

RESUMEN DEL INFORME 2016

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

Entramos en el año 2016, el primer año de la era post-ODM (Objetivo Del Milenio) donde se han conseguido avances considerables (como reducir la mortalidad materno-infantil a la mitad, la del sida, malaria y tuberculosis, se ha implementado el acceso a aguas mejoradas,...). Pero nos enfrentamos a grandes retos que debemos asumir con los Objetivos de Desarrollo Sostenible -los ODS- y que durarán hasta 2030. Es un año crucial, ya que servirá para poner las bases de trabajo de los próximos 14 años.

Los tres grandes desafíos a los que se enfrentan los ODS se concentran en reducir la desigualdad, que aumenta de forma alarmante (el 1% más rico posee más que el 99% restantes en el mundo); entender y trabajar los problemas multidimensionalmente con coherencia global, evitando iniciativas individuales, buscando sinergias; y la mejora de los ecosistemas como patrimonio y sustento de personas, de crecimiento equitativo, sostenible e inclusivo.

Los ODS tienen un único apartado, el nº3, dedicado específicamente a la Salud “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades”. Su mayor reto es **lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), el acceso a la atención médica de calidad** y el bienestar global. Pero en este apartado mezcla asuntos muy diferentes, tales como: enfermedades infecciosas, transmisibles y crónicas; estrategias, normas y gestión sanitaria; salud reproductiva materna infantil; acceso a medicamentos, investigación y desarrollo, financiación. Y se añaden nuevas enfermedades de las que mueren 38 millones de personas al año, como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y respiratorias crónicas. También se contempla por primera vez combatir el consumo del tabaco, alcohol y drogas con ayuda de políticas globales y nacionales. Y por primera vez también se incluyen los trastornos mentales, ansiedad y depresión. En 2012, 800.000 personas se suicidaron, de las que el 86% eran menores de 70 años. También se añaden los accidentes de tráfico como causa de mortalidad y discapacidad, con 1,25 millones de muertes en 2013.

Paralelamente hay que reflexionar sobre qué tipo de instituciones globales deben de trabajar y cómo para reforzar la arquitectura global de salud. La OMS debe potenciar su papel para conseguir la cobertura sanitaria universal reforzando los sistemas nacionales de salud, y que estos a su vez estén mejor preparados para responder a emergencias globales. Y apostar por el I+D en salud. Por supuesto también se pide la implicación de la población como responsable de su salud: es necesario establecer mecanismos para que asuma y participe en la toma de decisiones y seguimiento de los resultados.

El mayor reto a nivel mundial de los ODS es la cobertura sanitaria universal (CSU): mayor población cubierta, mayores servicios ofertados y menos pago sanitario individual y más colectivo. Se consideran 8 indicadores clave para definirla: la planificación familiar; atención prenatal; parto institucional para la salud reproductiva y neonatal; tres dosis contra la difteria, el tétanos y la tosferina en inmunización infantil; terapia antiretroviral; tratamiento antituberculoso en relación a enfermedades infecciosas; fuentes de agua mejorada; y mejora de las instalaciones sanitarias. Se asume que estos indicadores no cubren todas las necesidades. Por ejemplo, no aparecen las enfermedades no transmisibles, la nutrición y la inequidad de género no se nombran, la pobreza no se trabaja de forma integral,...Para que sea lo más efectivo posible, este trabajo debe de ir unido a un programa de protección social.

El resto de los ODS tienen en mayor o menor medida relación con la salud. El objetivo 1 sobre la pobreza tiene una relación muy directa, ya que la población más pobre es la que tiene más problemas de acceso a los servicios de salud. Los ODS plantean asegurar el acceso a esta población más vulnerable. El objetivo 2 sobre hambre, seguridad alimentaria, nutrición y agricultura sostenible, plantea la malnutrición desde dos aspectos: la malnutrición y el sobrepeso. La desnutrición crónica afecta a 790 millones de personas (mayoritariamente a África subsahariana y Asia meridional), pero también pone el dedo en la llaga en el sobrepeso, que en 2014 alcanzó el 6,1% de la población mundial y afecta a todo el planeta. En total, hablamos de entre 2.000 y 3.000 millones de personas. El Objetivo 4, la educación inclusiva y equitativa, afecta a la salud en tanto en cuanto existe una necesidad de fomentar la educación sanitaria entre la población adaptándola a la idiosincrasia local. El Objetivo 5, igualdad de género y salud están estrechamente ligadas, no sólo por el sida, sino porque dependen de la voluntad de los maridos para acceder al sistema sanitario. Es necesario aumentar la participación de las mujeres en la toma de decisiones y establecer políticas socio-sanitarias. El Objetivo 6, disponibilidad y gestión sostenible del agua, pone de manifiesto que todavía 663 millones de personas siguen utilizando fuentes de agua no mejorada. Es necesario que se incorporen políticas de gestión del agua por los graves efectos sobre la salud, y que se tenga en cuenta este determinante en las políticas sanitarias.

Para completar este análisis mundial, hay que añadir una serie de problemas que demuestran que no existen limitaciones geográficas con respecto al tema de salud. Tras el ébola, otra epidemia ha afectado a distintos países en diferentes continentes: el Zika. El mosquito que lo transmite es el mismo que transmite el Dengue, la fiebre Chikungunya y la fiebre amarilla. Transmisión de persona a persona y cada vez mayor certeza de que también existe un contagio por vía sexual. O la crisis migratoria, con 65,3 millones de desplazados en 2015 según ACNUR. Se calcula que 1 de cada 113 personas en el mundo es un solicitante de asilo, desplazado o refugiado. La acogida de refugiados está superando las capacidades de los países con la consiguiente vulneración de derechos, incluidos los sanitarios.

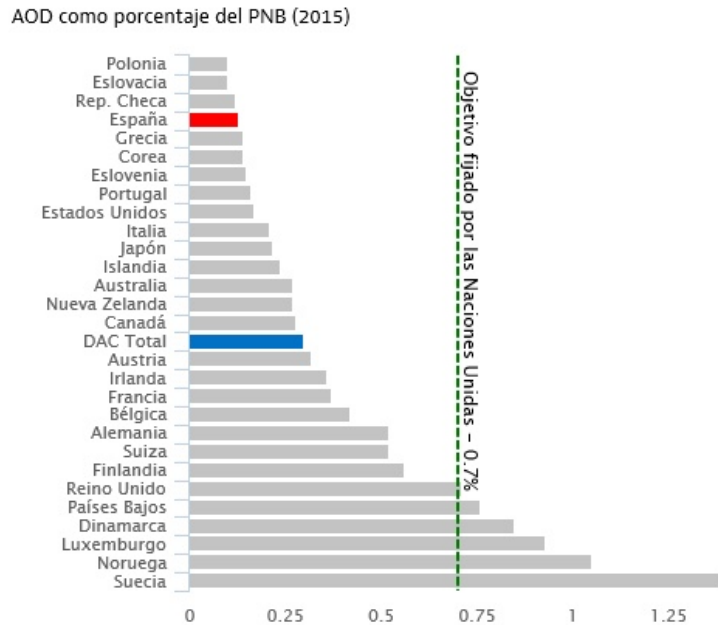
Por último, resaltar el envejecimiento en nuestra sociedad. Por primera vez en la historia, la mayoría de la población mundial puede vivir más de 60 años. Pero nuestros sistemas de salud están más orientados a curar enfermedades agudas que a asumir las consecuencias de los estados crónicos de la vejez. A esto hay que añadir un aumento del sida en este sector de la población, y el maltrato en las personas mayores. En este sentido, hay que profundizar más en la salud sobre las personas mayores y definir qué se puede hacer para mejorarla tanto desde el punto de vista médico como sociocultural.

Todos los países tienen una tarea inaplazable: desarrollar una estrategia de implementación de los ODS que sea participativa e integral, con visión local y global. Esta estrategia marcará el futuro y el grado de cumplimiento de los ODS.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

En 2015 la AOD neta del conjunto del CAD ha descendido después de 2 años de crecimiento, alcanzando los 131.586 millones de dólares corrientes, una cifra casi un 13% inferior a la de 2014, que fue de 151.270 millones de dólares.

AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2014



Fuente: OCDE, 2016.

El coste imputado como AOD de los refugiados para los países donantes asciende a más del 9% del total de la AOD (12,5 % -8.600 millones- de la AOD colectiva de la UE) cuando en 2014 fue de apenas un 4% (5,6 % -3.300 millones- de la AOD colectiva de la UE). La inclusión del coste destinado a personas refugiadas en Europa está distorsionando las cifras destinadas a AOD. Estas partidas para refugiados se destinan en el propio territorio de los países miembros del CAD, para cubrir una acción extraordinaria en un tiempo limitado, por lo que no deberían consignarse partidas extraordinarias que poco tienen que ver con la filosofía de la AOD.

Únicamente 6 países de los 28 países del CAD, Reino Unido, Noruega, Luxemburgo, Suecia, Países Bajos y Dinamarca- superaron en 2015 el 0,7% del coeficiente AOD/RNB (5 de estos países son Estados miembros de la UE).

España, con un 0,12% está a la cola del CAD, con el mismo porcentaje que la República Checa y tan sólo por encima de la República de Eslovaquia y Polonia. **España ocupa el puesto 25 de 28, muy lejos de la media de los países de la Unión Europea (0,30%) y a más distancia aún de la media de los países del CAD (0,41%).**

La previsión a medio plazo de la Ayuda Oficial al Desarrollo para el conjunto de los países donantes no invita al optimismo, ya que si bien plantea una ligera subida de la AOD, es claramente insuficiente para impulsar la nueva agenda 2030. Una Agenda que, recordemos, incorpora en el ODS 17 una meta específica para alcanzar antes de 2030 el 0,7%, dándose los países 15 años más para cumplirlo.

En cuanto a la evolución de la AOD en salud, en 2014 se pierde la tendencia de los últimos años de crecimiento, pasa de 22.386 millones de dólares en 2013 a 21.235 millones en 2014, representando el 12,71% del total de la ayuda neta y alejándose del porcentaje recomendado del 15% de toda la AOD.

Las Instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, mantienen un incremento en los recursos destinados a la AOD, pero los fondos

destinados a salud disminuyen levemente, continuando la tendencia de los últimos años. Esto supone que las instituciones europeas no asumen la salud como una prioridad en sus políticas de cooperación, más allá de sus compromisos políticos, éstos no se ven secundados de un compromiso presupuestario adecuado.

La mayor parte de la AOD sanitaria del CAD se destina a la lucha contra enfermedades específicas (sida, malaria, enfermedades transmisibles, ...). Desde nuestro punto de vista, sería más eficaz, pensando en términos de acceso, equidad y universalidad de la salud, apoyar de manera más significativa aquellos subsectores que inciden específicamente en la atención primaria de salud (APS) y en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, ya que es la única manera de que las acciones que se realicen sean sostenibles.

En cuanto a la **distribución geográfica de la AOD en salud**, en 2014 se mantiene la tendencia de los últimos años de orientar gran parte de la inversión de fondos en el continente africano. África recibió AOD por valor de 54.529,29 millones de dólares, de los que 11.593,42 millones se destinaron a salud. África recibe un 54,60% del total de la AOD destinada a salud. La AOD sanitaria tiene por tanto un gran peso específico en el conjunto de la ayuda destinada a África, ya que supone más del 21% de la AOD total. La noticia negativa es que en 2014 estos fondos a la salud descendieron un 4,7%, cuando el descenso de la AOD general destinada a África fue de solo un 1,9%. Descenso incomprensible cuando se trata de la región que mayores problemas de salud presenta.

Asia es la segunda región que más ayuda recibió, tanto en AOD general (49.205,75 millones) como en AOD sanitaria (4.087,68 millones). Aunque también experimentó un descenso de la AOD, general (casi un 7,5%), y la destinada a salud (un 14,5%), unas cifras que nos llevan a realizar la misma reflexión que hacíamos al comentar la situación de África.

América es la única región importante que vio incrementar la recepción de fondos AOD. En 2014 recibió 11.365,50 millones de dólares para AOD general (un incremento del 12%) y 1.079,49 para salud (un incremento del 8,4%). Curiosamente, en 2013 sucedió lo contrario, incremento de AOD y de AOD en salud en las regiones africana y asiática, y descenso de la AOD destinada a América, lo que puede interpretarse como un síntoma de la falta de predictibilidad de la ayuda que realizan algunos países, factor importante pues pudiera condicionar la eficacia de la misma.

Más allá de la financiación de la salud, los tratados de libre comercio como el Tratado Transatlántico de Comercio e Inversiones (TTIP en sus siglas en inglés) y el Acuerdo de Comercio de Servicios (TiSA en sus siglas en inglés) pueden tener consecuencias en el sector salud, tanto por los productos que se importen como por la posible privatización de servicios sanitarios. Hasta ahora, la UE siempre ha excluido de sus compromisos y acuerdos determinados sectores, entre ellos la sanidad y los servicios sociales públicos.

El principio de precaución ha permitido a Europa conjugar los beneficios de las empresas y la prevención de problemas en la salud de las personas, y no debería en ningún momento relajarse para asegurar unos mayores beneficios económicos. Estos acuerdos comerciales no pueden estar por encima de las políticas sociales y de los derechos de las personas, como el derecho a la salud.

CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

En 2015 la AOD española sigue perdiendo peso, situándose en el 0,12% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.

La AOD bruta desembolsada en 2015 por España ha sido de 1.626 **millones de euros**, un mínimo incremento de 30 millones con respecto a 2014, que representa el **0,12 % de la renta nacional bruta** (cuando en 2014 alcanzaba el 0,13%). Este incremento en las cantidades destinadas a AOD no se debe a un mayor compromiso con la cooperación, sino que se ha producido por el retorno de algo más de 362 millones de euros provenientes de la ayuda reembolsable. La ayuda neta, es decir, restando el dinero ingresado por los préstamos, dato que nos permite valorar realmente el verdadero esfuerzo que se ha hecho en 2015 en cooperación, se queda en apenas 1.264 millones de euros, 154 millones menos que la ayuda neta de 2014.

La AOD no es meramente un presupuesto que pueda ser prescindible en algunos momentos, sino que es la expresión de la solidaridad de España con las poblaciones más desfavorecidas y un instrumento imprescindible para avanzar en la consecución de los derechos humanos. Debemos recordar al Gobierno español que en la Conferencia internacional sobre financiación de Addis Abeba asumió el compromiso colectivo de la Unión Europea de alcanzar el 0,7% del PIB en la ayuda oficial para el desarrollo en el horizonte de la agenda y el 0,20% para los países menos adelantados”.

Para cumplir con estas declaraciones sería necesario que la AOD española tome un nuevo impulso y genere un plan realista de recuperación.

En cuanto a la **AOD en salud en 2015**, los datos que analizamos aquí tienen una gran diferencia con respecto a otros años, ya que en el volcado de datos que presenta la SGCID con respecto a las partidas de cooperación, no aparecen desagregados por sectores ni las partidas destinadas desde Cataluña ni desde las Entidades Locales (EELL), al no recibir esa desagregación de estos actores (parece que ser que por falta de personal para realizar este trabajo).

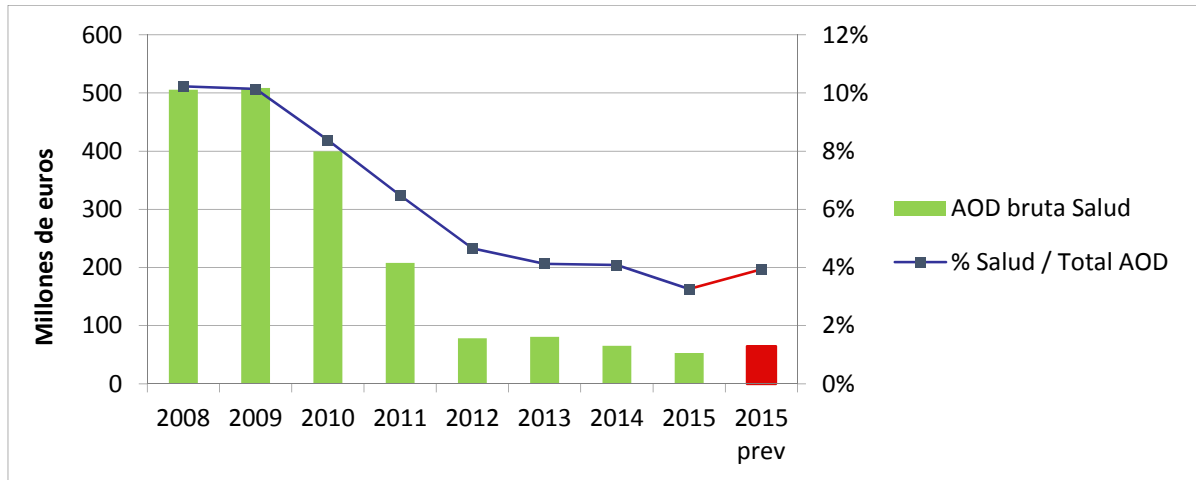
Además, distorsiona los datos finales, la suma de ambas entidades en 2014 suponía 11,6 millones de euros, el 17,8% de toda la AOD sanitaria española. Tanto Cataluña como las entidades locales (EELL) han incrementado su presupuesto de cooperación, y en teoría debería suponer un incremento en sus partidas de cooperación sanitaria. Pero dado el comportamiento errático de los últimos años es muy difícil inferir esa hipótesis.

En **2015 se ha destinado al sector salud 53.043.141 euros**, si bien esta cifra es 12 millones menor que lo destinado en 2014. Si hacemos el ejercicio de proyectar una estimación de lo que pudiera haber aportado Catalunya y las EELL, parecida a 2014 (11,6 millones entre ambas) y lo sumamos al total, la cifra resultante es muy parecida a la del año anterior.

No obstante, hay que señalar que, debido al cobro de préstamos de años anteriores, la cooperación española ha ingresado 20 millones más de lo gastado, esto es, la cooperación sanitaria ha tenido un superávit del que no sabemos su destino, que debería ser revertido en el mismo sector.

En su conjunto, la salud **ha representado el 5% del total de la AOD bruta en 2015**, un punto más que en 2014, pero aún muy lejos de la media de los países del CAD.

Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2015



Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.

La tendencia de la salud en la cooperación española (incluso si asumimos la hipótesis de que Cataluña y las EELL destinan lo mismo que en 2014, que se puede ver como la barra en rojo) es claramente descendente desde 2008, y ha provocado una progresiva pérdida de peso tanto absoluto como relativo de la salud dentro de la cooperación española. En 2015 se está destinando a cooperación sanitaria el 10% de las cantidades que se destinaron en 2009 (12% si estimamos la aportación de Cataluña y las EELL). Cumplir con los compromisos existentes en materia de salud va a exigir un mayor esfuerzo de nuestras instituciones, que se debe sumar al mayor esfuerzo que deben realizar también los gobiernos e instituciones de las regiones y países receptores ya que los problemas de salud se han incrementado.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC) con el 72,5% de toda la ayuda sanitaria y las CCAA con el 21% son los principales financiadores, por el contrario, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que tiene, entre sus competencias, las relaciones con la OMS, solamente ha destinado el 0,48%. Es importante y necesario que el Ministerio de Sanidad se involucre de forma más decidida en la cooperación sanitaria, y más ahora tras la puesta en marcha de los ODS, que nos obliga a trabajar tanto en el interior de España como en el exterior.

En 2015 la ayuda canalizada a través de organismos multilaterales se incrementa ligeramente respecto a 2014. Aunque sea pequeño, este incremento es una noticia positiva, si se confirma que es tendencia ya que indica que el brutal y progresivo descenso de los desembolsos en ayuda multilateral pudiera haber tocado suelo. España no puede tener el mismo peso si destina 22 millones como en 2015, que si destina 343 millones de euros, como hizo en 2009. A esto se suma el descenso de la ayuda multilateral de un 11% respecto a 2014 y la limitada participación de España en las diferentes organizaciones que determinan las estrategias mundiales de salud.

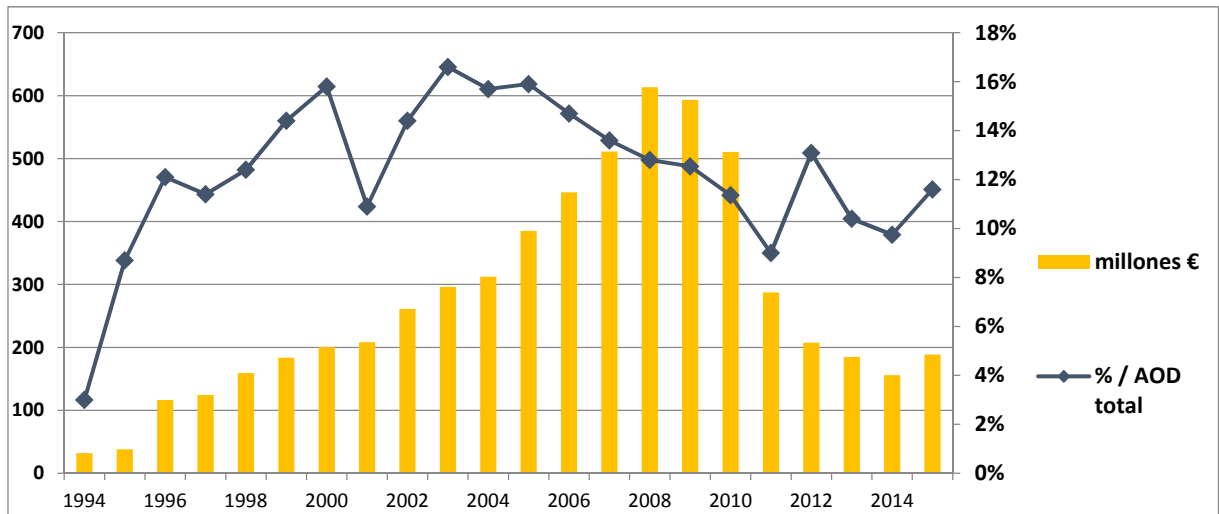
En algo más de 6 años se ha producido una reducción del monto en AOD multilateral en salud de cerca del 92%, con las consecuencias de pérdida de peso y de influencia de España en el panorama de la salud mundial.

En cuanto a la **distribución geográfica de la AOD en salud**, en 2015 la ayuda en salud África sigue siendo la principal receptora de ayuda con más de un tercio de la ayuda total seguida de

América latina con el 20%da hacia África pasó del 40% alcanzado en 2014 al 33,7%, aunque se acerca al porcentaje que se tenía en 2012 y 2013. La ayuda dirigida a América Latina disminuye también ligeramente, un 1%, llegando al 22,18%. Por lo tanto, seguimos considerando positivo que la región de África subsahariana sea la que mayor cantidad de fondos recibe, ya que es donde mayores problemas de salud existen.

Durante el periodo 2009 – 2014 la **cooperación descentralizada** (Comunidades autónomas y Entes locales) ha experimentado un retroceso que la ha situado en volúmenes por debajo de los de 1998, si bien en 2015 se ha producido un incremento que esperamos suponga un cambio de tendencia.

Evolución de la AOD descentralizada (CCAA+EELL) en España 1994-2015



Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

El incremento bruto de la cooperación descentralizada en 2015 asciende a más de 32 millones de euros, un 21% más que lo destinado en 2014, alcanzando los 188,82 millones de euros. En su conjunto, la AOD descentralizada supone el 11,6% del total de la AOD de la cooperación española, lo que nos muestra que quiere seguir siendo un actor relevante en cooperación.

Debemos destacar el crecimiento de Andalucía en más de 11 millones respecto a 2014, lo que equivale a más de la mitad de todo el incremento autonómico, recuperando parte de la reducción de 2014. También destaca el incremento de Extremadura, con 6,7 millones, y de Cataluña, con más de 3 millones de euros. En negativo, sorprende la reducción del País Vasco, en 4 millones de euros, por su demostrado compromiso con la cooperación, incluso durante el periodo de crisis. Y nuevamente decepciona la Comunidad de Madrid que siendo la segunda comunidad con mayor crecimiento económico reduce a la mitad el exiguo presupuesto destinado a cooperación.

En cuanto a la AOD descentralizada en salud, durante 2015 las CCAA y EELL han destinado 11.958.459 de euros al sector salud (todo proveniente de las CCAA), que si sumamos la estimación de los 11,6 millones de Cataluña (una estimación que alcanzaría los 5.811.058 de euros) y de las EELL, nos daría 23,5 millones de euros, una cifra algo superior a la del 2014, que fue de 22,5 millones.

Estas cifras nos permiten afirmar con reservas que en 2015 la cooperación descentralizada ha aumentado su presupuesto, cambiando la tendencia de reducción de los últimos años. No obstante, seguimos muy alejados de los 54,5 millones de euros que se destinaron en 2008.

6 CCAA aumentan sus recursos en salud en 2015, destacando el fuerte incremento de Extremadura, casi 10 veces más que en 2014. En el apartado de reducciones de AOD en salud destacan País Vasco y Andalucía, dos de las CCAA más importantes en la cooperación sanitaria, con una reducción de 421.357 y 377.571 euros respectivamente. Es preocupante sobre todo la tendencia negativa de la cooperación andaluza en los últimos años, que ha disminuido su presupuesto a salud en un 22% desde 2013.

AOD en salud de las CCAA, 2013-2015

CCAA	AOD salud 2013	AOD salud 2014	AOD salud 2015
Andalucía	5.771.804 €	4.290.020 €	3.912.448 €
Aragón	565.149 €	139.699 €	371.006 €
Asturias	850.787 €	804.036 €	680.263 €
Baleares	50.000 €	91.478 €	159.000 €
Cantabria			
Canarias			
Cataluña*	5.903.197 €	5.811.058 €	
País Vasco	2.524.900 €	2.687.134 €	2.265.777 €
Castilla-La Mancha	2.370.164 €	45.000 €	29.633 €
Castilla y León	520.908 €	186.045 €	476.136 €
Extremadura	1.695.693 €	119.439 €	1.187.251 €
Galicia	494.734 €	525.987 €	863.180 €
La Rioja	215.000 €	55.040 €	16.382 €
Madrid			165.000 €
Murcia			
Navarra	927.169 €	1.656.814 €	1.582.383 €
C. Valenciana	275.071 €	243.806 €	250.000 €
Ceuta		12.000 €	
TOTAL	22.164.576 €	16.667.556 €	11.958.459 €

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.

*Por un problema de falta de personal, la Generalitat no ha entregado datos desagregados de AOD, solo el total. Por ello, no se puede incluir en esta tabla el aporte de Cataluña

En lo que respecta a la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, el 40% se concentra en África y el 38% América, especialmente América Central y Caribe. Mientras que Asia es el destino de prácticamente el otro 20%, casi toda dirigida hacia Asia Oriental.

La aportación de la cooperación descentralizada al sector salud debe seguir creciendo, tanto en presupuesto como en calidad. Es una cooperación que tiene un peso fundamental en la cooperación sanitaria española, y permite trabajar en sectores y áreas geográficas que quedan fuera de las grandes políticas nacionales e internacionales y que puede ayudar a conseguir el lema de los ODS sobre que “nadie se quedará atrás”.

Ante este panorama de continuado descenso de la AOD española, blindar el 0,7% de AOD por ley parece la única opción para que la cooperación se convierta en una política de Estado y sortear la falta de compromiso de los diferentes gobiernos. Es lo que ha hecho el Reino Unido cuya AOD en 2007 y 2008 era inferior a la española. Frente a la adversidad económica, los ingleses han apostado por incrementar la partida en 6.500 millones de euros, convirtiendo la cooperación en una política de Estado, mientras que el Gobierno español la ha desmantelado, recortándola en 3.000 millones de euros, según datos de la OCDE.

Las organizaciones que elaboramos este informe convenimos en la necesidad de seguir los pasos del Reino Unido y salvaguardar de los excesivos recortes los presupuestos para la cooperación, poniendo sobre la mesa un programa de mínimos y una hoja de ruta. Además de conferir prestigio internacional a España, alcanzar el 0,7% de la AOD permite, fundamentalmente, salvar vidas, contribuir a resolver desigualdades, ofrecer nuevas oportunidades a los sectores de la población más vulnerables, en definitiva, contribuir de manera efectiva al cumplimiento de los ODS.

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

En 2015, las necesidades humanitarias mundiales siguieron aumentando. Alrededor de 125 millones de personas se vieron afectadas por crisis humanitarias.

El desplazamiento forzado debido a situaciones de conflicto y a desastres naturales también siguió creciendo. En 2015, alcanzó la cifra de 65,3 millones de personas, de éstas 40,8 millones son personas desplazadas dentro de sus propios países y 24,5 millones de personas se han visto forzadas a abandonar sus países.

Se ha producido un agravamiento sin precedentes en la vulnerabilidad de las comunidades, especialmente en África y Oriente Medio. En el continente africano las consecuencias del fenómeno de El Niño han sido las más graves en las últimas décadas. En Oriente Medio, el conflicto en Siria y en menor medida en Irak han llevado a la peor crisis humanitaria de los últimos 25 años. 13,5 millones de personas afectadas por este conflicto requieren ayuda y protección dentro y fuera de Siria mientras que en Irak hay 3,2 millones de personas desplazadas por el conflicto, un millón más que en 2014.

2015 será recordado también por la llegada de más de un millón de personas refugiadas y migrantes a Europa y por las más de 3.000 personas fallecidas intentando cruzar el Mediterráneo. Establecer vías legales y seguras para que las personas migrantes lleguen a países sin poner en riesgo sus vidas, sigue siendo una de nuestras reivindicaciones, así como de otros muchos actores humanitarios.

UNOCHA identificó en 2015 unos 86,6 millones de personas con necesidades humanitarias en 37 países, pero los fondos recaudados a finales de año a través del sistema de NNUU alcanzaron para cubrir solo el 55% de las necesidades humanitarias evaluadas. Es decir, solo se asistió a 47,6 millones de personas.

A lo largo de la última década, no ha dejado de crecer la brecha entre llamamientos para financiar la ayuda humanitaria y su financiación final. **Ante esta realidad, el Secretario General de Naciones Unidas ha instado nuevamente a los donantes para reducir la brecha entre los llamamientos que se realizan desde NN.UU y las aportaciones de los donantes, de manera que se cubra al menos el 75% las necesidades de financiación, frente al 55% actual** (de los 19.334 millones de dólares solicitados sólo se recaudaron 10.687 millones de dólares).

La Unión Europea continúa siendo el mayor financiador de Ayuda Humanitaria a nivel internacional. En 2015, los fondos proporcionados conjuntamente por los países Europeos y la Comisión Europea ascendieron a 7.384 millones de dólares. De ellos, la Comisión contribuyó con un presupuesto inicial de Fondos comunes de 1.816 millones de euros; el resto fueron aportaciones individuales de los Estados. De nuevo, destacan las aportaciones de Reino Unido, Alemania, Suecia, Holanda y Noruega, los mayores donantes de ayuda humanitaria.

Por regiones, el 44% de la partida presupuestaria gestionada por ECHO se dirigió a África Subsahariana, y el 37% a Oriente Medio.

La **AOD española destinada a la acción humanitaria en 2015** se ha reducido un 16,69%, pasando de 55,87 millones de euros en 2014 a 46,57 millones en 2015. Sigue muy alejada de los niveles de 2010 y 2011, años en los que se situó por encima de los 300 millones de euros.

El informe de evaluación entre pares del CAD de 2015, recuerda al Gobierno que el presupuesto es “innecesariamente” bajo, especialmente cuando, como muestra el Eurobarómetro sobre ayuda humanitaria de 2015, existe un fuerte apoyo público de la acción humanitaria por lo que España puede asignar mayores recursos al sector clave de la ayuda humanitaria.

En 2015 la acción humanitaria representó el 4% de la Cooperación española, lo que la confirma como un sector residual. Se mantiene lejos de la recomendación del CAD y de los compromisos internos de destinar al menos el 7% del total de la AOD a acción humanitaria.

Sorprende que, con estos datos, el Secretario de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica, Jesús Gracia hablara *“del firme compromiso de España en materia humanitaria”* durante la I Cumbre Humanitaria Mundial celebrada en Estambul en mayo de 2016.

Mensaje que sostuvo también el entonces Ministro de Asuntos Exteriores, José Margallo, en su discurso durante la Cumbre afirmó que *“España se compromete a incrementar la financiación en los próximos años y contribuir así a la reducción de la brecha entre ingresos y gastos del sistema humanitario”*.

En cuanto a la canalización de la AOD, los datos de los que disponemos confirman que la cooperación española abandona la vía multilateral para la financiación de la acción humanitaria, vía especialmente estratégica para la acción humanitaria como le ha recordado el propio CAD en diversas ocasiones.

De nuevo, África y Oriente Medio acaparan algo más del 60% de los fondos, reflejo del elevado número de crisis humanitarias que se viven en estas dos regiones.

El continente africano recibió el 23,73% de los fondos: crisis del Sahel, Sudán del Sur, el conflicto de la República Centroafricana y la epidemia del ébola en los países de África occidental como Sierra Leona o Guinea.

Oriente Medio recibió el 38,45%. La guerra civil en Siria fue su principal destino, seguido de Líbano y Jordania, los dos principales países receptores de personas refugiadas.

Dentro del Sureste asiático, Filipinas y Nepal fueron los principales destinos de la ayuda española. Filipinas para paliar las consecuencias del tifón Haiyan y Nepal en respuesta al terremoto que asoló el país en 2015.

Latinoamérica recibió casi el 10% de los fondos, dos tercios de esta ayuda se dirigieron a Centroamérica y Caribe, con Haití como principal receptor.

Por último, los fondos destinados para acción humanitaria por **la cooperación descentralizada** aumentaron un 10% en 2015, alcanzando los 10.718 millones de euros. En el análisis de la ayuda descentralizada, las comunidades autónomas aportaron casi 10 millones de euros, un millón más que en 2014. Por el contrario, las entidades locales han sufrido un fuerte descenso, pasando de algo más de dos millones de euros a apenas 770.000 euros.

Se mantiene el protagonismo de la cooperación andaluza y la cooperación vasca, sumando ambas algo más del 50% del total de las aportaciones descentralizadas. No obstante, se observa un fuerte descenso en la financiación de la cooperación andaluza que pasa de aportar el 45% de los fondos al 25%.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

(i). Los resultados globales del trabajo en los ODM de salud nos muestran grandes avances, pero mucho menos de los comprometidos. Un compromiso político no tan intenso como era necesario, una escasa financiación y participación activa de la población, la falta de un consenso sobre los mejores procesos para alcanzar los resultados, y el trabajo individual para cada meta sin tener en cuenta las interrelaciones en un mundo globalizado, han sido las principales causas de no haber conseguido las metas previstas.

Los avances en las metas sobre salud de los ODM han sido muy considerables, pero no han alcanzado los compromisos que la comunidad internacional se propuso. Se ha conseguido reducir la mortalidad por sida, malaria y tuberculosis, pero siguen siendo problemas de salud globales. La tasa de mortalidad materna e infantil ha disminuido aproximadamente a la mitad entre 1990 y 2015, pero se esperaba alcanzar una reducción de $\frac{3}{4}$ partes de la mortalidad materna y $\frac{2}{3}$ partes de la infantil. Casi todas las muertes se producen en entornos de bajos recursos que podrían prevenirse mediante una Atención Primaria de Salud adecuada y un fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Podemos enumerar que los motivos de no alcanzar estos resultados son principalmente:

1. El compromiso político no se ha visto refrendado por un compromiso financiero equiparable. Además, este compromiso político no era vinculante, por lo que nadie, ni los países ni las instituciones internacionales se responsabilizaban de conseguir o no los resultados, y muchas veces no había forma siquiera de poder comparar quien lo hacía bien o mal.
2. Muy poca gente conocía realmente los ODM por lo que asumían un rol de receptores de esas políticas y no impulsores de las mismas. Una de las causas sin duda ha sido la no generación de espacios para un debate participativo sobre las prioridades ni sobre los procesos que debían sustentar los resultados a obtener, y tampoco se permitió una participación real de la población en el seguimiento y evaluación de esas metas. Así, la sociedad tampoco servía de impulso para que las instituciones políticas asumieran un mayor compromiso.
3. Cada ODM solamente se preocupaba sobre sus propias metas, cuando existía una interrelación entre muchas de ellas. Faltaba una coherencia global sobre lo que se

quería conseguir, y por lo tanto existían contradicciones que dificultaban los avances, por ejemplo entre las acciones internacionales y sus consecuencias a nivel local de salud, como puede ser la problemática de las patentes de los medicamentos, que dificulta el acceso a los mismos de muchas personas.

4. Las metas que se querían conseguir eran en general muy claras, pero no se consensuaron los procesos para conseguirlas. La comunidad internacional ha trabajado mucho por iniciativas individuales (estrategia vertical de lucha contra una sola enfermedad o problema de salud) y no fortaleciendo el sistema de salud en su conjunto, que competían por los mismos espacios en vez de buscar sinergias. Las nuevas estrategias de salud a nivel global deben anteponer el derecho a la salud sobre otros intereses, y es necesario que haya una apuesta decidida por trabajar fortaleciendo la Atención Primaria de Salud y los sistemas públicos de salud, así como tener en cuenta la coherencia de políticas y la multidisciplinariedad de la salud.

(ii) El Objetivo 3 de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenibles, “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” es el ODS donde se van a enmarcar las acciones puramente de salud durante los próximos 15 años, recordando que los ODS se deben trabajar en cada uno de los países del planeta, y no solamente en los más empobrecidos.

La OMS define la salud como “el bienestar físico, psíquico y social, no solo ausencia de enfermedad” y marca claramente que la salud no es solamente ausencia de enfermedad. Y es el Objetivo 3 de los ODS en salud el que debería buscar alcanzar ese bienestar global. Es un objetivo muy amplio, e intenta, además de seguir con las problemáticas de salud de los ODM, cubrir los huecos que éstos dejaban para tener una salud global. Pero mezcla asuntos muy diferentes: lucha contra enfermedades (infecciosas y crónicas), estrategias (cobertura sanitaria universal) y normas sanitarias (Control del tabaco) o aspectos relacionados con la gestión del sistema sanitario (personal, financiación,...), que habrá que ver como se coordinan entre ellos.

El mayor reto a nivel mundial que ha fijado la comunidad internacional será conseguir la cobertura sanitaria universal (CSU). Pretende que “todas las personas reciban los servicios esenciales de salud que necesitan de calidad, sin estar expuestos a dificultades financieras”, lo que obliga a los países disponer de recursos y políticas adecuadas para alcanzar cada vez una mayor cobertura. Pero no podemos olvidarnos ni de los determinantes de salud, ni de “los efectos en la salud en todas las políticas”, elementos que debemos de trabajar para alcanzar unos resultados en salud sostenibles.

Para alcanzar las metas del ODS en salud es necesario que todos los países tengan presentes los siguientes elementos:

1. *Toda actuación en salud debe estar fundamentada en la evidencia y en el derecho al acceso a los servicios de salud, fortaleciendo los sistemas públicos de salud, priorizando las acciones de Atención Primaria y entendiendo la salud como un bien público global*
2. *Las políticas y las evaluaciones deben ir orientadas a la mejora de salud de las poblaciones, no solo a medir la disminución de la enfermedad.*
3. *Son necesarios más recursos en salud, pero la responsabilidad es compartida, no es solamente una misión de la cooperación al desarrollo. En 2014 se destinaron 1.000 millones de dólares a la lucha contra la malaria y 1.200 millones de dólares a otras enfermedades infecciosas, sin incluir el sida, pero no fue suficiente. Los países localmente y la comunidad internacional deben asignar mayores recursos a este sector.*
4. *Es necesaria una coordinación real de todos los actores a todos los niveles para evitar dispersiones o incluso contradicciones que disminuyan la eficacia de la ayuda.*

5. *La población es la responsable de su salud: es necesario establecer mecanismos para que la población asuma decisiones sobre su salud y que pueda participar en la toma de decisiones y seguimiento de los resultados en salud.*
6. *La salud no depende solamente del sistema sanitario: es necesario que la Cobertura Sanitaria Universal se defina mejor y se implemente correctamente, pero no podemos olvidar que debemos analizar los efectos de todas las políticas (internacionales, nacionales y locales) en la salud, y tener presentes los determinantes de salud. El trabajo en salud debería ir estrechamente unido a un programa de protección social.*

(iii). La AOD del conjunto de donantes disminuyó en 2015, en un año afectado por una crisis migratoria sin precedentes en Europa desde la Segunda Guerra Mundial, mientras que la salud rompe también su evolución positiva de los últimos años.

En 2015 la AOD neta del conjunto del CAD ha descendido después de 2 años de crecimiento, alcanzando los 131.586 millones de dólares corrientes, una cifra casi un 13% inferior a la de 2014, y alcanzando el 0,41% de su PIB (España es la 4ª por la cola entre el conjunto de donantes).

Esta caída de las cifras globales de AOD se producen en un año caracterizado por la “crisis de los refugiados” que sufrió Europa, una situación humanitaria crítica —la más importante desde la Segunda Guerra Mundial— que se agudizó en 2015 por el incremento del flujo de refugiados, alcanzando la cifra de un millón de personas buscando asilo durante ese año.

La mayor parte de los costes que se asignan a estos refugiados en el propio territorio europeo pueden registrarse como AOD por los miembros del CAD, y la inclusión de este coste está distorsionando las cifras destinadas a AOD, que se vería aún más reducida si quitáramos estas ayudas, que hubiera debido suponer un aumento exponencial de la solidaridad mundial y no más recortes en la ayuda.

En cuanto a salud, la AOD sanitaria también rompe su evolución positiva desde 2006, disminuyendo más de 1.100 millones de dólares, aunque está bastante bien orientada geográficamente y algo menos sectorialmente, ya que se destina mayoritariamente a la lucha contra enfermedades específicas y no a fortalecer los sistemas de salud.

La UE debe impulsar, tanto de los países miembros como de las propias instituciones europeas, el cumplimiento del 0,7% en AOD genuina (eliminando en su cómputo aquellas acciones que no pueden considerarse AOD) y el establecimiento de los mecanismos necesarios para que los nuevos actores (privados y público privados) que participen en cooperación, trabajen en coherencia con las metas de la Agenda 2030 y el derecho a la salud.

(iv). La AOD española ha sufrido nuevos recortes y se ha situado en el 0,12% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.

La AOD bruta desembolsada en 2015 representa el 0,12 % de la renta nacional bruta, cuando en 2014 alcanzaba el 0,13%, siguiendo la tendencia de descenso continuada y alejándonos cada vez más del 0,7%, ratificado por España en los compromisos de Addis Abeba en 2015, aspecto que también está incluido en los ODS. El mismo CAD aconseja a la cooperación española que incremente sus aportaciones en AOD

Es imperativo que la AOD española tome un nuevo impulso y asuma un plan progresivo para alcanzar el 0,7%. Sería muy positivo tener un compromiso de todas las fuerzas políticas que afirmarían que no van a retroceder en el cumplimiento de este compromiso y se plasme en una Ley lo antes posible.

(v). La AOD para el sector salud sigue estando en cifras muy bajas, y sin embargo, y debido al cobro de préstamos de años anteriores, el saldo en salud en 2015 para la cooperación española sería favorable en 20,4 millones de euros.

Los datos que analizamos aquí tienen una gran diferencia con respecto a otros años, ya que en el volcado de datos que presenta la SGCID con respecto a las partidas de cooperación, no aparecen desagregados por sectores ni las partidas destinadas desde Cataluña ni desde las Entidades Locales (EELL), al no recibir esa desagregación de estos actores. Por lo tanto, hemos hecho algunas estimaciones, asumiendo que estos actores destinaron a AOD en salud, unas cifras similares a 2014, porque entre ambos suponían casi el 18% del total e AOD sanitaria española.

La ejecución real que se ha destinado al sector salud ha sido de 53.043.141 euros, si bien esta cifra es 12 millones menor que lo destinado en 2014. Si hacemos el ejercicio de proyectar una estimación de lo que pudiera haber aportado Catalunya y las EELL, parecida a 2014 (11,6 millones entre ambas) y lo sumamos al total, la cifra resultante es muy parecida a la del año anterior. En su conjunto, la salud ha representado el 5% del total de la AOD bruta en 2015, un punto más que en 2014, pero aún muy lejos de la media de los países del CAD. Estas cifras son el 10% (o el 12% si sumamos Cataluña y EELL)) de las cifras destinadas a este sector en 2009.

Es necesario que los actores públicos entiendan que es necesario tener los datos disponibles para poder hacer una mejor rendición de cuentas a la población y tomar decisiones con mayor información. En cuanto a recursos, es necesario incrementar las partidas de cooperación sanitaria, y, dado que ya fueron computados como AOD en salud, los recursos que España ingrese de préstamos anteriores, deberán ser destinados como partidas extraordinarias a este sector.

(vi). La AOD descentralizada incrementa sus cifras de AOD, en lo que esperamos sea un cambio de tendencia de las reducciones de los últimos años. La cooperación descentralizada española es un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan países vecinos, y bien valorada a nivel internacional. En 2015, las CCAA han incrementado un 19% las cifras de AOD de 2014, y las EELL un 26%.

Durante 2015 las CCAA y EELL han destinado 11.958.459 de euros al sector salud (todo proveniente de las CCAA), que si sumamos la estimación de los 11,6 millones de Cataluña (una estimación que alcanzaría los 5.811.058 de euros) y de las EELL, nos daría 23,5 millones de euros, una cifra algo superior a la del 2014, que fue de 22,5 millones.

Es conveniente que la cooperación descentralizada mantenga su tendencia alcista en AOD de 2015 y pueda proporcionar los datos para confirmar el papel que ha estado trabajando durante los últimos años en la cooperación sanitaria. Un papel que debe ir más allá de financiar acciones de salud en sectores y áreas geográficas que quedan fuera de las grandes políticas nacionales e internacionales y que puede ayudar a conseguir el lema de los ODS sobre que “nadie se quedará atrás”. Porque, conjuntamente con el Estado pueden aportar a la salud global la posible exportación y adaptación de un modelo de sistema de salud descentralizado para conseguir la Cobertura Sanitaria Universal.

(vii) La AOD destinada a la acción humanitaria se convierte en residual dentro de la AOD española.

Como respuesta al aumento de las necesidades humanitarias mundiales y a los 125 millones de personas afectadas por crisis humanitarias, la cooperación española ha reducido un 16,69% la AOD destinada a la acción humanitaria, pasando de 55,87 millones de euros en 2014 a 46,57 millones en 2015, a la cola de los donantes europeos. En términos porcentuales, representó el

4% de la Cooperación española, lejos de la recomendación del CAD y de los compromisos internos de destinar al menos el 7% del total de la AOD a acción humanitaria.

En el informe del CAD de evaluación entre pares de 2015, éste recuerda al Gobierno que el presupuesto es “innecesariamente” bajo, especialmente cuando, como muestra el Eurobarómetro sobre ayuda humanitaria de 2015, existe un fuerte apoyo público de la acción humanitaria.

El propio Secretario de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica, Jesús Gracia ha hablado “del firme compromiso de España en materia humanitaria” durante la I Cumbre Humanitaria Mundial celebrada en Estambul en mayo de 2016, mientras el entonces Ministro de Asuntos Exteriores, José Margallo, afirmó que “España se compromete a incrementar la financiación en los próximos años y contribuir así a la reducción de la brecha entre ingresos y gastos del sistema humanitario”.

La mejora de los datos macroeconómicos de la economía española debería revertir radicalmente este desplome de la financiación humanitaria. La cooperación, y en especial la Acción humanitaria son herramientas políticas de mucho peso en las relaciones bilaterales entre países y en las multilaterales con la comunidad internacional.

Por tanto, pedimos al Ministro de Asuntos Exteriores y Cooperación que cumpla el compromiso adquirido por el gobierno español en la Cumbre Humanitaria y aumente los fondos de AOD destinados a acción humanitaria en 2017 y que dicho incremento se mantenga en el tiempo hasta alcanzar los niveles que le corresponden como país donante.

(viii) Los compromisos suscritos en la Cumbre Mundial Humanitaria pueden ser una oportunidad para que la cooperación española recupere peso en la escena internacional.

La Cumbre Mundial Humanitaria ha marcado un hito importante en el entorno humanitario, tanto por el número de participantes como por alguno de los acuerdos alcanzados, como el “Grand Bargain” para mejorar la eficiencia y eficacia de la acción humanitaria que sienta las bases para la reforma del sistema de financiación de la acción humanitaria.

El pacto propone asignar al menos el 25% de financiación directa de la ayuda humanitaria a actores locales y nacionales antes del 2020 muy por encima del 2% actual. No cabe duda que se trata de un compromiso ambicioso, pero que requiere sobre todo voluntad política por parte de los gobiernos.

A la vista del compromiso adquirido por la cooperación española y las instituciones europeas con los resultados de la cumbre, pedimos que ambos actores establezcan en 2017 un calendario para la consecución del objetivo del 25% de financiación para actores locales y nacionales en 2020.

(ix) La Unión Europea ha demostrado su incapacidad para dar una respuesta humanitaria adecuada a las personas que buscan un refugio de paz y seguridad en Europa.

2015 será recordado por la llegada de más de un millón de personas refugiadas y migrantes a Europa, por las más de 3.000 personas fallecidas intentando cruzar el Mediterráneo y por la incapacidad de la Unión Europea para dar una respuesta humanitaria adecuada que permita la acogida y protección de millones de personas en situación de vulnerabilidad extrema que buscan refugio en Europa.

La Unión Europea debe establecer vías legales y seguras para que las personas refugiadas y migrantes lleguen a países sin poner en riesgo sus vidas y promover la colaboración y coordinación de todos los sectores implicados en las rutas de migración. Así mismo, debe facilitar los trámites de asilo y permitir la solicitud del mismo en el país de preferencia.