

Con las tendencias actuales, necesitaremos un siglo para que un recién nacido en África tenga las mismas probabilidades de sobrevivir que uno nacido en Europa.

Las inequidades sanitarias, con un alto coste social y económico, es el principal problema al que se enfrenta la salud mundial.

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

A punto de finalizar 2018, los grandes avances que se registran en medicina chocan de frente con el aumento de inequidad en el acceso a la salud. En la lucha por universalizar este derecho, nuevos retos aparecen, como las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) aplicadas a la salud, la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) o la gran amenaza de la resistencia antimicrobiana.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) sigue siendo el gran referente mundial en cuanto a salud global, pero necesita recursos. Concretamente 14.100 millones de dólares para alcanzar en 2023 lo que denomina el “**objetivo 3.000**”: 1.000 millones más de persona con Cobertura Universal+1.000 millones más de personas mejor protegidas para emergencias+1.000 millones más de personas con bienestar.

Los intereses económicos y geopolíticos de los países que dan respuestas individuales en vez de globales obligan a redefinir las estrategias en salud, como hemos visto en el 40 aniversario de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Astaná (Kazajistán). El resultado ha sido una declaración menos comprometida, con una ausencia de análisis y estrategias para afrontar las barreras para la equidad de los accesos a los servicios sanitarios. Y plantea como objetivo máximo la “cobertura sanitaria universal” debilitando algunos de los componentes de la APS como el “acceso universal a la salud” que va más allá de la cobertura.

Entramos en el tercer año de implementación de los ODS. Y no hay datos para todos los indicadores propuestos. El hecho de que el cumplimiento de los ODS sea voluntario, o que cada país elija su estrategia propia, nos hace dudar de su futuro éxito, ya que cada país tiene un punto de partida y unas prioridades diferentes. Con un marco complejo de indicadores, se necesitan sistemas de información potentes y una estructura bien organizada para recabar los datos, cosa que no se da en países vulnerables.

Aunque todos los ODS están interconectados, el más relacionado con la salud es el **ODS 3**, con 13 metas (algunas un tanto dispares, otras parece que se solapan) y 27 indicadores. Pero la meta más ambiciosa del ODS3 es lograr la **cobertura sanitaria universal**, aunque no se menciona explícitamente. Y es en ese punto donde se muestra la enorme falta de equidad que existe entre la salud de las personas y las regiones del planeta. Se ve en la tasa de **mortalidad materna** en África subsahariana, que se eleva a 830 muertes al día, la mayoría evitables. En los países de altos ingresos es 136 veces menor. La aspiración en 2030 es llegar a menos de 70, y esa cifra a día de hoy es inalcanzable.

Salud e igualdad de género están fuertemente unidas, no sólo por el sida, sino porque dependen de la voluntad de los maridos para acceder al sistema sanitario. Es necesario implementar medidas para favorecer la participación de las mujeres en la toma de decisiones con políticas socio-sanitarias. La **mortalidad infantil** asciende a más de 15.300 muertes al día por causas evitables. Aunque nunca antes las posibilidades de sobrevivir fueron tan altas, el objetivo es poner fin a ellas.

Con respecto a enfermedades infecciosas, el **VIH/sida** ha descendido la tasa de nuevos casos a 1,8 millones (2016), 37 millones infectados y un 25% que ignoran su estado, lo que ayuda a su propagación. La **malaria** ha subido en 2017 en 5 millones con respecto al 2016, ha aumentado a 216 millones de enfermos, y nuevamente África Subsahariana concentra el 80% tanto de casos como de muertes por falta de financiación. La **tuberculosis** con 140 casos sobre 100.000 también ha ralentizado los avances principalmente por la resistencia a los medicamentos. Se estima que 558.000 personas han desarrollado una resistencia al medicamento más eficaz, la rifampicina. La **hepatitis**, la que más preocupa a la comunidad internacional puesto que 1,4 millones de personas mueren por su causa (más que del vih/sida o malaria y casi como la tuberculosis) y creciendo. La avaricia de las farmacéuticas provoca inequidad en el acceso a los medicamentos, falta de recursos y de planificación. Sin todo esto, los resultados serán desalentadores. Las **enfermedades tropicales** (úlceras de Buruli, lepra, dengue...) hoy pierden peso en la salud mundial. La solución pasa por fortalecer los sistemas públicos de salud.

Las enfermedades derivadas del mal uso del agua, **diarreicas -ODS6-**, en 2016 provocaron 870.000 muertes. Mencionar que 844 millones de personas no tienen servicio de agua y que 2.300 millones no cuentan con ningún servicio de saneamiento. Las enfermedades no transmisibles (**cardiovasculares, cáncer, diabetes, respiratorias**) provocaron la muerte de 32 millones de personas. Según la OMS, si se aumentase la inversión en su lucha y prevención, se terminaría ahorrando dinero. Si fuese cierto, demostraría la eficacia de la estrategia a medio y largo plazo.

Las **enfermedades mentales** requieren abordaje sanitario y apoyo social. La mitad de ellas comienzan antes de los 14 años, y muchos ni se detectan ni se tratan. El indicador que debe medir la tasa media de **suicidios** es estimativo, puesto que, o está prohibido o invisibilizado. Pero se estiman en unos 800.000 decesos, el 80% de países de rentas medias y bajas. El consumo de **alcohol y tabaco** son las que más años de vida quitan, concretamente 250 millones de años de vida en 2015. En cuanto a la cobertura de tratamientos por abuso de **drogas**, sólo el 50% de países tiene metadona para suplir la heroína. Por último, los **accidentes de tráfico** matan a 1,3 millones de personas en la carretera, y son la principal causa de mortalidad entre varones de entre 15 y 29 años. A esto hay que añadir el alto coste económico-médico de los accidentes.

El número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos, y **contaminación del aire, agua y suelo** es más relevante de lo que cabe suponer. La OMS calcula que 12,6 millones perdieron la vida en 2012 por vivir o trabajar en ambientes poco saludables. Y en 2016, otros 7 millones murieron por contaminación ambiental y 1,7 millones de niños también por las condiciones insalubres.

Otras metas transversales dan apoyo a las enfermedades, como la **de incentivar la investigación y desarrollar vacunas y medicamentos, y facilitar el acceso a esos medicamentos** ya que el pago en los productos farmacéuticos representa entre un 25% y un 66% en los países en desarrollo. Se pretende que no vuelva a suceder una ruptura de stock de medicamentos esenciales por la avaricia desmedida de las farmacéuticas o una ineficaz gobernanza en la salud global. Aquí debe afrontarse el tema de las patentes y las regulaciones comerciales si queremos mejorar el acceso a los medicamentos.

La meta del aumento del **personal sanitario**, su financiación, contratación, capacitación y retención es imprescindible, ya que la OMS prevé que se van a generar 40 millones de puestos de trabajo de aquí al 2030 en países de ingresos medios o altos. Y otros 18 millones más de profesionales para los de renta baja.

Un objetivo particularmente relevante es la **seguridad alimentaria**, mejora de la nutrición y la agricultura sostenible, ya que el hambre en el mundo vuelve a crecer a 815 millones en 2016 debido a los conflictos y desastres naturales provocados por el **cambio climático**. A esto hay que añadir la subida de precios de los alimentos básicos, sin tener en cuenta que la alimentación es un derecho humano. Y frente **al aumento del hambre**, parte de la población mundial sufre de sobrepeso: 51 millones de menores de 5 años sufren delgadez patológica y 38 millones tienen sobrepeso, también en países de rentas medias y bajas. El papel de la industria de alimentos procesados es crucial si queremos combatir la **obesidad**.

Mención aparte merece la **resistencia antimicrobiana (RAM)** por la amenaza terrible que supone para el ser humano. Por eso ha ido teniendo cada vez más peso en la agenda de la salud mundial. Las resistencias se extienden por todo el mundo y hay poca investigación para nuevos antibióticos. Lo único que sabemos es que su mal uso genera resistencia. Y se prevé que pueda llegar a producir 10 millones de muertes en el 2050 (con el consecuente gasto sanitario de 100 billones de dólares) si no se pone remedio. En 2015 la OMS creó un plan de acción mundial en el que involucra también a la FAO (Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) y a la OIE (Organización mundial de Sanidad Animal) bajo el lema “Una Sola Salud”: personas, animales, agricultura y medio ambiente, al usarse en todos los sectores.

La **e-salud** o “el apoyo que ofrecen la tecnología y la comunicación a la salud y sus servicios como atención, vigilancia, educación, conocimientos e investigación en materia de salud”, según la OMS, ya empieza a tener mucha importancia en el sector salud. Permite a los profesionales sanitarios consultar a otros especialistas, tener historiales clínicos, formación y consulta on-line, monitorizar parámetros, todo desde la inmediatez. Estos avances tienen un lado negativo, como el pirateo informático, errores de la propia nube, cuellos de botella como resultado de uso masivo de datos, pero abre un mundo de posibilidades. Si tenemos en cuenta que más del 60% de la población africana ya usa móviles, supone que con servicios de telesalud, o telemedicina se pueden eliminar barreras geográficas y sociales, y fomentar cambios positivos en la prevención y control de enfermedades. Con las ayudas de los gobiernos con legislaciones adecuadas, se puede pensar incluso en la e-salud como una herramienta de apoyo a la consecución de la **cobertura sanitaria universal**.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

En 2017, la AOD neta del conjunto del CAD disminuye levemente -0,6%- hasta alcanzar los 144.6178 millones de dólares. Si analizamos el esfuerzo global en vez de cifras absolutas, observamos que en 2017 el porcentaje del PIB que han realizado en cooperación el conjunto de los países del CAD representa el 0,31% (un 0,1% menos que en 2016). Seguimos muy alejados del 0,7 objetivo mínimo de las Naciones Unidas.

En general, en 2017 la AOD neta total aumentó en 11 países, con los mayores incrementos en Francia, Italia, Japón y Suecia. Solamente cinco países alcanzaron el 0,7%: Reino Unido (0,7%), Dinamarca (0,72%), Noruega (0,99%), Luxemburgo (1%), Suecia (1,01%). De este grupo desaparecen dos históricos, como es Alemania (baja al 0,66%) y Países Bajos (desciende al 0,6%). La AOD disminuyó en 18 países, principalmente por la menor llegada de refugiados. Los mayores descensos se produjeron en Australia, Austria, España, Grecia, Hungría, Noruega, Eslovenia y los Estados Unidos. De los países que no pertenecen al CAD pero que sí informan a los organismos de la OCDE, los Emiratos Árabes Unidos notificaron su aportación con el mayor índice (1,31%), seguido de Turquía con un (0,95%).

La Unión Europea sigue siendo el principal proveedor de Ayuda Oficial al Desarrollo con una aportación global de 81.645 millones de dólares (según datos de CAD), lo que representa el 57% de la AOD en 2017.

Sin embargo, volvemos a destacar el sesgo con el que los países ricos disfrazan de "ayuda" (13.777 millones de dólares concretamente) lo que invierten en gestionar solicitudes de asilo, o la compensación a otros países para atender y/o retener a personas refugiadas y limitar la migración. Convendría que se gestionara con fondos complementarios, y no a costa de restar a la AOD.

Respecto a España, en 2017 ocupa el puesto número 13 entre los 29 donantes del CAD en cifras absolutas. Se ha reducido en 2.415 millones (comparado con 2016, que ascendía a 4.278 millones). En el informe de 2017 ya advertimos de este reajuste, dado que en 2016 se computó como cooperación una condonación de deuda a Cuba por valor de 2.161,5 millones de dólares. Pero observamos que la reducción es mayor de la prevista, pues supera en 253,5 millones la cantidad que se destinó a la cancelación de la deuda. Si eliminamos la cancelación de la deuda, la reducción de la AOD española se queda en un 9,5%, lo que sigue siendo una cantidad significativa.

En cuanto a la evolución de la AOD en salud, los 21.020 millones de dólares destinados, suponen incremento leve que cambia la dinámica de los dos últimos años de descensos con 570 millones más respecto al año anterior. Este crecimiento se debe al incremento de la Ayuda Bilateral entre países, incremento que compensa la reducción de la AOD multilateral, que descende en 274 millones de dólares. Pasa de un 13,06% a un 12,59%. Pero se necesita un mayor esfuerzo en el sector de la cooperación para hacer frente a los retos que supone el compromiso del ODS 3 en salud.

En 2016, el 45% del total de la AOD sanitaria del CAD se destina a la lucha contra enfermedades específicas (sida, malaria, enfermedades transmisibles,...), un 3% más en 2015 cuando finalizaron los ODM. Desde nuestro punto de vista, y con el comienzo de los ODS 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** se ha incrementado el volumen de ayuda que no está especificada, por países, a un 25,73%, 2 puntos porcentuales más que el año anterior.

Se mantiene la tendencia de orientar gran parte de la inversión de fondos en el continente africano por ser la región que alberga mayores carencias. África recibió un 31,54% de la AOD es decir 52.642 millones de dólares, de los que el 56,08% del total de la AOD fue destinada a salud, pues es el continente con peores indicadores de salud del mundo. 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 54% de toda la ayuda en salud.

Asia es la segunda región que más ayuda recibió, e incrementa la ayuda en 2.000 millones de dólares, tanto en AOD general (47.480 millones) como en AOD sanitaria (4.017 millones. pero disminuye las cifras absolutas en 114 millones de dólares.

La AOD destinada a América creció en 789,98 millones, casi un 8% más, lo que la mantiene en el tercer lugar de las regiones más beneficiadas por la ayuda del CAD. La ayuda destinada a salud aumentó en 12 millones, un incremento del 1,5% más que en 2015.

A pesar de estar en cuarta posición, la que más ha crecido es la destinada a Europa 1.324 millones de dólares más que en 2016, mientras que la salud creció hasta alcanzar los 278 millones de dólares, un 20% más.

Seguimos viendo un modelo sin grandes variaciones que nos indiquen que se van a afrontar los ODS de manera diferente a la política que se viene desarrollando en los últimos años. Los países donantes deberían adaptar cambios en su política de cooperación que necesariamente pasarían por reflejarse en sus presupuestos pues los recursos actuales son insuficientes para dar cumplimiento a la agenda 2030.

La Comisión Europea ha presentado su propuesta del marco financiero plurianual 2021-2027, que confirma el giro de la política exterior de la UE hacia el control de los flujos migratorios y el control de sus fronteras. Se crea una línea presupuestaria específica "Migración y Gestión de las Fronteras", con una asignación de 33.000 millones de euros. Los fondos destinados a seguridad y defensa también aumentan un 40%.

La Unión Europea 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

En 2017 la AOD bruta desembolsada por España ha sido de 2.560 millones de euros, lo que supone un descenso de 1.590 millones de euros respecto a 2016. Porcentualmente representa el 0,19 % de la renta nacional bruta, muy lejos de la media del conjunto de los donantes del CAD que llegan al 0,31%. El motivo es una operación de cancelación de la deuda con Cuba en 2016 que alteraba tanto las cifras de la AOD española. Este tipo de cancelaciones de deuda no debería imputarse al AOD porque falsea las cifras. Pero restando esa cancelación de deuda (1.958,8 millones de euros), crecería en 368 millones de euros más que el ejercicio anterior sin deuda.

La propuesta de gasto en AOD para 2018 que aparece en el Informe “Ayuda Oficial al Desarrollo de la Administración General del Estado” crece a un ritmo muy lento. Para 2018 se destinará en AOD 2.602 millones de euros, un 0,22% de la renta nacional bruta, alejándose del objetivo de alcanzar el 0,4% al término de la legislatura. Con esta evolución y según la CONGDE se tardarían 15 años en conseguir el 0,4% deseado.

Como en los dos años anteriores se siguen recibiendo devoluciones de préstamos antiguos que se computan como AOD y cuyo monto asciende a más de 289 millones de euros, un 11,3% del total del dinero destinado a AOD en 2017. Dinero que debería destinarse a la AOD para incrementar sus escasos recursos.

La AECID recibirá un mínimo incremento llegando a 327,24 millones de euros (frente a los 284,43 del año anterior). Esta cantidad ratifica la irrelevancia a la que ha sido llevada, ya que debería ser el resorte instrumental central para la ejecución de la política de cooperación.

La Agenda 2030 en España

Con el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, y su Alta Comisionada hay un seguimiento de las actuaciones de los órganos competentes, un impulso de la elaboración y desarrollo de planes y estrategias que evalúa, verifica y difunde el avance y cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030. Este Plan de Acción, aprobado en junio de 2018, tiene un marco temporal de dos años, y están marcando los pasos que hay que seguir, que son muchos. En cuanto a salud, este plan promueve la incorporación de “la salud en todas las políticas”, mantener el carácter universal, público y gratuito del sistema sanitario. Pero no se menciona la cobertura sanitaria universal, que es el eje que la OMS propone.

AOD en salud en 2017

En 2017 la AOD española fue de 2.560 millones de euros, y a salud se destinaron 65.583.576 euros. Apenas aumenta en 200.000 euros, un 0,3%. El peso de la salud en la AOD española sigue cayendo. En porcentajes, la cooperación en salud alcanza un exiguo 2,56% del total de la AOD bruta en 2017 (cuando en 2016 alcanzaba el 3,1%). Esta disminución del peso de la salud en cooperación nos aleja más de la media de gasto de los países del CAD, con una media de 12,59%.

En cuanto al peso de la cooperación en salud respecto al conjunto de la AOD se ha pasado de destinar 500 millones de euros en los años 2009 y 2010 a 256 millones de euros en 2017

En 2017 la ayuda bilateral es el canal utilizado para el 65,12% de los fondos, 1,5 menos que en 2016. La multilateral sube algo más de 3 puntos, llegando al 6,63%. Y la multilateral también ha disminuido su peso casi en la misma proporción que la bilateral, suponiendo un 28,25% del total. **Destaca el hecho de que el cien por cien de las contribuciones multilaterales respondan al criterio de “obligatorias”.**

El financiador que más aporta a la cooperación sanitaria sigue siendo el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC). Destina casi 37,6 millones de euros si sumamos todos los mecanismos de financiación: multilateral, multilateral y bilateral. Esta cifra supone un 57,43% del total de la ayuda destinada al sector salud. El segundo financiador siguen siendo las CCAA, con algo más de 19,2 millones de euros, el 29,3% 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 0,27% del total de la ayuda, 177.162 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

Aumenta el desequilibrio en la distribución de recursos entre los tres sectores sanitarios. La salud general desciende hasta el 39,32% y la salud básica alcanza el 48%, mientras que la salud sexual y reproductiva escasamente alcanza el 12,4%.

Dentro del subsector salud general destaca, como en los últimos años, el componente de política sanitaria y gestión administrativa al que se destinó el 28,23% del total de la AOD en salud.

En el subsector de salud básica, destacamos la financiación del control de enfermedades infecciosas que con un 22,9% se consolida como el segundo subsector que más dinero recibe. En cuanto al subsector de salud sexual y reproductiva, el único componente destacable es la atención en salud reproductiva, que supone un 9,89% 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, políticas de población y formación de personal en salud reproductiva sea solamente el 2,5% de toda la ayuda sanitaria.

Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2017 la ayuda en salud canalizada hacia África disminuyó levemente en 500.000 , la partida destinada a África subsahariana aumentó en 300.000 euros, 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 una reducción de 800.000 euros de su partida con respecto al año anterior.

América es la región que más reduce su cooperación sanitaria en 2,1 millones de euros, un 13,9% pero sigue siendo América Central quien más financiación sanitaria recibe de la región,

8 millones. Asia crece en un millón de euros con respecto a 2017, y Oriente Medio y Europa tienen un incremento similar.

La AOD descentralizada

En 2017 se produjo un incremento del 12% en la cooperación descentralizada y alcanzó los 245 millones de euros. Esta cantidad supone el 9,5% del total de la AOD española, 4 puntos porcentuales más que en 2016.

También se ha producido un incremento en las CCAA (186,5 millones, 37 más que en 2016), pero las EELL disminuyen (casi 10,8 millones menos). Disminuyen los presupuestos en Andalucía y Castilla La Mancha, y aumentan Baleares, Murcia y Extremadura.

La AOD descentralizada en salud

En 2017, la suma de la cooperación sanitaria de los gobiernos autonómicos y de las administraciones locales alcanzó 21.134.276 euros, 1,1 millones menos que en el ejercicio anterior. Este es un dato preocupante porque confirma la tendencia de los últimos años de disminuir las cantidades destinadas a salud.

Aun con todo, el porcentaje de cooperación sanitaria descentralizada alcanzó el 11% del total de la ayuda descentralizada. Entre las comunidades que destinan más fondos, destacan Cataluña, Baleares, País Vasco, Extremadura y Madrid (que no destaca por su generosidad). Destacan negativamente Andalucía, Aragón, Castilla-La Mancha y Castilla y León.

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, la salud básica absorbe la mayor parte de la AOD sanitaria (42,9%), seguida de la salud general (35,92%). La salud sexual y reproductiva absorbe el 21% del total. Esta distribución es algo más homogénea y equilibrada que la estatal, aunque sigue sin haber un equilibrio entre los 3 sectores.

En cuanto a la distribución geográfica, nuevamente 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

2017 ha sido un año crítico para la acción humanitaria, 201 millones de personas en 134 países han necesitado intervenciones humanitarias, de éstas, unos **136 millones de personas han requerido asistencia y protección humanitaria** a las que se han destinado 27.300 millones de dólares, lo que constituye un récord, tanto en los fondos destinados a la acción humanitaria como en el número de personas afectadas.

En 2017, algo más de **30,6 millones de personas han tenido que huir de sus hogares** debido a conflictos o desastres naturales. El número de personas desplazadas por conflictos se ha doblado en un año, pasando de 6,8 millones en 2016 a 11,8 millones en 2017. Más de la mitad de estos nuevos desplazamientos internos se producen en tres países, Siria con 2,9 millones, la República Democrática del Congo con 2,2 millones e Irak con 1,4 millones. Oriente Medio y África subsahariana siguen siendo las regiones que generan la mayoría de los desplazamientos internos y que acogen a la mayoría de las personas refugiadas.

Con respecto a los **desastres naturales**, este ha sido un año relativamente tranquilo en términos de mortalidad, 9.697 personas perdieron la vida, pero no así en el elevado número de personas afectadas, **95,6 millones de personas**, o el coste económico estimado, 335.000 millones de dólares.

Las inundaciones y las tormentas han generado la mayor parte de los desplazamientos internos: 8,6 millones a causa de las inundaciones y 7,5 millones debido a las tormentas, especialmente los ciclones tropicales. Asia ha sido la región más afectada por su gran vulnerabilidad frente a las inundaciones y tormentas; el 70% de la población afectada, el 44% de todos los eventos y el 58% de las muertes se concentran en esta región, siendo China, India, Bangladesh y Nepal los países más afectados.

Las fuertes inundaciones que afectaron a Perú, los huracanes Irma y María de categoría 5 que golpearon el Caribe en septiembre, los dos seísmos que sacudieron México en menos de dos semanas y la sequía que asoló a parte de la región latinoamericana llevaron a 8,7 millones de personas a requerir ayuda humanitaria.

Por otra parte, detrás del reciente repunte de inseguridad alimentaria y de las diferentes formas de malnutrición que sufren algunos países del continente africano, se encuentra la agudización de los conflictos y la variabilidad climática vinculada al cambio climático, que representan un desafío importante para la disponibilidad de alimentos. La **inseguridad alimentaria y nutricional afectó a 124 millones de personas en 51 países**. Nigeria con 5,2 millones de personas afectadas, Somalia con 3,1 millones, Yemen con 6,8 millones y Sudán del Sur con 6 millones, fueron los países más afectados especialmente este último donde se declaró una hambruna en dos provincias.

Las crisis políticas, la violencia y los conflictos armados continúan forzando a millones de personas a huir de sus hogares y a depender, para su supervivencia, de la ayuda humanitaria lo que en algunos casos puede llevar a la pobreza extrema, la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad. Un ejemplo de esto es la República Democrática del Congo con 13,1 millones personas que necesitan ayuda y 4,3 millones de personas forzadas a huir de sus hogares.

En Oriente Medio, los conflictos en Siria, Yemen, Irak y Afganistán mantienen a la región en la peor crisis humanitaria de las últimas décadas. En 2017 el número total de personas desplazadas ha sido de 12,6 millones, de éstas 6,1 millones desplazadas internas y 5,5 millones refugiadas. A esto se suma el enorme impacto humanitario en los países vecinos, Líbano acoge a 997.552 personas refugiadas y Jordania a 655.624.

En Irak y Afganistán se ha producido un recrudecimiento de la violencia sectaria y el conflicto armado. En el primero, 11 millones de personas han necesitado asistencia humanitaria y 1,7 millones se han visto forzadas a abandonar sus hogares. Mientras que en Afganistán medio millón de personas ha tenido que huir de sus hogares y un millón de personas se encuentra en situación de gran vulnerabilidad por la sequía que asola al país.

Sin embargo, la mayor crisis humanitaria se vive en Yemen, en 2017 al menos 22,2 millones de personas han necesitado asistencia humanitaria, de las que 11,3 millones están en una situación crítica.

En Asia, la mayor crisis humanitaria es la que afecta a la comunidad rohingya que ha tenido que huir de Myanmar y se ha refugiado en su mayoría en Bangladesh. Solo en el segundo semestre de 2017 han llegado 671.000 personas refugiadas a Bangladesh, lo que eleva el total de personas refugiadas a un millón.

En cuanto al continente europeo, la situación en Ucrania, aunque fuera del foco de atención mediática, sigue siendo grave. El 7,5% de la población, más de 3,4 millones de personas, requieren asistencia humanitaria y la inseguridad alimentaria se ha duplicado desde 2016, afectando a más de 1,2 millones de personas.

Por último, 2017 fue otro año negro en el Mediterráneo, aunque menos mortífero que 2016: 3.139 personas perdieron la vida intentando cruzarlo para llegar a Europa en 2017, frente a las 5.096 de 2016.

La ayuda humanitaria internacional

En 2017 la ayuda internacional humanitaria para dar respuesta a las crecientes necesidades humanitarias alcanzó los **27.300 millones de dólares**, una cifra que supone un **ligero crecimiento respecto a 2016**. Si analizamos las aportaciones de donantes y sector privado, vemos que el mayor crecimiento se dio entre los donantes privados, frente a los países donantes y las instituciones de la UE que apenas aumentaron su aportación.

Por otra parte, si analizamos solo la financiación que se reporta a través del FTS (sistema de seguimiento de financiación) de UNOCHA, vemos que en 2017 ésta ascendió a 21.472 millones de dólares, 1.428 millones menos que en 2016.

Un año más los fondos de llamamientos y planes de respuesta de NNUU siguen siendo insuficientes para cubrir las crecientes necesidades humanitarias en el mundo.

En 2017 Naciones Unidas, la principal coordinadora de la ayuda humanitaria, logró cubrir el 60% de la financiación solicitada, el mismo porcentaje que en 2016 y lejos del objetivo del 75% solicitado por el Secretario General de Naciones Unidas.

En cuanto a los países donantes, EEUU, Alemania, Reino Unido y Japón, junto a las Instituciones europeas, son de nuevo los cinco principales financiadores de la acción humanitaria, contribuyendo con el 60% de la financiación pública.

En 2017 se revierte la tendencia de crecimiento de los fondos asignados al gasto de atención a personas refugiadas en los países donantes (durante los primeros doce meses de estancia en los mismos) que se imputa como AOD, pasando de 15.435 millones de dólares en 2016 a 13.786 millones en 2017.

No obstante, cuando analizamos el gasto por país, vemos que aunque se han producido importantes descensos en algunos países como Austria que ha pasado de asignar el 36,4% de su AOD al 12,5%, Dinamarca que ha bajado del 17,4% al 3% y Noruega del 18,3% al 3,6%. Otros la han aumentado, como Irlanda que ha pasado de 1 a 11 millones de dólares, Holanda de 434 millones a 835 millones de dólares y España de 89 a 218 millones de dólares.

La Acción humanitaria en España

En 2017 la acción humanitaria de la cooperación española en su conjunto (AGE, CCAA, EELL y universidades) ha experimentado un ligero crecimiento con relación a 2016, es el tercer año consecutivo en el que la AOD destinada a la Acción humanitaria crece aunque se trata de un crecimiento simbólico de apenas 3 millones de euros que la sitúa en **54,4 millones**. Si se mantiene este ritmo de crecimiento, la cooperación española tardará más de 30 años en situarse en los niveles de financiación de 2011.

Cuando comparamos la AOD destinada a la acción humanitaria con la AOD total la imagen es todavía más negra, en 2017 **la AH representó el 2,1% de la AOD total**, lo que supone un ligero descenso con relación a 2016 cuando supuso el 2,54% (descontando de la AOD total el monto destinado a la condonación de la deuda de Cuba) y muy lejos de la media del CAD del 11%. Como venimos recordando desde 2012, se trata de un porcentaje muy alejado 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 cooperación española de destinar el 10% de la AOD.

En cuanto a la distribución geográfica, **África y Oriente Medio acaparan el 58%** de los fondos, reflejo del elevado número de crisis humanitarias que se viven en estas dos regiones.

Los fondos destinados para acción humanitaria por la **cooperación descentralizada** (Comunidades autónomas, Entidades locales y universidades), **descendieron un 40%** en 2017 pasando de 18,8 millones de euros a **11,7 millones**. Aunque los descensos son generalizados, los mayores recortes se han dado en las entidades locales que han pasado de 6,3 millones a 2,6 millones de euros. Descenso que se enmarca en un contexto de agravamiento de las crisis prolongadas y de aumento de las solicitudes de asistencia para cubrir las necesidades básicas de millones de personas.

En términos generales preocupan los altibajos que venimos observando desde hace años en la financiación de la acción humanitaria, así las comunidades que tuvieron un mayor crecimiento en 2016 como Madrid, Valencia o Andalucía son las que han sufrido un mayor retroceso, esta falta de estabilidad en la financiación hace imposible una respuesta coherente frente a crisis prolongadas o emergencias sobrevenidas en contextos de gran vulnerabilidad que requieren

apoyo a medio plazo, y esto solo se puede conseguir con un nivel de financiación estable y sostenido en el tiempo.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

(i) Para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible es fundamental garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades que es lo que propone el ODS3. Dentro de este objetivo, la meta más revolucionaria es lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) que promueve una vida más saludable para todos mediante la inversión en sistemas sanitarios.

Con la cobertura sanitaria universal se pretende garantizar que todas las personas tengan los servicios de salud de buena calidad que necesiten sin sufrir dificultades económicas. La cobertura sanitaria universal contribuye a luchar contra las inequidades sanitarias que son el principal problema al que se enfrenta la salud mundial, inequidades que además tienen un importante costo social y económico, tanto para las personas como para las sociedades. Es de vital importancia que las mejoras sanitarias lleguen a todos, no solo a determinados grupos.

Hoy en día las cifras son injustificables: más de 15.300 menores y 830 gestantes mueren en el mundo al día, por causas que son mayoritariamente evitables; 200 millones de mujeres en el mundo sufren la ausencia de una adecuada planificación familiar; las 4 enfermedades no transmisibles más importantes provocaron la muerte de 87 mil personas diarias en 2016; y las carreteras se cobraron la vida de 3.562 personas al día, el 93% en países de ingresos bajos y medios.

Para revertir estas situaciones se debe tener un abordaje integral de la salud, donde además de apostar por la CSU, se trabajen los determinantes sociales y comerciales de la salud, incluyendo los efectos en la salud de todas las políticas locales, nacionales y globales.

(ii) Nunca en la historia de la humanidad las posibilidades de sobrevivir de un recién nacido han sido mayores que las que observamos hoy. A pesar de ello, con las tendencias actuales, necesitaremos un siglo para que un recién nacido en África tenga las mismas probabilidades de sobrevivir que uno nacido en Europa.

La probabilidad de que los bebés nacidos en las familias más pobres mueran durante el período neonatal es un 40% mayor que la de aquellos bebés nacidos en las familias más ricas. Y la tasa de mortalidad materna en las regiones en desarrollo es 14 veces mayor que en las zonas más desarrolladas.

Urge que redoblemos esfuerzos en materia de cobertura sanitaria universal si queremos revertir esta situación, y evitar que se perpetúe la privación de servicios de salud esenciales para casi la mitad de la población.

(iii) Han pasado 40 años desde la Declaración de Alma-Ata y si alguna certeza tenemos es que la Atención Primaria de Salud es la mejor estrategia si queremos que el derecho a la salud sea una realidad para todas las personas.

La Atención Primaria de Salud (APS) puede cubrir entre el 80- y el 90% de los cuidados de salud que necesita una persona a lo largo de la vida. Para que esto siga siendo así, es preciso una APS con 3 elementos: (i) empoderamiento de la población y las personas como dueñas de su

propia salud y defensoras de las políticas de salud que les afectan; (ii) asumir los determinantes sociales, económicos, medioambientales y comerciales de la salud a través de políticas y acciones intersectoriales y basadas en la evidencia; y (iii) asegurar una salud pública y unos cuidados primarios fuertes, durante todos los ciclos de la vida, como el núcleo de una provisión de servicios integrales.

Cada vez son más las voces que reclaman un nuevo orden económico mundial para una APS fortalecida capaz de asegurar la salud de las personas. Esta visión exige dar respuesta a problemas globales de carácter económico y social, y anteponer el derecho a la salud a otros intereses.

(iv) Si no se toman medidas urgentes de forma integral, la resistencia antimicrobiana (a los antibióticos) se convertirá en una de las mayores amenazas para la salud mundial en los próximos años, afectando sobre todo a los países empobrecidos.

La resistencia a los antibióticos aumenta en todo el mundo a niveles peligrosos, poniendo en peligro nuestra capacidad para tratar las enfermedades infecciosas comunes como la neumonía, la tuberculosis, la septicemia, la gonorrea o las enfermedades de transmisión alimentaria.

Actualmente alrededor de 700.000 muertes al año son debidas a la resistencia a medicamentos, y si no hay cambios, se estima que esta cifra crecerá hasta las 10 millones de muertes en el año 2050, con un coste de 100 billones de dólares. Del total de muertes, 8,8 millones (88%) se producirán en los continentes africanos y asiáticos

Una mejora en el uso racional y reducción del abuso de medicamentos (incluyendo el uso de antibióticos en animales), una prescripción adecuada, una inversión en la investigación de nuevos medicamentos, más una regulación mundial de los mismos, que antepongan los intereses en salud sobre los económicos, y permitan el acceso a los medicamentos que necesita la población, son parte de una estrategia global que debe ponerse en marcha lo antes posible.

(v) España se somete por primera vez a un examen voluntario de avances en la Agenda 2030, poniendo las bases futuras para una implementación de los ODS.

En junio de 2018, se nombró una Alta Comisionada para la Agenda 2030 que se encarga desde entonces de la coordinación de las actuaciones para el cumplimiento de la Agenda 2030. En el mismo mes se aprobó el Plan de Acción 2018-2019 para la Agenda 2030. Se prevé que en 2019 se apruebe la Estrategia nacional 2020-2030, que será el documento clave para el trabajo en los ODS en España. Sin embargo, 3 años después de firmar este compromiso, la sociedad española tiene un gran desconocimiento de lo que significan los ODS, lo que es vital para una implicación real de las personas en la consecución de estos objetivos.

Es necesario que la Estrategia Nacional despeje las dudas que aún existen en cuanto a la implementación de la Agenda 2030 en España: qué espacios de participación tiene la sociedad civil, quién define finalmente los indicadores y cómo se elaboran, ya que determinarán lo que se mida en España, cuál es el papel de las instituciones descentralizadas en la toma de decisiones para la implementación de los ODS, y, finalmente, cómo se pretende que la población participe activamente en esta implementación.

(vi) En 2017 la AOD neta del conjunto del CAD disminuye levemente – 0,6% - situándose en 144.178 millones de dólares, lo que equivale al 0,31% del ingreso nacional bruto, porcentaje que está muy por debajo del 0,7%, objetivo mínimo de las Naciones Unidas.

El 68% de toda la AOD de los 29 países del CAD proviene de 5 países (Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Francia y Japón) que mantienen su enorme influencia en la cooperación. España se sitúa en el puesto número 13 en cifras absolutas, y el puesto 20 en cuanto a porcentaje de renta nacional bruta. Solo 5 de 29 países alcanzan el 0,7%.

En estos 3 años de implementación de la Agenda 2030, no se observan grandes cambios que permitan deducir que el conjunto de donantes del CAD quiere destinar el 0,7% de su renta nacional bruta a cooperación. En 2017, hay aún 12 países (todos europeos excepto Canadá) que dedican más del 9% de su AOD total a cubrir los costes de la atención a personas refugiadas en sus propios países.

Los países donantes deberían adaptar sus políticas de cooperación y de cooperación sanitaria a los nuevos compromisos y formas de trabajar en cooperación, incluyendo un plan operativo realista para destinar el 0,7% de su renta nacional bruta a AOD. Una AOD que no incluya como tal el pago de deuda externa y sus intereses, o la ayuda a refugiados en los propios países.

(vii) En 2016 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD creció un 2,7%, un incremento leve, pero que consiguió cambiar la dinámica de los dos últimos años de descensos. El total destinado al sector salud fue de 21.020 millones de dólares.

A pesar de este incremento en cifras absolutas, la salud pierde algo de peso en el conjunto de la AOD, pasando de 13,06% a 12,59%. Hay que destacar el escaso papel que la salud juega en la AOD de las instituciones europeas (la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo), un 3,9% del total de su AOD, a pesar de haber incrementado la partida en un 26,3%.

La salud debe seguir manteniendo un peso importante dentro de la AOD del conjunto de donantes, y las instituciones europeas deben incrementar sus presupuestos en cooperación sanitaria hasta alcanzar la media del conjunto de donantes.

(viii) En 2017 la AOD española alcanza el 0,19% de la renta nacional bruta, un porcentaje claramente insuficiente para cumplir los compromisos asumidos a nivel internacional. Esto la sitúa muy por debajo del esfuerzo promedio del resto de países donantes del CAD (0,31%), de países donantes europeos (0,49%), y muy lejos del prometido 0,7%.

La AOD española se recupera tan lentamente que tardaríamos más de 15 años en llegar a las cifras de 2009 por lo que no llegaríamos al compromiso del 0,7% en 2030. Y ello a pesar de incluir las devoluciones de préstamos antiguos que se computaban como AOD, y cuyo monto en 2017 alcanzó algo más de 289 millones de euros, un 11,3% del total del dinero destinado a AOD en 2017.

La cooperación al desarrollo es uno de los pocos instrumentos que tenemos para mostrar nuestra solidaridad y luchar contra las desigualdades. España debe de realizar un mayor esfuerzo y mejorar sus cifras de AOD. Por otro lado, las devoluciones de préstamos debieran utilizarse en los sectores a los cuales fueron destinados como fondos complementarios.

(ix) El peso de la cooperación en salud respecto al conjunto de la AOD aumentó hasta representar el 2,56%, aunque sigue estando muy alejado de la media del conjunto de donantes, que destinan el 12,5% a este sector.

También las cantidades brutas en salud ascienden, aunque solamente un 0,3%. Tanto las cifras absolutas, como su peso en el conjunto de la AOD española están muy alejadas de las que se daban en 2009 y 2010. En esas fechas, se destinaba a salud 7 veces más que en 2017, y su peso alcanzaba el 10%. Además, las cantidades recibidas por España debido a devoluciones de préstamos en el sector salud de años anteriores supusieron el 47,5% del dinero destinado a este sector, lo que empuja aún más el interés por la salud en la cooperación española en 2017.

España debe incrementar sus partidas de AOD en salud y su peso en salud en el total de la AOD hasta alcanzar la media del conjunto de donantes. Asumir que la salud es un derecho universal, tanto en España como a nivel mundial, ayudaría a priorizar la salud sobre otras políticas.

(x) La cooperación descentralizada (CCAA y EELL) se mantiene como un actor fundamental en la cooperación, alcanzando en 2017 los 245 millones de euros, un 12% más que en 2016. De este total, 186,6 millones proceden de los gobiernos autonómicos y 58,4 de las entidades locales.

La AOD descentralizada representa el 9,5% del total de la AOD española, 4 puntos porcentuales más que en 2016 y 7 puntos menos que en 2008 cuando su peso alcanzaba el 16,6% del total de la AOD española. Una de las singularidades de esta cooperación, es el apoyo a las organizaciones de la sociedad civil en la ejecución de proyectos que desarrollamos.

La cooperación descentralizada sigue con el desafío de combatir la fragmentación y el reto de definir su espacio en la Agenda 2030, pero sabiéndose eficientes pues sus costes administrativos son menores que los de la cooperación centralizada.

(xi) En 2017, la cooperación sanitaria descentralizada alcanzó los 21,1 millones de euros, 1,1 millones de euros menos que en 2016. No obstante, la cooperación descentralizada dedica a salud el 11% del total de la ayuda, un porcentaje cercano a la media de organismos como el CAD o la Unión europea que ronda el 12,5% y muy por encima de lo destinado por parte de la AGE que recordemos se queda en 2,56%.

Entre las comunidades que destinan más fondos a salud destaca por su cuantía Catalunya con 5,3 millones de euros y un incremento de más de dos millones. Otras cooperaciones que han incrementado sensiblemente sus aportaciones a salud son Baleares y País Vasco con casi medio millón, y Extremadura y Madrid con algo más de 400 mil euros. En negativo, sobresale Andalucía con una reducción de más de tres millones (-52%), Aragón con más de 600 mil euros (-54%), Castilla La Mancha y Castilla y León con algo más de 300 mil euros.

La cooperación descentralizada sanitaria debe aumentar su participación en las definiciones de las prioridades de la AOD española, pero también tiene que mejorar su previsibilidad, y crecer de forma constante en presupuesto y en calidad.

(xii) La ayuda humanitaria internacional sigue lejos de responder adecuadamente a las necesidades humanitarias.

En 2017 la ayuda internacional humanitaria global para dar respuesta a las crecientes necesidades humanitarias alcanzó los 27.300 millones de dólares, una cifra que supone un ligero crecimiento respecto a 2016. No obstante, si analizamos las aportaciones de donantes y sector privado, vemos que el mayor crecimiento se dio entre los donantes privados, frente a los países donantes y las instituciones de la UE que apenas aumentaron su aportación.

La financiación que es reportada a través del FTS (sistema de seguimiento de financiación) de UNOCHA, muestra una imagen más preocupante ya que se ha producido un descenso de algo más de 1.400 millones de dólares con respecto a 2016.

La comunidad internacional sigue sin ser capaz de responder de forma adecuada al aumento y agravamiento de las crisis humanitarias. A pesar de los llamamientos por parte de NNUU y los compromisos adquiridos, los países donantes siguen sin ser capaces de reducir la brecha de financiación que se mantiene, un año más, en una cobertura del 60% de las necesidades. Lejos del compromiso de aumentar la financiación hasta cubrir el 75% de las necesidades.

Los donantes deben asumir sus responsabilidades y compromisos internacionales e incrementar los fondos destinados a la acción humanitaria para cubrir al menos el 75% de los llamamientos de Naciones Unidas.

(xiii) La cooperación española se sigue a la cola de los donantes en acción humanitaria.

Como respuesta al aumento de las necesidades humanitarias mundiales y a los 136 millones de personas que han necesitado asistencia y protección humanitaria, la cooperación española ha respondido con un aumento insignificante de su ya escasa financiación pasando de 51,3 millones en 2016 a 54,4 millones de 2017. Aumento que en términos porcentuales, se traduce en un ligero descenso de 4 décimas que sitúa la acción humanitaria en el 2,1% del total de la AOD y la aleja cada vez más del compromiso del 10%. Si se mantiene este ritmo de crecimiento (en términos absolutos), la cooperación española tardará más de 30 años en situarse en los niveles de financiación de 2011.

Dado al agravamiento de las crisis humanitarias, su complejidad y su extensión en el tiempo, no solo es necesario que la cooperación española aumente de forma significativa y sostenida los fondos destinados a la acción humanitaria, sino que debe apostar de forma clara por la financiación plurianual para responder de forma efectiva a dichas crisis.

Como actor internacional con cierto peso, la cooperación española debe asumir su responsabilidad frente a las crisis humanitarias. Para ello debe incrementar de forma significativa y sostenida en el tiempo los fondos destinados a la acción humanitaria mediante financiación plurianual que permite respuestas a medio y largo plazo a crisis prolongadas o emergencias sobrevenidas en contextos de gran vulnerabilidad.

(xiv) Fuerte tijeretazo a la cooperación descentralizada destinada a la acción humanitaria y aumento de la destinada por el ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación.

En 2017 se ha producido un descenso del 40% de los fondos destinados a la acción humanitaria por la cooperación descentralizada pasando de 18,8 millones de euros a 11,7 millones. Aunque los descensos son generalizados, los mayores recortes se han producido en las entidades locales que han reducido su financiación un 40% quedándose en 2,6 millones de

euros, mientras que las comunidades autónomas redujeron su aportación en 2,4 millones de euros, quedándose por debajo de los 10 millones de euros.

Más allá del fuerte descenso que se ha producido en la cooperación descentralizada, preocupan los altibajos que venimos observando desde hace años en la financiación descentralizada, reflejo de un sistema de financiación que prima la financiación a corto plazo frente a la financiación plurianual, estable y sostenida.

Frente a este descenso, la AGE, y en especial el ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, aumenta su financiación en acción humanitaria un 25%, aumento que esperamos siga creciendo en los próximos años.

La cooperación descentralizada debe revertir el descenso en la financiación de la acción humanitaria de 2017 y apostar por una financiación previsible que permita responder mejor a la realidad de las crisis complejas que se prolongan en el tiempo.

(xv) La prevención de desastres y la reconstrucción y rehabilitación siguen siendo sectores huérfanos de la acción humanitaria española

El cambio climático está incidiendo en la frecuencia e intensidad de los desastres y las crisis humanitarias, y exacerbando aún más sus impactos. La escasez cada vez mayor de agua potable, el aumento de los ciclos de sequía, de temperatura y de lluvias torrenciales arruinan los medios de vida de las comunidades más vulnerables, situándolas al borde de la inseguridad alimentaria. Los estados frágiles y las personas pobres, son las más afectadas por estos fenómenos.

Por ello son fundamentales las acciones de prevención de desastres y gestión del riesgo por una parte y de reconstrucción y rehabilitación por otra, dos sectores que apenas reciben financiación de la cooperación española pero que juegan un papel clave en la resiliencia de las comunidades.

La cooperación española debe incrementar de manera importante las partidas de acción humanitaria destinadas a estos dos sectores como reflejo de la importancia de los mismos en una respuesta integral a las crisis humanitarias.