la Ayuda contra el SIDA a partir de 2004. Los aumentos más significativos se ocasionaron a partir de 2001, año en el que se produjo la celebración de la asamblea especial de la ONU sobre el sida; en ella, 189 países firmaron la Declaración de Compromiso para responder al mismo. Se hizo una llamada para incrementar los recursos financieros, y la meta en cuanto a su movilización estuvo entre 7.000 y 10.000 millones de dólares estadounidenses en 2005, tratándose de fondos para responder a la epidemia en los países de ingreso bajo y medio.

Los fondos disponibles a finales de 2006 podrían llegar a los 8.900 millones y a 10.000 millones al finalizar 2007, proviniendo la tercera parte de estas cantidades de países de ingreso bajo y medio; el resto procedente de países donantes e instituciones filantrópicas.

¹ Realmente fue en 1983 cuando esas sospechas de nuevas infecciones que azotaron a la población se confirmaron y el sida fue identificado. A pesar de que fue a finales de la década de los 90 cuando se dieron ciertos logros médicos significativos y se le otorgó mayor consideración al sida por parte de la comunidad médica, la atención de los donantes internacionales aumentó en 2001; aproximadamente 17 años más tarde de su aparición (OMS,2003).

Los Estados Miembros de las Naciones Unidas, en la Declaración Política de 2006, reconocen de acuerdo con las estimaciones, que, para 2010 se necesitarían entre 20 y 23.000 millones de dólares anuales para poder favorecer la rápida y progresiva ampliación de las respuestas al SIDA en países de ingreso medio bajo (ONU, 2006).

Cinco años más tarde, los recursos financieros totales para afrontar la enfermedad en países de ingresos bajos y medios alcanzó los 19.000 millones de dólares estadounidenses, doblando los recursos disponibles en 2006 (ONUSIDA, 2016b).

Al revisar los datos anteriormente estudiados, se percibe que los gastos corrientes públicos y privados podrían ser mayores de lo que se había estimado inicialmente.

2.2.2. Principales donantes de recursos financieros destinados a acabar con el VIH

Una vez explicada la evolución de las ayudas, conviene aclarar cómo se conforman y quién interviene más detenidamente en esa ardua tarea de cooperar con los países en desarrollo, y de esta manera, poder contextualizar mejor sobre quién hablamos y por qué lo hacemos.

Apoyándome en la base de datos del Sistema de Información Crediticia (CRS) del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), he elaborado una tabla (Tabla 1- Anexo) en la que se plasman, a modo aclaratorio, el conjunto de los principales donantes. En ella se puede discernir tanto donantes bilaterales como multilaterales internacionales encargados de otorgar ayudas al VIH; en un marco de países en desarrollo. Asimismo se cuenta también con la acción de la Fundación Bill y Melinda Gates.

Dicho Sistema de Información trata de proporcionar datos con el fin de analizar el destino de la ayuda, propósitos a los que sirve y políticas que pretende aplicar, poniendo como base todos los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo.

Mi foco de atención serán los datos financieros; es decir, Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), ya que es el objetivo final de estudio.

A propósito, no toda ayuda es considerada útil en este análisis, tenemos en cuenta aquella AOD definida como ayuda gubernamental que promueve y se dirige específicamente al desarrollo económico y al bienestar de los países en desarrollo (OECD, 2020a).

A priori podría parecer una gran limitación que en el propio Sistema de Información Crediticia no haya una partida únicamente para el VIH/SIDA, ya que esta categoría además incluye la financiación del control de otras enfermedades de transmisión sexual; con lo que la información no parecería tan representativa.

Por el contrario, hay estudios que no reflejan esa idea; véase Attaran y Sachs (2001), quienes concluyen que prácticamente toda la información ETS/VIH es para el VIH/SIDA, y que, incluso la financiación con objeto al control de otras enfermedades de transmisión sexual acabe beneficiando la prevención y control de VIH/SIDA. Por ende, aunque no se pueda garantizar que los datos del Sistema de Información Crediticia estén completos, hay certeza de que los propios donantes informan a dicha plataforma la gran mayoría de sus compromisos con el SIDA (Attaran y Sachs, 2001); convirtiéndolos entonces en datos fiables que utilizaré como base para soportar diversas reflexiones durante el presente estudio.

2.2.3. Decisiones de financiación de los donantes e intereses económicos implícitos

La forma en que los donantes establecen sus prioridades de financiación o sus compromisos en materia de salud para controlar ciertas enfermedades, es una cuestión a tratar para poder entender porqué ciertas patologías reciben más atención que otras.

Así pues, Shiffman (2006), considera que en las investigaciones realizadas habitualmente se tiene en cuenta la financiación de los donantes para la salud del mundo en desarrollo por país receptor y donante, pero no tanto teniendo en cuenta el principio de la enfermedad, un principio que considera de absoluta necesidad. Las enfermedades pueden estar luchando entre ellas por alcanzar la prioridad, y los donantes pueden tener intenciones que no van en la línea de los objetivos de los países en desarrollo.

La cuestión a tratar es de gran importancia y los motivos por los cuales en cantidad de ocasiones no se corresponde la incidencia de una enfermedad, bien sea por exceso o por defecto, con su inversión, son de diferente índole.

Una de las razones que explican el déficit en cuanto a los compromisos de los donantes en materia de salud podría ser que las iniciativas sanitarias, incluidos los esfuerzos para controlar determinadas enfermedades transmisibles, se encuentren en competencia por los limitados recursos (Waddington, 2004).

Otra razón que llegaría a explicar la variación de los compromisos de los donantes en materia de salud ha sido corroborada por cantidad de estudios sobre la prestación de ayuda en general y en sectores políticos concretos como el medio ambiente (Maizels & Nissanke 1984).

La clave para analizar correctamente las pautas de financiación de la sanidad en el mundo en desarrollo según Shiffman (2006) está en calcular y examinar la financiación e iniciativas recientes de los donantes por enfermedades. Así pues, es en este punto donde procede pararse a pensar si realmente las inversiones en salud destinadas a los países en desarrollo tienen como fin primordial el bienestar de los mismos.

Los analistas de la ayuda exterior han desarrollado un conjunto de marcos que explican el comportamiento de los donantes; los podemos enumerar, tratando de dejar claro los principios por los que se rigen dichas actuaciones (Shiffman, 2006):

- 1- El marco de las necesidades de los receptores. Presupone que los donantes tienen en cuenta, y responden a los problemas de forma considerada, percatándose de las preocupaciones humanitarias y los problemas que golpean a la población de los países en desarrollo.
Este marco, en lo que respecta al control de enfermedades, propone que ciertos factores como la carga de una enfermedad y la velocidad de propagación de la misma, deberían influir en los niveles de financiación, ya que los donantes se enfocan en aquellas enfermedades que suponen la mayor amenaza para la salud de las personas en el mundo en desarrollo y tratan de buscar soluciones para ello.
- 2- El marco de los intereses de los proveedores. Supone que los intereses de los países industrializados también cuentan, llegando a ser algo primordial. Los donantes pueden concentrar sus esfuerzos en una enfermedad porque es percibida por las élites políticas como una amenaza a nivel nacional y global.
- 3- Marco político global. Trata de una difusión transnacional de ideas conforme a la forma en que los actores estatales, y no estatales, aprenden del resto y se influyen mutuamente. Si ciertos donantes de importante relevancia, véase la Fundación Gates o el Banco Mundial, concuerdan que una enfermedad es objeto de control e

importancia global, otros tantos donantes pueden seguir esta senda. Los cambios de prioridad en periodos de tiempo concentrados pueden indicar la influencia de la difusión de políticas globales.

Así pues, recogiendo las razones dadas anteriormente; bien sea por intereses económicos entre los diferentes países, por la influencia entre los diferentes donantes, o porque una enfermedad concreta ofrece potenciales beneficios para las empresas farmacéuticas en la venta de fármacos y vacunas (Webber & Kremer, 2001), vemos que la atención financiera a una patología dada no es algo transparente y dirigido únicamente a que los países en desarrollo alcancen una situación de mayor bienestar. Hay otros muchos factores que cabe tener en cuenta y pueden ayudar, o no, a la lucha contra una enfermedad concreta.

2.3. Prioridad de los donantes al VIH. ¿La inversión se correspondió con la incidencia acaecida?

La prioridad otorgada por parte de los donantes al VIH es causa de controversia, hay quienes opinan que ha sido excesiva y no ha cuadrado de forma real con la incidencia acaecida, y por otro lado está quien defiende que la atención excepcional está justificada por motivos de derechos humanos y porque el VIH es una epidemia (Whiteside & Smith, 2009).

Uno de los indicadores que refleja la prioridad que los donantes conceden al VIH es la cuantía de la financiación en relación con los presupuestos de salud de los países que reciben la ayuda (Shiffman, 2007). Desde que se inició el programa de Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR), sus asignaciones a algunos países receptores se acercaron a la totalidad de los presupuestos nacionales en salud (Grépkín, 2012). En algunos estados de África Subsahariana que presentan niveles de prevalencia del SIDA moderados o bajos, la financiación ofrecida por los donantes al VIH fue comparable, y en ocasiones llegó a superar las cantidades otorgadas por el gobierno nacional para todo el sector de la salud (Bernstein y Sessions, 2007). Se puede ver en el anexo la tabla 2, que ilustra el caso de varios Estados de África Subsahariana (Shiffman, 2007).

Claro es el ejemplo de Etiopía, país que con una tasa de prevalencia del VIH en 2005 del 1,4% y un presupuesto de salud de 113 millones de dólares, presentó un compromiso por parte de los donantes de 130 millones de dólares estadounidenses, una cantidad desproporcionada.

La explicación de esta prioridad excepcionalmente alta que los donantes internacionales otorgan al VIH, en comparación con la carga del mismo, podría deberse tanto a su rápida propagación como a la dinámica dentro de los países industrializados, incluida la percepción por parte de las élites políticas de que la enfermedad supone una amenaza para la seguridad nacional, y la movilización de los grupos de interés en países ricos (Shiffman, 2006). Más justificaciones de esta gran ayuda otorgada al VIH y su repunte en atención a partir del año 2001 se explican por la visibilidad otorgada a la enfermedad por medio de celebridades y gente conocida a nivel mundial, véase la Asociación de Freddy Mercury, cuya labor principal fue, y continúa siendo, la de recaudar dinero con el objetivo de financiar iniciativas contra el VIH en países en desarrollo. Si el VIH sigue atrayendo la atención de los medios de comunicación y del debate político, es probable que los dólares adicionales aportados al presupuesto de ayuda sanitaria sean absorbidos de forma desproporcionada por la campaña contra el VIH (Lordan et al, 2011).

Para acercarnos algo más a nuestros días y cerciorarnos de que la tendencia de la inversión en VIH ha cambiado y se ha ido ajustando a los datos de la incidencia, recojo en la tabla 3 del anexo los mismos países que anteriormente pero en un rango de años más cercano a la actualidad; con variables tales como ratio de prevalencia de la enfermedad y compromiso de financiación de los donantes.

Aunque no es directamente comparable con la tabla 2 del anexo², se observa que esta tendencia se está dando y los compromisos van ajustándose a la incidencia.

Factores como la carga de la enfermedad deberían influir en los niveles de financiación, ya que los donantes tratan de abordar las mayores amenazas para la salud. Así pues, si una enfermedad es más amenazante que el VIH, debería recibir más fondos, y viceversa si lo es menos (Lordan et al, 2011).

La naturaleza excepcional de la epidemia mundial del VIH justifica ciertamente una respuesta excepcional, ahora, la continua batalla contra esta enfermedad no debe suponer ganancias a costa de los sistemas de salud existentes y sus logros en otras esferas (Grépin, 2012).

² Apunto que la tabla 3 no es directamente comparable con la tabla 2 por la notable diferencia entre las bases de datos de las cuales se obtienen los datos en una y en otra.

2.4. De qué forma las inversiones destinadas a VIH han desplazado a otras enfermedades

Cuanta más atención otorgan los donantes a la prevención, control y tratamiento del VIH, los defensores de otros temas de salud que afectan a los países en desarrollo muestran su preocupación de que ésta priorización afecte negativamente a la financiación y consideración de otras cuestiones sanitarias (Shiffman, 2007).

De esta idea se han hecho eco diversos autores, poniendo el foco en cómo afecta la inversión en VIH en la atención a otras enfermedades; haciéndolo de forma más anecdótica o basándose en estadísticas descriptivas (Crosette, 2005); otros estudios además cuantifican la magnitud del efecto de desplazamiento. Este último es el caso de Lordan et al. (2011), donde se estudia si el VIH ha desplazado la financiación dedicada a Tuberculosis, Malaria, sector sanitario y otro tipo de problemas de salud³. Para lograr que sea más significativo el estudio se restringe el análisis a un conjunto de 29 países de diferentes continentes en los que las anteriores patologías mencionadas son prioridades conocidas, entre 1991 y 2007.

La forma que utiliza para medir el desplazamiento es mediante el efecto del desplazamiento del dólar del VIH en varios problemas de salud y construyendo una regresión lineal, con sus respectivas variables en términos logarítmicos, que utiliza el estimador interno para acomodar los efectos específicos del país e imputar variables ficticias para los efectos específicos del tiempo.

Los resultados que se presentan tras este estudio concluyen que en el caso de la financiación del sector sanitario, se observa un efecto negativo de desplazamiento dentro del país entre las preocupaciones sanitarias. Un aumento del 1% en la financiación del VIH en cierto país concreto provoca una disminución del 0,09% en la financiación del sector sanitario del mismo país. Los datos del estudio han indicado que, generalmente, los donantes no tienden a comprometerse a largo plazo con la financiación del sector sanitario en determinados países receptores, y que los aumentos o disminuciones de financiación se dan sobre todo en un horizonte de uno a dos años. De igual manera, esto no implica que los donantes no se comprometan a financiar el sector sanitario o a dar ayuda a largo plazo,

³ En “otro tipo de problemas de salud” se engloba el residuo de los desembolsos totales menos las cuatro preocupaciones sanitarias mencionadas anteriormente.

ya que esos compromisos en caso de existir, son recogidos por los efectos fijos del país receptor plasmados como variable en la regresión de partida.

En el caso de financiación de la Malaria, el estudio muestra que un aumento del 1% en los fondos dedicados al VIH en un país concreto el año anterior, conduce a disminución del 11% en los fondos dedicados a la Malaria en el país este año. La inercia de la financiación de la Malaria es más fuerte que la de la financiación del sector sanitario, mostrando que los donantes se comprometen como mucho a medio plazo con la financiación de la Malaria. En el caso de la Tuberculosis no se han observado efectos de desplazamiento estadísticamente distinguibles, como tampoco ha sucedido con otros problemas de salud⁴.

La conclusión obtenida tras este estudio demuestra que dentro de un país dado se cumple ese efecto desplazamiento en la inversión en otras preocupaciones sanitarias causado por un aumento de financiación del VIH; efecto desplazamiento que se evidencia sobre enfermedades como la Malaria y sobre la financiación del sector de la salud. Se muestra que los países que más ayuda contra la Malaria precisan, son los que mayor efecto desplazamiento padecen por las inversiones en VIH.

Sin embargo, este efecto desplazamiento no se ve reflejado en la financiación de la Tuberculosis (TB) u otros. Asimismo, los países donantes consideran adecuadamente la financiación de VIH y TB como complementos y no como sustitutos. Estos efectos de desplazamiento desaparecen cuando se consideran únicamente los países con bajos niveles de SIDA.

Por completar el análisis anterior y aunar el VIH con la salud materna, centramos el foco en África Subsahariana, evaluando el impacto de los desembolsos de ayuda para el VIH en la prestación de servicios de salud materna e inmunizaciones (Grépin, 2012).

Los resultados muestran que donde se dio la mayor variación fue dentro de la propia región por las diferentes cantidades de ayuda al VIH recibidas.

El desplazamiento entre la ayuda para el VIH y la inmunización reflejó que al aumentar en 1 dólar la ayuda prestada al VIH se asoció con una disminución de 0,1 – 0,2% en las tasas generales de inmunización. Fue más fuerte en los países subsaharianos con densidad más baja de recursos humanos para la salud; con lo que salen a relucir los problemas de oferta presentados en los países en desarrollo que constituyen una limitación en la expansión de

⁴ Si se desglosa esa categoría, podrían surgir algunos efectos de desplazamiento en alguna de sus partidas, pero no se trata de algo significativo.

programas de VIH.

El estudio encontró poca asociación general entre la ayuda para el VIH y la provisión de servicios de salud materna. Sin embargo, en algunos países hubo evidencia limitada de un efecto positivo entre la ayuda para el VIH y los servicios específicos de salud materna, en particular las pruebas de sangre prenatales. Al aumentar en un dólar la ayuda destinada al VIH, la prestación de servicios de salud materna aumentó entre un 3 y un 5%.

Generalmente la evidencia indica que es probable que se produzcan desplazamientos, pero el aumento de las cantidades agregadas de la ayuda sanitaria mundial puede haber mitigado algunos de estos efectos negativos (Shiffman, 2007).

Cabe añadir que tras continuos años de lucha e investigación se pueden vislumbrar también efectos directos e indirectos positivos de las inversiones en VIH.

Algunos de estos efectos son la repercusión positiva de la ayuda para el VIH sobre ciertos servicios de salud materna como los análisis de sangre prenatales (Grepin, 2012a). Un aumento de la financiación y atención mundial a problemas de salud acuciantes como el VIH también puede atraer fondos a otras prioridades sanitarias que arremeten contra los países en desarrollo (Shiffman, 2007).

Estudios como el realizado por Rasschaert et al. (2011) basados en Malawi y Etiopía evidencian que las intervenciones dirigidas a expandir servicios de Terapia Antirretroviral (TAR) y la retención a largo plazo de los pacientes en la atención de TAR pueden suponer beneficios indirectos positivos en el sistema de salud general. Otros efectos directos positivos son los efectos en los sistemas de salud al reforzar funciones de apoyo a la salud como recursos humanos, infraestructura, laboratorios y suministro de medicamentos (WHO, 2009).

De esta manera, aunque la afluencia rápida y sustancial de ayuda para el VIH ha tenido consecuencias no deseadas para los sistemas de salud de los países receptores, la mayor atención prestada al tratamiento y la prevención del VIH por los donantes internacionales ha sido, sin duda, un desarrollo beneficioso (Grépin, 2012).

3. PANDEMIA DEL COVID-19

3.1. Contextualización de la pandemia

Desde diciembre de 2019 hasta el momento en que se presenta este trabajo, el Covid-19 ha acabado con la vida de cerca de tres millones de personas (OMS, 2021). El 11 de marzo de 2020 la OMS dio la voz de alarma y acabó declarando que la situación de emergencia acaecida constituía una pandemia (OMS, 2020c). Desde entonces, las catástrofes se han ido apilando llegando a afectar a todos los aspectos de la sociedad en todos los países del mundo. Al ser una pandemia vigente y un caso devastador que sigue azotando nuestros días, los datos proporcionados y la información presentada es la disponible hasta el momento; si el mismo estudio se realizase dentro de un tiempo, quizás resultaría más completo.

3.2. Inversiones y financiación del Coronavirus

Para percatarnos de la realidad de las inversiones destinadas por los países donantes a paliar el coronavirus, no podemos realizar el estudio de igual forma que se hizo con el VIH ya que el Sistema de Información Crediticio de la OCDE utilizado aún no presenta datos para esta partida. Quizás más adelante esta herramienta pueda ser útil, pero por el momento la información disponible no alcanza para el objetivo de estudio.

Una alternativa al CRS es el rastreador de compromisos de financiación ACT- Accelerator, un mecanismo focalizado en el coronavirus y puesto en acción en abril de 2020 por la Comisión Europea, la OMS, Francia y la Fundación Bill y Melinda Gates.

Examina la financiación asignada según fuente, propósito y entidad receptora a lo largo del tiempo. Tiene como objetivo acelerar el desarrollo, acceso equitativo a pruebas, producción, tratamientos y vacunas contra el Covid-19. No es un órgano decisorio sino que trabaja para que la colaboración entre distintas organizaciones existentes avance con celeridad para poner fin a la pandemia (WHO, 2021a).

El ACT- Accelerator está organizado en cuatro pilares de trabajo; diagnóstico, tratamiento, vacunas y fortalecimiento de los sistemas de salud. Es actualizado cada 2 semanas y las cantidades están recogidas en dólares estadounidenses (WHO, 2021a) ; éste debería recaudar al menos 28 mil millones de dólares durante el año 2021 para asegurar que los

países de ingresos medios y bajos tengan suficientes recursos para combatir la pandemia (Usher,2021).

El último resumen de financiación que la OMS presentó, a fecha 9 de abril de 2021, refleja la movilización de los donantes soberanos y del sector privado, contribuyentes multilaterales y filantrópicos con compromisos valorados en 11100 millones de dólares (WHO, 2021a).

3.2.1. Disminución general de la inversión a países en desarrollo y consecuencias.

A la carga del propio virus se le suma la marginación de los territorios menos desarrollados en los flujos globales; los países de ingresos medios y bajos ya no reciben la misma financiación que antes por parte de aquellos más desarrollados. El informe sobre inversiones en el mundo 2020 de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) refleja que los flujos de Inversión Extranjera Directa (IED) estarán sometidos a presiones dadas como resultado del Coronavirus. Se espera que estos recursos disminuyan de los niveles de 1,5 billones de dólares en 2019, aminorando muy por debajo del mínimo alcanzado durante la crisis financiera mundial y deshaciendo los ligeros avances en inversión internacional de la última década (UNCTAD, 2020). La situación anterior a la actual crisis ya era sombría para la entrada neta de financiación externa recibida por países de ingresos medios y bajos; la IED, inversión en cartera y otras inversiones ⁵ habían sido inferiores a las de 2013 (OECD, 2020c). La actual crisis económica y de salud pública agotará aún más los recursos públicos internos de estos países menos desarrollados.

Teniendo la AOD un papel fundamental en la promoción de los sistemas de salud y protección social en las economías en desarrollo y, desempeñando a corto plazo un importante papel anticíclico (Horn, Reinhart y Trebesch, 2020); las cifras reflejan que los donantes multilaterales y bilaterales ya han dado sus primeros pasos en apoyo de las economías en desarrollo (OECD, 2020c).

Véase el Fondo Monetario Internacional, quien anuncia más de 100.000 millones de dólares basados en préstamos de emergencia y un billón de dólares que podría movilizar para sus

⁵ Con “otras inversiones” se hace referencia principalmente a préstamos bancarios.

miembros. Asimismo, el Grupo del Banco Mundial aportará unos 150.000 millones de dólares en los próximos quince meses ⁶ (OECD, 2020c).

El Fondo Monetario Internacional prevé que la economía mundial perderá 12 billones de dólares, quizás más, hasta finales de 2021; esa cantidad aún teniendo en cuenta los 18 billones de dólares gastados para estimular las economías de todo el mundo ⁷. La última vez que tantos países estuvieron en recesión al mismo tiempo fue en 1870 (Goalkeepers, 2020).

Así pues, queda patente que en la situación anterior a la actual crisis, el clima era complicado en lo que a ayuda a los países en desarrollo concierne, y los niveles y tendencias de los ingresos internos y flujos externos ya eran considerados insuficientes. El impacto económico de la crisis aunado a los escasos recursos disponibles revierte en las enormes dificultades de los países en desarrollo para la financiación de una sanidad pública adecuada (OECD, 2020b).

3.3. Fragmentación y futuro de los sistemas de salud

Algo que sí se evidencia a pesar de la no tan larga vida de este virus hecho pandemia son los efectos que acarrea sobre los sistemas de salud de los diferentes países, llegando a convertirlos en entes débiles y fragmentados.

La respuesta global a la pandemia no ha sido homogénea, no obstante, el factor común que sí comparte todo territorio es la situación límite en la que se encuentran sus sistemas sanitarios, dejando al descubierto enormes deficiencias en la infraestructura de la salud pública aún en países que en su día se consideraban los más preparados para hacer frente a una crisis (Dalglish, 2020). Véase EEUU, que aún recibiendo las mayores calificaciones en cuanto a la preparación para la pandemia por el índice de Seguridad Sanitaria Global⁸ y disponiendo de grandes financiaciones y recursos, ha notificado hasta la fecha el mayor número de casos por muertes Covid-19 en el mundo. Hecho explicado por depender el país de un sistema de atención sanitaria excesivamente fragmentado (Tromberg et al, 2020).

⁶ Teniendo en cuenta que el Informe se publicó el 24 de junio de 2020.

⁷ Los 18 billones de dólares para la estimulación de las economías son en septiembre de 2020, a fecha de publicación del Informe Goalkeepers de la Fundación Bill & Melinda Gates.

⁸ El índice de Seguridad Sanitaria Global compara a los países según su capacidad para responder a una pandemia o epidemia.

Si estos efectos ya suceden en los países desarrollados; qué decir de aquellos que sufren enormes dificultades y estructuralmente son más débiles.

La pandemia ha demostrado que los países menos desarrollados que tratan de construir sistemas unificados y financiados por el sector público, se someten al poder de la financiación impulsada por los donantes, algo que realmente podría estar contribuyendo a la fragmentación de dichos sistemas según los intereses propios que tenga el país financiador (Lal et al, 2021). Así pues, más que ayudar, el desastre se sigue afianzando paulatinamente.

Autores como Erondu y Martin (2018), apoyan que los países de renta baja dependientes en gran medida de la ayuda internacional, deberían aumentar la financiación nacional hasta al menos el 5% del producto interior bruto y disponer de la flexibilidad necesaria para integrar los programas verticales en un sistema sanitario unificado.

En todo el mundo y de forma generalizada, los sistemas de salud no han sido diseñados para lidiar contra las crisis; retos sanitarios imprevisibles a gran escala que requieren la urgente movilización de recursos y afectan a toda la población. Actualmente, el reto, tal y como refleja un artículo publicado por Deloitte (2020), está en reconfigurar los sistemas sanitarios, ya limitados en recursos, para mejorar esa capacidad de gestionar las crisis sanitarias imprevisibles como la del COVID-19.

El informe Deloitte recoge una serie de preguntas cuya contestación por parte de los líderes políticos mundiales, considera, ayudarán a evitar la mayor fragmentación, sobre todo futura, de los sistemas sanitarios.

Se cuestiona el enfoque de la gestión de la sanidad, vista como coste o como inversión, y se plantea si se seguirá manteniendo, o no, la media mundial del 10% del PIB (Worldbank, 2018) que se gasta en sanidad; o si por el contrario se percibirá un aumento significativo tras la situación actual. Otro escenario de preguntas hace referencia al posible cambio hacia la prevención y las enfermedades transmisibles y a sobre cómo evolucionará la mezcla entre la cobertura sanitaria universal impulsada por la OMS, y la gestión sanitaria individual potencialmente privada. También se plantea si habrá cambios en el conjunto de competencias del personal sanitario y si los sistemas llegarán a ser más flexibles o no (Deloitte, 2020). Cada una de estas cuestiones, son un punto a reflexionar y sus respuestas deben fundamentar las decisiones a corto y largo plazo para evitar mayores desastres.

3.3.1. Necesidad de focalizar las inversiones

Prestando atención a los datos del Acelerador de herramientas ACT- Accelerator anteriormente mencionado, se refuerza la idea de la fragmentación de los sistemas sanitarios debido a la poca atención prestada por el sistema a dicha partida y la excesiva concentración de fondos sesgados hacia las vacunas. A pesar de que la OMS apuesta por sistemas sanitarios fuertes, la escasez de recursos y las realidades políticas obligan a los responsables políticos a tomar decisiones complicadas, que acaban dando prioridad a unas agendas sobre otras (Lal et al, 2021).

Ann Usher (2021), publicó un informe donde muestra que de un total de 5,8 mil millones de dólares aportados por los donantes al ACT- A; 3,9 mil millones se dirigen al apoyo en compra y distribución de vacunas en países de ingresos medios y bajos. Únicamente el 6% de los fondos se reserva para atender a los sistemas de salud. Los países que más ayudas precisan son los que menos apoyo por parte de los donantes han recibido para responder a la pandemia; sin embargo, países como Alemania⁹, Francia y Kuwait son los únicos que han dedicado fondos al Acelerador para reforzar los sistemas de salud.

Las etapas de inversión del ACT-A se dividen en tres; en primer lugar en junio de 2020, sin prestar atención a la financiación de los sistemas de salud, se otorgaron los fondos a vacunas, pilar terapéutico y pilar de diagnóstico. En septiembre de 2020 la atención a los sistemas sanitarios se materializó en 9 mil millones de dólares; sin embargo, en diciembre de 2020 solo 361 millones fueron a sistemas de salud (Usher, 2021).

El acuerdo efectuado a finales de octubre por la OMS, el Fondo Mundial y el Banco Mundial sobre esa extensión del ACT-A para incluir la partida de financiación del refuerzo de sistemas de salud en países menos desarrollados para ayudarles a lidiar contra la pandemia llegó a los 9,7 mil millones de dólares (Usher, 2021).

Este virus atestigua lo fragmentados e infrafinanciados que se encuentran los sistemas sanitarios de todo el mundo; ha llegado el momento de replantear la gobernanza de la salud mundial. Gostin y Friedman (2015), afirman que “unos sistemas sanitarios nacionales robustos, una OMS del siglo XXI, un Reglamento Sanitario Internacional sólido con cumplimiento estatal y unos recursos humanos y financieros sostenibles, transformarán el

⁹ Alemania es el único de los siete principales donantes del ACT-A que se ha preocupado por otorgar financiación a los sistemas sanitarios.

sistema sanitario mundial”. Otros como Kruk (2017), añaden además la necesidad de una colaboración intencionada entre programas de salud y desarrollo tradicionalmente distintos, como la cobertura sanitaria universal, la Agenda Mundial de Seguridad Sanitaria y los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas.

Kruk (2015), define la resistencia de un sistema de salud como “la capacidad de los agentes, instituciones y poblaciones sanitarias para prepararse y responder eficazmente a las crisis; mantener las funciones básicas cuando surge una crisis y basándose en las lecciones aprendidas durante la crisis llegar a reorganizarse si las condiciones lo exigen”.

Los defensores de la salud y los donantes deberían apoyar los sistemas de salud verdaderamente universales, propiedad de los países y financiados públicamente, que promuevan la equidad sanitaria para no dejar a nadie atrás (Reynolds, 2019).

Así pues, vemos que aunque la atención prestada a los sistemas sanitarios haya podido aumentar desde los inicios de la pandemia, la tendencia no es creciente. Se precisa mayor consideración y cerciorarse de que un sistema sanitario robusto es vital para poder actuar contra posibles futuras pandemias. Inequívocamente, no consiste en centrarse solo en financiar los sistemas de salud, sino en realizar inversiones de forma equitativa siendo conscientes de qué supone abusar de financiar una partida e infrafinanciar otras.

3.4. Desplazamiento y atrasos a causa del Coronavirus

3.4.1. Patologías relegadas a un segundo plano

Dentro de los sistemas sanitarios se dan disparidades en cuanto a la insuficiencia de recursos, esto sumado a las presiones nacionales e internacionales hace que los países se vean obligados a elegir en qué invertir (Erondu et al, 2018).

Las consecuencias del desequilibrio por la fragmentación de prioridades se vieron claramente durante el brote de Ébola entre 2014 y 2016 en África Occidental, donde murieron más personas por la Malaria no tratada que por el propio Ébola debido a la reducción de los servicios de atención sanitaria y a la sobrecarga de los sistemas de salud (Erondu et al, 2018).

Algo de carácter similar se puede apreciar actualmente con la pandemia del Covid-19; asignar el grueso de los recursos disponibles hacia la misma tiene un importante coste de oportunidad traducido en la postergación de otras patologías a un segundo plano.

Hasta la fecha, la cuantificación monetaria del desplazamiento que origina el Coronavirus sobre otras enfermedades no ha sido estudiada en profundidad debido a la falta de datos fiables, sin embargo, hay evidencias de que ese desplazamiento se está produciendo.

La investigación más representativa y que quizás pueda acercarnos al objeto de estudio es la de la economista Pascaline Dupas (2020), centrada en los servicios de salud críticos como diálisis. Los resultados ponen de manifiesto las imprevistas consecuencias del bloqueo de este tipo de servicios en India con motivo de la atención otorgada al Covid-19, dándose también una drástica disminución de la atención preventiva.

En su investigación, Dupas utiliza las reclamaciones de seguros de un programa gubernamental de seguros de salud a gran escala para identificar a los pacientes que precisan de atención sanitaria crónica crítica no relacionada con el Coronavirus. También utiliza encuestas telefónicas con los hogares para estimar los efectos del bloqueo en la atención sanitaria, morbilidad y mortalidad en los cuatro meses posteriores a la imposición del cierre del país.

Más del 62% de los hogares informan de interrupciones en el acceso a diálisis durante el bloqueo, el 42% informa que no pudo llegar al hospital por las barreras de desplazamiento. Un 15 % se encontró los hospitales cerrados o se negaba a prestar asistencia, el 11 hizo frente a un aumento de las tarifas hospitalarias y los pacientes se enfrentaron a un aumento del 172% en los pagos por visita. La mortalidad en mayo de 2020 aumenta a 4,37% en relación con el 2,67% de marzo. Consigue descender en junio y julio pero nunca a niveles por debajo de la situación anterior al bloqueo del país. Apunta que es muy poco probable que este exceso de mortalidad se diera por el Coronavirus de forma directa, ya que únicamente 4 pacientes fallecidos entre junio y julio dieron positivo. Esta tendencia azota aún más cuando los pacientes son de casta baja y condiciones socioeconómicas desfavorables.

Se ha cuantificado también que los programas nacionales de seguro de salud del gobierno dirigidos a los hogares de ingreso bajo han visto una reducción del 6% en la atención de diálisis, disminución del 64% en atención oncológica y del 80% en cirugías cardiovasculares críticas.

Otro aspecto en el que centrarse a la hora de abordar el desplazamiento que ha provocado el Covid-19 sobre otras enfermedades es el de la investigación. El cambio masivo en la investigación enfocada al Coronavirus ha sido traducido en reducción de la investigación de otras enfermedades; claro es el ejemplo del cáncer y de las enfermedades infecciosas (Medifind, 2020). En el caso de España, particularmente, varias sociedades científicas sobre el cáncer realizaron una entrevista a departamentos de oncología de 37 hospitales; en comparación con el año 2019, en 2020 se observó un aumento del 21% en el número de diagnósticos de cáncer tardíos¹⁰. Explicado esto por complicaciones desde el lado de la oferta; cuando la pandemia se encontraba en el momento más crítico, la actividad asistencial se suspendió. Y desde el lado de la demanda; los pacientes atrasaban, incluso cancelaban, sus consultas por miedo a infectarse de Coronavirus.

Otro desplazamiento que provoca el Covid-19 y aflora a raíz de problemas de demanda y oferta sanitaria es el caso de las visitas a urgencias con dolor de pecho y posible origen cardíaco en EEUU y Europa Occidental. Se detecta un descenso del 25% en marzo de 2020 en los pacientes que presentaban síntomas cardíacos, llegando a ser la disminución del 49,9% en abril de 2020 en comparación con el mismo mes de 2019. Entre los que presentaban síntomas cardíacos se contempló una disminución de diagnósticos cardíacos confirmados; 24,3% en marzo de 2020 y 42,6% en abril del mismo año (Butt et al, 2020).

Centrando la atención en enfermedades crónicas no transmisibles se encuentra el caso de un estudio realizado en Brasil, extrapolable al resto de países. Se llevó a cabo un muestreo por conveniencia en el que se recogieron datos de 1701 personas; de los que controlaban su glucemia en casa (91,5%), la mayoría (59,4%) experimentó deterioros en su nivel de glucemia (Barone et al, 2020).

Como se ha podido observar, por el momento, el tipo de estudios que se han realizado mayoritariamente se basan en encuestas y no intervienen modelos matemáticos más completos que puedan explicar y cuantificar el efecto desplazamiento.

Este virus afecta a todos los países del mundo y en mayor o menor medida repercute sobre excesivas patologías ajenas al COVID- 19. Se cree que la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y otras enfermedades no transmisibles son los principales factores de

¹⁰ La referencia del artículo utilizado para apoyar la idea reflejada aún no ha sido publicado, no hemos tenido acceso al mismo.

riesgo de hospitalización, necesidades de cuidados intensivos y muerte debido al coronavirus (Barone et al, 2021).

3.4.2. Retrocesos e intereses económicos en la era Covid-19

Esta crisis sanitaria, económica, social, educativa, humanitaria y un sinfín de adjetivos más, ha llevado a socavar gran cantidad de los progresos que el mundo había conseguido hasta la era actual.

Un término que acuña el Banco Mundial a partir de la situación presente es el de “nuevos pobres”, considerando que 8 de cada 10 en dicha condición provendrán de países de ingreso medio. El mismo organismo presentó en 2020 el Informe sobre pobreza y prosperidad compartida en el que se plasma que en 2021 ésta aumentaría entre el 1,4 y 1,9 % llegando a alcanzar una tasa de pobreza global de entre 8,9 y 9,4 % (World Bank, 2020).

Un estudio publicado por el Instituto Mundial de Investigaciones de Economía del Desarrollo de la Universidad de las Naciones Unidas refleja que la pandemia podría llevar a la condición de pobreza extrema a 500 millones de personas más; no se percibía un aumento de la pobreza mundial de tal envergadura desde 1990. En la extrema situación en que los ingresos y el consumo sufran una contracción del 20%, las personas que viven en la pobreza podrían llegar a aumentar entre 420 y 580 millones en relación a las últimas cifras oficiales disponibles en 2018 (Sumner & Ortiz-Juarez, 2020).

Un buen indicador para reflejar cómo funcionan los sistemas sanitarios es la cobertura de vacunación; el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME) concluyó que en 2020 dicha variable había llegado a niveles tan bajos no reconocidos desde 1990 (Fundación Gates, 2020). “La pandemia no solo ha estancado el progreso, sino que nos ha hecho retroceder, 25 años de vacunación se han borrado en 25 semanas” apuntó Melinda Gates (2020) en una entrevista para El País.

Centrarse en exceso en el Coronavirus está desembocando en una temible interrupción en la vacunación de otras enfermedades. De los 129 países para los que la Organización de las Naciones Unidas disponía de datos sobre vacunación durante los meses de marzo y abril de 2020, más de la mitad reflejaban atrasos e incluso la suspensión total de diferentes programas de vacunación (ONU, 2020).

Estudios realizados por la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres reflejan que si el fin es evitar contagios de COVID-19 deteniendo la inmunización rutinaria, por cada muerte que deja de producirse de COVID-19 se producen en torno a 100 muertes de otras enfermedades prevenibles por vacunación. Principalmente en el caso de la inmunización infantil. Fue el director general de la OMS quien apuntó que “la interrupción de los programas de vacunación debido a la pandemia de COVID-19 amenaza con deshacer décadas de progreso contra enfermedades prevenibles por vacunación como el sarampión” (ONU, 2020).

Algo similar ha sucedido con la Difteria, enfermedad infecciosa más contagiosa y mortal que el COVID-19 cuya cobertura de vacunación ha sido insuficiente.

La consecuencia ha sido un resurgimiento de esta enfermedad en países como Perú, donde el Ministerio de Salud detectó en octubre de 2020 el primer caso tras 20 años sin contagios (OPS, 2020).

Los progresos recogidos por el Fondo Mundial de lucha contra el VIH, Malaria y Tuberculosis¹¹ en cuanto al tratamiento de las mismas también se han visto truncados, desembocando esto en la reversión de una década de avances en el progreso del VIH y Tuberculosis, y en torno a 20 años de retroceso en los progresos conseguidos con la Malaria (The Global Fund, 2020).

Los hechos mencionados podrían dificultar e interrumpir cualquier avance pasado y futuro en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹², haciendo que muchas enfermedades prevenibles con vacunas, erradicadas o controladas resurjan y vuelvan a poner en peligro al mundo.

Esa excesiva atención al COVID-19 que acaba llevando al estancamiento de relevantes progresos alcanzados hasta la época previa a la pandemia, podría ser también explicada por los, desgraciadamente, intereses económicos siempre latentes.

Los resultados de la herramienta de seguimiento COVID-19 del Fondo Mundial manifiestan un descenso del 50% en el volumen de las pruebas realizadas de VIH (Fondo

¹¹ El Fondo Mundial es una asociación diseñada para acelerar el fin del SIDA, Tuberculosis y Malaria como epidemias.

¹² Se trata de 17 objetivos globales para acabar con la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad mundial.

Mundial, 2020). Podría parecer un hecho justificable por la urgencia de la pandemia, dejar de producir pruebas diagnóstico de una enfermedad para pasar a hacerlas para el COVID-19, pero, como expresó Madhukar Pai, director del Centro Internacional de Tuberculosis¹³ “las empresas tienen una enorme demanda de Coronavirus en este momento”. Estas han reducido su producción de pruebas diagnóstico para detectar el VIH, Malaria y Tuberculosis desplazando su producción a las pruebas de COVID-19. Diagnosticar el COVID-19 es más lucrativo que hacerlo con otras enfermedades, implicando más beneficios para empresas dedicadas a la producción de pruebas diagnóstico (Mandavilli, 2020).

A pesar de las complicaciones que la pandemia del Coronavirus ha acarreado, se puede encontrar en medio de esta coyuntura una ventana de oportunidad. Quizás sea el momento de agilizar cambios necesarios en la atención de la salud y en el futuro de los países; sobre todo de aquellos en situación de desarrollo. Actuar para no lamentarse en un futuro no muy lejano.

La pandemia ha revelado que América Latina precisa un cambio en sus sistemas de salud. El progreso de la sanidad pública desde principios de siglo ha sido lento y desigual y la solución pasa por reforzar la misma. Los gobiernos de América Latina deberían expandir su atención primaria a la población primando la prevención (Peña y Lago, 2020).

En países desarrollados con un pobre historial de cobertura sanitaria universal, como Estados Unidos e Irlanda, han comenzado a aplicar políticas al estilo de la cobertura sanitaria universal para responder a los brotes incluyendo el aprovechamiento de fondos federales. Estos dos últimos países sumados a países de ingresos medios y bajos, deben tener en cuenta la falta de inversión en los sistemas de salud existentes desarrollando estrategias innovadoras para la financiación nacional. Estrategias tales como la eliminación de las tarifas de los usuarios en los centros de atención primaria y la garantía de que el seguro médico no esté asociado a la situación laboral (Lal et al, 2021).

Sabiendo que todo ello socavó la capacidad de respuesta al COVID-19 durante la pandemia, hay evidencias de qué es lo que ha fallado y qué debe mejorarse para no

¹³ El Centro Internacional de Tuberculosis McGill es una institución que colabora con la Organización Panamericana de la Salud (PAO) en la investigación de la Tuberculosis.

encontrarnos en una, aún peor, situación futura y así aprovechar la forma en que se ha abordado la salud para mejorarla.

Asimismo, procede mantener el apoyo a programas tradicionales de desarrollo que han sido atrasados por la recesión económica que trae la pandemia; la situación podría verse como un punto de inflexión. El desafío actual para tratar de atenuar el peso de la recuperación en los países en desarrollo es de gran tamaño y pasa por, según apunta Masood Ahmed, presidente del Centro para el Desarrollo Global, reestructurar la deuda de los países y asegurar que el Fondo Monetario Internacional y los Bancos Multilaterales de Desarrollo dispongan de capacidad financiera para apoyar a países emergentes y en desarrollo de cara a un horizonte futuro, no solo focalizándose en la crisis inmediata. También apunta que ahora se debería gastar más dinero para contener la crisis y, retener los préstamos a los países en desarrollo por las preocupaciones sobre cuánto de sostenible será su deuda tras la situación actual, solo puede llevar a una peor situación económica y nefasta capacidad futura para pagar préstamos. Reducir la asistencia bilateral no es lo correcto, los financiadores deberían aumentar la financiación y ayudar a contener el daño, tratando de no descuidar los problemas de los países en desarrollo ¹⁴.

Se puede sacar partido, en cierta medida, de la situación de pandemia, extrapolando algunas de las acciones realizadas para luchar contra el coronavirus pero haciéndolo, en este caso, contra la Tuberculosis.

Ruhwald, Carmona y Pai (2021) explican que dado el enorme retroceso en el progreso para alcanzar los objetivos en materia de Tuberculosis, es crucial aprovechar las innovaciones y los sistemas de COVID-19 para mejorar la atención y el control de TB (Ruhwald, Carmona y Pai, 2021). Lo mismo ocurre con otras patologías; muchas de las recomendaciones dadas para acabar con el COVID-19 sirven también para enfermedades tropicales desatendidas, así que pueden surgir sinergias beneficiosas (Peiró, 2020).

¹⁴ Artículo sin publicar.

4. ENFOQUES SOBRE CÓMO SE DEBERÍAN REALIZAR LAS INVERSIONES EN SALUD

Tras haber recogido los puntos más relevantes considerados hasta el momento, cabe cuestionarse cuál es el modo en que los países desarrollados otorgan ayuda y financiación a los países en desarrollo y de qué otra forma se podría llevar a cabo. Planteado esto desde la esfera de la salud hay que tener en cuenta que a la hora de diseñar cierta intervención en el sistema sanitario de un país se puede realizar desde un enfoque vertical u horizontal.

En ello profundiza la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) en uno de sus informes publicados en 2019. Refleja que las intervenciones que se realicen en cuanto a cooperación al desarrollo deben ser llevadas a cabo con una mirada global y con el fin de fortalecer diversos componentes de los sistemas sanitarios; teniendo en cuenta asimismo los aspectos negativos que puede conllevar dicha actuación.

El mismo informe hace ver que las intervenciones en el sector sanitario con enfoque vertical recogen una cantidad de ayuda destinada a reducir la incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas muy específicas a nivel mundial. Sin embargo, enfocarlo desde una perspectiva horizontal supone que la intervención en los países en desarrollo se hará de manera sistémica¹⁵, apoyando a los sistemas de salud adoptando metodologías que estén en armonía con el resto de los donantes y diseñadas con visión a largo plazo (AECID, 2019).

El gran problema que percibo en la inversión en los sistemas de salud con un enfoque vertical por parte de los países donantes, hace referencia a esa excesiva concentración de recursos en las enfermedades infecciosas, apartando a otro tipo de patologías que no reciben la atención que precisan.

Considero pertinente por ende realizar una tabla comparativa que refleje los compromisos por parte de los donantes en base a los datos del CRS de la OCDE. Se puede ver en el anexo la tabla 4 que recoge información sobre tres países africanos como son Sudán del Sur, Burundi y Mozambique¹⁶ y cuantifica el dinero que reciben del total de miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo en cuanto a control de Enfermedades de Transmisión

¹⁵ Con el término “sistémico” el informe de AECID hace referencia a que esa ayuda horizontal debe contribuir a abandonar la visión meramente asistencialista.

¹⁶ He decidido estudiar esos tres países, en parte, porque considero que tienen diferentes características y lo percibo interesante para poder observar cómo se comporta cada uno. También, porque a pesar de la escasez de datos en general que ofrece el Sistema de Información Crediticia de la OCDE para enfermedades no transmisibles en países de África, para esos tres la información estaba disponible.

Sexual incluido el VIH, la lucha contra la Malaria y por último los fondos destinados a enfermedades no transmisibles. A pesar de conocer la importancia que tienen las enfermedades crónicas no transmisibles por sus consecuencias en la población (WHO, 2021b), la atención que se les presta en cuanto a los flujos de financiación es muy reducida si las comparamos con enfermedades tales como VIH o Malaria.

A nivel global, las enfermedades no transmisibles acaban con la vida de en torno a 41 millones de personas al año, comportando el 71% de las muertes en el mundo (WHO, 2021b). El problema radica en la tendencia generalizada a creer que las enfermedades crónicas no transmisibles son propias de la población de países de ingreso alto, y que la población con menores ingresos muere únicamente por VIH, Malaria, TB u otro tipo de enfermedades infecciosas. Percepción errónea ya que la evidencia disponible demuestra que las enfermedades no transmisibles causan en torno al 80% de los fallecidos en países de ingresos medios y bajos , creyendo que para 2030 este tipo de enfermedades superarán a las transmisibles, perinatales y maternas como principal causa de muerte (OMS,2010) .

¿Por qué entonces, si la incidencia es tan elevada y se prevé que siga creciendo con el tiempo, se continúa invirtiendo tan poco en prevenir y tratar esas enfermedades?

Personalmente percibo que un sistema de ayuda a países en desarrollo con enfoque horizontal basado en la incidencia de las enfermedades y con validez a largo plazo sería muy beneficioso; ayudando a poner en valor y en el foco de atención aquellas enfermedades relevantes y a seguir invirtiendo en las mismas. Prevenir y controlar las enfermedades crónicas no transmisibles, creo, llevaría a una mejora en la salud mundial.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En este trabajo hemos analizado la toma de decisiones de los donantes sobre qué invertir en distintas áreas de salud durante una epidemia o pandemia. Nuestro análisis revela que las razones que pueden impulsar a los países donantes a realizar inversiones destinadas a las diferentes causas sanitarias o enfermedades en los países en desarrollo son diversas. Se ha visto que esta tendencia no siempre sigue la senda de la incidencia de una enfermedad en esos países de menos ingresos, y como apunta Shiffman (2006), hechos como elegir con qué enfermedad se quiere acabar pueden venir determinados por un sinfín de causas. Algunas que recojo son la movilización de grupos de interés dentro de los países ricos para abordar determinadas enfermedades, la concentración en enfermedades para las que existen intervenciones rentables o el temor de las élites políticas de países industrializados a que una afección concreta les ponga en peligro.

Así pues, que se invierta en VIH/SIDA, de la forma en que se hizo, o en COVID-19, de la forma en que se está haciendo y se hará, es una combinación de necesidades, obviamente, de los receptores, pero también, y en ocasiones mayor, de los países proveedores y de los efectos de la política global. Esta excesiva atención por diversas razones a ciertas patologías nos ha conducido a otra de las partes cruciales del presente proyecto; cómo, el hecho de invertir en una enfermedad concreta, lleva a dejar de hacerlo en otras que en ocasiones tienen mayor carga que aquellas en las que los donantes se centran en financiar.

Esta tarea no ha sido para nada sencilla en el caso del Coronavirus debido a la falta de estudios y datos actuales que nos lleven a cuantificar el cómo invertir grandes cantidades de dinero en el COVID-19 ha llevado a desplazar la inversión en otras causas sanitarias y enfermedades. Sabemos que ese efecto desplazamiento se produce, tal como refleja Dupas (2020), lo que aún no se conoce es la cuantificación del mismo en términos monetarios. Además, por el análisis de la literatura más reciente, también se sabe que las enfermedades crónicas no transmisibles han sido las mayores perjudicadas por la atención otorgada al COVID-19 (Barone et al, 2021).

En el caso del VIH/SIDA, la revisión bibliográfica y el análisis de datos nos han llevado a concluir que este efecto desplazamiento también se produce. La atención en inversión por parte de los donantes internacionales otorgada al VIH/SIDA ha llevado a que, en algunos países en los que la incidencia de VIH, Malaria y TB es alta, se produzca un efecto negativo sobre la financiación prestada al sector sanitario del país, e incluso se produzca un efecto

desplazamiento sobre la Malaria y otras áreas de salud (Lal et al, 2011). También se vio que al prestar mayores ayudas a luchar contra el VIH, el efecto desplazamiento se manifestaba en forma de una disminución de las tasas de inmunización (Grépin, 2012).

Este análisis es de gran utilidad para entender qué falla en el mundo de las inversiones en salud en los países en desarrollo cuando sucede una epidemia o pandemia. Qué actuaciones se deberían cambiar y cuáles de ellas deberían ser reforzadas. En qué invertir y en qué no excederse, y la necesidad de seguir la senda de la incidencia para buscar el bienestar del país que recibe la financiación.

Cuando la pandemia del Covid-19 llegue a su fin, este estudio podrá ser completado con los datos del Sistema Crediticio de la OCDE sobre inversiones en COVID-19 y en otras áreas de salud, lo que permitirá cuantificar el efecto desplazamiento abordado.

Como recomendación de políticas queda patente la necesidad de invertir en prevención y de tratar de mantener unos sistemas sanitarios sólidos, invirtiendo en ellos y no esperar a que llegue otra pandemia que lo cuestione todo para darse cuenta de lo que hay que cambiar. Como bien expresa Lal et al. (2021); la defensa más fuerte contra la próxima pandemia serán los sistemas sanitarios verdaderamente universales y completos.

Para finalizar, quisiera añadir lo interesante que me ha resultado llevar a cabo el estudio presentado, ahondando en cuestiones que ahora me permiten tener la base para seguir informándome y entendiendo el porqué de diversas decisiones tomadas en el mundo de las inversiones en salud y sus repercusiones. También he sido consciente del esfuerzo que hay tras una investigación y la gran implicación que conlleva reunir la bibliografía pertinente y los datos existentes para plasmar el análisis y las ideas a transmitir.

6. BIBLIOGRAFÍA

- AECID. (2019). Orientaciones sobre cómo contribuir al fortalecimiento de los sistemas de salud para alcanzar la cobertura sanitaria universal. Recuperado de: https://www.aecid.es/CentroDocumentacion/Documentos/Publicaciones%20AECID/200127_Experiencias_salud.pdf
- AEP. (2020). Hay otras pandemias, como la del VIH. Recuperado de: <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/hay-otras-pandemias-como-la-del-vih>
- Attaran, A., & Sachs, J. (2001). Defining and refining international donor support for combating the AIDS pandemic. *Lancet (London, England)*, 357(9249), 57–61. Retrieved from: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)03576-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)03576-5)
- Barone, M., Harnik, S. B., de Luca, P. V., Lima, B., Wieselberg, R., Ngongo, B., Pedrosa, H. C., Pimazoni-Netto, A., Franco, D. R., Marinho de Souza, M. F., Malta, D. C., & Giampaoli, V. (2020). The impact of COVID-19 on people with diabetes in Brazil. *Diabetes research and clinical practice*, 166, 108304. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108304>
- Barone, M., Ngongo, B., Harnik, S. B., Oliveira, L. X., Végh, D., de Luca, P. V., Pedrosa, H. C., Giraudó, F., Cardona-Hernandez, R., Chaudhury, N., & Menna-Barreto, L. (2021). COVID-19 associated with diabetes and other noncommunicable diseases led to a global health crisis. *Diabetes research and clinical practice*, 171, 108587. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108587>
- Bernstein, M., & Sessions, M. (2007). A trickle or a flood: commitments and disbursement for HIV/AIDS from the Global Fund, PEPFAR, and the World Bank's Multi-Country AIDS Program (MAP). *Washington (DC): Center for Global Development and HIV/AIDS Monitor*. Retrieved from: <https://www.eldis.org/document/A31408>
- Butt, A.A., Kartha, A., Asaad, N. *et al.* Impact of COVID-19 upon changes in emergency room visits with chest pain of possible cardiac origin. *BMC Res Notes* 13, 539 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13104-020-05381-y>

- Crossette, B. (2005). Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link. *Studies in family planning*, 36(1), 71–79. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4465.2005.00042.x>
- DalGLISH, S. L. (2020). COVID-19 gives the lie to global health expertise. *Lancet (London, England)*, 395(10231), 1189. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30739-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30739-X)
- Deloitte. (2020). *What will be the impact of the Covid-19 pandemic on healthcare system?*. Retrieved from: https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/fr/Documents/covid-insights/deloitte_impact-covid19-on-healthcare-systems.pdf?_ga=2.250438607.878119429.1620956595-1935985108.1620956595
- Dupas, P., & Radhika, J. (2020). The Effects of India's COVID-19 Lockdown on Critical Non-COVID Health Care and Outcomes. In press. <https://doi.org/10.1101/2020.09.19.20196915>
- Erondu, N. A., Martin, J., Marten, R., Ooms, G., Yates, R., & Heymann, D. L. (2018). Building the case for embedding global health security into universal health coverage: a proposal for a unified health system that includes public health. *Lancet (London, England)*, 392(10156), 1482–1486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32332-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32332-8)
- Fundación Gates. (2020). COVID-19: *Una perspectiva mundial*. Reporte Goalkeepers 2020. [s.l.]: Fundación Gates. Recuperado de: https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/downloads/2020-report/report_a4_es.pdf.
- Gates, M. (15 de septiembre de 2020). *25 años de vacunación se han borrado en 25 semanas*. El País. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2020/09/13/planeta_futuro/1600025879_087906.html
- Gostin, L.O. & Friedman, E.A. (2015). A retrospective analysis of the west African Ebola virus disease epidemic: robust national health systems at the foundation and an empowered WHO at the apex. *Lancet (London, England)*, 385, 1902-1909. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60644-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60644-4)

- Grépin, K. A. (2012). HIV donor funding has both boosted and curbed the delivery of different non-HIV health services in sub-Saharan Africa. *Health affairs (Project Hope)*, 31(7), 1406–1414. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0279>
- Horn, S., Reinhart, C. & Trebesch, C. (2020). Coping with disasters: Lessons from two centuries of international response. *National bureau of economics research*. Doi: 10.3386/w27343
- Izazola, J. (2006). Cuánto se necesita y cuánto se gasta para luchar contra el sida. *Papeles de cuestiones internacionales*, 96, 81-88. Recuperado de: https://www.fuhem.es/wp-content/uploads/2019/08/cuanto_se_necesita_IZAZOLA.pdf
- Kruk, M. E., Ling, E. J., Bitton, A., Cammett, M., Cavanaugh, K., Chopra, M., El-Jardali, F., Macauley, R. J., Muraguri, M. K., Konuma, S., Marten, R., Martineau, F., Myers, M., Rasanathan, K., Ruelas, E., Soucat, A., Sugihantono, A., & Warnken, H. (2017). Building resilient health systems: a proposal for a resilience index. *BMJ (Clinical research ed.)*, 357, j2323. <https://doi.org/10.1136/bmj.j2323>
- Kruk, M. E., Myers, M., Varpilah, S. T., & Dahn, B. T. (2015). What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet (London, England)*, 385(9980), 1910–1912. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60755-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60755-3)
- Lal, A., Erondou, N. A., Heymann, D. L., Gitahi, G., & Yates, R. (2021). Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet (London, England)*, 397(10268), 61–67. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32228-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32228-5)
- Leach-Kemon, K., Chou, D. P., Schneider, M. T., Tardif, A., Dieleman, J. L., Brooks, B. P., Hanlon, M., & Murray, C. J. (2012). The global financial crisis has led to a slowdown in growth of funding to improve health in many developing countries. *Health affairs (Project Hope)*, 31(1), 228–235. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.1154>
- Lordan, G., Tang, K. K., & Carmignani, F. (2011). Has HIV/AIDS displaced other health funding priorities? Evidence from a new dataset of development aid for

health. *Social science and medicine* (1982), 73(3), 351–358.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.045>

Mahler, D. et al. (2020). The impact of COVID-19 on global poverty: Why SubSaharan Africa might be the region hardest hit. *World Bank blogs*, Washington D.C., <https://blogs.worldbank.org/opendata/impact-covid-19-coronavirus-global-poverty-why-subsaharan-africa-might-be-region-hardest>.

Maizels, A., & Nissanke, M.K. (1984). Motivations for aid to developing countries. *World development*, 12(9), 879-900.

Mandavilli, A. (2020, september 23). ‘The Biggest Monster’ Is Spreading. And It’s Not the Coronavirus. *The New York Times*. Retrieved from: <https://www.nytimes.com/2020/08/03/health/coronavirus-tuberculosis-aids-malaria.html>

McKinlay, R., & Little, R. (1977). A Foreign Policy Model of U.S. Bilateral Aid Allocation. *World Politics*, 30(1), 58-86. doi:10.2307/2010075

OECD. (2020a). *What is ODA?*. Retrieved from: <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/What-is-ODA.pdf>

OECD. (2020b). *The impact of the coronavirus (COVID-19) crisis on development finance*. Retrieved from: [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134569-xn1go1i113&title=The-impact-of-the-coronavirus-\(COVID-19\)-crisis-on-development-finance](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=134_134569-xn1go1i113&title=The-impact-of-the-coronavirus-(COVID-19)-crisis-on-development-finance)

OECD. (2020c). *COVID-19 global pandemic: Joint statement by the DAC and the OECD*. Retrieved from: <https://www.oecd.org/dac/development-assistance-committee/DAC-Joint-Statement-COVID-19.pdf>

Ooms, G., Ottersen, T., Jahn, A., & Agyepong, I. A. (2018). Addressing the fragmentation of global health: the Lancet Commission on synergies between universal health coverage, health security, and health promotion. *Lancet (London, England)*, 392(10153), 1098–1099. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32072-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32072-5)

- OMS. (2003). VIH- SIDA. *Responder a un agente mortífero*. Recuperado de: <https://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf>
- OMS. (2010). *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010 .Resumen de orientación*. Recuperado de: https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf
- OMS. (2020a). Campañas mundiales de salud pública de la OMS. Día Mundial del SIDA. Recuperado de: <https://www.who.int/es/campaigns/world-aids-day/2020>
- OMS. (2020b). VIH. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- OMS. (2020c). Acceso al seguimiento del compromiso de financiación de las herramientas *.COVID-19*. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>
- OMS. (2021). El Acelerador ACT renueva su estrategia de prioridades y su presupuesto en 2021 para invertir la tendencia de la pandemia de COVID-19. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/12-03-2021-act-accelerator-releases-prioritised-strategy-and-budget-for-2021-to-change-the-course-of-the-evolving-covid-19-pandemic>
- ONU. (2006). *Declaración política sobre el sida*. Asamblea general. Recuperado de: <https://undocs.org/es/A/RES/60/262>
- ONU. (2020). Por cada niño que se deja de vacunar para no contagiarse de la COVID-19, pueden morir 100. Recuperado de: <https://news.un.org/es/story/2020/05/1474912>
- ONUSIDA. (2000). *La epidemia de SIDA, situación en diciembre del 2000*. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el SIDA. Recuperado de: https://data.unaids.org/publications/irc-pub05/aidsepidemicreport2000_es.pdf
- ONUSIDA. (2006). *Hacer rendir el dinero*. Obtenido de: https://www.unaids.org/es/resources/documents/2007/20070531_jc1306_annual_report_en.pdf

- ONUSIDA. (2016a). *Acción acelerada para acabar con el SIDA*. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS-strategy-2016-2021_es.pdf
- ONUSIDA. (2016b). *Financial support*. Obtenido de: <https://www.unaids.org/es/keywords/financial-support>
- ONUSIDA. (2018). *UNAIDS data 2018*. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaids-data-2018_en.pdf
- ONUSIDA. (2019). Hoja informativa- última estadísticas sobre el estado de la pandemia del SIDA. Recuperado de: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- ONUSIDA. (2021). *End inequalities. End aids. Global aids strategy 2021-2026*. Retrieved from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf
- OPS. (2020). Perú- Alerta Difteria. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/peru-alerta-difteria>
- Peiró, P. (3 de abril de 2020). Todo lo que el coronavirus va a frenar: la lucha contra las epidemias que más matan. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2020/03/31/planeta_futuro/1585660213_109072.html?rel=listapoyo
- Peña, P., & Lago, M. (13 de octubre de 2020). La pandemia es una oportunidad para reformar la sanidad pública en América Latina. *The New York Times*. Recuperado de: <https://www.nytimes.com/es/2020/10/13/espanol/opinion/latinoamerica-salud-publica-coronavirus.html>
- Rasschaert, F., Pirard, M., Philips, M. P., Atun, R., Wouters, E., Assefa, Y., Criel, B., Schouten, E. J., & Van Damme, W. (2011). Positive spill-over effects of ART scale up on wider health systems development: evidence from Ethiopia and Malawi. *Journal of the International AIDS Society*, *14 Suppl 1*(Suppl 1), S3. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-14-S1-S3>

- Reynolds, C. (2019). Opinion: keeping the promise—time to move from declarations to deeds on UHC. Retrieved from: <https://www.devex.com/news/opinion-keeping-the-promise-time-to-move-from-declarations-to-deeds-on-uhc-96187>
- Ruhwald, M., Carmona, S., & Pai, M. (2021). Learning from COVID-19 to reimagine tuberculosis diagnosis. *The Lancet. Microbe*, 10.1016/S2666-5247(21)00057-4. Advance online publication. [https://doi.org/10.1016/S2666-5247\(21\)00057-4](https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00057-4)
- Shiffman, J. (2006). Donor funding priorities for communicable disease control in the developing world. *Health policy and planning*, 21(6), 411–420. <https://doi.org/10.1093/heapol/czl028>
- Shiffman, J. (2007). Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues?. *Health policy and planning*, 23(2), 95–100. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm045>
- Sumner, A., Hoy, C. & Ortiz-Juarez, E. (2020) Estimates of the impact of COVID-19 on global poverty. WIDER Working Paper 2020/43. Helsinki: UNU-WIDER.
- The Global Fund 2020. (2020). *Results Report 2020*. Retrieved from: https://mma.prnewswire.com/media/1273079/The_Global_Fund.pdf
- Tromberg, B. J., Schwetz, T. A., Pérez-Stable, E. J., Hodes, R. J., Woychik, R. P., Bright, R. A., Fleurence, R. L., & Collins, F. S. (2020). Rapid Scaling Up of Covid-19 Diagnostic Testing in the United States - The NIH RADx Initiative. *The New England journal of medicine*, 383(11), 1071–1077. <https://doi.org/10.1056/NEJMSr2022263>
- Usher A. D. (2021). Health systems neglected by COVID-19 donors. *Lancet (London, England)*, 397(10269), 83. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00029-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00029-5)
- UNCTAD. (2020). *Informe sobre las inversiones en el mundo 2020*. Recuperado de: <https://unctad.org/webflyer/world-investment-report-2020>
- Waddington, C. (2004). Does earmarked donor funding make it more or less likely that developing countries will allocate their resources towards programmes that yield the greatest health benefits?. *Bulletin of the World Health Organization*, 82(9), 703–708.

- Webber, D., & Kremer, M. (2001). Perspectives on stimulating industrial research and development for neglected infectious diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(8), 735–741.
- Whiteside, A., & Smith, J. (2009). Exceptional epidemics: AIDS still deserves a global response. *Globalization and health*, 5, 15. <https://doi.org/10.1186/1744-8603-5-15>
- WHO. (2020). Archived: WHO Timeline – COVID-19. Retrieved from: <https://www.who.int/es/news/item/27-04-2020-who-timeline---covid-19>
- WHO. (2020). Agenda for Sustainable Development Goals 3.8. Retrieved from: https://www.who.int/health-topics/sustainable-development-goals#tab=tab_1
- WHO. (2020). Coronavirus disease (COVID-19) pandemic. Retrieved from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- WHO. (2020, june). *World investment report 2020*. Retrieved from: https://unctad.org/system/files/official-document/wir2020_en.pdf
- WHO. (2021a, march). Access to COVID-19 tools funding commitment tracker. Retrieved from: <https://www.who.int/publications/m/item/access-to-covid-19-tools-tracker>
- WHO. (2021b). Noncommunicable diseases. Retrieved from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Worldbank. (2018). Data Worldbank. Retrieved from: <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS>
- World Bank. (2020). *Poverty and Shared Prosperity 2020*. Washington DC. Retrieved from: <https://www.worldbank.org/en/publication/poverty-and-shared-prosperity>
- World Health Organization Maximizing Positive Synergies Collaborative Group, Samb, B., Evans, T., Dybul, M., Atun, R., Moatti, J. P., Nishtar, S., Wright, A., Celletti, F., Hsu, J., Kim, J. Y., Brugh, R., Russell, A., & Etienne, C. (2009). An assessment of interactions between global health initiatives and country health systems. *Lancet (London, England)*, 373(9681), 2137–2169. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60919-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60919-3)

7. ANEXOS

Tabla 1. Principales donantes considerados

| Bilateral | Multilateral | Fundación |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|--------------------------------|
| Australia | Banco Africano de Desarrollo | Fundación Bill y Melinda Gates |
| Austria | Banco Asiático de Desarrollo | |
| Bélgica | Comisión Europea | |
| Canadá | Banco Interamericano de Desarrollo | |
| Dinamarca | Fondo Global en la lucha contra VIH, Tuberculosis y Malaria | |
| Finlandia | Programa Conjunto de las Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA) | |
| Francia | Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) | |
| Alemania | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) | |
| Grecia | Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) | |
| Irlanda | Banco Mundial (AIF) | |
| Italia | | |
| Japón | | |
| Luxemburgo | | |
| Países Bajos | | |
| Nueva Zelanda | | |
| Noruega | | |
| Portugal | | |
| España | | |
| Suecia | | |
| Suiza | | |
| Reino Unido | | |
| Estados Unidos | | |

Fuente: Shiffman (2007)

Tabla 2. Ratio de prevalencia, presupuestos nacionales de salud y compromisos de los donantes sobre VIH en tres países africanos.

| País | Ratio prevalencia VIH año 2005 en adultos de 15-49 años (porcentaje) | Presupuesto de salud del país receptor 2003 (millones US\$) | Compromiso de los donantes en 2005(millones US\$) |
|---------|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Etiopía | 1,40% | 113 | 130 |
| Ruanda | 3,10% | 37 | 47 |
| Uganda | 6,70% | 112 | 167 |

Fuente: Shiffman (2007)

Tabla 3. Ratio de prevalencia del VIH en comparación con los compromisos de los donantes en tres países africanos.

| País | 2010 | | 2015 | | 2019 | |
|---------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| | Ratio de prevalencia del VIH en adultos de 15-49 años (porcentaje) | Compromiso (millones US\$ 2018) | Ratio de prevalencia del VIH en adultos de 15-49 años (porcentaje) | Compromiso (millones US\$ 2018) | Ratio de prevalencia del VIH en adultos de 15-49 años (porcentaje) | Compromiso (millones US\$ 2018) |
| Etiopía | 1,40% | 225.775 | 1,10% | 210.199 | 0,90% | 58.587 |
| Rwanda | 3,20% | 132.230 | 2,90% | 63.445 | 2,60% | 41.963 |
| Uganda | 6,80% | 273.020 | 6,40% | 324.892 | 5,80% | 233.355 |

Elaboración propia

Fuente del ratio de prevalencia del VIH: UNAIDS Data 2020. Recuperado de: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book_en.pdf

Fuente de los compromisos de financiación: Credyt Report System (OCDE). Son datos que hacen referencia a la partida 13040 del CRS, el tipo de flujo son los compromisos y están medidos en millones de dólares estadounidenses de 2018. Teniendo en cuenta el total de los donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo.

Tabla 4. Comparación en 2019 de los fondos destinados a VIH, Malaria y Enfermedades no transmisibles, en millones de dólares estadounidenses de 2019.

| | 2019 | | |
|----------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| | Control ETS incluido el VIH/SIDA (millones de US\$ 2019) | Lucha contra la Malaria (millones de US\$ 2019) | Enfermedades no transmisibles, total (millones de US\$ 2019) |
| Mozambique | 112.775 | 52.210 | 0.007 |
| Burundi | 15.289 | 10.157 | 0.017 |
| Sudán del Sur | 4.609 | 17.092 | 0.062 |

Elaboración propia a partir de la base de datos del CRS de la OCDE.

La partida que refleja el VIH también incluye las Enfermedades de Transmisión Sexual, ya que no hay datos únicamente para VIH. Es la partida 13040 del CRS.

La lucha contra la Malaria es la partida 12262.

El total de enfermedades no transmisibles es la partida 123. I. 2.c
 Los países donantes son el total de los que forman el Comité de Ayuda al Desarrollo, los flujos hacen referencia a la Ayuda Oficial al Desarrollo y cuantificado todo en millones de dólares estadounidenses de 2019.