

Informe Especial

Ayuda financiera de la UE para los sistemas sanitarios en países socios seleccionados

Aunque se atiende a objetivos estratégicos amplios, las intervenciones adolecen de problemas de coordinación y sostenibilidad



TRIBUNAL
DE CUENTAS
EUROPEO

Índice

	Apartados
Resumen	I-VIII
Introducción	01-18
Importancia de mejorar la salud para hacer frente a la pobreza	01-08
Respuesta de la UE a los retos sanitarios en los países socios	09-18
Alcance y enfoque de la auditoría	19-25
Observaciones	26-73
La UE ha establecido prioridades generales de la ayuda sanitaria, pero la asignación de fondos adolece de deficiencias	26-39
Los documentos políticos establecieron parámetros generales para la asignación de fondos que se han mantenido constantes durante los períodos de programación	28-32
La clasificación por la Comisión de los países socios en función de sus necesidades sanitarias ha tenido escaso efecto en la asignación de financiación bilateral	33-37
La metodología utilizada para las asignaciones del pilar temático no está formalizada ni debidamente documentada	38-39
La financiación de la UE ha contribuido al funcionamiento de los sistemas sanitarios, pero su eficacia ha resultado mermada por problemas de coordinación	40-66
La UE apoyó una serie de intervenciones sanitarias acordes con las necesidades de los países seleccionados	41-44
Los esfuerzos de coordinación y los sistemas de distribución a nivel de distrito son inadecuados	45-49
La estructura en cascada de la ejecución repercute en los costes	50-52
La coordinación de las distintas fuentes de financiación resulta compleja	53-55
La visibilidad sobre el terreno de las acciones financiadas por la UE es escasa, sobre todo cuando los fondos se aportan conjuntamente con los de otros donantes	56-59
La amplitud de los indicadores de resultados y las insuficiencias en los datos dificultan la medición de los logros de la ayuda sanitaria de la UE	60-66

La sostenibilidad de los proyectos corre peligro 67-73

Los gobiernos beneficiarios carecen de estrategias de transición o salida y de compromiso, y sus recursos presupuestarios son limitados

 68-70

El mantenimiento de los equipos no siempre es el adecuado

 71-73**Conclusiones y recomendaciones** 74-83**Anexos:**

Anexo I – Objetivos de las estrategias de ayuda sanitaria de la UE desde 2005

Anexo II – Lista de programas y proyectos auditados

Anexo III – Países socios en cuyos programas indicativos nacionales (PIN) / programas indicativos plurianuales (PIP) se identifica la sanidad como sector prioritario

Anexo IV – Asignaciones procedentes del pilar temático del IVCDI-Europa Global (enero de 2024)

Abreviaciones**Glosario****Respuestas de la Comisión****Cronología****Equipo auditor**

Resumen

I El apoyo de la UE a la sanidad en los países socios contribuye al objetivo principal de la política de desarrollo de la UE de reducir y, en última instancia, erradicar la pobreza extrema. En consonancia con el enfoque internacional en materia de salud, en particular con el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 de las Naciones Unidas, la UE aporta financiación a los sistemas sanitarios de los países socios a través de programas bilaterales y regionales e iniciativas mundiales de salud. Esta ayuda ascendió a más de 3 000 millones de euros en cada uno de los dos períodos de programación anteriores (2007-2013 y 2014-2020), y a más de 2 000 millones de euros al principio de 2024 para el período actual (2021-2027).

II Nuestro objetivo era evaluar la ayuda financiera de la UE a la sanidad en los países socios en esos tres períodos de programación. Concluimos que la Comisión asignó financiación de acuerdo con sus prioridades generales. Sin embargo, la metodología de asignación presentaba deficiencias. La eficacia de los proyectos resultó mermada por problemas de coordinación y sostenibilidad, y el seguimiento no proporcionaba una imagen completa de las actividades de la Comisión en el sector sanitario.

III Constatamos que los importes de la financiación de la UE para ayuda sanitaria se han mantenido relativamente constantes durante los períodos de programación analizados. Ahora bien, la ayuda bilateral a los países socios ha disminuido, mientras ha aumentado sustancialmente el apoyo a través de iniciativas mundiales de salud. La clasificación por la Comisión de los países socios en función de las necesidades de sus sistemas sanitarios ha tenido escaso efecto en la financiación bilateral, debido principalmente a que el principio de apropiación exige que la programación se base en las opciones políticas acordadas con los gobiernos socios. La asignación de ayudas a distintas iniciativas mundiales de salud no se basó en un conjunto de criterios específicos y cuantificables y el proceso no se ha documentado suficientemente.

IV Examinamos una muestra de proyectos en determinados países socios (Burundi, República Democrática del Congo y Zimbabue). Se centraban, entre otros aspectos, en la prestación de asistencia sanitaria gratuita, la organización de la formación de los profesionales de la salud, el suministro de medicamentos y equipos y la reconstrucción de centros sanitarios. Comprobamos que la UE apoyaba distintas intervenciones sanitarias acordes con las necesidades de los países. Sin embargo, la insuficiente coordinación a escala de distrito provocó deficiencias en la distribución de equipos y medicamentos. Además, la estructura en cascada de la ejecución afectó a los costes de las intervenciones en el sector sanitario, lo que incrementó los costes de ejecución de

los proyectos. Por otra parte, la visibilidad de la financiación de la UE entre las poblaciones destinatarias fue escasa.

V El seguimiento por parte de la Comisión de su gasto sanitario se ha basado en un pequeño número de indicadores de alto nivel que solo daban una imagen parcial de las acciones sanitarias de la UE y se calcularon de modo que los resultados no podían atribuirse únicamente a la financiación de la UE. En el caso de la asistencia bilateral, los resultados no se comparten satisfactoriamente con las delegaciones de la UE en los países, y en ocasiones los datos recopilados por los ejecutores de los proyectos para la elaboración de informes no estaban disponibles o no resultaban fiables.

VI La Comisión participa en la gobernanza de las iniciativas mundiales de salud para garantizar una mayor armonización entre ellas y acabar así con la fragmentación. Sin embargo, son necesarios esfuerzos adicionales para alcanzar estos objetivos y racionalizar el enfoque internacional frente a los retos sanitarios mundiales.

VII La sostenibilidad de los proyectos y programas relacionados con la salud está en entredicho debido a la falta de estrategias claras de transición y salida y al mantenimiento inadecuado de los equipos.

VIII Sobre la base de estas conclusiones, recomendamos a la Comisión:

- ajustar mejor las necesidades de los países y la asignación de fondos para el sector sanitario;
- establecer criterios claros para la financiación de las iniciativas mundiales de salud y mejorar la documentación del proceso de asignación;
- mejorar el análisis de las necesidades y la coordinación de la distribución de equipos y medicamentos;
- analizar la medida en que los costes de gestión son razonables;
- evitar solapamientos y garantizar sinergias entre las iniciativas mundiales de salud que reciben apoyo;
- identificar indicadores para supervisar de forma exhaustiva el apoyo de la UE al sector sanitario;

- o tomar medidas para promover la sostenibilidad de los sistemas sanitarios;
- o dar más importancia al mantenimiento de los equipos suministrados por los proyectos.

Introducción

Importancia de mejorar la salud para hacer frente a la pobreza

01 El apoyo de la UE a la sanidad en los países socios contribuye al principal [objetivo de la política de desarrollo de la UE](#) de reducir y, en última instancia, erradicar la pobreza extrema¹. La pobreza puede ser tanto causa como consecuencia de una cobertura sanitaria insuficiente. En general, a medida que mejora la economía de un país, mejora la salud de sus ciudadanos. Y, a la inversa, mejorar la salud de los ciudadanos puede repercutir directamente en el crecimiento económico².

02 La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»³. La OMS considera el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, e identifica como un peligro común el desarrollo desigual de los diversos países en lo relativo al fomento de la salud y el control de las enfermedades, sobre todo las transmisibles. La mitad de la población mundial carece de acceso a los servicios sanitarios que necesita⁴, y cada año caen en la pobreza extrema unos 100 millones de personas debido a los excesivos costes sanitarios⁵.

03 En 2000, las Naciones Unidas acordaron ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que debían alcanzarse antes de 2015⁶. Tres de ellos estaban directamente relacionados con la salud: reducir la mortalidad infantil (ODM4), mejorar la salud materna (ODM5) y combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades (ODM6).

¹ Artículo 208, apartado 1, del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea.

² [Growing importance of health in the economy](#), Collins, Francis S., Outlook on the Global Agenda 2015, Foro Económico Mundial, 2015.

³ [Constitución de la Organización Mundial de la Salud](#).


⁴ [Monitoring universal health coverage](#), Health and demography, Organización Mundial de la Salud.

⁵ [Health and demography](#), Comisión Europea – DG Asociaciones Internacionales.

⁶ [2000-2015, Objetivos de Desarrollo del Milenio](#), Biblioteca Dag Hammarskjöld, Naciones Unidas.

04 Posteriormente, en 2015, en el marco de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas⁷, la comunidad internacional estableció 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) que debían alcanzarse para 2030. El ODS3 se propone garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Tiene 9 objetivos asociados, todos ellos relacionados con la reducción de los principales problemas sanitarios para 2030 (véase la *ilustración 1*).

Ilustración 1 – Metas del ODS3 en relación con la salud y el bienestar

 3 SALUD Y BIENESTAR	Objetivos	Medios de aplicación
	3.1 Mortalidad materna 3.2 Mortalidad neonatal e infantil 3.3 Enfermedades infecciosas 3.4 Enfermedades no transmisibles 3.5 Abuso de sustancias 3.6 Lesiones de tráfico 3.7 Salud sexual y reproductiva 3.8 Cobertura sanitaria universal 3.9 Salud medioambiental	3.a Control del tabaco 3.b Medicamentos y vacunas 3.c Financiación y personal del sector sanitario 3.d Preparación para emergencias

Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo, a partir de datos de la OMS.

05 En su *Informe especial de 2023 sobre los ODS*, la OMS mencionó positivamente los avances logrados en la mejora de la salud mundial en los últimos años, pero subrayó la insuficiencia de los progresos realizados en ámbitos como la mortalidad materna y la ampliación de la cobertura sanitaria universal. La pandemia de COVID-19 ralentizó los avances para el logro del ODS3 (véase el *recuadro 1*). A raíz de ello, la OMS pidió que se abordasen las deficiencias de larga data en la atención sanitaria con inversiones en los sistemas sanitarios a fin de ayudar a los países a recuperarse y crear resiliencia frente a futuras amenazas sanitarias.

⁷ Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, Naciones Unidas.

Recuadro 1

Efectos del COVID-19 en la ayuda sanitaria

El [Informe especial de 2023 de la OMS sobre los ODS](#) señalaba que, debido a la pandemia de COVID-19, se había asistido a un deterioro de la cobertura sanitaria universal en los países en desarrollo y se habían producido alteraciones en la prestación de servicios sanitarios esenciales (por ejemplo, campañas de vacunación). Dicho informe concluía que la pandemia había ralentizado el progreso hacia el ODS3.

El informe señalaba además que, en 2021, el control del COVID-19 absorbió la mayor parte de la ayuda financiera oficial mundial al desarrollo destinada a la salud básica (9 600 millones de dólares, de los cuales 6 300 millones se destinaron a donaciones de vacunas).

En cuanto a las acciones de la UE contra los efectos del COVID-19, la Comisión les asignó más de 440 millones de euros en 2020 y más de 1 270 millones hasta la fecha para el período de programación 2021-2027.

06 Aunque la preocupación internacional por el vacilante avance de la cobertura sanitaria universal es cada vez mayor⁸, existe una escasez crónica de recursos financieros, humanos y materiales para abordar las necesidades sanitarias de la población de los países en desarrollo, que aumenta de manera constante. Según los últimos datos disponibles de la Unión Africana (2021), solo dos países africanos — Sudáfrica y Cabo Verde— han cumplido el objetivo de la [Declaración de Abuja](#) de asignar cada año al menos el 15 % de sus presupuestos nacionales al sector sanitario⁹. La ayuda internacional en los países en desarrollo pretende mejorar los sistemas sanitarios locales y reforzar los servicios de salud de forma sostenible para que respondan a las necesidades locales y sean accesibles a todos, en particular a quienes viven en la pobreza.

07 Según la OMS, un sistema sanitario es el conjunto de organizaciones, personas y acciones cuya finalidad primordial es promover, restablecer o mantener la salud¹⁰. Abarca las estructuras que deben existir para apoyar los objetivos de mejora de la salud y la equidad sanitaria, eliminando al mismo tiempo las barreras financieras a la

⁸ Cobertura sanitaria universal - Datos y cifras, OMS, 2023.

⁹ Cuadro de mando de África sobre la financiación nacional de la salud, Unión Africana.

¹⁰ Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes, OMS, 2007.

atención sanitaria. La OMS ha determinado seis componentes de un sistema de salud: prestación de servicios; personal sanitario; información; productos médicos, vacunas y tecnologías; financiación, y liderazgo y gobernanza. La OMS hace hincapié en el concepto de fortalecimiento de los sistemas sanitarios (FSS), que define como la mejora de estos componentes básicos y la gestión de sus interacciones a fin de lograr mejoras más equitativas y sostenidas en todos los servicios y resultados sanitarios. El FSS depende de los conocimientos técnicos y la voluntad política¹¹.

08 Tradicionalmente, las actividades de FSS se han centrado en gran medida en reducir las limitaciones de insumos, es decir, en apoyar los sistemas sanitarios suministrando recursos materiales como mosquiteras, anticonceptivos o medicamentos. Sin embargo, estas actividades no permiten por sí mismas alcanzar objetivos amplios, como la mejora de las políticas, la legislación, las estructuras organizativas o los sistemas de prestación de servicios para hacer posible un uso más eficaz de los recursos¹².

Respuesta de la UE a los retos sanitarios en los países socios

09 La ayuda sanitaria de la UE en los países socios se basa en el artículo 168, apartado 3, del [Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea](#), según el cual «la Unión y los Estados miembros favorecerán la cooperación con terceros países y las organizaciones internacionales competentes en materia de salud pública».

10 La política y los objetivos actuales en materia de ayuda sanitaria de la UE fueron desarrollados en múltiples documentos políticos durante los últimos ciclos presupuestarios. Las políticas y estrategias mundiales¹³ y de la UE pertinentes se exponen en la [ilustración 2](#) y en el [anexo I](#).

¹¹ [Health systems strengthening](#), Unlimit Health.

¹² [Why differentiating between health system support and health systems strengthening is needed](#), Chee, G. *et al.*, The International journal of health planning and management, 28(1), 85-9, 2013.

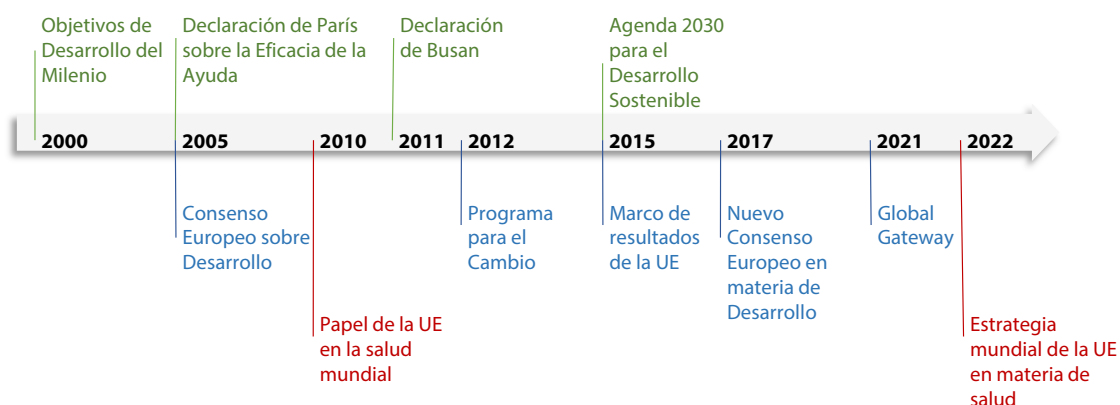
¹³ [Objetivos de Desarrollo del Milenio, Declaración de París, Declaración de Busan y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible](#).

Ilustración 2 – Cronología: políticas y estrategias de ayuda sanitaria mundiales y de la UE

Política mundial de desarrollo

Política de desarrollo de la UE

Política de salud de la UE



Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo, a partir de información recibida de la DG Asociaciones Internacionales.

11 En 2005, el Parlamento Europeo, el Consejo y la Comisión adoptaron el [Consenso Europeo sobre Desarrollo](#), que reiteraba el compromiso de la UE con el logro de los objetivos de desarrollo acordados en el ámbito internacional (es decir, los ODM). Esta [política](#) se hizo aplicable en 2017 a los ODS.

12 En 2010, la Comisión adoptó una Comunicación sobre el papel de la UE en la salud mundial¹⁴, una declaración sobre la política de la UE en materia de ayuda sanitaria que tuvo influencia en dos marcos financieros plurianuales sucesivos (2014-2020 y 2021-2027). Las conclusiones asociadas del Consejo¹⁵ instaban a la Comisión y a los Estados miembros a actuar conjuntamente, dando prioridad al apoyo al FSS en los países socios. En noviembre de 2022, la Comisión adoptó una nueva estrategia en materia de salud mundial¹⁶, en la que reafirmó su compromiso con los ODS y el Consenso Europeo sobre Desarrollo.

¹⁴ COM(2010) 128.

¹⁵ Conclusiones del Consejo, de 10 de mayo de 2010, sobre el papel de la UE en la salud mundial.

¹⁶ COM(2022) 675.

13 En el *cuadro 1* se muestra el gasto en programas de ayuda sanitaria gestionados por la Comisión en los tres últimos períodos de programación. Este ámbito de ayuda financiera de la UE es gestionado en su mayor parte por la Dirección General de Asociaciones Internacionales.

Cuadro 1 – Evolución de la ayuda sanitaria de la UE por servicio de la Comisión (pagos en millones de euros)

Servicio de la Comisión Europea responsable	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (enero de 2024)	% del total desde 2007
DG Asociaciones Internacionales (anteriormente DG Cooperación internacional y Desarrollo)	2 887	2 812	2 244	86,5 %
DG Política de Vecindad y Negociaciones de Ampliación (excluidos los instrumentos de ayuda preadhesión)	400	429	193	11,2 %
Otros (Servicio de Instrumentos de Política Exterior, DG Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas, DG Salud y Seguridad Alimentaria y DG Apoyo a las Reformas Estructurales)	55	153	7	2,3 %
TOTAL	3 342	3 394	2 444	100 %

Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo, a partir de la información extraída de OPSYS por la DG Asociaciones Internacionales en enero de 2024.

14 La financiación de la UE para la ayuda sanitaria consta de un pilar geográfico (acciones ejecutadas en el marco de programas nacionales y regionales) y un pilar temático (acciones que abordan problemas mundiales). Los pilares geográfico y temático requieren la elaboración de programas indicativos plurianuales (PIP) en los que se establecen prioridades y objetivos para un período de siete años con el fin de abordar los retos identificados.

15 La legislación por la que se establecen el Fondo Europeo de Desarrollo (FED), el Instrumento de Cooperación al Desarrollo (ICD) y el Instrumento de Vecindad, Cooperación al Desarrollo y Cooperación Internacional¹⁷ (IVCDCI – Europa Global) incluye un «pilar geográfico» con dotaciones financieras que pueden utilizarse para aportar ayuda sanitaria bilateral de la UE a regiones y países socios concretos. El pilar geográfico financia principalmente la ejecución de programas y proyectos que refuerzan los sistemas sanitarios de los países socios. Las delegaciones de la UE ejecutan estos proyectos principalmente a través de organizaciones no gubernamentales, organismos de ejecución de los Estados miembros de la UE u organizaciones internacionales, como las agencias de la ONU.

16 Haciendo uso de los mismos instrumentos, la Comisión también asigna financiación sanitaria a través del pilar temático, principalmente a iniciativas mundiales de salud. Estas iniciativas aúnan los esfuerzos de partes interesadas de todo el mundo para afrontar los retos mundiales en materia de salud. Las iniciativas mundiales de salud movilizan, gestionan y distribuyen fondos para apoyar la ejecución de programas sanitarios en países de renta baja y media. Las dos mayores iniciativas de este tipo apoyadas por la Comisión son el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria (**Fondo Mundial**) y la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización (**GAVI**).

17 El pilar temático del IVCDCI – Europa Global se compone de cuatro programas temáticos:

- Derechos humanos y democracia;
- Organizaciones de la sociedad civil;
- Paz, estabilidad y prevención de conflictos;
- Retos mundiales.

18 IVCDCI – Europa Global no especifica qué importe se reserva a la salud. Dentro del programa indicativo plurianual (PIP) «**Retos mundiales**», el ámbito prioritario 1 (Personas) cuenta con un presupuesto indicativo de 1 835 millones de euros (que representa el 28,8 % del total del pilar temático del IVCDCI o el 50 % del PIP «Retos mundiales») e incluye la salud entre otras prioridades.

¹⁷ Reglamento (UE) 2021/947.

Alcance y enfoque de la auditoría

19 Evaluamos la ayuda financiera de la UE a los sistemas sanitarios en los países socios con objeto de responder a las siguientes preguntas:

- ¿Fijó la Comisión unos objetivos claros para la ayuda financiera a la sanidad y seleccionó intervenciones coherentes con dichos objetivos?
- ¿Logró los resultados esperados la ayuda financiera de la UE destinada a fortalecer los sistemas sanitarios?
- ¿Tuvo en cuenta la Comisión la sostenibilidad en todas las fases de sus intervenciones?

20 La auditoría se centró en la ayuda financiera de la DG Asociaciones Internacionales al sector sanitario en los países socios durante el período de programación 2014-2020. También tuvimos en cuenta el período 2007-2013 (para nuestra evaluación de la sostenibilidad) y el inicio del programa IVCDI 2021-2027 (los datos se extrajeron hasta enero de 2024). Nos centramos en las asignaciones globales y por país.

21 Nuestro trabajo incluyó un análisis de los documentos facilitados por la Comisión (DG Asociaciones Internacionales y delegaciones de la UE) sobre las estrategias de ayuda sanitaria de la UE, la definición de objetivos e indicadores y la distribución de la financiación durante los respectivos períodos de programación.

22 Mantuvimos varias reuniones con la DG Asociaciones Internacionales en Bruselas. También visitamos la sede del Fondo Mundial en Ginebra para obtener información detallada sobre el papel y el alcance de sus intervenciones en los países socios.

23 Asimismo, seleccionamos tres países —Burundi, República Democrática del Congo (RDC) y Zimbabue— para realizar un análisis en profundidad de la ayuda sanitaria de la UE sobre el terreno. Nuestros criterios de selección fueron la importancia de la ayuda financiera para la sanidad, las prioridades sanitarias estratégicas de la UE, la evolución de la ayuda financiera a lo largo del tiempo y el volumen de ayuda del Fondo Mundial. Revisamos la estrategia sanitaria nacional y los documentos de programación de cada país seleccionado y examinamos una muestra de los diecisiete mayores programas y proyectos sanitarios bilaterales financiados por la UE en dichos países (véase el [anexo II](#)).

24 Con ocasión de las visitas a Burundi y Zimbabue nos entrevistamos con las autoridades locales, las delegaciones de la UE, otros donantes, ejecutores de proyectos, organizaciones no gubernamentales y beneficiarios finales. Nuestra auditoría de los programas en la RDC se llevó a cabo mediante un examen documental.

25 Según la Comisión, la sanidad se ha convertido en un sector prioritario, pasando de ser una política a constituir una estrategia de la UE. Decidimos llevar a cabo la presente auditoría dada la importancia de la salud mundial en la agenda de desarrollo de la UE, así como la importancia de la ayuda financiera de la UE. Esperamos que este informe contribuya a mejorar la forma en que se gestiona la ayuda de la UE a la sanidad, así como al debate sobre la asignación de la ayuda de la UE en este ámbito en el futuro.

Observaciones

La UE ha establecido prioridades generales de la ayuda sanitaria, pero la asignación de fondos adolece de deficiencias

26 Analizamos las prioridades de las estrategias de ayuda sanitaria de la UE y la financiación de programas sanitarios por la DG Asociaciones Internacionales. Evaluamos si tanto la financiación global como la muestra de intervenciones que seleccionamos para la auditoría se ajustaban a esos objetivos estratégicos.

27 El [Consenso Europeo sobre Desarrollo](#) de 2005 exigía a la Comisión que elaborara criterios para decidir la participación en las iniciativas mundiales de salud y las contribuciones a ellas. Por tanto, examinamos el proceso de asignación de fondos a las iniciativas mundiales de salud.

Los documentos políticos establecieron parámetros generales para la asignación de fondos que se han mantenido constantes durante los períodos de programación

28 La [Comunicación de la Comisión de 2010](#) sobre el papel de la UE en la salud mundial, y las [correspondientes Conclusiones del Consejo](#) (conclusión n.º 5) afirmaron la necesidad de que la UE y sus Estados miembros dieran prioridad a su ayuda al fortalecimiento de los sistemas sanitarios en los países socios. Se trataba de garantizar que los principales componentes de los sistemas —profesionales de la salud, acceso a los medicamentos, infraestructura y logística, y gestión descentralizada— sean lo bastante efectivos para prestar una asistencia sanitaria básica de calidad y equitativa para todos, en especial en los países frágiles (véase el [anexo I](#)). Este objetivo debía alcanzarse a través de canales bilaterales, así como mediante la participación en iniciativas mundiales y foros internacionales. La Comunicación también propone que la UE apoye un liderazgo más fuerte de la OMS, trabaje por aumentar la eficacia del sistema de la ONU, garantice la coherencia entre las políticas pertinentes de la UE y apoye la investigación, el intercambio de información y la experiencia colectiva en salud mundial.

29 La estrategia sanitaria mundial de 2022 de la UE se centra en tres prioridades interrelacionadas (véase el [anexo I](#)):

- Mejorar la salud y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida.

- Reforzar los sistemas sanitarios y promover la cobertura sanitaria universal.
- Prevenir y combatir las amenazas para la salud, incluidas las pandemias, [aplicando el enfoque de «Una sola salud»](#).

30 Los principales documentos políticos de la Comisión proporcionan un marco general para la concesión de ayuda financiera al sector sanitario, sin especificar objetivos operativos. La ayuda sanitaria de la Comisión se atuvo a las prioridades declaradas. Contribuyó a los ODM 4, 5 y 6 y, más tarde, al ODS 3, principalmente a través de programas bilaterales y del apoyo a iniciativas mundiales de salud, como el Fondo Mundial, la GAVI o la Alianza para los Suministros del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Sin embargo, la ayuda financiera para la prioridad clave del fortalecimiento de los sistemas sanitarios (véase el apartado **28**), que procede del pilar geográfico (véase el apartado **15**), se ha ido reduciendo con el tiempo.

31 Hasta 2020, la Comisión comprometió fondos para asistencia sanitaria principalmente a través del FED y el ICD. Desde 2021, la cooperación al desarrollo se realiza a través del IVCDI – Europa Global.

32 Los detalles sobre la financiación de la DG Asociaciones Internacionales se presentan en el [cuadro 2](#). Los importes totales se han mantenido relativamente constantes, aunque han disminuido en términos reales.

Cuadro 2 – Evolución de los pagos de la DG Asociaciones Internacionales a la sanidad por instrumento de financiación, en millones de euros

Instrumento de financiación de la UE	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (enero de 2024)
Instrumento de Vecindad, Cooperación al Desarrollo y Cooperación Internacional (IVCDI – Europa Global)			2 244
Fondo Europeo de Desarrollo (FED)	1 256	1 850	
Instrumento de Cooperación al Desarrollo (ICD)	1 566	943	
Otros	65	19	
Total general	2 887	2 812	2 244

Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo, a partir de datos de la DG Asociaciones Internacionales.

La clasificación por la Comisión de los países socios en función de sus necesidades sanitarias ha tenido escaso efecto en la asignación de financiación bilateral

33 Dado que la Comunicación de 2010 sobre el papel de la UE en la salud mundial se centraba en priorizar y aumentar la ayuda a los países frágiles (véase el apartado **28**), la DG Asociaciones Internacionales elaboró una lista de los países más necesitados para fundamentar las decisiones de asignación. En 2020, elaboró una nueva lista.

34 En 2010, la Comisión clasificó a los países socios utilizando cinco indicadores: necesidad de ayuda sanitaria, capacidad financiera pública, voluntad de gastar la ayuda sanitaria de forma adecuada, importe de la ayuda recibida y resultados anteriores en materia de salud. La lista de 2020 se elaboró utilizando una nueva metodología basada en tres índices internacionales: [índice de desarrollo humano](#), [índice de capital humano](#) y [progreso hacia el ODS3](#). Debido a este cambio metodológico, así como a la evolución de la situación sobre el terreno, la clasificación de los países en las dos listas presenta diferencias sustanciales (véase el [cuadro 3](#)).

Cuadro 3 – Evolución de la priorización y la financiación de la sanidad en los países socios más necesitados en 2010

Clasificación de la DG Asociaciones Internacionales		País socio	La salud como prioridad en el programa indicativo nacional					
			Compromisos 2007-2013 (en millones de euros)	2007-2013	Compromisos 2014-2020 (en millones de euros)	2014-2020	Compromisos 2021-2027 (en euros)	2021-2027
2010	2020							
1	26	Tanzania	0,018	X	0	X	0	X
2	32	Zambia	68	✓	2,3	X	12,3	✓
3	13	Afganistán	198	✓	172,5	✓	65,3	✓
4	5	Mozambique	24	✓	0	X	4	X(*)
5	33	República Centroafricana	0	X	7,4	✓	34	✓
6	2	Sierra Leona	24,2	✓	0	X	0	X
7	3	Níger	0	✓	11,8	✓	1	X
8	6	Liberia	63,5	✓	0	X	0	X
9	28	Sudán	0	X	0	X	26	✓
10	29	Zimbabue	39	✓	132,6	✓	32,8	✓
11	14	Burundi	30,1	✓	120,4	✓	58,7	✓
12	4	Mali	0	✓	1,2	X	0	✓
13	41	Senegal	0	✓	0	X	22,3	X(*)
14	9	Nigeria	85	✓	78,5	✓	52,2	✓
15	43	Ruanda	0	X	0	X	30,1	X(*)
16	20	Gambia	0	X	2,8	X	0	X
17	7	Guinea	29,5	✓	23	✓	10,3	✓
18	18	Madagascar	31,9	✓	0	X	32,5	✓
19	1	Chad	10	✓	1,2	X	0	X
20	38	Comoras	0	X	0	X	0	X

Celdas de color morado = países en los que la salud no es un sector prioritario en el PIP 2014-2020.

Celdas de color amarillo = países en los que la salud no es un sector prioritario en el PIP 2021-2027.

(*) Senegal, Ruanda, Mozambique y Níger no incluyen la sanidad como ámbito prioritario en sus PIP para 2021-2027, pero reciben asignaciones del PIP regional «África Subsahariana».

Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo, a partir de datos de la DG Asociaciones Internacionales.

35 Se observa poca correlación entre la clasificación de los países socios y la asignación financiera bilateral para el sector sanitario (véase el [cuadro 3](#)). Tanzania, el país mejor clasificado en la lista de 2010, recibió muy poca ayuda en 2007-2013. Sierra Leona ocupó un lugar destacado en ambas listas, pero solo recibió ayuda en 2007-2013. Mozambique también recibió poca ayuda a pesar de ocupar un lugar destacado en las dos listas. La sanidad no era una prioridad de la financiación de la UE en ninguno de los tres países. Los sectores de la sanidad recibieron cierto apoyo de las dotaciones regionales. Por otro lado, Zimbabue y Burundi recibieron niveles relativamente altos de ayuda sanitaria, a pesar de ocupar los puestos más bajos en ambas listas de prioridades. Los países que percibieron más financiación durante el período 2014-2020 fueron la RDC, Afganistán, Zimbabue, Etiopía y Burundi. En el actual período de programación (2021-2027), los cinco principales beneficiarios de la financiación de la Comisión para el sector sanitario han sido la RDC, Afganistán, Burundi, Nigeria y Etiopía.

36 Las razones de estas discrepancias radican principalmente en los «principios de programación»¹⁸, en particular el principio de apropiación establecido en el artículo 13, apartado 1, letra a), del [Reglamento \(UE\) 2021/947](#), que exige que la programación se base en un diálogo político con los países socios. En consecuencia, el apoyo sectorial específico depende de las prioridades de cada país socio. Otra razón ha sido la limitación del número de ámbitos prioritarios que deben incluirse en los programas indicativos nacionales (un máximo de tres ámbitos prioritarios a partir del MFP 2014-2020). Otras necesidades acuciantes —principalmente económicas— pueden impedir que se preste atención a las necesidades sanitarias: por ejemplo, Chad, que encabeza la lista de 2020 (véase el [cuadro 3](#)), tiene como prioridades plurianuales la gobernanza, el desarrollo humano (en ámbitos distintos de la salud) y el Pacto Verde. Así pues, el análisis de la Comisión sirvió de orientación para iniciar las negociaciones de programación, pero no fue un factor decisivo para la asignación de los fondos.

37 Por las mismas razones, el número de PIP nacionales que consideraban la salud un sector prioritario disminuyó de 48 en el período de programación 2007-2013 a 17 en el período 2014-2020. En el marco del IVCDI – Europa Global (2021-2027), la salud es un ámbito prioritario en 27 PIP de un total de 86 PIP nacionales (es decir, en 59 PIP nacionales no dan esta prioridad a la salud). En el [anexo III](#) se ofrece una relación completa de los países que han dado prioridad a la salud durante los tres últimos períodos de programación.

¹⁸ Informe Especial 14/2023.

La metodología utilizada para las asignaciones del pilar temático no está formalizada ni debidamente documentada

38 Además de las asignaciones geográficas (por países o regiones), la UE apoya la sanidad mediante la financiación temática (véase el apartado **16**), que financia iniciativas mundiales de salud. El gasto de la UE en iniciativas mundiales de salud en los tres MFP auditados ha aumentado sustancialmente (véase el **cuadro 4**). En los últimos años, la pandemia de COVID-19 acentuó esta tendencia. Además, desde el MFP 2014-2020, se ha dado más ayuda de la UE a través de las iniciativas mundiales de salud que ayuda bilateral directa a los países socios. Las dos principales iniciativas apoyadas por la Comisión son el **Fondo Mundial** y la **Alianza GAVI** (véanse el apartado **16** y el **anexo IV**). La Comisión Europea ha apoyado al Fondo Mundial desde su lanzamiento en 2002 y la Alianza GAVI desde 2003, tres años después de su lanzamiento en 2000.

Cuadro 4 – Evolución de los pagos de la Comisión a iniciativas mundiales de salud, en millones de euros

Iniciativa mundial de salud	2007-2013	2014-2020	2021-2027 (hasta enero de 2024)	Total general (2007 – enero de 2024)
Fondo Mundial	585	853	1 017	2 455
GAVI	20	285	510	815
Alianza en pro de la Cobertura Sanitaria Universal de la OMS	22	150	37	209
Fondo para Pandemias			227	227
Asociación de suministros del UNFPA	48	50	45	143
Mecanismo Mundial de Financiamiento (BIRF)		24		24
ONUSIDA – Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA	2			2
Total de las iniciativas mundiales de salud	677	1 362	1 836	3 875
Ayuda bilateral total (países enumerados en el anexo III)	1 308	990	136	2 435
Total ayuda sanitaria de la DG Asociaciones Internacionales	2 887	2 812	2 244	7 944
% Total de las iniciativas mundiales de salud/Total ayuda sanitaria de la DG Asociaciones Internacionales	23,4 %	48,4 %	81,8 %	48,7 %
% Total ayuda bilateral/Total ayuda sanitaria de la DG Asociaciones Internacionales	45,3 %	35,2 %	6,1 %	30,7 %

Fuente: Cuadro de indicadores de la DG Asociaciones Internacionales y datos extraídos de la base CRIS/OPSYS, a partir de códigos CAD de salud.

39 Ni el Reglamento IVCDI-Europa Global ni el PIP temático correspondiente especifican la financiación de la UE asignada a cada iniciativa mundial de salud. Según la Comisión, las iniciativas mundiales de salud se seleccionaron a efectos de su financiación tras un examen de las evaluaciones, los déficits de financiación, la disponibilidad presupuestaria, los avances hacia las metas de los ODS y los indicadores comunicados por las iniciativas, así como de una evaluación de la influencia de la DG Asociaciones Internacionales en los órganos de gobernanza de las iniciativas y consideraciones estratégicas. Sin embargo, constatamos que el proceso no se documentó suficientemente. Aunque la Comisión utilizó elementos cuantitativos y

cualitativos, la metodología no se basó en un conjunto formal y predefinido de criterios específicos y cuantificables.

La financiación de la UE ha contribuido al funcionamiento de los sistemas sanitarios, pero su eficacia ha resultado mermada por problemas de coordinación

40 Examinamos la pertinencia y la eficacia de las intervenciones de ayuda sanitaria de la UE en tres países socios seleccionados para efectuar un análisis en profundidad, la coordinación entre donantes, ejecutores de proyectos e instituciones gubernamentales, los costes de gestión de las intervenciones, la visibilidad de la financiación de la UE y las disposiciones de seguimiento. Examinamos si la Comisión identificó y priorizó las intervenciones relevantes para garantizar su coherencia con la política nacional de salud y las expectativas de la sociedad civil y su consonancia con la asignación de fondos. Estudiamos si las intervenciones se coordinaron con otros donantes y contribuyeron a la aplicación de la estrategia y los objetivos, y si los resultados de las intervenciones podían verificarse.

La UE apoyó una serie de intervenciones sanitarias acordes con las necesidades de los países seleccionados

41 Encontramos ciertas divergencias en el tipo de intervenciones financiadas por la UE en los tres países que seleccionamos para efectuar un análisis en profundidad. En Burundi, durante el período 2014-2020, la ayuda de la UE se destinó principalmente, entre otras cosas, a la prestación de asistencia sanitaria gratuita para mujeres embarazadas y niños menores de cinco años. Otros proyectos destinados a fortalecer el sistema sanitario en ámbitos como la capacidad quirúrgica a nivel de distrito, la digitalización o la salud mental solo asignaron un pequeño porcentaje de los fondos a estas actividades. En las provincias de Bururi, Makamba y Gitega, el 28 % de los casi 9 millones de euros asignados por la UE se destinaron a gastos corrientes y recursos humanos.

42 La Comisión ha apoyado el sistema sanitario de Zimbabue a través de fondos consecutivos de donantes múltiples. El Fondo de Desarrollo Sanitario (HDF, por sus siglas en inglés), en vigor entre 2016 y 2022, empleó más de un tercio de su presupuesto en la adquisición de medicamentos esenciales y productos de nutrición (véase la *ilustración 3*).

43 El apoyo al sector sanitario ha sido una prioridad de la ayuda bilateral de la UE a la RDC en los tres últimos períodos de programación, durante los cuales el país ha sido uno de los principales beneficiarios de la ayuda sanitaria de la UE. Los programas y proyectos bilaterales que la UE ha ejecutado en la RDC se han centrado en los siguientes ámbitos:

- o la reconstrucción de hospitales y centros de salud;
- o la creación de agencias para gestionar los gastos de funcionamiento y asistencia de las estructuras sanitarias;
- o la mejora del suministro de medicamentos de calidad;
- o el refuerzo de las autoridades sanitarias.

44 Consideramos que todas estas intervenciones fueron por lo general pertinentes en relación con las necesidades de los países.

Los esfuerzos de coordinación y los sistemas de distribución a nivel de distrito son inadecuados

45 En los países seleccionados se realizaron esfuerzos por mejorar la coordinación y reforzar los sistemas de distribución. Al realizar nuestro análisis observamos que los esfuerzos de coordinación nacional suelen centrarse únicamente en las estrategias de ámbito nacional y la asignación por regiones. Sin embargo, también es necesaria una coordinación en los niveles inferiores, de distrito y ambulatorio, para garantizar que reciben lo que realmente necesitan. Nuestras visitas a ambulatorios rurales demostraron que es importante mejorar el análisis de las necesidades y la distribución de medicamentos, ya que hallamos estanterías vacías en la mayoría de farmacias de los ambulatorios (véase el apartado **47**).

46 En Zimbabue, los evaluadores¹⁹ comprobaron que los proyectos no abordaban los problemas subyacentes de forma exhaustiva, lo que daba lugar a la duplicación de intervenciones. Tanto en Burundi como en Zimbabue, nosotros mismos observamos casos de financiación destinada a equipos infrautilizados (véase el **recuadro 2**).

¹⁹ The End-Line Evaluation of the Health Development Fund (HDF) Programme, AAN Associates, 2021.

Recuadro 2

Equipos infrautilizados en Burundi y Zimbabue

En Burundi visitamos un hospital y descubrimos que, si bien se utilizaban dos incubadoras nuevas financiadas por la UE, no se hacía uso de otras tres (suministradas por otro donante). Las nuevas incubadoras financiadas por la UE no serían necesarias si estuvieran en funcionamiento las recibidas anteriormente de otros donantes.

En un hospital de distrito de Zimbabue, descubrimos que dos cajas que contenían ultracongeladores nuevos llevaban más de medio año en el pasillo porque el hospital no los necesitaba. El beneficiario no pudo aclarar el origen de estos artículos y no fue posible determinar la fuente de financiación del equipo. Si se hubieran analizado mejor las necesidades del hospital, el dinero de la comunidad de donantes podría haberse gastado más eficazmente.

47 En el proyecto del HDF en Zimbabue, la mayor partida presupuestaria se destinó a productos médicos y vacunas (véase la *ilustración 3*). A pesar de la inversión de múltiples donantes, la disponibilidad de medicamentos ha sido limitada, tal como observamos en nuestras visitas sobre el terreno (véase la *imagen 1*). Descubrimos que algunos medicamentos básicos llevaban varios meses agotados. También encontramos casos en los que se habían desechado medicamentos no caducados.

48 La evaluación final del proyecto PASS en Burundi recomienda reforzar las capacidades relacionadas con la gestión de los productos farmacéuticos. El informe anual del Ministerio de Sanidad para el año 2021 confirma que el desabastecimiento o la escasez de medicamentos son algunas de las principales dificultades.

49 Por último, en lo que atañe a la RDC, la evaluación intermedia (publicada el 17 de enero de 2022) de PRO DS, el mayor proyecto sanitario del período 2014-2020, constató que tres objetivos relacionados con el suministro de medicamentos esenciales solo se alcanzaron parcialmente debido a la ineficaz reorganización de la Federación de Centrales de Compra de Medicamentos y de la Dirección General de Organización y Gestión de la Asistencia Sanitaria.

Imagen 1 – En un ambulatorio de Zimbabue que visitamos, algunos medicamentos estaban permanentemente agotados



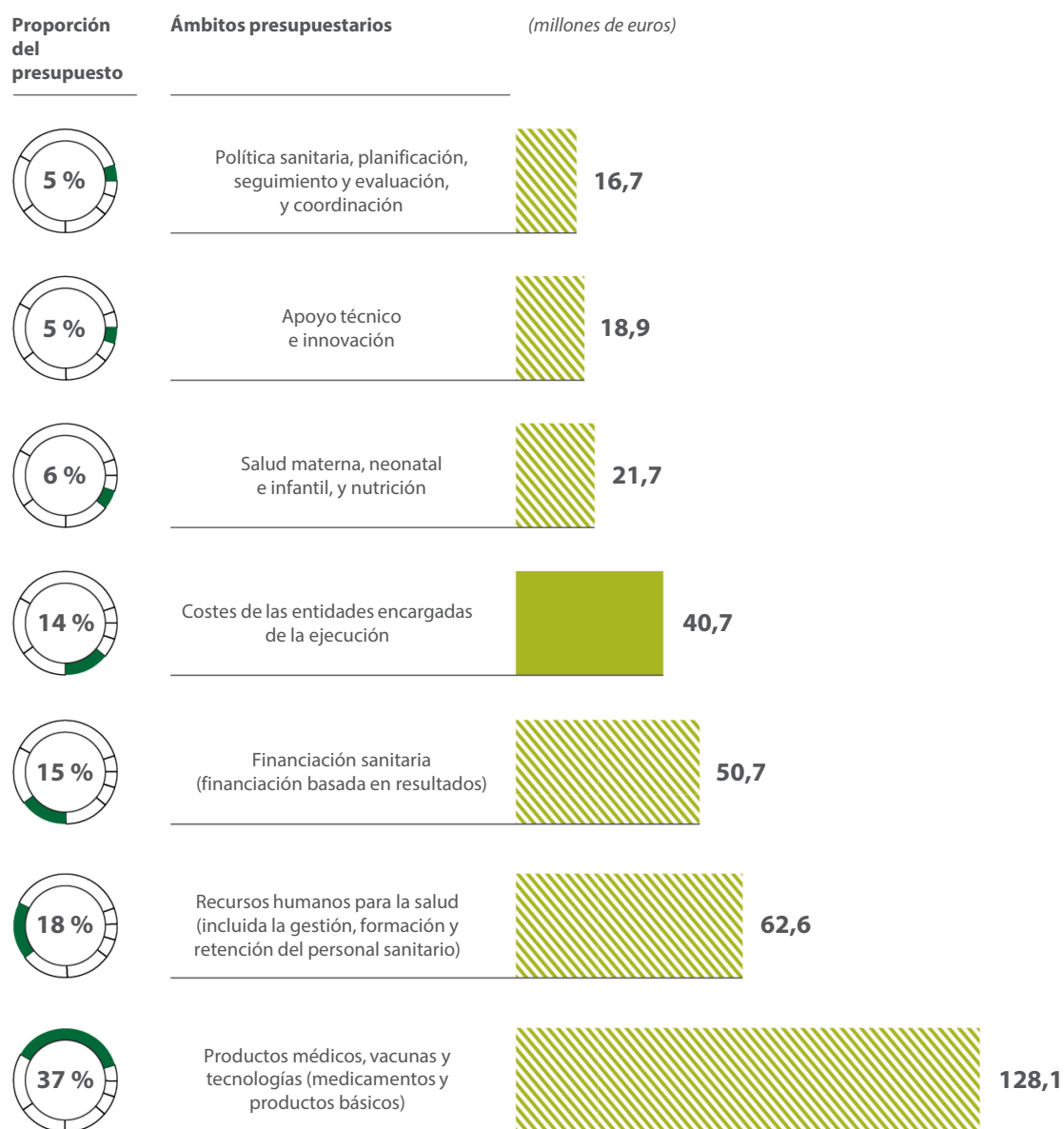
Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo.

La estructura en cascada de la ejecución repercute en los costes

50 La existencia de una estructura en cascada de la ejecución afecta a los costes de las intervenciones en el sector sanitario. Los proyectos suelen estar dirigidos por socios ejecutantes que recurren a subcontratistas. Todos estos agentes cobran comisiones de gestión que reducen la cantidad de dinero disponible para los beneficiarios finales.

51 En Zimbabue, la Comisión contribuyó a fondos de múltiples donantes. Para el proyecto HDF, que se desarrolló de 2016 a 2020, hubo dos socios ejecutores. Los socios ejecutores destinaron el 7 % del presupuesto a gastos de gestión y un 7 % adicional a gastos de gestión de la sede, lo que supone un 14 % de todo el presupuesto. Esto significa que los costes totales de gestión fueron superiores a algunas asignaciones por partida de intervención. En la *ilustración 3* se muestra que los costes de los socios ejecutores ascendieron a casi el doble de la cantidad asignada a salud y nutrición materna, neonatal e infantil.

Ilustración 3 – Presupuesto del Fondo de Desarrollo Sanitario (UE + otros donantes) en Zimbabue (2016-2022)



Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo.

52 Constatamos que algunos proyectos de Burundi correspondientes al nombre común de «Twiteho Amagara», financiados directamente por la UE, tenían unos costes de funcionamiento superiores al 30 %. Los proyectos fueron ejecutados por cinco consorcios en las dieciocho provincias de Burundi. El importe total concedido a los consorcios fue de 45 millones de euros, de los cuales casi una tercera parte (14 millones de euros) se destinó a cubrir los gastos de funcionamiento.

La coordinación de las distintas fuentes de financiación resulta compleja

53 La Comisión utiliza dos vías de financiación distintas —la financiación geográfica y las iniciativas mundiales— para prestar apoyo a los mismos territorios geográficos. Además, en los últimos años, las iniciativas mundiales de salud han ampliado su alcance en sentido horizontal para incluir el FSS. Existe, por tanto, un riesgo de solapamiento entre las acciones de la Comisión y las acciones de las iniciativas mundiales de salud, y un riesgo de que no se refuercen las sinergias, tanto entre los ámbitos de intervención de la Comisión y de las iniciativas, como entre las propias iniciativas.

54 El Fondo Mundial exige un mecanismo claro en cada país beneficiario para coordinar los esfuerzos conjuntos de acceso y utilización de la financiación. Debido a los problemas que plantea la representación de las partes interesadas (en particular, las comunidades locales) en los sistemas de coordinación nacionales, esta exigencia suele requerir la creación de un mecanismo de coordinación nacional independiente. Constatamos que este mecanismo aumenta la carga administrativa para el país socio. Por ejemplo, debido a esta complejidad, los funcionarios burundeses nos comunicaron su interés en fusionar el mecanismo de coordinación nacional en el Marco de Asociación para la Salud y el Desarrollo, que es la estructura de coordinación general gestionada por el Ministerio de Sanidad.

55 La Comisión participa en los órganos de gobierno de las iniciativas mundiales de salud, así como en la dirección y aplicación de la [Agenda de Lusaka](#) de 2023, que proporciona un foro de coordinación sobre el futuro de las iniciativas. En la Agenda de Lusaka se identifican varios requisitos clave para mejorar la contribución de las iniciativas mundiales de salud a la protección de la vida y la mejora de la salud de personas de todo el mundo. Entre ellos figuran una mayor contribución a la atención primaria, un papel catalizador en apoyo de los servicios sanitarios financiados a escala nacional, enfoques conjuntos para alcanzar la equidad sanitaria, coherencia estratégica y operativa de los modelos de gobernanza de las iniciativas y coordinación de la investigación y el desarrollo con el sector de la fabricación regional. La aplicación

efectiva de la Agenda será clave para garantizar la coordinación del enfoque de los donantes, las iniciativas mundiales de salud y los gobiernos nacionales a fin de fortalecer los sistemas sanitarios en los países socios.

La visibilidad sobre el terreno de las acciones financiadas por la UE es escasa, sobre todo cuando los fondos se aportan conjuntamente con los de otros donantes

56 La visibilidad de las acciones de la UE es esencial para reforzar su papel en el mundo. La Comisión ha elaborado varias orientaciones centradas específicamente en las acciones exteriores²⁰. Los beneficiarios de financiación de la UE tienen obligaciones en materia de visibilidad de la UE. La normativa también contempla el uso de marcas combinadas: en la mayoría de los casos, la obligación de mostrar el emblema de la UE en un lugar al menos tan destacado como otros logotipos.

57 Nuestras visitas pusieron de manifiesto que la visibilidad de las acciones financiadas por la UE es insuficiente. El problema más común es que los beneficiarios conocen el proyecto o los ejecutores, pero ignoran que la financiación ha sido proporcionada por la UE.

58 Los ejecutores de los proyectos suelen ser mucho más visibles que los donantes, y los beneficiarios generalmente piensan que son quienes proporcionan la financiación. Por ejemplo, en Burundi encontramos casos en los que la bandera de la UE se exhibía sin ningún texto añadido que identificase a la Unión Europea (véase la [imagen 2](#)), lo que no se ajusta a las orientaciones (véase el apartado [56](#)). Esto es un problema porque las poblaciones locales no siempre asocian la bandera con la UE. En otros casos, solo aparecía el logotipo del ejecutor.

²⁰ [Comunicar y dar más visibilidad a la UE: orientaciones para las acciones exteriores](#), Comisión Europea.

Imagen 2 – Logotipo de la bandera de la UE sin texto identificativo de la Unión Europea



Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo.

59 En el caso de los fondos de múltiples donantes, los beneficiarios no suelen conocer la identidad de todos los donantes y solo están familiarizados con la denominación del fondo. A pesar del requisito de dar a la ayuda de la UE al menos la misma visibilidad que a los demás contribuyentes, a quien reconocen los beneficiarios finales únicamente es al socio ejecutor. Esto es contrario al objetivo de dar a conocer las políticas exteriores de la UE y sus acciones mundiales.

La amplitud de los indicadores de resultados y las insuficiencias en los datos dificultan la medición de los logros de la ayuda sanitaria de la UE

60 El marco de resultados de la UE utilizado por la Comisión incluye un pequeño número de indicadores de salud para medir la consecución de los objetivos estratégicos (cinco indicadores hasta 2017 y dos desde entonces). Estos indicadores (véase el [cuadro 5](#)) pretenden medir el apoyo específico de la UE. En la práctica, sin embargo, muestran el efecto de la ayuda de toda la comunidad de donantes y solo ofrecen una imagen parcial de la intervención de la UE en el sector sanitario.

Cuadro 5 – Evolución de los indicadores de salud en el marco de resultados de la UE

2015-2017	a partir de 2018
Número de niños de un año vacunados con ayuda de la UE	Número de niños de un año vacunados con ayuda de la UE
Número de mujeres que utilizan algún método anticonceptivo con ayuda de la UE	Número de mujeres en edad reproductiva que utilizan métodos anticonceptivos modernos con ayuda de la UE
Número de partos atendidos por personal sanitario cualificado con ayuda de la UE	-
Número de personas con infección por VIH a las que se administran antirretrovirales con ayuda de la UE	-
Número de mosquiteros tratados con insecticida distribuidos con ayuda de la UE	-

Fuente: Marco de resultados de cooperación internacional y desarrollo de la UE (EURF) (2015), EURF revisado (2018) y Sistema de supervisión del rendimiento de Europa Global que contiene un Marco de resultados de Europa Global revisado (2022).

61 Del mismo modo, los indicadores de resultados utilizados por las iniciativas mundiales de salud a menudo no son atribuibles únicamente a sus acciones, sino que reflejan la acción conjunta de todos los donantes y los gobiernos de los países beneficiarios (por ejemplo, el indicador clave de resultados del Fondo Mundial sobre las tasas de mortalidad).

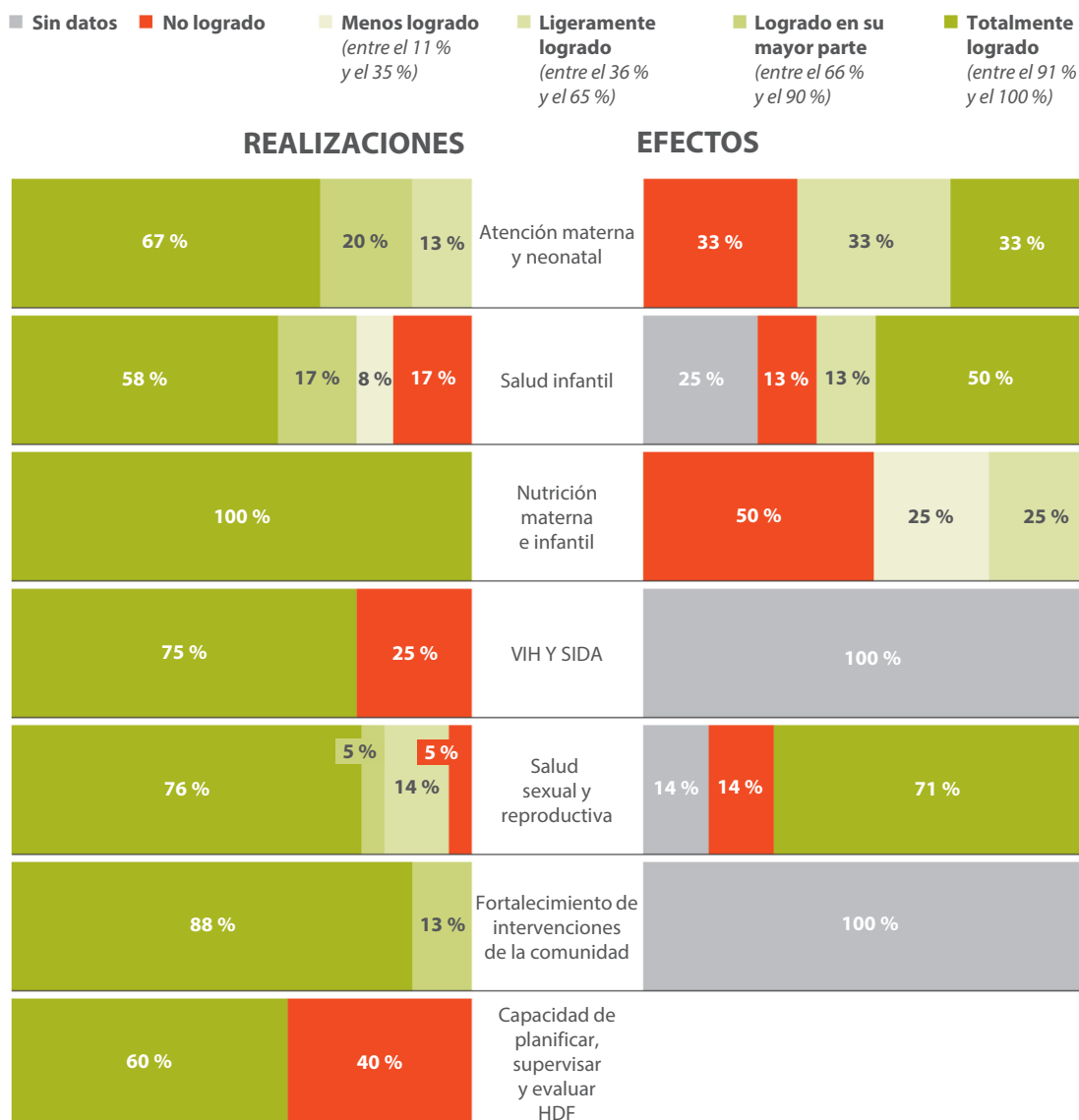
62 Las realizaciones generadas por los fondos conjuntos no se comunican suficientemente a las delegaciones de la UE. Por ejemplo, la delegación de Zimbabue no recibió informes trimestrales de ejecución, sino tan solo informes anuales de situación con información insuficiente sobre el uso de los fondos.

63 Como ya se ha explicado (véanse los apartados **60** y **61**), es difícil aislar el impacto de la intervención de la UE de la ayuda de otros donantes y de otros factores exógenos. En Burundi, las evaluaciones disponibles estiman que los efectos y los resultados se alcanzaron parcialmente²¹.

²¹ *Evaluation du programme d'appui au système de santé (PASS) au Burundi*, IBF, 2021; Informe de evaluación intermedia del programa Twiteho Amagara, Proman, 2022, y otras evaluaciones no públicas.

64 Según la evaluación final, el Fondo de Desarrollo Sanitario en Zimbabue se fijó como objetivo 24 efectos y 69 realizaciones. Los indicadores muestran que se obtuvieron la mayoría de las realizaciones, pero la consecución de los efectos comunicados estaba menos avanzada (véase la *ilustración 4*).

Ilustración 4 – Fondo de Desarrollo Sanitario en Zimbabue: realizaciones y efectos



Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo, a partir de la evaluación final del Fondo de Desarrollo Sanitario en Zimbabue.

65 En la RDC, la evaluación intermedia de PRO DS, el mayor proyecto sanitario del período 2014-2020, puso de manifiesto que tres de los diez resultados esperados se alcanzaron esencialmente en su totalidad (por ejemplo, la racionalización del funcionamiento de un hospital de referencia y de centros de salud) y cinco se alcanzaron en parte (por ejemplo, el fortalecimiento del papel regulador de la

administración sanitaria central). El avance hacia la consecución de dos resultados fue muy inferior al esperado (por ejemplo, el establecimiento de recursos humanos adaptados a los niveles operativos y las funciones administrativas).

66 En nuestras visitas de auditoría, constatamos que algunos de los datos que debían recopilarse para la elaboración de informes no eran fiables o no se disponía de ellos. En Burundi se utilizaron varios indicadores para efectuar un seguimiento de la salud materna. Sin embargo, algunos valores notificados eran claramente imposibles de alcanzar. Por ejemplo, el indicador de partos asistidos ascendía en ocasiones al 125 %. La Comisión ha explicado que esto es atribuible a estadísticas demográficas obsoletas.

La sostenibilidad de los proyectos corre peligro

67 La poca sostenibilidad es un riesgo inherente a los proyectos de ayuda al desarrollo. La ayuda es temporal, los plazos de las intervenciones son breves y la disponibilidad de fondos fluctúa, todo lo cual puede repercutir de forma negativa en la continuidad de los proyectos en los países receptores. Examinamos si se tuvo en cuenta la sostenibilidad en todas las fases de las intervenciones, es decir, en la planificación, la ejecución y el seguimiento.

Los gobiernos beneficiarios carecen de estrategias de transición o salida y de compromiso, y sus recursos presupuestarios son limitados

68 Los proyectos financiados tienen una duración determinada y rara vez son autosuficientes una vez termina la financiación. Por tanto, los donantes deben colaborar con las autoridades locales y nacionales para garantizar que no se pierdan los resultados. Al mismo tiempo, es importante que la financiación de los donantes se corresponda con una capacidad de absorción adecuada y que los gobiernos no la utilicen para sustituir al gasto nacional. También es importante que los países receptores dispongan de estrategias de financiación del sector sanitario que mitiguen los efectos del cese de las contribuciones de los donantes.

69 En los tres países que analizamos en profundidad no encontramos estrategias claras de transición y salida (véase el [recuadro 3](#)), lo que plantea retos de sostenibilidad de las operaciones una vez que se retire el apoyo de la UE, habida cuenta también de los limitados recursos presupuestarios de los países.

Recuadro 3

Los sistemas sanitarios siguen dependiendo de la ayuda internacional

En Burundi, la intervención de la UE en el sector sanitario fue inicialmente transitoria y se destinó a facilitar el paso de la ayuda de emergencia a unos servicios de salud ordinarios. Burundi sigue dependiendo mucho de los donantes externos y la ayuda apenas consigue mantener el sistema vigente. La Comisión reconoce que, aunque se está trabajando en el diálogo político y sectorial, así como en la asistencia técnica al Gobierno, son necesarios mayores esfuerzos para preparar una estrategia de transición y salida. De momento, no hay planes concretos al respecto, pero prosiguen las conversaciones entre los donantes.

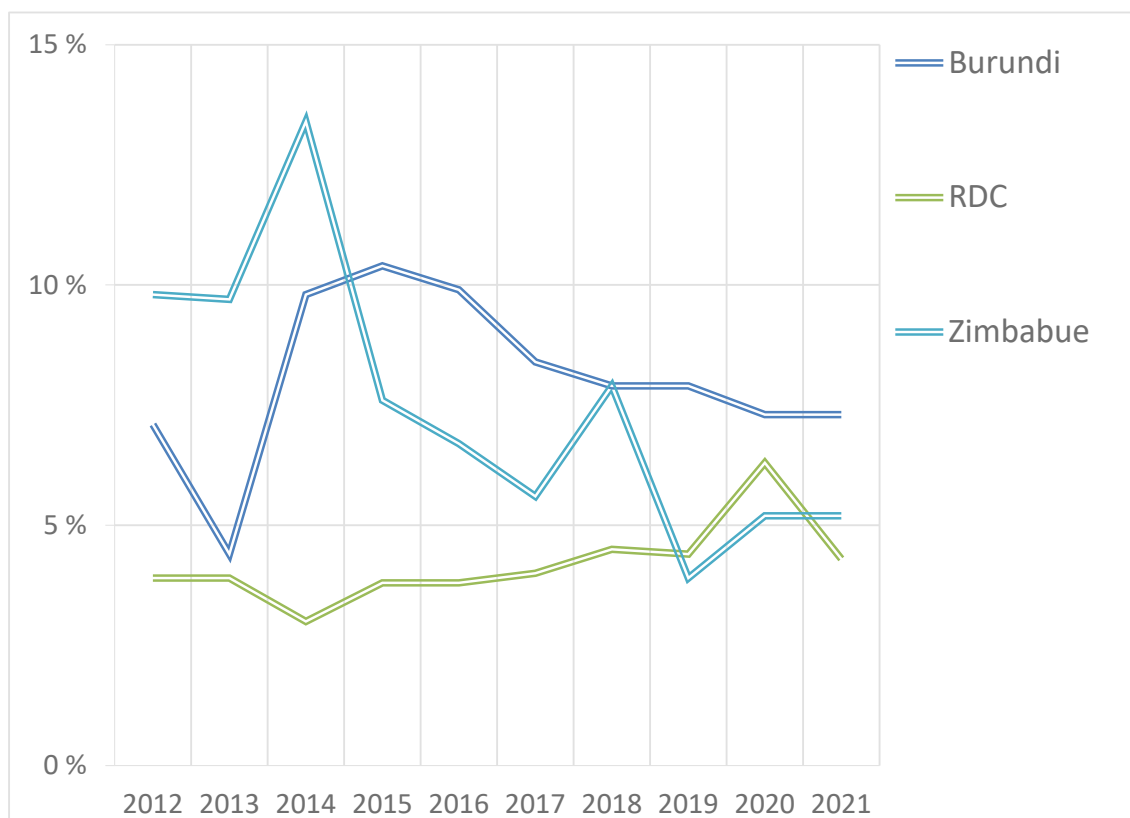
En Zimbabue, el proyecto HDF asignó una cantidad considerable de fondos a satisfacer las necesidades de recursos humanos, como el pago de primas de retención, primas de rendimiento y otros costes de personal. Los socios asumieron que el Gobierno se haría cargo de la financiación de los trabajadores sanitarios de las comunidades al concluir el HDF, tras la reducción de la financiación de los donantes en el posterior Fondo de Resiliencia Sanitaria, pero no se ha materializado ninguna ayuda gubernamental para salarios y costes afines.

La evaluación intermedia del mayor programa sanitario de la UE en la RDC para el período 2014-2020 puso de relieve los retos relacionados con la sostenibilidad y recomendó la elaboración de una estrategia de salida en la que participasen todas las partes interesadas.

70 Las estrategias de salida suelen requerir la creación de un margen presupuestario que haga posible una financiación nacional suficiente del sector sanitario. Los presupuestos sanitarios de los tres países que seleccionamos aún no han alcanzado el umbral del 15 % del presupuesto total según el compromiso de la [Declaración de Abuja](#) de 2001 (véanse el apartado [06](#) y la [ilustración 5](#))²².

²² Africa Scorecard on Domestic Financing, Unión Africana.

Ilustración 5 – Presupuesto sanitario en % del PIB en los países auditados



Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo, a partir del Cuadro de mando de África sobre la financiación nacional de la salud.

El mantenimiento de los equipos no siempre es el adecuado

71 Cuando los donantes financian o entregan equipos, suelen asumir que los receptores cuidarán bien de ellos, efectuarán el mantenimiento necesario y aportarán los consumibles. Sin embargo, todo ello conlleva costes adicionales: los teléfonos requieren la suscripción a una línea, los coches necesitan mantenimiento periódico y piezas de repuesto, y las impresoras necesitan papel y cartuchos de tóner. Estos costes adicionales pueden ser solo una fracción del valor del equipo, pero en ocasiones pueden convertirse en una barrera insalvable para su uso efectivo.

72 La cuestión del mantenimiento se ha identificado en muchas evaluaciones. Constatamos que el proceso de selección y mantenimiento de los equipos no tenía suficientemente en cuenta si el país receptor disponía de los servicios, las competencias y las piezas de repuesto necesarios. La [evaluación conjunta](#) de los dos primeros proyectos de financiación basados en los resultados en Burundi puso de manifiesto problemas de mantenimiento de los equipos.

73 Durante nuestras visitas a los proyectos encontramos casos de equipos no utilizados (véase el [recuadro 4](#)), dañados (véase la [imagen 3](#)) o infrautilizados financiados directa o indirectamente con fondos de la UE. Consideramos que estos casos se debieron a la ausencia o insuficiencia de evaluación de las necesidades y a una mala elección de los equipos.

Imagen 3 – Analizador hematológico averiado desde hacía más de 16 meses en un laboratorio de Burundi



Fuente: Tribunal de Cuentas Europeo.

Recuadro 4

PHEOC no operativo en Burundi

Los centros de operaciones de emergencia de salud pública (PHEOC) coordinan todas las actividades relacionadas con las emergencias en materia de salud pública. En Burundi, se utilizó una financiación de la UE de 800 000 euros para crear un PHEOC que se inauguró el 20 de abril de 2021²³. En el momento de nuestra visita de auditoría, más de dos años después, los ordenadores seguían sin estar físicamente conectados, los teléfonos no funcionaban y otros equipos informáticos no se habían utilizado nunca. La dirección del centro explicó que no estaba operativo porque el Ministerio de Sanidad no había podido llegar a un acuerdo con una compañía telefónica.

²³ Información de la OMS *Inauguration officielle du Centre des Opérations d'Urgences de Santé Publique*.

Conclusiones y recomendaciones

74 En general, constatamos que la Comisión asignó los fondos de acuerdo con sus prioridades generales, pero la metodología de asignación presentó deficiencias. La eficacia de las intervenciones resultó mermada por problemas de coordinación y sostenibilidad.

75 Los principales documentos políticos de la UE establecen los parámetros generales para la asignación de financiación, sin especificar objetivos operativos. Los pagos en concepto de ayuda sanitaria se han mantenido relativamente constantes en los tres últimos períodos de programación. Sin embargo, la financiación de la cooperación bilateral con los países socios ha disminuido, mientras que la financiación en apoyo de las iniciativas mundiales de salud ha aumentado de forma sustancial debido entre otras cosas a la respuesta al COVID-19 (apartados **28** a **32**).

76 La Comisión ha clasificado los países socios en función de las necesidades de sus sistemas sanitarios, pero esta evaluación ha tenido escaso efecto en la financiación bilateral debido principalmente a los principios de programación (apartados **33** a **37**).

Recomendación 1 – Ajustar mejor las necesidades de los países y la asignación de fondos para el sector sanitario

Para preparar el próximo MFP, la Comisión, en diálogo con los países beneficiarios, debería estudiar la manera de ajustar mejor la clasificación de las necesidades de los países socios con la asignación geográfica de la ayuda sanitaria de la UE y, si es posible, sobre la base jurídica del próximo MFP, reequilibrar la asignación de fondos entre las iniciativas mundiales, el apoyo regional y la ayuda bilateral a los países.

Fecha prevista de aplicación: a tiempo para el próximo MFP

77 La asignación de ayudas a distintas iniciativas mundiales de salud a través de programas temáticos se basó en elementos cuantitativos y cualitativos. Sin embargo, no se basó en un conjunto predefinido y formalizado de criterios específicos y cuantificables, y el proceso no se documentó suficientemente (apartados **38** y **39**).

Recomendación 2 – Establecer criterios claros para la financiación de las iniciativas mundiales de salud y mejorar la documentación del proceso de asignación

La Comisión debería establecer criterios claros, específicos y, en su caso, cuantificables para la financiación de las iniciativas mundiales de salud y mejorar la documentación del proceso, incluido un análisis del valor añadido de la participación de la Comisión en dichas iniciativas.

Fecha prevista de aplicación: 2025

78 Los proyectos examinados generaron todo tipo de realizaciones: desde el reembolso de las consultas médicas hasta la construcción de hospitales, pasando por los medicamentos. Sin embargo, la insuficiente coordinación a escala de distrito provocó deficiencias en la distribución de los equipos y medicamentos (apartados [40](#) a [49](#)).

Recomendación 3 – Mejorar el análisis de las necesidades y la coordinación de la distribución de equipos y medicamentos

La Comisión debería ponerse en contacto con los agentes pertinentes a un nivel adecuado para mejorar la coordinación en la distribución de equipos y medicamentos. La Comisión debería trabajar con los países socios para que estos aumenten su capacidad de análisis, planificación y coordinación de las necesidades.

Fecha prevista de aplicación: 2025

79 La existencia de una estructura en cascada de la ejecución afectó a los costes de las intervenciones en el sector sanitario. Esto aumentó los costes de ejecución de los proyectos y redujo los importes disponibles para los beneficiarios finales (apartados [50](#) a [52](#)).

Recomendación 4 – Analizar la medida en que los costes de gestión son razonables

La Comisión debería reforzar su análisis de la medida en que los costes de gestión presupuestados son razonables, en particular cuando exista una estructura en cascada de la ejecución.

Fecha prevista de aplicación: 2025

80 La Comisión participa en los órganos de gobierno de las iniciativas mundiales de salud, y en la dirección y la aplicación de la Agenda de Lusaka. El objetivo es garantizar una mejor armonización de esas iniciativas, acabar con la fragmentación y racionalizar su arquitectura (apartados [53](#) a [55](#)).

Recomendación 5 – Evitar solapamientos y garantizar sinergias entre las iniciativas mundiales de salud que reciben apoyo

La Comisión debería adoptar nuevas medidas para evitar solapamientos y garantizar sinergias entre las iniciativas mundiales de salud que reciben apoyo.

Fecha prevista de aplicación: 2025

81 La visibilidad de la financiación de la UE entre las poblaciones destinatarias fue escasa (apartados [56](#) a [59](#)). La Comisión utiliza un número limitado de indicadores de alto nivel relacionados con la salud. Comprobamos que esos indicadores solo dan una imagen parcial de las múltiples acciones sanitarias de la UE. Además, se calcularon de tal modo que de hecho miden el esfuerzo conjunto de los distintos agentes y no son atribuibles únicamente a la financiación de la UE. Esto impidió a la Comisión medir plenamente los resultados conseguidos por la financiación de la UE en el sector sanitario con respecto a los objetivos estratégicos. Además, no se comunicaron suficientemente a las delegaciones de la UE los resultados de las intervenciones bilaterales llevadas a cabo por fondos de múltiples donantes. En ocasiones, los datos recopilados por los ejecutores de proyectos para la elaboración de informes no eran fiables o no se disponía de ellos (apartados [60](#) a [66](#)).

Recomendación 6 – Identificar indicadores para supervisar de forma exhaustiva el apoyo de la UE al sector sanitario

Para preparar el próximo MFP, la Comisión debería identificar indicadores para el sector sanitario que permitan supervisar de forma exhaustiva los efectos de las intervenciones de la UE, en consonancia con los principios de eficacia de la ayuda. Por lo que se refiere a los fondos de múltiples donantes, la Comisión debería valorar la viabilidad de aplicar un método proporcional para informar de los resultados de las intervenciones de la UE.

Fecha prevista de aplicación: a tiempo para el próximo MFP, a más tardar en 2027

82 No existían estrategias claras de transición y salida tras la reducción de la financiación de los donantes para que el Gobierno siguiera financiando los proyectos. Esto podría poner en peligro la sostenibilidad de los sistemas cuando se retire el apoyo de la UE (apartados [67](#) a [70](#)).

Recomendación 7 – Tomar medidas para promover la sostenibilidad de los sistemas sanitarios

La Comisión debería profundizar el examen, con todos los agentes implicados en los países socios que reciben ayuda, del modo de garantizar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios. El debate debería ahondar en la financiación de la sanidad, incluida la movilización de ingresos nacionales y unas estrategias de transición y salida claras y realistas. Las estrategias de salida deberían contemplar la financiación futura prevista para las partes pertinentes de los sistemas sanitarios.

Fecha prevista de aplicación: 2025

83 La sostenibilidad de las intervenciones de la UE también corre peligro debido al mantenimiento inadecuado de los equipos suministrados (apartados [71](#) a [73](#)).

Recomendación 8 – Dar más importancia al mantenimiento de los equipos

La Comisión debería:

- a) incluir el aspecto del mantenimiento en el marco de la adquisición de equipos, es decir, tener en cuenta si se dispone de los servicios, competencias y piezas de repuesto necesarios a escala nacional y, en su caso, cómo podrían establecerse;
- b) tomar medidas para contribuir a la sensibilización y al cambio de comportamiento en relación con el mantenimiento, con vistas al establecimiento de una cultura y una rutina de mantenimiento entre las partes interesadas.

Fecha prevista de aplicación: 2025

El presente informe ha sido aprobado por la Sala III, presidida por Bettina Jakobsen, Miembro del Tribunal de Cuentas, en Luxemburgo, en su reunión de 9 de julio de 2024.

Por el Tribunal de Cuentas Europeo

Tony Murphy
Presidente

Anexos:

Anexo I – Objetivos de las estrategias de ayuda sanitaria de la UE desde 2005

Documento estratégico	Objetivos de la ayuda sanitaria
<p>Consenso Europeo sobre Desarrollo de 2005</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Tratar de cumplir los ODM de la ONU relativos a la salud: ODM4 sobre la reducción de la mortalidad infantil, ODM5 sobre la mejora de la salud materna, ODM6 sobre la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades. — Abordar la crisis excepcional de recursos humanos a la que se enfrentan los proveedores sanitarios. — Financiación justa de la sanidad. — Fortalecimiento de los sistemas sanitarios (FSS) para promover mejores resultados sanitarios. — Seguir contribuyendo a las iniciativas mundiales; a este respecto, el apartado 108 del documento 2006/C 46/01 afirma que «La Comisión fijará criterios para decidir la participación y la contribución de la Comunidad a los fondos mundiales».
<p>Comunicación de la Comisión de 2010 sobre el papel de la UE en la salud mundial (y los documentos de trabajo que la acompañan)</p>	<ul style="list-style-type: none"> — Liderazgo de la UE en la coordinación de las iniciativas mundiales de salud, participación de las partes interesadas en los países socios. — Cobertura sanitaria universal (CSU): <ul style="list-style-type: none"> ○ Dar prioridad a los países frágiles a través de canales bilaterales (lista de países frágiles) y mediante la participación en iniciativas mundiales de salud (promover la adaptación de las iniciativas existentes). ○ Concentración en el apoyo al FSS. ○ Financiación de un presupuesto de salud nacional y un proceso de supervisión como marco preferido para la prestación de ayuda de la UE. ○ Canalizar dos tercios de la ayuda oficial al desarrollo en materia de salud a través de programas de desarrollo propios de los países socios y un 80 % recurriendo a los sistemas de contratación y gestión de la financiación pública de dichos países. — Garantizar la coherencia con otras políticas para promover la CSU. — Invertir en investigación sanitaria para todos.

Documento estratégico	Objetivos de la ayuda sanitaria
Comunicación de la Comisión de 2011 sobre un Programa para el Cambio (Conclusiones del Consejo de 2012)	<ul style="list-style-type: none"> — Utilizar su gama de instrumentos de ayuda, en particular los «contratos de reforma sectorial». — Desarrollar y fortalecer los sistemas sanitarios (FSS). — Reducir las desigualdades de acceso a los servicios sanitarios. — Aumentar la protección contra las amenazas sanitarias mundiales. — Fomentar la coherencia de las políticas. — Conclusiones del Consejo, según las cuales el apoyo a la integración social y el desarrollo humano [sanidad, educación y protección social] continuará con un mínimo del 20 % de la ayuda de la UE, y la UE seguirá comprometida en los Estados frágiles.
Consenso Europeo en materia de Desarrollo de 2017	<ul style="list-style-type: none"> — Tratar de cumplir los ODS de la ONU relacionados con la salud. — La UE y sus Estados miembros promoverán la CSU. — Apoyo a la creación de unos sistemas sanitarios sólidos, de buena calidad y resilientes (es decir, FSS). La UE y sus Estados miembros ayudarán a los países en desarrollo en la formación, contratación y despliegue del personal sanitario, así como en el desarrollo de su formación permanente, etc. — Prevenir y combatir enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y la hepatitis. — Tomar medidas para hacer frente a las amenazas para la salud mundial (epidemias o resistencia a los antibióticos). — Trabajar para reducir la mortalidad infantil y materna, promover la salud mental y hacer frente a la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles en los países socios. — Fomentar la innovación en tecnología sanitaria. — La UE reitera su compromiso de asignar al menos el 20 % de su ayuda oficial al desarrollo a la integración social y al desarrollo humano.

Documento estratégico	Objetivos de la ayuda sanitaria
Estrategia mundial de la UE en materia de salud de 2022	<ul style="list-style-type: none"> — Mejorar la salud y el bienestar de las personas en todas las etapas de la vida (ODS3 sobre la garantía de una vida sana, ODS5 sobre el logro de la igualdad entre los géneros, ODS10 sobre la reducción de la desigualdad en y entre los países). Se mencionan el FSS, medidas para luchar contra el VIH y el apoyo a las iniciativas mundiales de salud. — Fortalecer los sistemas sanitarios (FSS) y promover la CSU. Se incluye la digitalización, la innovación tecnológica y la lucha contra la escasez de personal. — Prevenir y combatir las amenazas para la salud, incluidas las pandemias, aplicando el enfoque de «Una sola salud». Se incluye el apoyo al Fondo para Pandemias, la capacidad de fabricación, etc. — Se reitera el compromiso de la UE de destinar al menos el 20 % de su ayuda oficial al desarrollo al desarrollo humano y a la integración social en el marco del IVCDI.

Anexo II – Lista de programas y proyectos auditados

Burundi

Nombre	MFP	Referencia	Ayuda de la UE (compromisos en millones de euros)
Programme d'appui au système de santé (PASS) à travers l'outil du financement basé sur la performance (FBP) – Fase 2	2014-2020	FED/2019/413-660 (CL)	27,8
TWITEHO AMAGARA - Bujumbura Mairie, Bujumbura rural, Muramvya, Rumonge et Kirundo	2014-2020	FED/2019/405-241 (EC)	9,4
TWITEHO AMAGARA - Cankuzo, Ruyigi, Rutana, Mwaro	2014-2020	FED/2019/405-314 (EC)	9,3
TWITEHO AMAGARA - Ngozi, Kayanza, Cibitoke	2014-2020	FED/2019/405-306 (EC)	8,9
TWITEHO AMAGARA - Bururi, Makamba, Gitega	2014-2020	FED/2019/405-304 (CL)	8,1
TWITEHO AMAGARA - Karuzi, Muyinga, Bubanza et santé mentale à Ngozi	2014-2020	FED/2019/405-311 (CL)	7,5

República Democrática del Congo

Nombre	MFP	Referencia	Ayuda de la UE (compromisos en millones de euros)
Programme d'appui au plan national de développement sanitaire (PA PNDS).	2007-2013	FED/ 2009/21511	53,8
Projet d'accélération des progrès vers les OMD 4 et 5 (PAP OMD 4 -5)	2007-2013	FED/2012/023-801 (EC)	40
Programme de renforcement de l'Offre et Développement de l'accès aux Soins de Santé en RDC (PRODS)	2014-2020	FED/2016/038-165 (EC)	217
Unis pour la santé et l'éducation	2021-2027	NDICI AFRICA/2021/043-305 (EC)	30

Nombre	MFP	Referencia	Ayuda de la UE (compromisos en millones de euros)
Unis pour la santé, fase 2	2021-2027	NDICI AFRICA/2022/043-891 (CA)	35
Unis pour la santé, fase 3	2021-2027	NDICI AFRICA/2023/045-313 (EC) (JAD.1258480)	9

Zimbabue

Nombre	MFP	Referencia	Ayuda de la UE (compromisos en millones de euros)
Health Development Fund (Improving access to basic health services to all Zimbabweans)	2014-2020	FED/2015/368-364 (CL)	62,6
Improving access to basic health services to all Zimbabweans II	2014-2020	FED/2020/415-680 (EC)	42,5
Health Resilience Fund (HRF)	2021-2027	NDICI AFRICA/2022/438- 583 (EC)	41,0
Improving access to basic health services to all Zimbabweans II_UNICEF	2014-2020	FED/2020/415-231 (CA)	35,9
Contribution to Health Transition Fund IV	2014-2020	FED/2015/356-385 (CA)	12,0

Anexo III – Países socios en cuyos programas indicativos nacionales (PIN) / programas indicativos plurianuales (PIP) se identifica la sanidad como sector prioritario

	MFP 2007-2013	MFP 2014-2020	MFP 2021-2027
Afganistán	•	•	•
Angola	•		
Argelia	•		
Bangladés	•		
Belice		•	
Burkina Faso	•	•	
Burundi	•	•	•
Congo	•		
Costa de Marfil	•		
Cuba			•
Chad	•		
Dominica	•		
Egipto	•		•
Etiopía		•	•
Filipinas	•		
Ghana	•		
Granada		•	
Guinea	•	•	•
Guinea-Bissau	•	•	•
India	•		
Irán			•
Jamaica	•		
Kenia			•
Líbano			•
Liberia	•		
Libia	•	•	•
Madagascar	•		•
Mali	•		•
Marruecos	•	•	•
Mauritania	•	•	•
Moldavia	•		
Mozambique	•		
Myanmar	•		
Namibia	•		
Níger	•		
Nigeria	•	•	•

	MFP 2007-2013	MFP 2014-2020	MFP 2021-2027
Palestina			•
Perú	•		
RDC	•	•	•
República Centroafricana		•	•
República Democrática Popular de Laos			•
San Vicente y las Granadinas	•		
Santa Lucía	•		
Santo Tomé y Príncipe	•		
Senegal	•		
Sierra Leona	•		
Siria	•		
Suazilandia	•		
Sudáfrica	•		
Sudán			•
Sudán del Sur	•	•	•
Tayikistán	•	•	•
Timor Oriental	•		
Togo	•		
Túnez			•
Uganda			•
Uzbekistán	•		
Vietnam	•		
Yemen	•		
Zambia	•		•
Zimbabue	•	•	•
TOTAL países	48	17	27

Anexo IV – Asignaciones procedentes del pilar temático del IVCDI-Europa Global (enero de 2024)

Programas en el ámbito de la salud	Compromisos (en euros)
Contribución al Fondo Mundial	1 064 503 222
Contribución a la GAVI	525 000 000
Contribución al Fondo para Pandemias	427 000 000
Contribución al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)	45 000 000
Acuerdo de contribución al programa Accelerating Human Development (HDX) – componente polio	275 000 000
Otros	12 517 500
Total general	2 349 020 722

Nota: Las filas en negrita corresponden a asignaciones a iniciativas mundiales de salud (Fondo Mundial, GAVI, incluido el mecanismo COVAX para las vacunas contra el COVID-19, UNFPA y Fondo para Pandemias).

Abreviaciones

CSU: Cobertura sanitaria universal

FED: Fondo Europeo de Desarrollo

FSS: Fortalecimiento de los sistemas sanitarios

GAVI: Alianza mundial para las vacunas y la inmunización

HDF: Fondo de Desarrollo Sanitario

ICD: Instrumento de Cooperación al Desarrollo

IVCDCI: Instrumento de Vecindad, Cooperación al Desarrollo y Cooperación Internacional

MFP: Marco financiero plurianual

ODM: Objetivo de Desarrollo del Milenio

ODS: Objetivo de Desarrollo Sostenible

OMS: Organización Mundial de la Salud

PASS: *Programme d'appui au système de santé* (Programa de apoyo al sistema sanitario de Burundi)

PHEOC: Centro de operaciones de emergencia de salud pública

PIN: Programa indicativo nacional

PIP: Programa indicativo plurianual

UNFPA: Fondo de Población de las Naciones Unidas

Unicef: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Glosario

Ayuda oficial al desarrollo Ayudas públicas destinadas a fomentar el desarrollo económico y el bienestar de los países en desarrollo.

Delegación de la UE: Representación diplomática de la UE en un país no perteneciente a la UE o en una organización multilateral o internacional.

Efecto: Cambio inmediato o a largo plazo, esperado o inesperado, que resulta de un proyecto; por ejemplo, los beneficios que se obtienen gracias a la mejora de la formación para los empleados.

Fondo Europeo de Desarrollo: Fondo de la UE, gestionado por la Comisión al margen del presupuesto general, que proporciona ayuda al desarrollo a los Estados de África, el Caribe y el Pacífico, y a los países y territorios de ultramar asociados a la UE a través de los Estados miembros.

Impacto: Consecuencias más amplias a largo plazo de un proyecto o programa finalizado, como beneficios socioeconómicos para el conjunto de la población.

Indicador de impacto: Variable cuantificable que presenta información sobre los medios humanos, financieros, físicos, administrativos y reglamentarios empleados para ejecutar un proyecto o programa.

Indicador de realización: Variable mensurable que proporciona información para evaluar los productos o logros de un proyecto.

Objetivos de Desarrollo del Milenio: Objetivos mundiales de reducción de la pobreza y sus manifestaciones para 2015. Establecidos por líderes mundiales y destacadas instituciones de desarrollo en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, en septiembre de 2000.

Objetivos de Desarrollo Sostenible: Diecisiete objetivos establecidos en la Agenda 2030 de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible con objeto de estimular la acción de todos los países en esferas de importancia crítica para la humanidad y el planeta.

Realización: Lo que se produce o consigue mediante un proyecto, como la cursos de formación impartidos, o la construcción de una carretera.

Resultado: Efecto inmediato de un proyecto o programa una vez terminado, como, por ejemplo, la mejora de la empleabilidad de los participantes en un curso o la mejora de la accesibilidad tras la construcción de una nueva carretera.

Sostenibilidad: Capacidad de un proyecto o sistema para mantenerse el tiempo que sea necesario porque está suficientemente bien establecido y es autosuficiente desde el punto de vista financiero o está suficientemente bien financiado.

Una sola salud: Enfoque integrado y unificador destinado a equilibrar y optimizar de forma sostenible la salud de las personas, los animales y los ecosistemas.

Respuestas de la Comisión

<https://www.eca.europa.eu/es/publications/sr-2024-18>

Cronología

<https://www.eca.europa.eu/es/publications/sr-2024-18>

Equipo auditor

En los informes especiales del Tribunal de Cuentas Europeo se exponen los resultados de las auditorías de políticas y programas de la UE o de cuestiones de gestión de ámbitos presupuestarios específicos. El Tribunal selecciona y diseña estas tareas de auditoría de forma que tengan la máxima repercusión habida cuenta de los riesgos relativos al rendimiento o la conformidad, el nivel de ingresos y de gastos correspondiente, las futuras modificaciones y el interés político y público.

La presente auditoría de gestión fue llevada a cabo por la Sala III (Acciones exteriores, seguridad y justicia), presidida por Bettina Jakobsen, Miembro del Tribunal. La auditoría fue dirigida inicialmente por Baudilio Tomé Muguruza y Hannu Takkula, Miembros del Tribunal.

La auditoría fue concluida por George-Marius Hyzler, Miembro del Tribunal, con la asistencia de Pietro Puricella, gerente principal; Piotr Zych, jefe de tarea; y los auditores Alfonso Calles Sánchez y Piotr Senator. Alexandra Damir-Binzaru prestó asistencia en el diseño gráfico.



George-Marius Hyzler



Pietro Puricella



Piotr Zych



Alfonso Calles Sánchez



Piotr Senator

DERECHOS DE AUTOR

© Unión Europea, 2024

La política de reutilización del Tribunal de Cuentas Europeo (el Tribunal) se establece en la [Decisión n.º 6-2019](#) del Tribunal de Cuentas Europeo, sobre la política de datos abiertos y de reutilización de documentos.

Salvo que se indique lo contrario (por ejemplo, en menciones de derechos de autor individuales), el contenido del Tribunal que es propiedad de la UE está autorizado conforme a la [licencia Creative Commons Attribution 4.0 International \(CC BY 4.0\)](#), lo que significa que se permite la reutilización como norma general, siempre que se dé el crédito apropiado y se indique cualquier cambio. Cuando se reutilicen contenidos del Tribunal, no se deben distorsionar el significado o mensaje originales. El Tribunal no será responsable de las consecuencias de la reutilización.

Deberá obtenerse un permiso adicional si un contenido específico representa a particulares identificables, como, por ejemplo, en fotografías del personal del Tribunal, o incluye obras de terceros.

Dicho permiso, cuando se obtenga, cancelará y reemplazará el permiso general antes mencionado y establecerá claramente cualquier restricción de uso.

Para utilizar o reproducir contenido que no sea de la propiedad de la UE, es posible que el usuario necesite obtener la autorización directamente de los titulares de los derechos de autor.

Ilustración 1 – iconos de los ODS: Derechos de autor © Naciones Unidas. Reservados todos los derechos. El contenido de esta publicación no ha sido aprobado por las Naciones Unidas ni refleja la opinión de las Naciones Unidas o sus funcionarios. Los iconos correspondientes a lenguas no oficiales en la ONU se descargaron de [Trello](#) o fueron creados por el Tribunal de Cuentas Europeo. La Organización de las Naciones Unidas no asume responsabilidad alguna respecto a la traducción del texto de los iconos de los ODS en lenguas no oficiales en la ONU

Cualquier *software* o documento protegido por derechos de propiedad industrial, como patentes, marcas comerciales, diseños registrados, logotipos y nombres, está excluido de la política de reutilización del Tribunal.

El conjunto de los sitios web institucionales de la Unión Europea pertenecientes al dominio «europa.eu» ofrece enlaces a sitios de terceros. Dado que el Tribunal no tiene control sobre dichos sitios, recomendamos leer atentamente sus políticas de privacidad y derechos de autor.

Utilización del logotipo del Tribunal

El logotipo del Tribunal no debe utilizarse sin su consentimiento previo.

HTML	ISBN 978-92-849-2803-3	ISSN 1977-5687	doi:10.2865/137864	QJ-AB-24-017-ES-Q
PDF	ISBN 978-92-849-2833-0	ISSN 1977-5687	doi:10.2865/059378	QJ-AB-24-017-ES-N

Audítamos la ayuda financiera de la UE para los sistemas sanitarios en los países socios durante tres períodos de programación. Llevamos a cabo un análisis documental y examinamos proyectos en Burundi, la República Democrática del Congo y Zimbabue. Concluimos que la Comisión asignó financiación de acuerdo con sus prioridades generales. Sin embargo, la metodología de asignación presentaba deficiencias. La eficacia de los proyectos resultó mermada por problemas de coordinación, sostenibilidad y seguimiento. La estructura en cascada de la ejecución aumentó los costes de los proyectos, mientras que la visibilidad de la financiación de la UE entre las poblaciones destinatarias fue escasa. Formulamos recomendaciones sobre la asignación y los criterios de financiación, coordinación, carácter razonable de los costes de gestión, sinergias, seguimiento, sostenibilidad y mantenimiento de los equipos suministrados por los proyectos.

Informe Especial del Tribunal de Cuentas Europeo con arreglo al artículo 287, apartado 4, párrafo segundo, del TFUE.



TRIBUNAL
DE CUENTAS
EUROPEO



Oficina de Publicaciones
de la Unión Europea

TRIBUNAL DE CUENTAS EUROPEO
12, rue Alcide De Gasperi
L-1615 Luxemburgo
LUXEMBURGO

Tel. +352 4398-1

Preguntas: eca.europa.eu/es/contact

Sitio web: eca.europa.eu

Twitter: @EUAuditors