

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

2017 está marcado por la llegada del *primer líder africano* a la presidencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el eritreo *Tedros Adhanom Ghebreyesus*, por *asumir la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) como el eje del trabajo en salud para los próximos años, planteada como un derecho humano alcanzable para cualquier país y por la cada vez mayor presión del sector privado empresarial que ante la crisis que sufre la institución (456 millones de dólares de déficit, y una enorme dependencia de fondos extrapresupuestarios) se ofrece como “salvador”*.

Perduran los retos tradicionales a los que debe hacer frente la OMS como es la persistencia de **sistemas de salud débiles** en gran parte del mundo y el agravante de una gran **escasez de personal sanitario**. A estos retos debemos añadir la **falta de producción de medicamentos esenciales** (como la penicilina benzatina) incluso en países desarrollados como Estados Unidos, Francia, España o el **aumento del coste de la vacunación**. La falta de medicamentos no sólo es un problema de gestión, sino también de transparencia y de generar políticas adecuadas. En paralelo a la falta de ciertos medicamentos, en los países más desarrollados se ve una tendencia a la **sobremedicalización de la sociedad**, por percibir como enfermedad las “no enfermedades” (celulitis, calvicie...).

Mención especial requieren las estrategias del sector privado para promover productos perjudiciales, los llamados **determinantes comerciales de salud**. Se estima que el 75% de la diabetes y el 40% de los cánceres se evitarían eliminando el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol, la alimentación con alto contenido en grasas y azúcares, y corrigiendo la falta de actividad física. Frente a ello, el modus operandi de las multinacionales que fabrican esos ‘determinantes comerciales’ es a través de presión política y manipulación de la opinión pública. Algunas multinacionales alimenticias son altamente responsables de uno de los mayores problemas de salud a nivel global, la **obesidad**, tanto en países ricos como en Asia o África. Si en 2013 los niños menores de 5 años con sobrepeso alcanzaban los 42 millones, las estimaciones son que en 2025 lleguen a 70 millones. La OMS recomienda actuaciones políticas (un impuesto sobre bebidas azucaradas y la reducción de la promoción transfronteriza de bebidas y alimentos malsanos), un sistema claro de etiquetado de nutrientes y el habilitar el acceso a alimentos sanos a las poblaciones más desfavorecidas.

Otra amenaza a corto plazo para la salud mundial es la **resistencia antimicrobiana**. El uso indiscriminado e inapropiado de ciertos medicamentos, unido a la evolución de nuevos mecanismos de resistencia de los patógenos, ponen en peligro la capacidad de tratar con efectividad enfermedades infecciosas comunes. Se estima que 700.000 personas están muriendo por esta causa en el mundo. Las cifras reales podrían ser mayores, pues muchos casos no llegan a computarse ya que el sistema de vigilancia epidemiológica es débil en gran número de países. Sólo la tuberculosis multirresistente causa 200.000 muertes al año. En la India mueren ya 60.000 recién nacidos por infecciones resistentes a los tratamientos. Y se estima que para el 2050 morirán unos 10 millones de personas por esta causa.

El tipo de **fármacoresistencia** que más urge atajar es el de los antibióticos. Ministerios de salud de casi todos los países están elaborando un plan de acción basándose en claves como la capacitación del personal sanitario, la prevención y control de infecciones, y el fortalecimiento de los sistemas epidemiológicos. La OMS advierte que podemos estar entrando en una *era*

post-antibiótica: ya hay un listado de 12 bacterias que necesitan nuevos medicamentos y algunas enfermedades dejarán de tener tratamiento en los próximos 10 años.

Han pasado dos años desde la puesta en marcha de los **Objetivos de Desarrollo** (ODS) y existen grandes dificultades para alcanzar las metas propuestas. Muchos indicadores siguen sin ser utilizados, hay una indefinición en los aspectos a trabajar y carencias tanto en los procesos a seguir como en su financiación. Si bien la OMS plantea la **Cobertura Sanitaria Universal** como una directriz bien marcada, el ODS 3 de salud no lo menciona explícitamente, por más que muestre la enorme inequidad que existe entre la salud de las personas y las regiones del planeta. Se ve, por ejemplo, en la **tasa de mortalidad materna** en África subsahariana, que asciende a 546 cuando la media mundial es de 216. La aspiración en 2030 es alcanzar 70 y esa cifra hoy parece muy lejana. También se aprecia en la **mortalidad infantil**, que de nuevo en África subsahariana es de 84/1000 (aunque se haya reducido en un 44% desde 1990).

Con respecto a las **enfermedades infecciosas**, el **VIH** ha reducido su tasa de nuevos casos (1,8 millones registrados desde 2016). Y de las 36,7 millones de personas con VIH sólo el 46% recibe el antiretroviral. Para el 2030 se espera que se consiga 95-95-95 (95% que conozcan su estado serológico, 95% que reciban tratamiento y 95% que supriman su carga viral). La **tuberculosis** también experimentó un descenso de un 17% desde el 2000. Pero aún 10,4 millones de personas se siguen infectando y este año han muerto 1,8 millones de enfermos, en parte también por la resistencia a los tratamientos antituberculosos. La **malaria** es la que mejores resultados ha tenido. Desde el 2010 al 2015 se redujo su incidencia en un 21% y su mortalidad en 29%. En 2015 hubo 212 millones de casos de paludismo endémico en 91 países (frente a los 108 países en el año 2000).

Pero la que realmente preocupa a la comunidad internacional es *la hepatitis*. Hay vacunas para todas las hepatitis (A,B,E,D) menos para la C. Y la mitad de los pacientes en el mundo desconocen que están enfermos, lo que podría afectar el funcionamiento de los sistemas sanitarios y colapsarlos en los próximos años. En 2015 la hepatitis causó 1,4 millones de muertes y 400 millones de infectados. Por la hepatitis B y C se producen entre 6 y 10 millones de nuevas infecciones. Si bien el número de muertes por malaria, VIH/SIDA y tuberculosis van disminuyendo, las de hepatitis van en aumento.

En 2015, 13 millones de personas murieron por **enfermedades no transmisibles** (cardiovasculares, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas). La meta es reducirlas a un tercio antes del 2030.

La OMS también planteó un informe con objetivos no sólo sanitarios, sino que afecta a los **estilos de vida poco saludables**, como el tabaco (1.000 millones de personas lo consumen en el mundo), la ingesta excesiva de sal (4,1 millones de muertes), el alcohol (ingesta promedio 6,4l./persona mayor de 15 años) o la contaminación (en 2012 la contaminación del aire en lugares cerrados por cocinar con combustibles contaminantes provocó 4,3 millones de muertes, mientras que la debida al tráfico, fuentes industriales, quema de desechos, 3 millones de muertes).

Los enfermos de **trastornos mentales**, que requieren abordaje sanitario y apoyo social, están desasistidos. En los países con renta baja no reciben tratamiento entre un 76% y un 85%,

mientras que en los de elevados ingresos se reduce entre un 35% y un 50%. Y el número de suicidios (ya de por sí estigmatizado con la invisibilidad) en 2015 se elevó a 800.000, más que por malaria. Y sin embargo no se considera una prioridad.

Los **accidentes de tráfico** matan a 1,25 millones de personas al año y la principal causa de muertes de varones de 15 a 29 años de edad. Y los envenenamientos accidentales provocaron 108.000 muertes en 2015.

Por último, y es un aspecto que no aparece en los ODS3, queremos visualizar los **cuidados paliativos** para una muerte digna. La OMS estima que 40 millones de personas la necesitan cada año, y sólo el 14% de ellas la reciben. La tendencia va al alza, como resultado de enfermedades no transmisibles y el proceso de envejecimiento de la población.

El resto de los ODS por su transversalidad tienen en mayor o menor medida relación con la salud, como el *ODS 2*, que nos recuerda que en 2016 cerca de 793 millones de personas estaban **subalimentadas**, 137 millones menos que en el 2000. También el 2016, 155 millones de niños tenían **malnutrición crónica**. Por el contrario, en 2014 más de 1.900 millones de personas tenían **sobrepeso**, y de ellas, más de 600 eran obesas.

El *ODS 6* sobre **agua y saneamiento**, nos recuerda que en 2015, 6.600 millones de personas utilizaron fuentes de agua mejorada, más del 90% de la población mundial. Pero más de 2.000 millones de personas viven en países con déficit hídrico, lo que significa que la gestión eficiente y sostenible debería ser una prioridad mundial.

El *ODS 7*, el **acceso a la energía**, sigue siendo un lujo que no conocen 1.100 millones de personas, la mayoría en zonas rurales. Esto complica, y a veces impide, la asistencia sanitaria 24 horas.

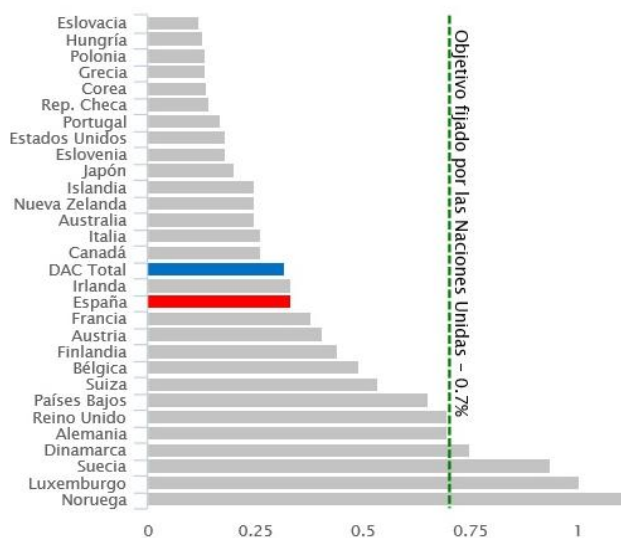
Especial relevancia cobra el *ODS 5* sobre la **igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres y las niñas**, ya que se asume que es un elemento clave para conseguir los ODS. Pero la realidad nos muestra lo lejos que estamos todavía de la equidad de género real. Hay un 19% de violencia física o sexual entre mujeres de entre 15 y 19 años, el matrimonio infantil sólo ha descendido un 25% desde 1990 hasta 2015, y la mutilación femenina, un 30%. Y en 45 países (43 de ellos en desarrollo), sólo la mitad de las mujeres casadas o en pareja toman sus propias decisiones en materia de relaciones sexuales, del uso de anticonceptivos o de los servicios de salud.

En resumen, en cuanto a salud mundial y a pesar de los avances, estamos lejos de alcanzar las metas, y es necesario un impulso político y económico para avanzar. **Muchas de las muertes son evitables, poseemos tecnología y recursos y sin embargo sólo una pequeña parte de la población tiene acceso a un sistema sanitario realmente eficaz.** Hay que fortalecer los sistemas, mejorar las metodologías y optimizar esos recursos, además de crear políticas globales que antepongan la salud sobre otros intereses. Porque, como dijo Einstein: “no pretendamos que cambien las cosas si seguimos haciendo lo mismo”.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

En 2016, la AOD neta del conjunto del CAD aumentó hasta alcanzar los 142.600 millones de dólares. Vuelve la tendencia alcista con un 8,9% más de lo que se destinó en 2015.

AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2016



Fuente: OCDE, 2016

Únicamente 6 de los 29 países del CAD (Hungría se ha incorporado recientemente) superaron en 2016 el 0,7% del coeficiente AOD/RNB. Hablamos de Noruega (que incrementa su aportación hasta un 1,11% siendo la que más aporta), Luxemburgo, Suecia, Dinamarca, Alemania y Reino Unido. De la lista desaparece un histórico como es Países Bajos que se han quedado en un 0,65%.

Sin embargo, denunciamos que estas cifras están “maquilladas”. Los países ricos disfrazan de ‘ayuda’ – 15.400 millones de dólares - dinero que invierten en gestionar solicitudes de asilo o compensar a otros países con el objetivo de atender refugiados en sus propios países y limitar la migración. Convendría que se gestionara con fondos complementarios y no a costa de restar a la AOD. Luxemburgo ha sido la primera en denunciarlo y en comprometerse a no computar los gastos de atención a los refugiados como AOD.

En 2016 España mejora considerablemente su posición situándose en la media del conjunto de los países CAD con el 0,33%, aunque se trata de un aumento ficticio con un incremento del 192,3% de su AOD debido a la operación de condonación de deuda a Cuba por valor de 2.161,5 millones de dólares (supone un 53%), y no por un aumento de las partidas directas de lucha contra la pobreza y la desigualdad. Aun descontando la partida de Cuba, vemos que la aportación real de España ha sido de 1.934,5 millones de dólares más que en 2015.

Según las cifras absolutas, en 2016 sólo 8 países han disminuido su AOD, frente a 20 que lo han aumentado. Destaca el incremento de Alemania con 6.890 millones de dólares (debido fundamentalmente a la crisis de refugiados), EEUU y España (debido a la condonación de la deuda de Cuba arriba explicada), con 2.500 millones cada uno. Suecia, por el contrario, destina el 31% menos, Finlandia el 18% y Países Bajos el 14,2%.

En cuanto a la evolución de la AOD en salud, los 20.450 millones de dólares destinados, suponen un descenso de 785 millones respecto al año anterior. La razón es la disminución de la ayuda bilateral (1.656 millones de dólares menos), pero queda compensada con la ayuda multilateral en 871 millones de dólares. En total, de la AOD sólo se destina a salud un 3,7%, cantidad que resulta claramente insuficiente.

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 (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** hay que tener en cuenta el enorme volumen de ayuda que no está especificada: un 23,9%, 6 puntos porcentuales más que en 2014. Esto se debe al aumento del peso de la ayuda multilateral. 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 52.320 millones de dólares, de los que 11.593,42 millones se destinaron a salud (el 55,18% 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, especialmente Subsahariana, que recibe algo más del 53% de toda la ayuda en salud.

Asia es la segunda región que más ayuda recibió, tanto en AOD general (45.446 millones) como en AOD sanitaria (4.131 millones). Aunque también experimentó un descenso en 3.760 millones de euros si bien la AOD en salud aumenta ligeramente, 44 millones de dólares, lo que supone recibir poco más del 20% del total destinado a salud.

La AOD destinada a América creció en 82 millones, pero la ayuda destinada a salud disminuyó en 302 millones, una bajada del 26,5%. Aun así, sigue siendo la tercera región que más dinero recibió en salud, un 3,8% del total de salud.

Finalmente destacamos la AOD que destinan los donantes a Europa, 8.430 millones de dólares de los cuales 231 millones fueron a salud, poco más que lo que se destina a Oceanía.

Como podemos ver, el modelo de ayuda es continuista, sin guiños que nos hagan pensar que se está produciendo una transición hacia los ODS. Los países donantes deberían plantearse cambios en su política de cooperación que necesariamente pasarían por incrementar la cantidad de la ayuda, pues los recursos actuales son insuficientes para dar cumplimiento a la agenda 2030.

El consenso europeo sobre desarrollo frente a la nueva agenda es la respuesta de la UE a la agenda 2030 por la que se guiará en los próximos 15 años. El Consenso se estructura en torno a las cinco prioridades que sustentan y dan sentido a la Agenda 2030: las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas. El apartado centrado en las personas, recoge la visión multidimensional de la pobreza y la necesidad de avanzar en la eliminación del hambre y la malnutrición, la cobertura sanitaria universal, el acceso universal a la educación, la protección social y el trabajo decente y el medioambiente saludable para conseguir el objetivo de erradicación de la pobreza. La salud aparece como elemento fundamental para un desarrollo sostenible y equitativo. La cobertura sanitaria universal y el acceso a los servicios de salud son los ejes sobre los que se articula el apoyo al sector salud desde la UE, a la vez que sitúa la inversión en personal sanitario y el empoderamiento de agentes comunitarios de salud como

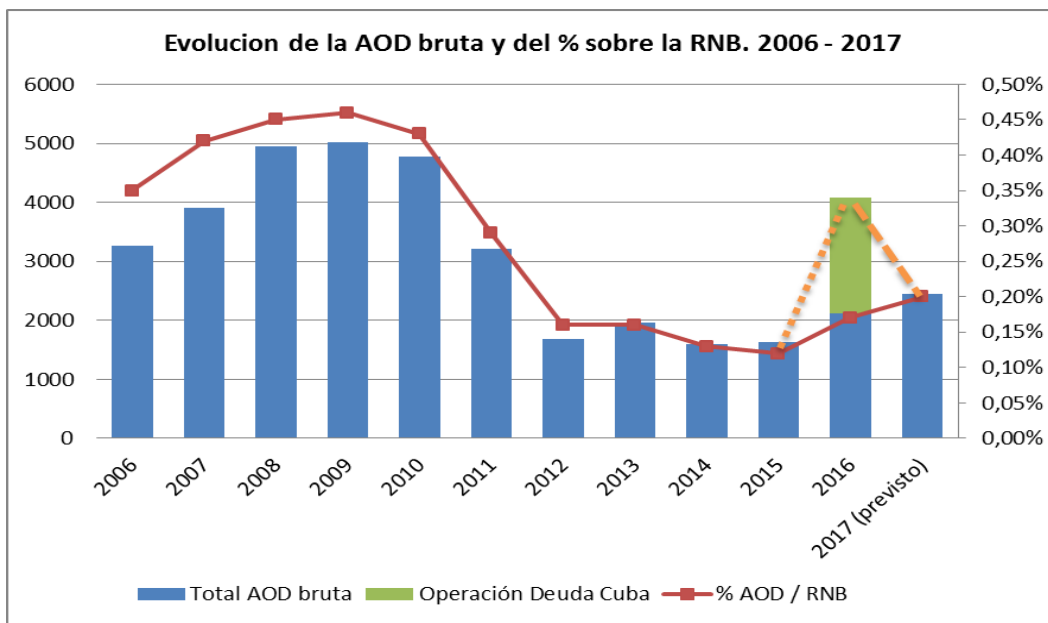
uno de sus pilares. Echamos a faltar una mención expresa a integrar la salud en todas las políticas y mayor concreción en el peso real que se le quiere dar a la salud.

En definitiva creemos que la UE debe impulsar, tanto de los países miembros como de las propias instituciones europeas, el cumplimiento del 0,7% en AOD genuina y el establecimiento de los mecanismos necesarios para que los nuevos actores (privados y públicos) que participen en cooperación, trabajen en coherencia con las metas de la Agenda 2030 y el derecho a la salud.

CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La AOD bruta desembolsada en 2016 por España ha sido de 4.150 millones de euros, lo que supone un incremento de 2.886 millones de euros respecto a 2015. Porcentualmente representa el 0,33 % de la renta nacional bruta, muy por encima del 0,12% alcanzado en 2015. No obstante, este aumento es debido principalmente a una operación de cancelación de deuda con Cuba (que alcanza los 1.958,8 millones de euros), que no debería computarse como AOD genuina.

La propuesta de gasto en AOD para 2017 que aparece en el Informe “Ayuda Oficial al Desarrollo de la Administración General del Estado. Propuesta Presupuestos Generales del Estado para 2017” propone un incremento de apenas el 2,3% con respecto a lo previsto en 2016, lo que supone un estancamiento de la AOD española, y nos posiciona muy lejos de la media europea, del 0,51%.



Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID

LA AECID gestiona 252,75 millones de euros en 2016, el presupuesto más reducido de los últimos años.

La Agenda 2030 en España

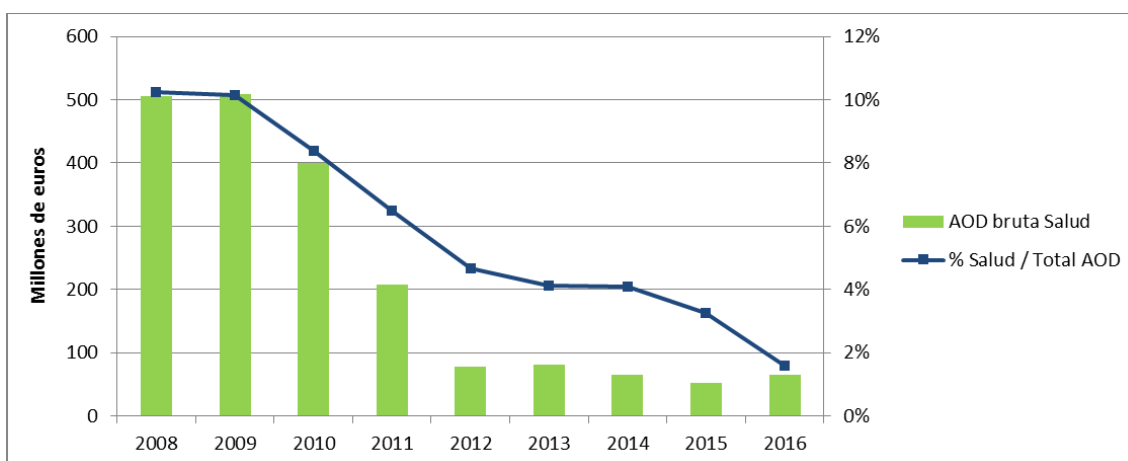
En 2017 nace el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030 en España, que debe influir no solo en las políticas de cooperación sino también en las políticas domésticas para alcanzar los ODS. Aún es pronto para poder analizar su funcionamiento, la adecuación de su estructura o los mecanismos de control que pueda tener.

Principales datos de la AOD en salud en 2016

En 2016 se destina a salud el 12% del monto destinado en 2008.

En 2016 la AOD española fue de 4.150 millones de euros y a salud se destinaron 65.381.723 euros.

En cuanto al peso de la cooperación en salud respecto al conjunto de la AOD se ha pasado de un 10% del total de la AOD en los años 2008 y 2009 a un residual 1,6%, aunque si no tuviéramos en cuenta la operación de deuda, la salud supondría el 3,11% del total de la AOD. No obstante, incluso con este porcentaje la cooperación sanitaria seguiría muy lejos de la media de los países del CAD que destinan un 13% de AOD a salud.



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

En 2016 la ayuda bilateral es el canal utilizado para el 66,7% de los fondos, 11 puntos más que en 2015. La multilateral baja 6,5 puntos, llegando al 2,85%. Y la multilateral también ha disminuido su peso casi en la misma proporción que la multilateral, suponiendo un 29,46% del total. En este último canal debemos destacar que casi el 97% de las contribuciones responden al criterio de “obligatorias”.

El financiador que más aporta a la cooperación sanitaria sigue siendo el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC). Destina casi 37 millones de euros si sumamos todos los mecanismos de financiación: multilateral, multilateral y bilateral. Esta cifra supone un 56,3% del total de la ayuda destinada al sector salud. El segundo financiador siguen siendo las CCAA, con algo más de 17 millones de euros, el 26% de toda la ayuda en salud. El papel del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sigue siendo residual en la cooperación sanitaria, representando apenas el 0,26% del total de la ayuda, 171.767 euros, a pesar de que tiene entre otras obligaciones, la representación institucional ante la OMS y la OPS.

Distribución sectorial de la AOD en salud

La salud general y la salud básica están por encima del 40%, mientras que la salud sexual y reproductiva escasamente alcanza el 14%.

Dentro del subsector salud general destaca, como en los últimos años, el componente de política sanitaria y gestión administrativa al que se destinó el 26,74% del total de la AOD en salud.

En el subsector de salud básica, destacamos la financiación del control de enfermedades infecciosas que ha aumentado enormemente en 2016, a diferencia de 2015 cuando su peso era residual (1,07%), en 2016 alcanza el 15,6% siendo el segundo subsector en importancia del conjunto de la salud.

En cuanto al subsector de salud sexual y reproductiva, el único componente destacable es la atención en salud reproductiva, que supone un 11,09% del total de la cooperación sanitaria. Merece resaltarse que la suma de las partidas destinadas a planificación familiar y a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), donde se incluye el VIH/sida, sea solamente el 1,6% de toda la ayuda sanitaria.

Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2016 la ayuda en salud canalizada hacia África aumentó en sus cifras absolutas en más de 2,1 millones de euros, la partida destinada a África subsahariana se mantiene invariable, y le coloca como primera área geográfica en cuanto a recepción de fondos de salud, sin embargo, es el Norte de África la zona que absorbe todo el crecimiento de esta región.

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2016	%
ÁFRICA	20.030.338 €	30,64%
Norte de África	4.154.900 €	
África Subsahariana	15.861.638 €	
No especificado	13.800 €	
AMÉRICA	15.514.075 €	23,73%
América Central y Caribe	9.306.805 €	
América del Sur	5.991.689 €	
No especificado	215.580 €	
ASIA	240.387 €	0,37%
Asia Oriental	8.000 €	
Asia Central	20.000 €	
Sur de Asia	212.387 €	
No especificado		
OCEANÍA		0,00%
ORIENTE MEDIO	1.898.264 €	2,90%
EUROPA	367.600 €	0,56%

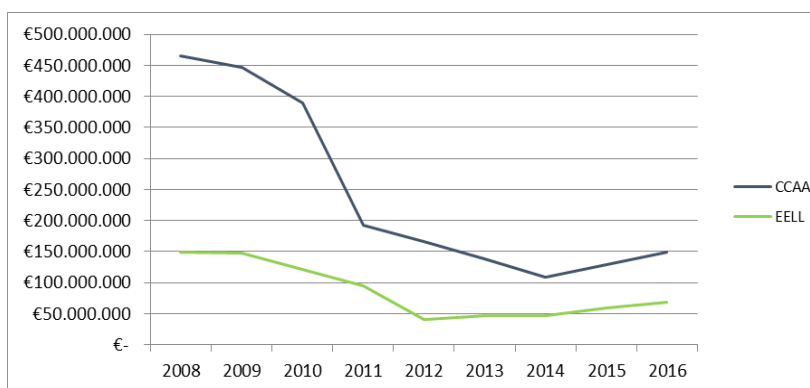
PVD No Esp.	27.331.059 €	41,80%
TOTAL	65.381.723 €	

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

La ayuda dirigida a América Latina aumenta en casi 4 millones, pero sigue siendo América Central quien más financiación sanitaria recibe de la región, 9,3 millones. La única región que disminuye algo sus cifras absolutas es Oriente Medio, unos 800.000 euros

La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada alcanzó los 218,76 millones de euros, el incremento bruto asciende a casi 30 millones de euros, un 15% más que lo destinado en 2015, aunque seguimos en cifras muy alejadas de las cantidades destinadas en 2008 o 2009.



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

El incremento se ha producido tanto en las CCAA (20 millones), como en las EELL (casi 10 millones). Las primeras han destinado 149.505.980 euros, un 15% más que en 2015. Las EELL 69.254.627 euros, un 16% más.

CCAA	AOD 2016	AOD 2015
Andalucía	47.298.400	41.871.410
Aragón	2.304.119	2.205.752
Asturias	4.124.920	3.832.469
Baleares	1.407.799	3.623.694
Cantabria	673.587	213.490
Canarias		798.395
Cataluña	16.143.455	17.528.478
País Vasco	40.051.710	34.999.457

Castilla-La Mancha	2.560.917	784.783
Castilla y León	4.338.761	4.264.168
Extremadura	7.056.707	7.325.891
Galicia	4.607.057	4.610.654
La Rioja	1.310.954	588.414
Madrid	1.575.186	600.704
Murcia	125.027	0
Navarra	5.581.541	4.146.703
C. Valenciana	10.345.840	2.069.613
Ceuta		
TOTAL	149.505.980	129.464.075

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

La AOD descentralizada en salud

La cooperación sanitaria descentralizada alcanzó los 22,2 millones de euros (17 millones de euros destinados por las CCAA y algo más de 5 millones de euros por las EELL), 10,3 millones más que en 2015. Pero hemos de recordar que en 2015 no pudimos acceder a los datos de salud de Cataluña y de las EEL, por lo que es difícil hacer comparaciones. Si comparamos 2016 con 2014, el panorama cambia drásticamente. Las cifras de 2016 son 500.000 euros menos que lo gastado en salud en 2014.

Aun con todo, el porcentaje destinado a salud alcanza un 10,14% del total de la ayuda conjunta de EELL y CCAA, un porcentaje muy superior al de la cooperación estatal. Recordamos que este año la AOD en salud ha sido un 1,6% del total de la ayuda española.

Si analizamos las cantidades destinadas por cada una de las Comunidades Autónomas en su conjunto, esto es sumando el gobierno autonómico, entidades locales y diputaciones, Andalucía es quien más dinero destina a salud, 6 millones de euros, el 27% del conjunto de administraciones públicas no estatales. Le siguen Cataluña, País Vasco y Comunidad Valenciana. Extraña, de nuevo, la escasa cantidad destinada a salud por el conjunto de las administraciones madrileñas, 164.642 euros, 36 veces menos que Andalucía.

En cuanto a la distribución sectorial, es la salud básica la que absorbe la mayor parte de la AOD sanitaria (49%), seguida de la salud sexual y reproductiva (28,17%). La salud general, el sector más financiado a nivel estatal, aquí alcanza un 22,84%. Esta distribución es algo más homogénea que la estatal, aunque sigue sin haber un equilibrio entre los 3 sectores.

En cuanto a la distribución geográfica, África concentra la mayor parte de la AOD sanitaria -casi el 48%- especialmente en África subsahariana, que es la subregión que más dinero recibe, y donde mayores problemas de salud existen.

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

2016 ha sido un año especialmente complejo para la acción humanitaria. Se agravaron los conflictos y las crisis prolongadas provocando el aumento de las necesidades humanitarias mundiales.

Alrededor de **126 millones de personas se vieron afectadas por crisis humanitarias** y, de éstas, **más de 96 millones de personas en 40 países necesitaron ayuda externa para cubrir sus necesidades básicas**. La respuesta de la comunidad internacional fue marcadamente insuficiente. Al igual que sucediera en años anteriores, sólo fue capaz de proporcionar ayuda a 49,6 millones de personas, apenas la mitad, dejando desatendidas a 46,6 millones de personas.

- 65,6 millones de personas han tenido que huir de sus hogares, de éstas
 - 40,3 millones son personas desplazadas dentro de sus propios países y
 - 22,5 millones se han visto forzadas a abandonar sus países.

En **Haití**, la llegada del huracán Matthew en octubre de 2016 llevó al país a la peor crisis humanitaria desde el terremoto de 2010. En abril de 2016 **Ecuador** sufrió un Terremoto de magnitud 7,8 que fue calificado como el terremoto más grave del país en las últimas décadas y que dejó 676 muertos y cerca de 1,23 millones de personas afectadas.

Pero si tuviéramos que apuntar al causante de las mayores crisis humanitarias provocadas por desastres naturales este sin duda sería **el fenómeno climático de “El Niño”**. Sus efectos han sido devastadores en 23 países de África, Centroamérica y el Pacífico, siendo casi 60 millones de personas las afectadas.

Las crisis políticas y los conflictos armados prolongados en contextos de pobreza y fragilidad crónica continúan forzando a millones de personas a huir de sus hogares e incrementan la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad de la población a enfermedades como la malaria, el cólera o el sarampión. **África y Oriente Medio** siguen siendo las regiones que soportan los peores conflictos, la mayor vulnerabilidad y las crisis humanitarias más graves.

En África, la crisis humanitaria que más preocupa es la de **Sudán del sur**, con 1,8 millones de personas desplazadas internas y un millón refugiadas en países vecinos, se trata del mayor movimiento de personas refugiadas de África en 2016. Aunque no podemos olvidar las crisis humanitarias de Burundi, Cuenca del Lago Chad producida por el movimiento Boko Haram o la de la República Democrática del Congo (RDC).

En Oriente Medio, el conflicto en **Siria**, en menor medida el de Irak y la crisis de Yemen mantienen a la región en la peor crisis humanitaria de las últimas décadas. Más del 25% de las personas que necesitaban ayuda humanitaria en 2016 se encontraban en estos tres países.

En estos momentos hay 6,3 millones de personas desplazadas en Siria y 5 millones se han refugiado en países vecinos.

En **Irak**, a finales de 2016, 3,2 millones de personas se habían visto obligadas a huir de sus hogares y 11 millones requerían ayuda humanitaria, mientras que en **Yemen** 18,7 millones de personas, casi el 70% de la población, necesitan asistencia o protección humanitaria.

Por último, 2016 fue otro año negro en el **Mediterráneo**, donde murieron 5.082 personas intentando cruzarlo para llegar a Europa.

2016 ha sido un año marcado por los grandes gestos políticos... que se han quedado en el aire

La **I Cumbre Mundial Humanitaria** celebrada en Estambul en 2016 tuvo como uno de sus principales avances el pacto “*Grand Bargain*” para mejorar la eficiencia y eficacia de la acción humanitaria. El pacto propone asignar al menos el 25% de financiación directa a actores locales y nacionales antes del 2020. Todo indica que el impulso político inicial se está perdiendo. Los datos de 2017 muestran que tan solo un 2% de la asistencia humanitaria internacional ha sido canalizada vía actores locales y nacionales, y las ONG locales solo han gestionado directamente el 0,3% de los fondos globales.

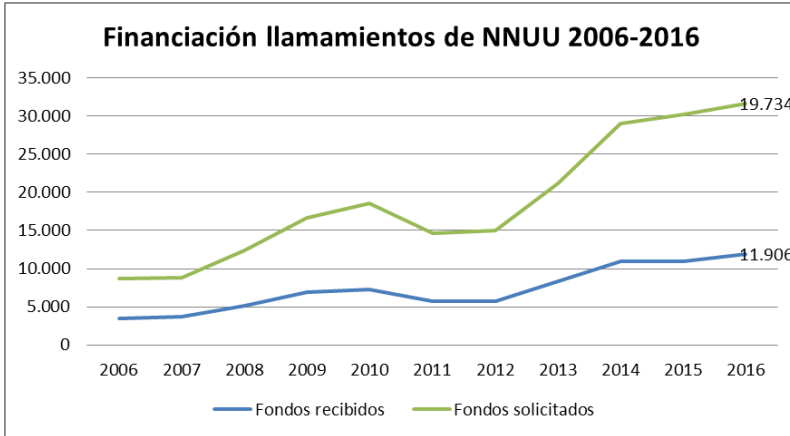
El 19 septiembre de 2016 tuvo lugar en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la primera **Cumbre sobre Migraciones y Refugio** cuyo objetivo era fomentar una mayor solidaridad internacional y apoyo en la respuesta a los grandes desplazamientos de personas refugiadas y migrantes. De nuevo, la declaración política –*Declaración de Nueva York para los Refugiados y Migrantes*– con la que se clausuró la cumbre resultó decepcionante ya que no es vinculante y evidencia claros retrocesos respecto al texto inicial que se negoció y en el que se proponía que cada país acogiera un 10% del total de personas refugiadas cada año.

En 2016 se reavivó el debate sobre la **reducción del espacio humanitario**, por el aumento de las dificultades y trabas administrativas al acceso humanitario y especialmente por los ataques a personal e instalaciones humanitarias. Solo en 2016 el personal humanitario sufrió 158 incidentes, que resultaron en 101 muertes y 98 personas heridas. Pero hay que recordar que la mayoría de los ataques se producen en un número pequeño de países: Sudán del sur, Afganistán, Siria, RD Congo, Somalia y Yemen.

Tras la oleada de ataques contra personal e instalaciones sanitarias en varios países, el Consejo de Seguridad de NNUU aprobó en mayo de 2016 la **Resolución 2286** sobre atención médica en conflictos armados, que condena los ataques a la misión médica y pide a las partes que cumplan con las obligaciones que les impone el DIH.

LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

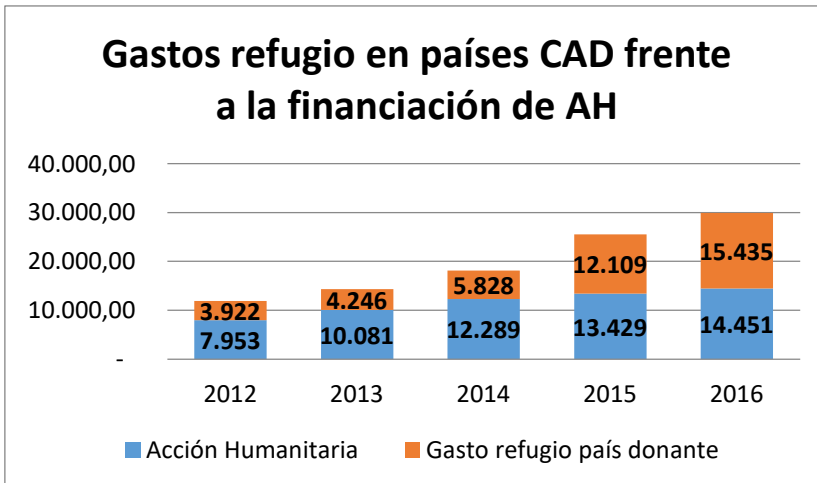
La ayuda internacional para dar respuesta a las crecientes necesidades humanitarias, ascendió en 2016 a 22.900 millones de dólares. Aunque aumentaron los fondos, siguen siendo insuficientes para cubrir las crecientes necesidades humanitarias en el mundo. Además, preocupa que la brecha de financiación se mantenga en torno al 40%, a pesar del compromiso adquirido por los gobiernos durante la I Cumbre mundial humanitaria para reducir dicha brecha.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Cinco donantes internacionales (EEUU, DG ECHO, Alemania, Reino Unido y Japón) contribuyen casi a dos tercios (65%) del total de la financiación pública.

Si analizamos la financiación de los países donantes del CAD, vemos que mientras la financiación de la acción humanitaria, aquella que va a los países que sufren conflictos, desastres naturales y crisis humanitarias, ha aumentado ligeramente en los tres últimos años, el gasto de atención a personas refugiadas en los países donantes, que se imputa como AOD, se ha triplicado en tres años.



Fuente: Elaboración propia con datos de CAD

Esto quiere decir que en 2016, los países del CAD han gastado más en atender las necesidades de las personas refugiadas que llegaban a sus países que en todas las crisis humanitarias del mundo, donde se concentraban el 86% de las personas refugiadas y desplazadas y por tanto donde estaban las mayores necesidades humanitarias.

LA AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NNUU

En 2016 OCHA realizó un llamamiento para los Fondos coordinados que ascendió a 19.734 millones de dólares. Esta fue la cantidad estimada por las agencias humanitarias de NNUU para

financiar los Planes estratégicos de respuesta para atender las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por las crisis. Del total de los fondos requeridos, se cubrió el 60%, 11.906 millones de dólares, un porcentaje algo superior al de 2015 pero ligeramente inferior al de 2014.

Los Planes estratégicos de respuesta para atender las necesidades básicas de la población de países afectados por crisis humanitarias, se concentraron prácticamente en los mismos países que en 2015. Siria, Sudán del sur, Yemen, Irak, Sudán, Somalia, RD del Congo y el Territorio palestino ocupado vuelven a ser los principales receptores de fondos, concentrando el 80% de los mismos.

Los mayores contribuyentes a estos fondos fueron, una vez más, países de la Unión Europea, con el Reino Unido como principal donante. España fue, hasta 2011 un donante importante, desde entonces prácticamente ha desaparecido.

LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

La Unión Europea (las Instituciones de la UE y sus Estados miembro) sigue siendo el principal donante de ayuda humanitaria, aportando más del 50% de la financiación (10.129 millones de dólares en 2016), sin embargo, si lo comparamos con las aportaciones de AOD que hicieron los países de la UE para la atención a personas refugiadas durante el primer año de estancia en sus propios países, vemos que los países de la Unión Europea han destinado más fondos a ellos mismos, 13.313 millones de dólares¹ para atender a 1.106.105 solicitantes de asilo², que a todas las crisis humanitarias que ha habido en 2016 en el mundo. Por tanto podríamos concluir que el territorio de la UE se ha convertido en el mayor receptor de AOD.

Si miramos a los países más comprometidos con la AH, Alemania, Reino Unido, Suecia, Holanda, Francia y Dinamarca han sido los principales donantes en los últimos tres años, seguidos por Bélgica, Italia, Irlanda y Finlandia. En cuanto a España, se encuentra, un año más, a la cola de los donantes europeos.

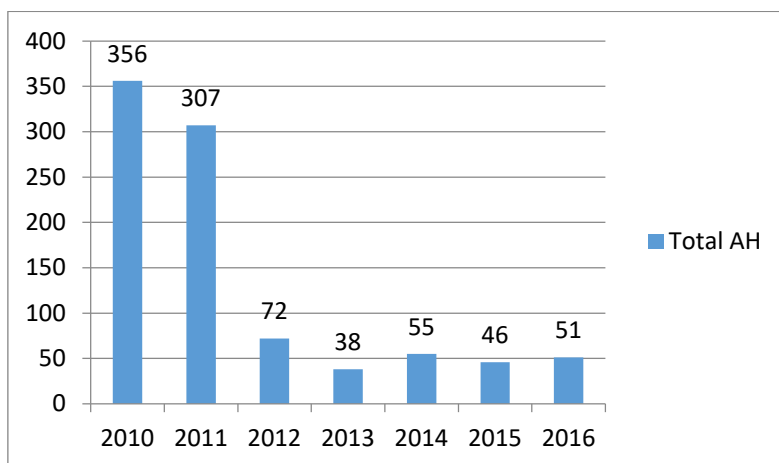
Por regiones, casi el 30% de la partida presupuestaria gestionada por ECHO se dirigió a África Subsahariana, Oriente Medio recibió el 26,5% de los fondos para responder a las necesidades básicas de millones de personas afectadas por los conflictos bélicos de Siria, Irak y Yemen, que han derivado en las mayores crisis humanitarias actuales.

LA ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

En 2016 la acción humanitaria vuelve a quedarse bajo mínimos con tan solo un ligero aumento, pasando de 46,5 millones de euros en 2015 a 51,3 millones en 2016.

¹ Datos CAD

² Datos ACNUR



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Cuando analizamos los datos, observamos que el incremento de 5 millones de euros se debe en su totalidad al aumento de la aportación de la cooperación descentralizada, que ha pasado de 10,7 millones de euros en 2015 a 18,8 millones de euros en 2016. Por el contrario, el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, que ha sido el principal financiador de la acción humanitaria, ha reducido un 10% sus fondos, pasando de 35,8 millones en 2015 a 32,5 millones de euros en 2016.

En 2016 los fondos se han canalizado casi al 50/50 a través de la vía bilateral (26.260.984 EUR) y multilateral (25.048.908 EUR), desapareciendo completamente la canalización de fondos a través de la vía multilateral. Exactamente lo opuesto a lo que ha pedido NNUU de forma reiterada, siendo la última vez durante la Cumbre mundial humanitaria.

En cuanto a los fondos canalizados a través de la vía bilateral, las ONGD españolas han sido la principal vía de canalización de fondos, recibiendo en 2016 el 87% de la financiación, el mismo porcentaje de 2015 aunque por volumen ha pasado de 17,9 millones a 22,5 millones de euros. Aunque la cifra total es superior a la de 2015 no podemos olvidar que los fondos gestionados por las ONGD han descendido un 97% en los últimos años.

En cuanto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, la cooperación española ha reducido la ya escasa financiación, pasando del 5% al 2% de los fondos. Esta reducción es especialmente acusada en relación a ONGD de países socios que han pasado de recibir entre el 2 y 3% del total de la financiación desde 2013 a recibir el 0,08% en 2016.

Por regiones, África y Oriente Medio acaparan el 58% de los fondos, reflejo del elevado número de crisis humanitarias que se viven en estas dos regiones. En el continente africano, bajan los fondos destinados a África subsahariana que pasa de 8,3 millones en 2015 a 5,7 millones de euros en 2016 una reducción que cuesta entender, dado que un número elevado de crisis humanitarias se concentran en África subsahariana.

Por el contrario, se ha producido un aumento importante de los fondos destinados a África del norte que han pasado de 2,6 millones a 5,5 millones de euros. El aumento está relacionando con el aumento de los fondos destinados a la población saharauí.

Oriente Medio recibió el 35% de la ayuda humanitaria oficial española. La crisis humanitaria provocada por la guerra civil en Siria, con Jordania y Líbano ha sido el principal destino de los fondos. Siria es, desde 2013, el principal destinatario de la acción humanitaria española, reflejo de la crisis humanitaria que vive el país.

Por sectores, el 73% de la ayuda, se destinó a intervenciones de emergencia algo superior al porcentaje asignado en 2015 y la salud, un sector clave en cualquier respuesta humanitaria, subió ligeramente en relación a 2015, hasta alcanzar el 9,2% de la financiación.

LA AH DESCENTRALIZADA

En el análisis de la ayuda descentralizada, las comunidades autónomas aumentaron su aportación en dos millones de euros, superando los 12 millones de euros. Pero han sido las entidades locales las que han experimentado un espectacular incremento, pasando de 773.471 euros en 2015 a 6.350.465 euros en 2016.

CCAA	2015	%	2016	%
Andalucía	2.580.487 €	25,97%	4.022.236 €	32,40%
Aragón	201.500 €	2,03%	179.943 €	1,45%
Asturias	295.000 €	2,97%	363.113 €	2,93%
Baleares	319.808 €	3,22%	431.655 €	3,48%
Cantabria			102.468 €	0,83%
Canarias	60.000 €	0,60%		
Cataluña	*		570.741 €	4,60%
País Vasco	2.935.694 €	29,54%	2.230.219 €	17,97%
Castilla-La Mancha	168.534 €	1,70%	195.400 €	1,57%
Castilla y León	175.000 €	1,76%	230.000 €	1,85%
Extremadura	1.628.049 €	16,38%	412.598 €	3,32%
Galicia	380.060 €	3,82%	231.866 €	1,87%
La Rioja	90.000 €	0,91%	305.000 €	2,46%
Madrid	67.485 €	0,68%	1.112.439 €	8,96%
Murcia			90.000 €	0,73%
Navarra	260.000 €	2,62%	440.000 €	3,54%
Comunidad Valenciana	775.000 €	7,80%	1.495.721 €	12,05%
TOTAL	9.936.617 €	100%	12.413.400 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

La cooperación vasca y la cooperación andaluza han sido, un año más, las principales fuentes de financiación autonómica de la acción humanitaria. La cooperación andaluza ha doblado su financiación, pasando de 2,5 millones a 4 millones de euros, recuperando así el volumen de financiación anterior a la caída de 2015. Por el contrario, el País vasco ha reducido su financiación aunque se mantiene por encima de los 2 millones de euros.

Por otra parte, tenemos que destacar el aumento de la financiación de la Comunidad valenciana y de la Comunidad de Madrid, que se sitúan como la tercera y cuarta por volumen de financiación.

Po último, en cuanto a la distribución geográfica, de nuevo Oriente Medio, América Latina y África son las tres regiones que concentran el 92% de la AH descentralizada.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

(i) La gobernanza en salud global está actualmente muy fragmentada. Junto a los gobiernos y la OMS, el sector privado empresarial está teniendo un papel muy relevante en las decisiones mundiales en salud, lo que dificulta la coherencia y el impacto de las políticas globales de salud diseñadas por los estados.

Muchas empresas privadas se han incorporado a la Agenda del Desarrollo en el sector salud, pero sin unos mecanismos claros de control, rendición de cuentas y transparencia que orienten sus resultados realmente hacia las personas, sobre todo hacia aquellas que son más vulnerables. La falta de producción de medicamentos esenciales, como la penicilina benzatina, el aumento del coste de la vacunación (en 2014 inmunizar a un o una menor de 12 enfermedades costaba 38 veces más que en 2001) o la sobre medicalización de la vida, son ejemplos claros de problemas globales que tienen su fuente en como las instituciones públicas no asumen su función rectora y de control en la salud. A estos problemas debemos añadir la relevancia actual de los denominados determinantes comerciales de la salud. Son definidos como las diversas formas en que la industria (de la alimentación, alcohol o tabaco, por ejemplo) es capaz de operar para promover sus productos, y cual es o debería ser la acción gubernamental dirigida a reducir el daño que causan estos productos en la salud. Muchos países se ven impotentes para luchar contra las estrategias agresivas de marketing de las tabacaleras o controlar la promoción transfronteriza de ciertos alimentos que se relacionan con el sobrepeso y la diabetes.

Para mejorar la salud mundial es necesario asegurar la función rectora de las instituciones públicas, aplicar medidas globales que garanticen la prevalencia de la salud pública sobre intereses economicistas y controlar el comportamiento de los determinantes comerciales de la salud a nivel mundial, regional, nacional y local.

(ii) La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) va a ser el marco de trabajo en salud a nivel mundial. Para conseguir la CSU del 95% de la población de los 67 países con rentas más bajas, se estima que debe darse un gasto adicional progresivo en salud, que en 2030 debería alcanzar los 371.000 millones de dólares.

Muchas de las muertes que existen actualmente en el mundo son evitables, pues tenemos la tecnología y recursos para evitarlas, pero solamente una pequeña parte de la población mundial tiene acceso real a un sistema sanitario eficaz. Para conseguir una gran convergencia en la equidad en salud, los países de renta media y baja deben equipararse a los de rentas altas. Según algunos estudios, para obtener resultados notables en estos países, se requiere un gasto de 271 dólares por persona y año, lo que supone que en 2030 se estará destinado a salud 371.000 millones de dólares. El 75% de este incremento en el gasto de salud, lo absorberían los sistemas de salud. Estas partidas extraordinarias superan las capacidades de la cooperación externa, que en 2016 destinó 22.000 millones a salud. Incluso aunque hubiera un aumento de los presupuestos nacionales para salud, difícilmente se llegaría a esas cifras, aun cuando está demostrado que invertir en salud mejora la situación económica de un país (el 24% del crecimiento económico de estos países en el periodo 2000-2013 se debió al

aumento del valor por años de vida adicionales). Las otras aportaciones externas de otros actores como las entidades filantrópicas o entidades público privadas o privadas deben estar bajo la rectoría de los gobiernos nacionales y la OMS, y trabajar para fortalecer los sistemas públicos de salud, priorizar la Atención Primaria de Salud y reconocer los determinantes de la salud para asegurar su impacto, eficiencia y efectividad.

Para alcanzar el objetivo de la CSU se requiere un aumento de los presupuestos nacionales en salud y una mayor cooperación en salud, así como un control exhaustivo de las aportaciones de otros actores públicos y privados, bajo la función de rectoría de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

(iii) Nuevas amenazas aparecen en el horizonte de la salud mundial entre las que destaca la resistencia a los antimicrobianos. Actualmente hay 12 bacterias que necesitan urgentemente nuevos medicamentos.

El uso indiscriminado e inapropiado para personas e incluso animales, unido a la evolución natural de los patógenos, está provocando que muchos medicamentos estén dejando de ser útiles. Se considera que más del 50% de los antibióticos prescritos no son necesarios o no son efectivos, y mucha de esta culpa es la falta de información sobre la utilización de estos medicamentos. El 57% de los europeos no saben que los antibióticos no son eficaces contra los virus. España es uno de los países europeos en los que más ha crecido el consumo de antibióticos, desde 2009 un 9%.

El problema es muy importante en estos momentos, pero se va a multiplicar en los próximos años si no tomamos medidas: se estima que para 2050 habrá 10 millones de muertos por esta causa, superando las muertes mundiales por cáncer. La mayor parte de estas muertes ocurrirán en los países más empobrecidos (en la India cerca de 60.000 recién nacidos mueren al año por infecciones resistentes a los tratamientos), pero será un problema global que afecte a todos los países. De hecho, la OMS advierte que podemos estar comenzando una era post-antibiótica, y algunas enfermedades dejarán de tener tratamientos eficaces en los próximos 10 años. Mientras que más del 80% de los países de ingresos altos tienen o están preparando un plan para combatir este problema, solo el 30% de los países de ingresos bajos dispone de un plan o lo está preparando.

A pesar de que existen diversos planes internacionales de la OMS o de la UE, es necesaria una respuesta mucho más contundente a nivel internacional. La OMS debería liderar una acción conjunta que coordinaría y supervisaría los esfuerzos de todos los actores involucrados, incluyendo las empresas farmacéuticas, siempre prevaleciendo el derecho a la salud a otros intereses. Además, debería impulsar y ayudar a la elaboración de estrategias coherentes de lucha contra este problema en todos los países, incluyendo los más empobrecidos para poder atajar este problema.

(iv) La AOD neta del conjunto del CAD aumento el 8,9%, hasta alcanzar los 142.600 millones de dólares. Esta cifra tiene un sesgo que debemos destacar: se

contabilizan 15.407 millones de dólares, un 10,8% del total de la ayuda, destinados para la atención de personas refugiadas en países donantes.

Los países enriquecidos disfrazan de 'ayuda' 15.400 millones de dólares, un 10% de toda su ayuda. Este dinero lo invierten en gestionar solicitudes de asilo o compensar a otros países con el objetivo de atender refugiados en sus propios países y limitar la migración. Por ejemplo, Noruega ha aumentado su AOD hasta el 7,8% respecto a 2015, pero vemos que en realidad ha bajado un 1,4% su AOD si descontamos los fondos destinados a personas refugiadas en el país. Es necesario definir exactamente qué se puede incluir como AOD genuina, pues hay temáticas que deberían quedar fuera del cómputo de la cooperación como son los gastos en atención a personas migrantes en los propios países donantes, el pago de deuda externa y sus intereses, becas de estudiantes extranjeros o ayuda ligada a intereses de los donantes.

La UE debe impulsar, tanto de los países miembros como de las propias instituciones europeas, el cumplimiento del 0,7% en AOD genuina, y el conjunto de países donantes debería seguir los pasos de Luxemburgo y comprometerse a no computar como AOD los gastos de atención a personas refugiadas en su país.

(v) La AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD disminuyó un 3,6%, un aspecto que debe cambiar en próximos años, sobre todo en las instituciones europeas.

El conjunto de donantes destinaron 20.450 millones de dólares a salud, un descenso de 785 millones. La AOD en salud de las instituciones europeas también baja por segundo año consecutivo, un 8%, destinando solamente un 3,7% de su AOD a salud. Podemos afirmar que las instituciones europeas desatienden de forma crónica el sector de la salud, y sus compromisos políticos para con el sector no tienen continuidad con un presupuesto adecuado. Observamos que el modelo de ayuda es continuista, sin guiños que nos hagan pensar que se está produciendo una transición hacia los ODS, ni específicamente al de salud, y hace falta una apuesta más relevante con la salud. Un mayor impacto en la lucha contra la desigualdad y las inequidades puede lograrse si tenemos una población sana.

Los países donantes deberían incrementar la cantidad de la ayuda, pues los recursos actuales son insuficientes para dar cumplimiento a las metas previstas en el ODS 3.

(vi) En 2017 nace el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030 en España, que es la estructura orgánica responsable de la coordinación y el seguimiento de la Agenda 2030 y de la elaboración de una Estrategia nacional de Desarrollo Sostenible.

España se ha comprometido en 2015 a cumplir con la Agenda 2030, adoptada por todos los Estados miembros de Naciones Unidas y de aplicación por tanto universal. El 28 de septiembre de 2017 nace así por Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, presidido por el Ministro de Asuntos Exteriores. Este Grupo es la máxima estructura a

nivel nacional para la Coordinación y el seguimiento de la Agenda 2030, y entre sus cometidos destaca la elaboración de una Estrategia nacional de Desarrollo Sostenible. Es pronto para valorar su trabajo, aunque en breve debe dar respuesta a ciertas cuestiones relevantes: sobre que estructuras de control legislativo se van a apoyar, definir los espacios de participación de todos los actores y sobre que indicadores se debe basar. En este informe proponemos unos indicadores específicos para el ODS 3 de salud, y que nuestro sistema de salud sea un referente para mostrar en los foros internacionales sobre salud global.

Celebramos que dé sus primeros pasos esta estructura gubernamental, que si bien no responde en su totalidad a nuestras demandas, entendemos necesaria para dar seguimiento al cumplimiento de la Agenda 2030. Aspirábamos a que el liderazgo estuviera en presidencia o vicepresidencia por entender que su transversalidad excede el marco ministerial. Por el momento debemos ser prudentes hasta poder analizar los resultados de su plan de trabajo y los procesos en los que se debe sustentar, y ponemos a su disposición nuestro trabajo sobre los indicadores a los que daríamos más relevancia para hacer el seguimiento del ODS 3 en España.

(vii) En 2016 la AOD española ascendió a 4.150 millones de euros (0,33% de la renta nacional bruta) de los cuales 1.958,8 millones de euros corresponden a una operación de cancelación de deuda con Cuba. Si elimináramos la operación de alivio de la deuda, la AOD alcanzaría el 0,17% de la RNB, muy lejos del 0,51% de media del conjunto del CAD.

Cualquiera de las cifras presentadas, incluso sumando la partida de alivio de deuda con Cuba, mantienen a España muy alejada del compromiso renovado del 0,7% adoptado en julio de 2015 en Addis Abeba, y de la media del conjunto de los países del CAD. Por otro lado, la debilitada Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), después de un tijejetazo acumulado parecido al de las ONGD, en torno al 70% desde 2011, apenas se beneficiará del incremento de la AOD. Ello no hace sino ratificar la irrelevancia a la que ha sido llevada la AECID como organismo gestor de la cooperación y alimentar los rumores sobre su futuro.

Los incrementos que puedan producirse en la AOD deben tener su reflejo en el presupuesto de las ONGD y de la AECID, pues no es baladí el hecho de ser ambas instituciones quienes deberían ser el resorte instrumental central para la ejecución de la política de cooperación, ya que son quienes mayores conocimiento, estructura y experiencia acumulan.

(viii) De los 4.150 millones de euros de AOD, a salud se destinaron 65.381.723 euros, un residual 1,6%, muy lejos de la media del CAD que destinó un 13% de AOD a salud. Desde 2008, tanto las cifras absolutas como el peso relativo del sector salud en la AOD española, han disminuido de forma alarmante.

Aún si no tuviéramos en cuenta la operación de deuda con Cuba, la salud seguiría perdiendo peso de manera relevante, pues supondría el 3,1% del total de la AOD, muy

lejos de la media europea. Si analizamos la tendencia de los últimos años, se observa que este problema no se debe a un hecho puntual. En 2016 se destinó a salud el 12% del monto destinado en 2008; es decir, se ha pasado de un 10% del total de la AOD en esos años a menos del 2% actual. Y esta cifra disminuiría si refiriéramos exclusivamente a la contribución neta española, esto es, restando el peso de las devoluciones de préstamos que se computaron como cooperación sanitaria en ejercicios anteriores a 2014. Concretamente, en 2016 retornaron más de 31,8 millones de euros, lo que representa el 48,7% del monto destinado a salud en este año. Estas cantidades deberían utilizarse en el mismo sector, y deberían ser computadas como partidas extraordinarias.

Es necesario un incremento del peso de la salud en la AOD española para responder a las necesidades mundiales en el sector, y que las devoluciones de préstamos anteriores en el sector se computen como partidas extraordinarias hacia el mismo sector.

(ix) La cooperación descentralizada aumenta su AOD en 2016 por segundo año consecutivo.

La cooperación descentralizada aporta valor añadido a la cooperación española y es bueno reconocerlo. Permite trabajar en sectores y áreas geográficas que quedan fuera de las grandes políticas nacionales e internacionales. Personas y comunidades invisibles en las macro cifras que se mueven internacionalmente, pero que suelen ser quienes mayores problemas de vulnerabilidad tienen. Se trata de una cooperación muy directa que une sociedades receptoras y donantes, mejorando el conocimiento en ambas direcciones y profundizando en el establecimiento de redes formales e informales.

El incremento bruto de la cooperación descentralizada en 2016 asciende a casi 30 millones de euros, un 15% más que lo destinado en 2015, alcanzando los 218,76 millones de euros. Este incremento tiene su origen tanto en las administraciones autonómicas como en las entidades locales. En cuanto al sector salud, parece que hay una tendencia a bajar su peso, aunque sigue siendo mucho mayor que en la estatal. 5 CCAA concentran el 75% de la ayuda en salud autonómica y 10 EELL suponen el 52% de toda la ayuda en salud local.

La aportación de la cooperación descentralizada al sector salud tiene que crecer en su presupuesto y en su calidad. Las cifras de los actores de la descentralizada indican la gran heterogeneidad del sector y la necesidad de planificar conjuntamente para aumentar su impacto y poder ser un actor relevante en los ODS.

(x) 2016 ha devuelto a la primera plana la preocupación por la reducción del espacio humanitario.

En 2016 aumentaron los ataques a personal e instalaciones humanitarias; el personal humanitario sufrió 158 incidentes con un resultado de 101 personas muertas y 98 personas heridas. En cuanto a los ataques a instalaciones humanitarias sólo en Siria,

desde el inicio del conflicto armado, se han producido 478 ataques a 323 instalaciones arrojando un resultado de 830 muertes de personal sanitario. Del total de ataques, el 90% fueron perpetrados por las fuerzas del gobierno y sus aliados. Aunque Siria es el país donde más ataques se han producido, no es el único, en Sudán del Sur, Afganistán, RD Congo, Somalia y Yemen también se han producido ataques contra el personal y las instalaciones humanitarias.

La Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de NNUU sobre atención médica en conflictos armados es un paso adelante, pero no sirve de nada si no va acompañada de compromiso político y medidas concretas contra los causantes de los ataques.

La comunidad internacional, y España como miembro de la misma que ha tenido un papel destacado en la aprobación de la resolución 2286, deben tomar medidas que acaben con la impunidad que rodea a estos ataques y la vulneración del derecho humanitario internacional.

(xi) Los países donantes asignan más fondos de AOD a ellos mismos que a las crisis humanitarias a nivel mundial.

La ayuda internacional para dar respuesta a las crecientes necesidades humanitarias, ascendió en 2016 a 22.900 millones de dólares. Aunque aumentaron los fondos, siguen siendo insuficientes para cubrir las crecientes necesidades humanitarias en el mundo. Además, preocupa que la brecha de financiación se mantenga en torno al 40%, a pesar del compromiso adquirido por los gobiernos durante la I Cumbre mundial humanitaria para reducir dicha brecha.

Si miramos la financiación de los países donantes del CAD, vemos que mientras la financiación de la acción humanitaria, aquella que va a los países que sufren conflictos, desastres naturales y crisis humanitarias, ha aumentado ligeramente en los tres últimos años hasta situarse en los 14.451 millones de dólares, el gasto de atención a personas refugiadas que los donantes gastan en sus propios países, y que se imputa como AOD, se ha triplicado hasta alcanzar los 15.535 millones de dólares. Esto quiere decir que en 2016, los países del CAD, y especialmente los países europeos, han gastado más en atender las necesidades de las personas refugiadas que llegaban a sus países que en todas las crisis humanitarias del mundo, donde se concentraban el 86% de las personas refugiadas y desplazadas y por tanto donde estaban las mayores necesidades humanitarias.

Los donantes deben asumir sus compromisos internacionales e incrementar los fondos destinados a la acción humanitaria para poder cubrir al menos el 75% de los llamamientos de Naciones Unidas. Esto se podría conseguir si no se computaran como AOD los gastos por la atención a personas refugiadas en sus propios países.

(xii) La AOD destinada a la acción humanitaria sigue siendo un componente residual dentro de la AOD española.

Como respuesta al aumento de las necesidades humanitarias mundiales, a los 96 millones de personas en 40 países que necesitaron ayuda externa para cubrir sus necesidades básicas, la cooperación española apenas ha aumentado la AOD destinada a la acción humanitaria, pasando de 46,5 millones de euros en 2015 a 51,3 millones en 2016, a la cola de los donantes europeos. En términos porcentuales, la acción humanitaria representó el 1,33% del total de la AOD, un porcentaje irrisorio, incluso si descontamos la cantidad destinada a condonar la deuda de Cuba, el porcentaje subiría al 2,54% de la cooperación española, cada vez más lejos de la recomendación del CAD de destinar al menos el 7% del total de la AOD a acción humanitaria, y del compromiso de la propia CE de destinar el 10% del total de la AOD.

La cooperación española debe recuperar su posición en el conjunto de actores internacionales comprometidos con la acción humanitaria. Para ello debe aumentar los fondos de AOD destinados a acción humanitaria en 2018 y que dicho incremento se mantenga en el tiempo hasta alcanzar los niveles que le corresponden como país donante.

(xiii) La cooperación descentralizada aumenta su AOD destinada a la acción humanitaria mientras el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación la reduce.

Cuando analizamos los datos de la financiación de la acción humanitaria, observamos que el incremento de 5 millones de euros se debe en su totalidad al aumento de la aportación de la cooperación descentralizada, que ha pasado de 10,7 millones de euros en 2015 a 18,8 millones de euros en 2016. Por el contrario, el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, que es el principal financiador de la acción humanitaria, ha reducido un 10% sus fondos, pasando de 35,8 millones en 2015 a 32,5 millones de euros en 2016.

Las comunidades autónomas aumentaron su aportación en dos millones de euros, superando los 12 millones de euros. Pero han sido las entidades locales las que han experimentado un espectacular incremento, pasando de 773.471 euros en 2015 a 6.350.465 euros en 2016.

El aumento de la financiación de la AH por parte de las CCAA y las EELL, aunque bienvenida, debe acompañarse de una mayor coordinación entre las diferentes administraciones y de liderazgo por parte de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la AECID para que las respuestas a las numerosas crisis humanitarias sea lo más eficiente posible.

La cooperación descentralizada debe mantener y consolidar la tendencia al alza de los últimos dos años, mientras que el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación debe revertir el descenso en la financiación de la AH y recuperar su posición de liderazgo de la acción humanitaria.