

LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA ACCIÓN HUMANITARIA

INFORME 2018

 medicusmundi



Equipo técnico

Carlos Mediano
Emiliana Tapia

Equipo asesor

Félix Fuentenebro
José Félix Hoyo
Elena Urdaneta

Colaborador

Luca Beltrame

Edita

medicumundi
Médicos del Mundo

Trabajo de edición

Félix Fuentenebro

Diseño y maquetación

Estudio BLG

Impresión

Advantia

Para más información

Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España

Lanuzá 9, local / 28028 Madrid (España)

Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65

federacion@medicumundi.es

www.medicumundi.es

Médicos del Mundo

C/ Conde de Vilches, 15 / 28028 Madrid (España)

Tel. 91-5436033 Fax 91-5427923

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org

Este documento se ha realizado con la financiación de la Federación de Asociaciones de medicumundi y Médicos del Mundo.

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2018

medicumundi

Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

PRÓLOGO	13
---------------	----

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO..... 17

1. Introducción	17
2. Evolución de la implementación de la Agenda 2030.....	18
2.1. La salud en los ODS.....	21
Meta 3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	24
Meta 3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	26
Meta 3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles.....	28
Meta 3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	32
Meta 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas	33
Meta 3.6. De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo.....	34
Meta 3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	35
Meta 3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal (CSU)	36
Meta 3.9. De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo	38
2.2. Evolución del resto de los ODS.....	42
Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo	43
Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible	43
Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos	44
Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas.....	45
Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos	45

Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos	46
Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos.....	47
Objetivo 9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación	48
Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos.....	48
Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles	49
Objetivo 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles	49
Objetivo 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.....	50
Objetivo 14. Conservar y utilizar sosteniblemente los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible	50
Objetivo 15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad.....	51
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas	51
Objetivo 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.....	52
3. Resistencia antimicrobiana: un problema global	52
3.1. La resistencia antimicrobiana (RAM) en los países empobrecidos.....	55
4. Conferencia de Astaná: 40 años de Alma Ata	56
Un camino largo y consecuente: 40 años después de Alma Ata	60
5. La E-Salud: ¿Innovación o nueva dependencia?.....	63

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL..... 69

1. El Comité de Ayuda al Desarrollo	70
Expulsando del sector de la cooperación la explotación y el abuso sexual	72
La ayuda oficial al desarrollo del CAD	74
1.1. Distribución de la AOD en 2017	80
1.2. AOD destinada a refugiados en países donantes.....	83
2. Evolución de la AOD en Salud	85
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	89
3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud.....	89

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud	92
4. Marco de financiación plurianual (MFP) 2021-2027 de la Unión Europea.....	96
CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	97
1. Consideraciones generales	97
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	99
1.2. Datos generales de la AOD en 2017	99
V Plan Director de la Cooperación Española 2018-2021.....	101
2. La Agenda 2030 en España.....	103
3. AOD en salud en 2017.....	107
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2017	107
3.2. AOD multilateral en salud en 2017	115
3.3. Distribución sectorial de la AOD en salud.....	115
3.4. Distribución geográfica de la AOD en salud.....	120
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales.....	123
4.1. La AOD descentralizada.....	123
4.2. La AOD descentralizada en salud.....	127
4.2.1. La cooperación autonómica en salud.....	130
4.2.2. La AOD de EELL en salud.....	133
Por una política de Estado: 0,7% de AOD por ley.....	135
CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA.....	137
1. Introducción	137
2. La acción humanitaria en la agenda internacional	144
2.1 La iniciativa de estandarización de los equipos médicos en emergencias de la OMS-EMT.....	144
3. La ayuda humanitaria internacional.....	149
4. La ayuda humanitaria en el sistema de Naciones Unidas.....	150
5. La acción humanitaria en España	154
5.1. La canalización de fondos.....	155
5.1.1. La acción humanitaria bilateral	156
5.1.2. La acción humanitaria multilateral.....	157
5.2. Distribución geográfica de la acción humanitaria	158
5.3. La acción humanitaria por sectores.....	160
5.4. La acción humanitaria por agentes	161
5.5. La acción humanitaria descentralizada.....	161
6. En foco.....	145
# Yemen, al borde del abismo	145
# Sudán del Sur, una crisis sin fin.....	145
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	173

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Riesgo de defunción materna en África Subsahariana respecto a países de ingresos altos. Fuente: OMS. 2017.	25
Gráfico 1.2. Mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos en distintos países. Fuente: elaboración propia a partir de informes UNICEF.....	27
Gráfico 1.3. Mortalidad enfermedades infecciosas. Fuente: Elaboración propia. ...	31
Gráfico 1.4. Profesionales sanitarios cualificados / 10.000 habitantes por región (2014). Fuente: Elaboración propia, basado en "The 2017 update, Global Health Workforce Statistics, World Health Organization, Geneva.....	41
Gráfico 2.1. Evolución de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE, varios informes.....	74
Gráfico 2.2. Evolución de la AOD del CAD por componentes. Fuente: Elaboración propia a partir de informes CAD	75
Gráfico 2.3. AOD 2017 en millardos de dólares Fuente: OCDE, 2017.....	76
Gráfico 2.4. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2017. Fuente: OCDE, 2017.....	78
Gráfico 2.5. Evolución porcentual de la AOD de España. Fuente: Elaboración propia a partir de informes CAD	79
Gráfico 2.6. Gastos refugiados en países donantes como % de AOD neta total 2013-2017. Fuente: OCDE-CAD	85
Gráfico 2.7. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	86
Gráfico 2.8. Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	87
Gráfico 2.9. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-España. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System.....	88
Gráfico 2.10. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2015 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	90

Gráfico 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB 2006-2017 con operaciones de deuda y sin operaciones de deuda en 2016. Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por las DGPOLDES.....	100
Gráfico 3.2. Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto asignado a la AECID. 2006-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	101
Gráfico 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.	108
Gráfico 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	114
Gráfico 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	119
Gráfico 3.6. Evolución de la AOD descentralizada (CCAA+EELL) en España 1994-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	124
Gráfico 3.7. Evolución de la AOD de CCAA y EELL 2008-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	125
Gráfico 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas. 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	132
Gráfico 4.1. Mapa de crisis humanitarias por nivel de severidad en 2017. Fuente: Elaboración propia.	142
Gráfico 4.2. Financiación llamamientos de NNUU 2006-2017. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA.....	146
Gráfico 4.3. Porcentaje de financiación por sectores en 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA.....	147
Gráfico 4.4. Principales donantes en 2017 (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA.....	148
Gráfico 4.5. Gastos refugio en países CAD frente a la financiación de AH. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD.	149
Gráfico 4.6. Principales donantes de Fondos comunes (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA.	152
Gráfico 4.7. Principales países receptores de Fondos comunes (en millones de dólares) en 2017. Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA.....	153
Gráfico 4.8. Fondos al sector salud 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA.....	154
Gráfico 4.9. Evolución de la AOD española destinada a la AH. Fuente: Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC.	155
Gráfico 4.10. AOD española multilateral para AH en 2017 por vía de canalización. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC.....	157
Gráfico 4.11. Asignación de fondos por sectores 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos FTS de OCHA.....	160
Gráfico 4.12. Evolución de la AH en algunas CCAA. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC.....	163
 ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1.1. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Fuente: NNUU.....	18
Tabla 1.2. Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todas las personas a todas las edades. Fuente. NNUU.....	22
Tabla 1.3. Indicadores seleccionados para generar el indicador de CSC. Fuente: OMS.....	37
Tabla 2.1. AOD neta de los países del CAD 2013-2017 (desembolsos en millones de dólares corrientes) Fuente: OCDE-CAD.....	81
Tabla 2.2. AOD de países no miembros del CAD. Fuente: OCDE-CAD.....	82
Tabla 2.3. Gastos refugiados en países donantes (en millones de dólares). Fuente: OCDE-CAD.....	84
Tabla 2.4. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....	89
Tabla 2.5. Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....	91
Tabla 2.6. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2016 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....	93

Tabla 3.1.	Políticas palanca del plan de acción para la Agenda 2030. Fuente: Informe de España para el examen nacional voluntario 2018.....	105	Tabla 3.14.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas. 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	130
Tabla 3.2.	Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2011-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	109	Tabla 3.15.	AOD en salud de las CCAA, 2014-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	131
Tabla 3.3.	Resumen de la AOD española en salud. 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	111	Tabla 3.16.	Distribución AOD salud autonómica según nivel de renta. 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	132
Tabla 3.4.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2010–2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	112	Tabla 3.17.	Entidades Locales que más AOD destinaron a salud en 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	133
Tabla 3.5.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor. 2010-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	116	Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2017. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA	149
Tabla 3.6.	Distribución de AOD en salud por canales y subsectores CAD/ CRS.2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	118	Tabla 4.2.	Ayuda humanitaria del sistema de Naciones Unidas. Año 2017. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA.....	150
Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2016-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	120	Tabla 4.3.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA.....	151
Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del IV Plan Director, 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	121	Tabla 4.4.	Financiación recibida para los Fondos comunes gestionados por OCHA (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	151
Tabla 3.9.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	122	Tabla 4.5.	AOD Española bilateral para AH por vía de canalización en 2016-2017. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC	156
Tabla 3.10.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	123	Tabla 4.6.	AOD española destinada a AH por regiones. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC	158
Tabla 3.11.	AOD descentralizada total en cada una de las CCAA en 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	126	Tabla 4.7.	Principales receptores de AH española en 2017. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC.....	159
Tabla 3.12.	AOD descentralizada en salud, 2016-2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	128	Tabla 4.8.	AOD española para acción humanitaria por agentes en 2017. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC	161
Tabla 3.13.	AOD descentralizada en salud según subsectores CRS. 2017. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.....	129	Tabla 4.9.	Acción Humanitaria por CCAA. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC	162
			Tabla 4.10.	Acción Humanitaria por EELL. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC	164

PRÓLOGO

En junio de 2018 una moción de censura propició que el gobierno de Mariano Rajoy y del Partido Popular, responsable de las políticas y datos que aquí exponemos, tuvieran que dejar el gobierno y sea Pedro Sanchez y el Partido Socialista quien, tras lograr los apoyos suficientes, se instaló en la Moncloa.

Las cifras macroeconómicas cambiaron el rojo por el verde hace ya 4 años, pero ese cambio no lo han percibido una gran parte de la ciudadanía ni ha llegado a aquellas políticas cuya virtud es lidiar con la cada vez más ostentosa brecha de desigualdad. Entre esas políticas estaría la de la Cooperación para el Desarrollo.

Las evidencias son claras pero el daltonismo que padecen los responsables de dotar estas políticas económicamente, parece que nos tiene condenados al rojo. Una vez más recurrimos a la solidaridad y sensibilidad de la ciudadanía para que aporte el fotopigmento al que somos más sensibles las ONGD: el verde.

La recuperación que nos vende el gobierno no es equitativa. Tras una década de recortes, que han supuesto una pérdida de más del 70% de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), la cooperación española sigue sin dar señales de recuperación. La AOD española alcanzó los 2.560 millones de euros, el 0,19% de la Renta Nacional Bruta. Esta cantidad supone un repunte de 368 millones respecto a 2016, a todas luces insuficiente si queremos cumplir los compromisos adquiridos a nivel internacional y muy por debajo del esfuerzo promedio del resto de países donantes del CAD (0,31%), de los países donantes europeos (0,49%), y del prometido y comprometido 0,7%.

En lo que a salud se refiere, los 65,6 millones destinados supusieron el 2,56% del total de la AOD bruta, insuficiente si hablamos de contribuir a reducir la mortalidad materna o las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; reducir la mortalidad prematura por enferme-

dades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar; garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

En octubre de 2018 hemos asistido al 40 aniversario de Alma Ata y constatado algo que *cada vez son más las voces que reclaman un nuevo orden económico mundial para una Atención Primaria de Salud 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. El acceso a medicamentos, el comportamiento de empresas que producen artículos que pueden afectar a la salud de las poblaciones (tabaco, alimentos procesados, bebidas alcohólicas y azucaradas), la e-Salud, por citar algunos, son aspectos globales que debemos de regular si queremos de verdad luchar contra la inequidad en salud.*

Finalizamos esta introducción recordando al gobierno que la transparencia y la rendición de cuentas son elementos esenciales a cuidar si queremos acercar la cooperación a la ciudadanía. De nada sirven iniciativas propias como Info@OD o la participación en acciones internacionales como Open Government Partnership (OGP) o International Aid Transparency Initiative (IATI) si no se dotan de recursos y sirven a su propósito.

Gracias a todas las personas que han contribuido a esta publicación y en especial a Ana Henche Cuesta, Jorge Seoane y al resto del equipo del departamento de estadística de la DGPOLDES por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos; a Jose Maria Medina, director de Prosalus, por ayudarnos con la tabulación de los datos y a Edgar Widmer, expresidente de Medicus Mundi Internacional y testigo directo de Alma Ata por su artículo de opinión.

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

La situación de la salud en el mundo se mantiene en los últimos años con muchos claroscuros. Grandes avances contra determinadas enfermedades se ven ensombrecidos por el aumento de la inequidad en el acceso a los servicios de salud de las poblaciones más desfavorecidas, o por la escasa respuesta política ante los problemas transnacionales que afectan a la salud. Nuevos retos aparecen cada día en la lucha por universalizar el derecho a la salud: las virtudes y defectos que pueda tener la incorporación de las nuevas tecnologías de la información y comunicación (TIC) en la salud, la implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y sus efectos en salud, o las nuevas amenazas como el crecimiento de la resistencia antimicrobiana, son algunos de los asuntos que vamos a presentar en este capítulo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) quiere seguir siendo el referente mundial en cuanto a salud global, pero necesita recursos. En su informe, “una humanidad más saludable” ha propuesto unos objetivos muy ambiciosos para el periodo 2019-2023¹. Concretamente pide inversiones por valor de 14.100 millones de dólares, que es lo que le permitiría liderar una respuesta en la salud mundial y conseguir lo que denomina “el objetivo 3.000”:

- 1.000 millones más de personas que se beneficien de la Cobertura Sanitaria Universal
- 1.000 millones de personas mejor protegidas de emergencias sanitarias
- 1.000 millones más de personas que disfruten de una vida más saludable y en bienestar

1. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274710/WHO-DGO-CRM-18.2-eng.pdf>

Avanzar en este objetivo permitiría al mundo habitar en la senda que nos permitiría alcanzar los ODS en 2030. Al final del periodo estaríamos hablando de 30 millones de vidas salvadas, 100 millones de años de vida ganados, y entre un 2% y un 4% de crecimiento económico en los países de rentas bajas y medias. Sin embargo, es preocupante ver como ante problemas globales intentamos solamente mejorar las respuestas individuales por país, cuando existen causas de inequidad en salud que tienen más que ver con problemas globales, donde distintos intereses, económicos o geopolíticos son más importantes que la propia salud. Esta falta de visión global pudo observarse en la Conferencia mundial sobre Atención Primaria de Salud, que se ha celebrado en Astaná (Kazajstán) los días 25 y 26 de octubre de 2018. 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 todos y para todas. Tenemos la convicción de que reafirmar y reforzar la APS es una necesidad y de que en la Declaración de Astana hay elementos de la APS que francamente sufrieron un debilitamiento. La APS ha tenido distintas interpretaciones a lo largo de estas décadas si bien nos sumamos a quienes la conciben como el cuidado integral de la salud.

2. EVOLUCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA 2030

2018 es el tercer año de implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los 17 ODS y sus 169 metas conexas, de carácter “integrado e indivisible”, forman la denominada Agenda de Desarrollo 2030, un plan de acción “para las personas, el planeta y la prosperidad”², en un entorno de paz y buscando alianzas de todas las personas e instituciones.

TABLA 1.1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

1. Erradicar la pobreza en todas sus formas en todo el mundo.
2. Poner fin al hambre, conseguir la seguridad alimentaria y una mejor nutrición, y promover la agricultura sostenible.
3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades.
4. Garantizar una educación de calidad inclusiva y equitativa, y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos.

2. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

5. Alcanzar la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas.
6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.
7. Asegurar el acceso a energías asequibles, fiables, sostenibles y modernas para todos.
8. Fomentar el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo, y el trabajo decente para todos.
9. Desarrollar infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible, y fomentar la innovación.
10. Reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos.
11. Conseguir que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles.
12. Garantizar las pautas de consumo y de producción sostenibles.
13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático).
14. Conservar y utilizar de forma sostenible los océanos, mares y recursos marinos para lograr el desarrollo sostenible.
15. Proteger, restaurar y promover la utilización sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar de manera sostenible los bosques, combatir la desertificación y detener y revertir la degradación de la tierra, y frenar la pérdida de diversidad biológica.
16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar acceso a la justicia para todos y crear instituciones eficaces, responsables e inclusivas a todos los niveles.
17. Fortalecer los medios de ejecución y reavivar la alianza mundial para el desarrollo sostenible.

Durante estos 3 años muchos países han estado traduciendo esta estrategia global dentro de sus propios planes y estrategias de desarrollo nacionales que les permitirán hacer realidad los ODS. Aunque sea un hecho positivo, es cierto que este es un trabajo que se debería haber avanzado previamente a la firma de los ODS o de forma inmediata después de la firma.

Pero el hecho de que el cumplimiento de estos Objetivos sea voluntario, y que cada país pueda elegir su estrategia o el grado de cumplimiento de cada uno de

los ODS, no permite ser optimistas con respecto al logro de estos objetivos a nivel global. Nos encontramos que los países avanzan a diferentes velocidades, intensidades e incluso hacia diferentes objetivos, según los intereses nacionales, que suelen estar por encima de los globales. El mundo no es homogéneo y el punto de partida de los países es diferente y sus prioridades también lo pueden ser, pero es importante saber los procesos más eficientes, efectivos, sostenibles y de mayor impacto sobre los que se basan los países para definir sus prioridades, quien participa en esos procesos, y por qué se eligen esos procesos y esas prioridades. Por ejemplo, **para alcanzar la cobertura sanitaria universal podemos basarnos en un sistema público, de aseguramiento, potenciar la sanidad privada, o mixto, y cada país puede seleccionar el suyo, aunque sea más inequitativo o menos eficiente.**

Esta heterogeneidad, tanto en las prioridades como en los procesos para conseguir los ODS, se puede observar en las evaluaciones voluntarias de los avances que, *“como parte de sus mecanismos de seguimiento y revisión, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible Naciones Unidas alienta a los Estados Miembros a realizar”*³. El 31 de mayo de 2018 la Secretaría de Naciones Unidas (NNUU) presentó los principales mensajes de los exámenes nacionales voluntarios de 44 Estados miembros (incluido España, que analizaremos en su capítulo correspondiente) que participaron en el Foro político de alto nivel sobre el desarrollo sostenible⁴. Desde 2016, 153 países de 194 que hay actualmente en el mundo, ya han presentado informes de avances lo que parece indicar que el compromiso con los ODS es mayoritario a nivel mundial. En los principales mensajes se pueden constatar las diferencias existentes, no solamente en la evolución de los ODS, sino en los procesos de participación en los que se fundamenta o en las prioridades que existen, incluso en países con contextos similares. Mientras que por ejemplo en países como Bahréin, Bután o Cabo Verde se cita el trabajo en equidad de género como uno de los retos imprescindibles donde se está incidiendo, no pasa lo mismo con otros países como Arabia Saudí o Níger, que centran su informe en los avances de los 6 ODS en los que se centraba la revisión en 2018; es decir, en los ODS 6, 7, 11, 12, 15 y 17. En algunos países como Malí se estableció un “Comité directivo” de los ODS integrado por representantes de diferentes Ministerios, la sociedad civil, el sector privado y el Parlamento. Una participación similar se espera en Senegal. Pero en la República Democrática del Congo o en la República Democrática Popular de Lao es el gobierno del país quien lidera el proceso, con el apoyo de NNUU: La República Dominicana menciona un alineamiento

3. <https://sustainabledevelopment.un.org/vnrs/>

4. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/HLPF/2018/5&Lang=5

to del 72% entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Estrategia Nacional de Desarrollo, pero no menciona sobre qué procesos participativos se basa.

Esta es la primera evaluación de los ODS que realizan muchos de los países. Algunos muestran un avance considerable en el proceso de elaboración de prioridades, proceso que podría servir de ejemplo para otros. Suiza ya realizó una evaluación de las 169 metas en 2015, para determinar la situación de la implementación de la Agenda 2030 en el país. Lo que arrojó esta evaluación es que, de los 85 indicadores elegidos, 39 muestran una tendencia positiva, 12 no muestran una evolución significativa, 14 muestran una tendencia negativa, y en otros 20 no fue posible llevar a cabo una evaluación. Con este análisis, Suiza ya sabía sus debilidades y fortalezas en cuanto a la información necesaria para poder implementar los ODS.

El 6 de julio de 2017, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó un marco de indicadores mundiales para supervisar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible como un esfuerzo voluntario y dirigido por los propios países⁵. Estos 232 indicadores se complementan con indicadores regionales y nacionales, que complejizan más aún la situación. Pero un sistema de indicadores tan complejo provoca que se necesiten sistemas de información muy potentes y bien organizados en todos los países, algo que no existe en muchos de los países más vulnerables del mundo, y que va a suponer una gran debilidad a la hora de valorar los progresos futuros de los ODS. El apoyo a los sistemas de información de los países más vulnerables debería ser una prioridad si queremos poder tener datos mundiales confiables.

2.1. La salud en los ODS

Para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible es fundamental garantizar una vida saludable y promover el bienestar universal, que es lo que pretenden las 13 metas y 27 indicadores del ODS 3.

A pesar de que todos los objetivos están interconectados, el más directamente relacionado con la salud es el ODS 3: “garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”.

Como podemos ver el ODS 3 contiene metas un tanto dispares que van desde las que pretenden medir la disminución de la mortalidad a las que buscan conocer cuál es el control que ejercemos sobre factores de riesgo como el tabaco, pasando por cuestiones relacionadas con la gestión del sistema sanitario o sobre estrategias globales. Por otro lado, podemos pensar que algunas de estas metas se solapan pues, por ejemplo, lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) o garantizar el acceso uni-

5. <https://undocs.org/es/A/RES/71/313>

TABLA 1.2. OBJETIVO 3. GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS A TODAS LAS EDADES

Metas	Indicadores
3.1 De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	3.1.1 Tasa de mortalidad materna 3.1.2 Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado
3.2 De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos	3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal
3.3 De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes 3.3.3 Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes 3.3.4 Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes 3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas
3.4 De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	3.4.1 Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas 3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio
3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	3.5.1 Cobertura de los tratamientos farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y posttratamiento de trastornos por abuso de sustancias adictivas 3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro
3.6 De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo	3.6.1 Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico
3.7 De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.7.1 Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos 3.7.2 Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad
3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos) 3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares

Metas	Indicadores
3.9 De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la contaminación del aire, el agua y el suelo	3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH) 3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias
3.a Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)
3.b Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos	3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible
3.c Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo	3.c.1 Densidad y distribución del personal sanitario
3.d Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud

Fuente: NN.LUJ

versal a los servicios de salud sexual y reproductiva, supondría claramente una mejora en la mortalidad materna.

Lograr la Cobertura Sanitaria Universal es la meta más ambiciosa del ODS 3, de ahí que la OMS y la mayoría de organizaciones e instituciones sanitarias la hayamos asumido como el principal reto en salud para los próximos años. En el informe de Naciones Unidas sobre los progresos de los ODS de 2018⁶, el ODS 3 aparece como uno de los objetivos que, a pesar de los avances, sigue teniendo mucho camino que recorrer. Vamos a analizar cada una de las metas de este objetivo y sus indicadores, si bien advertimos de una debilidad importante para el análisis: en 2018, 3 años después de su comienzo, no hay datos para todos los indicadores propuestos. Para subsanar este problema, deberíamos disponer de una línea de base de cada indicador a nivel mundial, regional y nacional, lo que sin duda nos permitiera en el futuro comprobar los posibles avances de los mismos.

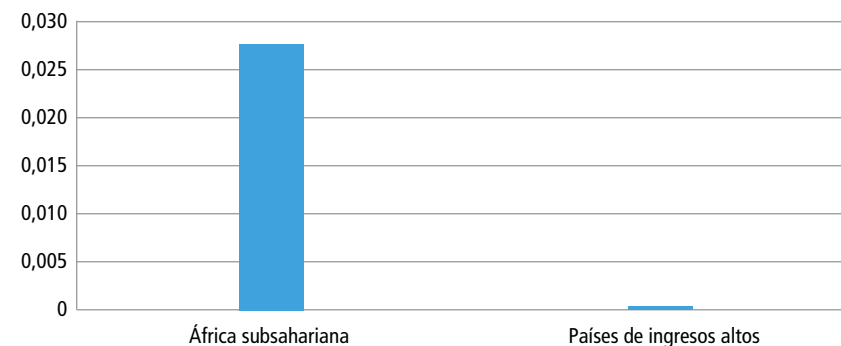
3.1 DE AQUÍ A 2030, REDUCIR LA TASA MUNDIAL DE MORTALIDAD MATERNA A MENOS DE 70 POR CADA 100.000 NACIDOS VIVOS

La mortalidad materna ha descendido un 25% desde 2005 hasta 2015, pero aún siguen muriendo más de 300.000 mujeres por problemas en el embarazo o parto cada año —830 mujeres cada día—, cuando la mayoría de estas muertes son evitables con un acceso a un servicio de salud adecuado. Este acceso no tiene que ser solamente geográfico, sino que aspectos culturales y sociales deben de tenerse presentes si queremos realmente mejorar el acceso al sistema sanitario por parte de la población.

El contexto es un factor determinante en los problemas de salud. **Más de la mitad de las muertes maternas se dan en entornos frágiles o de crisis humanitarias**⁷. Si analizamos las cifras absolutas, vemos que la desigualdad es un problema que persiste en el mundo. El 99% de la mortalidad materna la siguen sufriendo las mujeres de los países más vulnerables. En África subsahariana el riesgo de defunción materna a lo largo de la vida es de 1:36, y en los países de altos ingresos es de 1:4900⁸, 136 veces menor. Esta inequidad se da tanto entre países como dentro de los países, tal y como muestra el informe “State of inequality. Reproductive, maternal, Newborn and child health” de la OMS⁹.

6. Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2018. Naciones Unidas, Nueva York, 2018
 7. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
 8. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259204/9789243512365-spa.pdf;jsessionid=8BE56445384AADD677E3900C8CF58C8D?sequence=1>
 9. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/164590/9789241564908_eng.pdf?sequence=1

GRÁFICA 1.1. RIESGO DE DEFUNCIÓN MATERNA EN ÁFRICA SUBSAHARIANA RESPECTO PAÍSES DE INGRESOS ALTOS



Fuente: OMS

Cuatro complicaciones, según la OMS, son las causantes de casi el 60% de las muertes maternas¹⁰:

- Hemorragias graves (en su mayoría tras el parto): 27,1%;
- las infecciones (generalmente tras el parto): 10,7%;
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia): 14%;
- los abortos peligrosos: 7,9%.

Y se han dado avances muy importantes. Casi el 80% de los nacimientos con vida en el mundo entre 2012 y 2017 contaron con la asistencia de personal sanitario especializado, si bien las inequidades en el acceso siguen siendo muy importantes como demuestra el hecho de que en 2015, en África Subsahariana solamente el 58% de los partos fueron atendidos por personal especializado¹¹.

Dada la relación tan alta entre la mortalidad materna y la infantil —**en 2015 unos 2,7 millones de recién nacidos murieron, y otros 2,6 millones nacieron muertos**—, desde Naciones Unidas se elaboró una Estrategia mundial para la salud de la mujer, el niño y el adolescente (2016-2030)¹². En esta Estrategia se afirma que hoy en día tenemos los conocimientos y capacidades para acabar con la mortalidad prevenible de mujeres, niños y adolescentes y de mejorar en gran medida su salud y bienestar, además de asegurarles un futuro más próspero y sostenible. Pero también

10. Say L, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller AB, Daniels JD, et al. Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *Lancet Global Health*. 2014; 2(6): e323-e333.
 11. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.STA.BRTC.ZS?locations=ZG>
 12. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1

considera que una solución exclusivamente sanitaria no conseguiría sus objetivos. **Las causas estructurales profundas de la mortalidad prevenible y de mala salud para este segmento de la población abarcan asuntos no sanitarios como son la pobreza, la desigualdad de género y la marginación por múltiples causas, sin olvidarnos de la importancia de tener un entorno de estabilidad y paz.**

3.2 DE AQUÍ A 2030, PONER FIN A LAS MUERTES EVITABLES DE RECIÉN NACIDOS Y DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS

El riesgo de muerte al nacer o en las primeras semanas de vida está estrechamente relacionado con las deficiencias en los sistemas de salud y con la pobreza. De ahí la meta de tratar de que todos los países reduzcamos la mortalidad neonatal a ratios inferiores a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos.

Los años que llevamos de siglo se caracterizan por una pequeña revolución sanitaria, que se ha traducido en avances importantes en los indicadores globales de salud, particularmente en lo que respecta a la mortalidad infantil. **En este periodo, el número de muertes de menores de 5 años se redujo de 9,9 millones en el 2000 a 5,6 millones en 2016.** En África la disminución la mortalidad infantil alcanzó en este mismo periodo el 50%, lo que demuestra que cuando se aúnan voluntad política, recursos y estrategias adecuadas podemos evitar muchas de estas muertes. **Nunca en la historia de la humanidad las posibilidades de sobrevivir de un recién nacido han sido mayores que las que observamos hoy.** Pero a pesar de la caída importante de la mortalidad infantil, esta sigue siendo muy elevada: **mueren más de 15.300 menores en el mundo al día, por causas que son mayoritariamente evitables.** Y surgen algunas alertas. Si comparamos la mortalidad infantil en menores de 5 años por tramos de edad, vemos que las muertes asociadas al periodo neonatal, es decir aquellas que ocurren entre el momento del nacimiento y el final de la cuarta semana de vida, han disminuido a un ritmo mucho menos acelerado que las muertes en edades mayores. Estas muertes representan el 45% de las muertes en niños menores de cinco años.

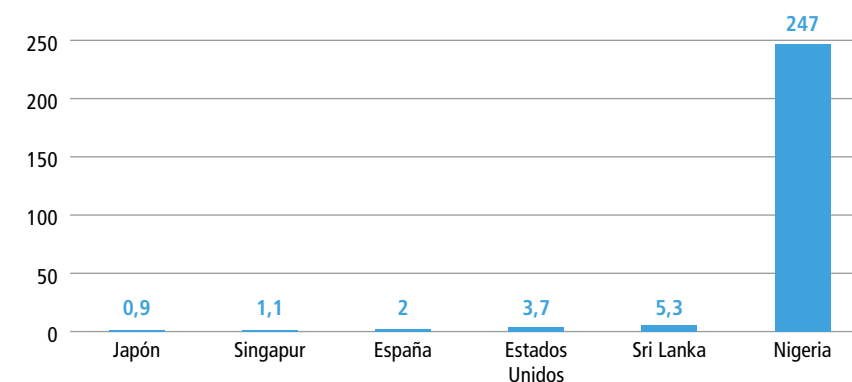
En el informe de UNICEF "cada vida cuenta"¹³ se muestra como la mortalidad neonatal de los países de ingresos bajos es de 27/1.000 nacidos vivos, lo que supone más del doble de la meta esperada. En los países de ingresos altos esta mortalidad desciende a 3/1.000, 9 veces menos que en los países más desfavorecidos. Estas diferencias no se pueden explicar por aspectos biológicos, sino que se deben a varias causas. Las soluciones, como en la meta anterior, no pasan solamente por tener un

13. https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/cada_vida_cuenta.pdf

servicio de salud suficiente y de calidad, de incrementar la cobertura prenatal y vacunal (aún 20 millones de menores no pueden comenzar o completar la primera dosis de difteria, tétanos y tos ferina-DTP), sino que hay que mejorar el contexto socioeconómico en el que viven muchas personas. **La probabilidad de que los bebés nacidos en las familias más pobres mueran durante el periodo neonatal es un 40% mayor que la de aquellos bebés nacidos en las familias menos pobres.**

Los ingresos por país siendo un factor importante no explican toda la inequidad. En los Estados Unidos de América y Kuwait, ambos países de ingresos altos, la tasa de mortalidad de recién nacidos es de casi 4/1000. Esta cifra es solo ligeramente inferior a la de algunos países de ingresos medianos bajos como Sri Lanka y Ucrania, donde la tasa es algo mayor a 5/1000. Otro ejemplo es Ruanda, un país que ha conseguido disminuir su mortalidad infantil de 41/1000 a 17/1000 en los últimos 25 años, superando en 2016 a un país de ingresos medios como R. Dominicana que alcanza las 21 muertes/1000 nacidos vivos. Estos datos confirman la hipótesis de que existen otros factores que debemos contemplar si queremos encontrar las causas de las inequidades.

GRÁFICA 1.2. MORTALIDAD INFANTIL CADA 1.000 NACIDOS VIVOS EN DISTINTOS PAÍSES



Fuente: Elaboración propia basado en informes de UNICEF

Parte de los avances en esta meta pueden explicarse por el efecto catalizador que tuvieron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aunque el objetivo a nivel global no fuese alcanzado. Ahora, con la meta 3.2 del ODS 3 tenemos una nueva oportunidad para disminuir las muertes infantiles y cambiar una tendencia que de no hacerse perpetuaría titulares como este: **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.**

3.3 DE AQUÍ A 2030, PONER FIN A LAS EPIDEMIAS DEL SIDA, LA TUBERCULOSIS, LA MALARIA Y LAS ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS Y COMBATIR LA HEPATITIS, LAS ENFERMEDADES TRANSMITIDAS POR EL AGUA Y OTRAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

El compromiso internacional mantenido en los últimos años en la lucha contra algunas de estas enfermedades, ha conseguido unos grandes logros en términos de disminución de morbilidad y mortalidad, pero aún hay mucho camino por recorrer, y los compromisos están lejos de cumplirse. Además, parece que en los últimos años estas enfermedades están perdiendo el glamour que provocó una gran respuesta en la comunidad internacional, en las entidades financiadoras y en el capitalismo filantrópico internacional.

Con respecto al *vih/sida*, en 2016 se adoptó la **“Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida”**¹⁴, con 10 compromisos que debían cumplirse antes de 2020. Estos compromisos, cuya finalidad última es disminuir la mortalidad y las personas que enferman por esta enfermedad, abarcan muchos aspectos diferentes: incrementar el acceso a medidas preventivas, terapéuticas y diagnósticas; aumentar la formación e información sobre la enfermedad, en especial en personas jóvenes; incrementar la participación de las comunidades en las soluciones y eliminar el estigma que provoca esta enfermedad, empoderando a los pacientes para que conozcan sus derechos. Naciones Unidas ha presentado unas directrices para que los países puedan elaborar un plan de indicadores que puedan monitorear estos compromisos¹⁵. Pero la realidad nos muestra lo alejados que estamos de conseguir los objetivos propuestos en tan poco tiempo.

La incidencia del VIH, el número de nuevos casos, **cayó** entre 2005 y 2016 **de 0,40 a 0,26 por cada 1000 personas no infectadas**. Este descenso, siendo muy importante, admite que cada año se infectan 1,8 millones de personas y que cerca de 37 millones viven actualmente con el virus¹⁶. Por otro lado, debemos destacar que un 25% de las personas seropositivas no conocen su estado lo que, además de ser un serio riesgo para la salud, ayuda a su propagación. La inequidad en esta enfermedad no solamente se muestra geográficamente, sino que hay sectores de la población que son más vulnerables. **La tasa de incidencia en las mujeres en edad reproductiva en África subsahariana es 10 veces mayor que la media mundial** —2,58 por cada 1000 personas no infectadas—. El riesgo de contraer vih es 27 veces mayor entre los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, 23 veces mayor entre las personas que se inyectan drogas, 13 veces mayor para las trabajadoras sexuales, o 12 veces mayor para las mujeres transgénero.

14. <http://www.unaids.org/es/resources/documents/2016/2016-political-declaration-HIV-AIDS>

15. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

16. <http://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

La **malaria o paludismo sigue siendo un problema global**, y algunos de los grandes avances conseguidos, como es reducir la tasa de incidencia de 73 a 63 casos por cada 1.000 habitantes en riesgo, se están ralentizando en los últimos años. De hecho menos de la mitad de los países que sufren la transmisión de la enfermedad están en el camino de conseguir los objetivos prioritarios para reducir las muertes y la morbilidad causada por esta enfermedad. **Esto nos lleva a que en 2017 se alcancen los 216 millones de enfermos, 5 millones más que en 2016, y la mortalidad derivada de esta enfermedad sea de 416.000 personas, cifras iguales a las de 2015**¹⁷. El 90% de las personas enfermas y de las muertes por malaria se producen en el África subsahariana. De hecho, 15 países, 14 en África y uno en Asia —India— registran el 80% de la carga mundial de esta enfermedad. Y **cuatro países, Nigeria, la República Democrática del Congo, Burkina Faso y la India concentran el 58% de los fallecimientos por paludismo en todo el mundo**.

Si bien las causas de este estancamiento, que pone en serio peligro cumplir con los objetivos propuestos por la OMS en su “Estrategia técnica global contra la malaria 2016-2030”¹⁸, son atribuibles a diferentes factores, una vez más destaca el incumplimiento de los países a la hora de aportar los fondos comprometidos para prevenir, tratar y diagnosticar esta enfermedad. El objetivo establecido para 2020 es alcanzar los 6.500 millones de dólares de inversión. Si tenemos en cuenta que en 2016 se destinaron 2.700 millones de dólares, parece poco probable que se alcance el objetivo de inversión fijado y, por consiguiente, se avance en la reducción de la enfermedad.

La baja inversión es uno de los factores que explicarían el hecho de que **solamente el 54% de las personas en África subsahariana en riesgo de contraer malaria duerman bajo mosquiteras**, una de las medidas preventivas más eficaces junto con la inversión en mejorar y fortalecer los sistemas sanitarios.

La tuberculosis es una enfermedad que mata cada día más de 4.500 personas, 1,6 millones cada año (300.000 relacionadas con vih/sida), siendo una de las 10 causas de muertes más importantes a nivel mundial, y la primera causa debida a un solo agente infeccioso. En 2017, 10 millones de personas desarrollaron la enfermedad. 2/3 partes de estos nuevos casos se dan en 8 países: India (27%), China (9%), Indonesia (8%), Filipinas (6%), Pakistán (5%), Nigeria (4%), Bangladesh (4%) and Sudáfrica (3%)¹⁹.

Se están produciendo varias cumbres en los últimos años al más alto nivel político con el fin de incrementar el compromiso para acabar con esta enfermedad. En noviem-

17. World malaria report 2017. Geneva: World Health Organization; 2017.

18. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/176712/9789241564991_eng.pdf;jsessionid=F-794D69A755997CC7474193A1B3785A3?sequence=1

19. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274453/9789241565646-eng.pdf?ua=1>

bre de 2017 la OMS celebró en Rusia la “primera reunión interministerial para acabar con la tuberculosis en la era de los ODS”²⁰, y en septiembre de 2018 Naciones Unidas celebró el primer Encuentro de Alto Nivel sobre tuberculosis en Nueva York²¹. En ambas reuniones se ratificaba la importancia de acabar con esta enfermedad y se asumían los objetivos de la estrategia de la OMS para acabar con la tuberculosis asumida en su Asamblea general de 2014²²: **90% de reducción del número de muertos y del 80% de su incidencia para 2030**, comparando con los niveles de 2015.

La realidad es que los avances han sido escasos en los últimos años. **En 2016 se diagnosticaron 140 nuevos casos de tuberculosis por cada 100.000 personas**, mientras que en el 2000 la cifra era de 173 casos por cada 100.000 personas. Para cumplir los compromisos adquiridos, la incidencia tendría que bajar el doble de lo que baja actualmente cada año hasta el año 2030.

En la lucha contra esta enfermedad se juntan varios problemas como son la extensión de unos tratamientos que muchas veces se abandonan, la baja capacidad mundial de diagnóstico de la enfermedad así como su estrecha relación con la pobreza y el hacinamiento, que requiere de un enfoque multisectorial y no solamente médico. La tuberculosis es una de las enfermedades que mejor visibiliza la relación entre buena salud y los determinantes sociales y económicos de la salud. Una estrategia puramente sanitarista, sin tener en cuenta estos determinantes, tendrá un éxito muy limitado.

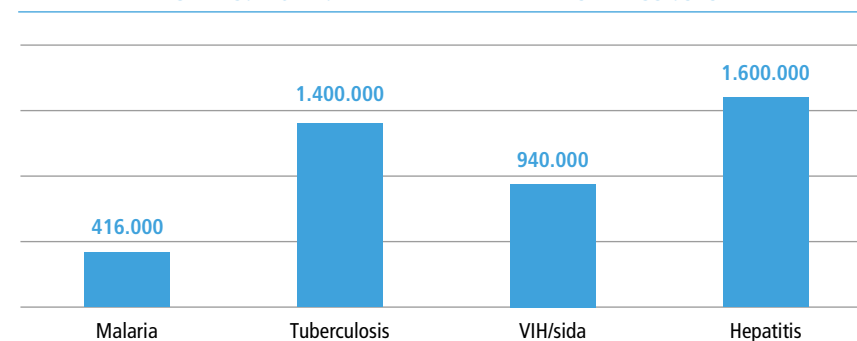
Uno de los elementos más preocupantes de la tuberculosis es el aumento en los últimos años de la resistencia a los medicamentos antituberculosos. Se estima que 558.000 personas han desarrollado en 2017 resistencia a la rifampicina, el medicamento de primera línea más eficiente en la lucha contra esta enfermedad. El 82% de estas personas tienen resistencia a múltiples medicamentos antituberculosos. El 3,5% de los nuevos casos y el 18% de los antiguos tienen algún tipo de resistencia a los fármacos que luchan contra esta enfermedad.

En cuanto a la **hepatitis**, ha sido la gran olvidada dentro de la lucha contra las enfermedades infecciosas que propuso la comunidad internacional en los últimos años. En 2016 la asamblea de la OMS aprobó la “Estrategia de salud global para las hepatitis virales 2016-2021”²³, donde plantea como **objetivo reducir los nuevos casos debidos a esta enfermedad un 90% y su mortalidad en un 65% en 2030**. En 2017 se realizó el informe “Global hepatitis report”²⁴, donde

se constata la relevancia de esta enfermedad, que **cada año mata a 1,4 millones de personas**, más que el vih/sida o la malaria, y muy cerca de las cifras de la tuberculosis, como vemos en el gráfico 1.1. Además, la tendencia de esta mortalidad, al contrario que las 3 anteriores, es a crecer. El 96% de esta mortalidad es debida a las hepatitis B y C. **257 millones de personas viven infectadas por la hepatitis B crónica y 71 millones con hepatitis C crónica**, pero no todas van a morir por esta enfermedad.

Se cuenta con algunas herramientas muy eficaces para la lucha contra esta enfermedad, pero su acceso está limitado por intereses económicos, o por falta de recursos o de planificación. La vacunación contra la hepatitis B reduce enormemente las nuevas infecciones en los primeros años de vida. La prevalencia de la hepatitis B entre niños menores de 5 años descendió de 4,7% en la etapa anterior a la vacunación a 1,3% en 2015. Pero **en 2017 y 2018 se ha producido un desabastecimiento de este tipo de vacunas en varios países, incluido España**. En el mundo el uso de jeringuillas no seguras, un 5% del total mundial, provocan 1,75 millones de nuevas infecciones de hepatitis C. Y solamente un 9% de las personas que han contraído la hepatitis B y el 20% de las de hepatitis C están diagnosticadas, mientras que de las 5,5 millones de personas tratadas por hepatitis C, solamente el 10% accedió a los nuevos tratamientos, y ha habido gran controversia por los precios de los últimos tratamientos para la hepatitis C, como veremos en la meta 3.b. La inequidad en el acceso a las medidas diagnósticas y terapéuticas son uno de los grandes retos en la lucha contra esta enfermedad. Pero sin una estrategia global que incluya el fortalecimiento de los servicios sanitarios a nivel global, una información adecuada a la población y la investigación de nuevas formas de lucha y diagnóstico de esta enfermedad, los resultados serán muy limitados.

GRÁFICO 1.3. MORTALIDAD ENFERMEDADES INFECCIOSAS



Fuente: Elaboración propia, basado en varios informes.

20. <http://www.who.int/conferences/tb-global-ministerial-conference/en/>

21. http://www.who.int/tb/features_archive/UNGA_HLM_ending_TB/en/

22. http://www.who.int/tb/End_TB_brochure.pdf?ua=1

23. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246177/WHO-HIV-2016.06-eng.pdf?sequence=1>

24. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf?sequence=1>

Las enfermedades tropicales desatendidas están perdiendo peso en la salud mundial, pero siguen siendo un problema mundial muy relevante. En 2016 1.500 millones de personas requerían tratamientos masivos o individuales y atención por enfermedades tropicales desatendidas, 100 millones menos que en 2015, y 400 millones menos que en el 2000. En 2015 la OMS afirmaba que habían recibido tratamiento 1.000 millones de personas afectadas por estas enfermedades, y que era un éxito sin precedentes²⁵, aunque estas cifras dejaban a un 30% de personas sin acceso a tratamiento. Es cierto que dentro de esta denominación hay una gran multitud de enfermedades diferentes, como la úlcera de Buruli, la esquistosomiasis, la lepra o el dengue, por lo que una solución estable debe contar, una vez más, con fortalecer los sistemas públicos de salud que garanticen una atención equitativa y sostenida en el tiempo.

Las enfermedades relacionadas con la utilización de agua no apta para el consumo, con el saneamiento inadecuado y con la falta de higiene, son en su mayoría diarreas, y en 2016 provocaron 870.000 muertes. Este problema tiene que ver directamente con el ODS 6, del que luego hablaremos.

3.4 DE AQUÍ A 2030, REDUCIR EN UN TERCIO LA MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT) MEDIANTE SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO, Y PROMOVER LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR

Las enfermedades no transmisibles más importantes, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y enfermedades respiratorias crónicas, **provocaron la muerte de 32 millones de personas en 2016**. En su informe “Salvar vidas, gastar menos: una respuesta estratégica a las ENT”²⁶, la OMS afirma que si se aumentaran las inversiones en la lucha y prevención de estas enfermedades de aquí a 2030, los países más pobres no solamente salvarían 8,2 millones de vidas, sino que iban a poder ganar 350.000 millones de dólares.

El gasto adicional solicitado para luchar contra estas enfermedades es de 1,27 dólares por persona y año. Los resultados esperados en los países que asuman esta estrategia son una disminución de la muerte prematura del 15%; además, por cada dólar invertido tendríamos un retorno de 7 dólares, lo que, en caso de ser cierto, demuestra la eficiencia de la estrategia a medio y largo plazo.

La inversión requerida pasa por trabajar en 6 áreas: (i) disminuir el consumo de tabaco; (ii) reducir el uso nocivo del alcohol; (iii) disminuir el porcentaje de personas

25. <http://www.who.int/es/news-room/detail/19-04-2017-unprecedented-progress-against-neglected-tropical-diseases-who-reports>

26. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272534/WHO-NMH-NVI-18.8-eng.pdf?ua=1>

que tiene una dieta poco saludable; (iv) reducir la inactividad física; (v) manejo adecuado de las enfermedades cardiovasculares y la diabetes; y (vi) en la prevención y manejo del cáncer.

Las intervenciones que se promueven en esta estrategia abarcan no solamente actividades en el ámbito sanitario, como puedan ser la provisión de tratamientos, de vacunación o de otras medidas preventivas, sino que abarca otras áreas como son la publicidad, los impuestos, o la educación de la población. Básicamente propone mejorar el acceso a servicios sanitarios, y el control político de los determinantes comerciales que afectan a estas enfermedades.

En cuanto a las **enfermedades mentales**, la OMS afirmó en el día mundial de la salud mental de 2018 que la mitad de las enfermedades mentales comienzan antes de los 14 años, pero la mayoría de los casos ni se detectan ni se tratan²⁷. En cuanto al indicador que debe medir la tasa de suicidios, es bastante complicado de realizar. En el primer informe realizado en 2014 por la OMS “Previendo lo suicidios, un imperativo global”²⁸, los suicidios se consideran subregistrados, ya que, además de su dificultad inherente de registrarse en entornos frágiles, hay países que incluso lo consideran ilegal. Solamente 60 países tienen registros adecuados de suicidios. A pesar de todo, su relevancia es muy importante. **Cerca de 800.000 personas se suicidan cada año, el 80% de estas personas habitan en países de rentas medias y bajas**. Se estima que los suicidios son el 50% de todas las muertes violentas en el hombre y el 71% en las mujeres. El 20% de todas estas muertes tiene su origen en la ingestión de plaguicidas en zonas rurales. La solución más relevante que se plantea es aplicar medidas coordinadas de prevención, que deben implicar a muchos más actores además del sanitario como son educación, trabajo, agricultura, comercio, justicia, derecho, defensa, política y medios de comunicación²⁹.

3.5 FORTALECER LA PREVENCIÓN Y EL TRATAMIENTO DEL ABUSO DE SUSTANCIAS ADICTIVAS

El **alcohol y el tabaco** son las dos drogas que más preocupan a la OMS, dado que son las que más años de vida quitan en el mundo, mucho más que cualquier otra droga ilegal. En un artículo de la Sociedad Científica Española para el estudio del Alcohol y las Drogas³⁰, se mostraba como, a nivel mundial, la prevalencia estimada de un episodio grave de abuso de alcohol —ingestión de más de 60 gr de alcohol— era del 18,4% en los adultos (en los últimos 30 días), y la mortalidad relacionada con el

27. http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2018/es/

28. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_eng.pdf?sequence=1

29. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

30. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/add.14234>

abuso del alcohol llegaba a 33/100.000 habitantes. Mientras, la de otras drogas era de 6,9/100.000. **En 2015, el consumo de alcohol y tabaco costó a la población más de 250 millones de años de vida.**

A nivel mundial hay un **consumo per cápita en los adultos de 6,43 litros de alcohol puro por año**, una cifra que debe ser la que nos sirva de base para conseguir medir los éxitos o fracasos futuros en esta meta.

En cuanto a la cobertura de tratamientos de trastornos por abuso de sustancias adictivas, sólo el 45% de los países evaluados en 2012 eran capaces de proporcionar medicamentos esenciales para tratar la dependencia de la heroína y otros opiáceos; y, en casi la mitad de los países donde se disponía de tratamiento, menos de una de cada 5 personas que lo necesitaba se beneficiaba de esos servicios. En 2014 la OMS recogió los datos sobre los recursos que se destinaban a la prevención y tratamiento de abuso de sustancias: (i) solamente el 50% de los países (152 contestaron) tenían metadona para suplir la heroína, (ii) un 15% tenían al menos un tercio de los establecimientos de Atención Primaria que hacían rutinariamente despistajes e intervenciones de abuso de alcohol; y (iii) el 37% no tenían ninguna formación postgrado para los profesionales para tratar el abuso de sustancias.

3.6 DE AQUÍ A 2020, REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE MUERTES Y LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL MUNDO

Se trata de una meta muy ambiciosa, sobre todo por el límite temporal que traza. Quedan dos años para 2020. **Cada** año mueren alrededor de 1,3 millones de personas en las carreteras del mundo, **el 93% en países de ingresos bajos y medios**. Entre 20 y 50 millones de personas se ven afectadas por traumatismos no mortales³¹. **Los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de mortalidad entre las personas de entre 15 y 29 años**. Si no se toman medidas importantes, en 2030 estos accidentes serán la séptima causa de muerte. Además, al dolor que causa la pérdida de una vida, debemos añadir el alto coste económico que supone la atención que requieren las personas afectadas por traumatismos u otros problemas físicos o mentales.

En 2017 la OMS publicó "Salve VIDAS – Paquete de medidas técnicas sobre seguridad vial"³², con la intención de dotar a los estados de unas medidas tanto a nivel nacional como local que les permitiera reducir la carga debida a los accidentes de tráfico. Presenta 6 estrategias y 22 intervenciones que abordan los factores de ries-

31. <http://www.who.int/features/factfiles/roadsafety/es/>

32. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255308/9789243511702-a.pdf;jsessionid=1209CC-DC75B516D964A07D75AB22BCD5?sequence=1>

go que provocan los accidentes de tráfico. Estas seis estrategias son: (i) control de la velocidad; (ii) liderazgo en seguridad vial; (iii) diseño y mejora de las infraestructuras; (iv) normas de seguridad de los vehículos; (v) vigilancia del cumplimiento de las leyes de tránsito; y (vi) supervivencia tras un accidente.

Uno de los problemas de **esta estrategia** es que **no contempla el contexto socio económico** en el que se mueven muchas personas, que incide directamente en los vehículos que usan. Pero además, estas medidas necesitan una priorización, consenso político y bastante tiempo para que se empiecen a ver resultados, por lo que alcanzar esta meta parece incluso difícil en un periodo temporal más amplio.

3.7 DE AQUÍ A 2030, GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

200 millones de mujeres en el mundo sufren la ausencia de una adecuada planificación familiar. Esta cifra posiblemente aumentaría si sumamos aquellas mujeres que tienen dificultades de acceso debido a problemas de equidad de género, que impiden a las mujeres tomar decisiones sobre ellas mismas y su salud.

La tasa de fecundidad de las adolescentes (mujeres de 15 a 19 años) **es de 44 nacimientos por cada 1.000 mujeres**³³. En comparación con los 56/1.000 del año 2000, es una reducción demasiado pequeña como para considerarla un éxito. Las tasas más altas se dan en África subsahariana (101/1.000) y en América Latina y Caribe (66,5/1.000) respectivamente. Destacar que en América Latina y Caribe, el 15% de todos los embarazos son de menores de 20 años, siendo la única región del mundo con una tendencia ascendente de embarazos en adolescentes menores de 15 años.

Disminuir estas cifras supone un abordaje integral que comprenda acciones a nivel político, económico y socio sanitario: (i) acceso a medios anticonceptivos; (ii) incremento del acceso a los servicios de prevención y atención en el embarazo, parto y postparto; (iii) reducción de la brecha de inequidad de género; (iv) poner freno a las relaciones sexuales forzadas; (v) eliminar los matrimonios antes de los 18 años; (vi) favorecer que las adolescentes puedan acceder a los servicios que necesiten. Además, se necesita una formación a toda la población que informe sobre los problemas que suponen los embarazos en adolescentes. No parece lógico que en pleno siglo XXI **cada año un millón de niñas menores de 15 años den a luz en el mundo**.

33. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

3.8 LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (CSU)

La CSU se fundamenta en 3 pilares: dar más servicios a la población, cubrir a más personas por el sistema sanitario y disminuir los gastos individuales por gastos sanitarios, causa fundamental del empobrecimiento de millones de personas cada año.

En 2017 la OMS y el Banco Mundial presentaron el “Informe global de seguimiento de la CSU”³⁴, donde analizan los dos indicadores presentes en esta meta: *la cobertura de servicios básicos de salud y la proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar* como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares. La falta de datos ha impedido poder medir la inequidad en el acceso, algo que se considera fundamental y que va en línea con el objetivo del conjunto de los ODS de “no dejar a nadie atrás”. Si se observa que la desigualdad en los servicios de salud se da no solo entre países, sino también dentro de ellos: los promedios nacionales pueden ocultar una escasa cobertura de servicios de salud para los grupos desfavorecidos de la población. En países de renta baja o media, por ejemplo, solo un 17% de las madres y niños de la quinta parte más pobre de las familias se beneficiaron de un mínimo de seis o siete intervenciones básicas de salud materno infantil, por un 74% de la quinta parte más rica de las familias.

Cuando se analiza la cobertura de servicios básicos de salud nos enfrentamos a dos problemas importantes, el problema de los datos y el problema conceptual de que entendemos por servicios “básicos” de salud. En este informe el BM y la OMS definen la cobertura de servicios básicos como “que las personas que necesitan servicios de salud de promoción, preventivos, curativos, de rehabilitación o paliativos las reciban, y que los servicios recibidos sean de calidad suficiente para lograr posibles beneficios de salud”. Como no era posible medir todos los servicios que debe ofrecer un sistema sanitario, a partir de 16 indicadores de seguimiento de cobertura de servicios esenciales se desarrolló un único indicador.

34. <http://documents.worldbank.org/curated/en/640121513095868125/pdf/122029-WP-REVISED-PU-BLIC.pdf>

TABLA 1.3. INDICADORES SELECCIONADOS PARA GENERAR EL INDICADOR DE CSU

Indicadores para generar el indicador de cobertura	
1	% de mujeres de 15 a 49 años que están casadas o en unión con demanda satisfecha de métodos modernos anticonceptivos
2	% de 4 o más visitas de cuidados prenatales
3	% Niños/as de 1 año que han recibido la primera dosis de DTP
4	% de familias que buscan atención sanitaria ante sospecha de neumonía en sus hijos/as
5	% de cobertura de tratamiento efectivo contra la tuberculosis
6	% de personas que viven con VIH y reciben tratamiento antirretroviral
7	% de población a riesgo que duerme con mosquiteras
8	% de viviendas con acceso a saneamiento básico
9	Tasa de prevalencia de la presión arterial normal, independientemente del estado del tratamiento
10	Media de la glucosa plasmática en ayunas (mmol/l)
11	% de screening de cáncer cervical en mujeres de 30 a 49 años
12	% de adultos (>15 años) que no fumaron en los últimos 30 días
13	Camas de hospital per cápita
14	Profesionales sanitarios per cápita: médicos, cirujanos, y psiquiatras
15	% de instituciones sanitarias que tienen la lista de medicamentos esenciales disponibles
16	Índice de capacidad de aplicación del Reglamento Sanitario Internacional

Fuente: OMS

Este nuevo indicador muestra como Europa, América del Norte y Asia del Este alcanzan un nivel de 77, mientras que África se queda en un 42, y el sur de Asia en 53. El país con mayor valor ha alcanzado 86 y el que menos 22, lo que supone una diferencia de 22 años de vida. Desde el año 2000 hasta 2015 la CSU se ha incrementado en un 20%, pero esta cobertura sigue estando lejos de poder llamarse universal.

En cuanto a financiación, la CSU no implica que los servicios sean gratis, sino que los gastos individuales no sean tan elevados como para afectar gravemente a los pacientes y sus familias. El gasto catastrófico en salud se define en los ODS como el gasto de bolsillo en salud, o sea el pago directo e individual por cualquier provisión de servicio de salud, en dos umbrales diferentes: superiores al 10% y al 25% del gasto o el ingreso total de los hogares³⁵. En la actualidad, 800 millones de personas dedican al menos un 10 % del presupuesto familiar a hacer frente a los gastos de salud (alrededor del 11,7% de la población mundial), y 179 millones alcanzaron el 25% (2,6% de la población).

Si analizamos tendencias, vemos que desde el año 2000 el número de personas con gastos catastróficos va en aumento. **Latinoamérica es la región del mundo donde habitan más personas que han de hacer frente a pagos de bolsillo su-**

35. http://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/

periores al 10%. En este informe se afirma que, además del gasto catastrófico debe haber otras mediciones que puedan analizar qué medidas de protección social tienen los países que eviten las consecuencias de estos gastos catastróficos. Por ese motivo incorporan medidas complementarias de protección financiera, como el índice de empobrecimiento, que compara aquellas personas pobres con gastos catastróficos y aquellas personas que no lo tienen³⁶.

La CSU es esencial para mejorar la salud de las personas, pero si establecemos la salud como un derecho, debemos de trabajar con los determinantes sociales y comerciales de la salud, que explican también en gran medida por qué se mantiene la inequidad en el acceso es unos servicios tan esenciales como los sanitarios. Por otra parte, la medición de la CSU debería tener un enfoque diferente. No existe un indicador que mida la percepción de la población en relación a sus sistemas sanitarios, ni a las acciones propuestas. La satisfacción de la población con su sistema de salud debería ser un indicador indirecto de que, si mejora, estamos respondiendo a las demandas de la población, y por lo tanto estamos mejorando la CSU. Además, hay que recordar que para medir salud siguiendo la definición de la OMS, deberíamos medir el bienestar físico, psíquico y social de la población, y no solamente cobertura de servicios.

3.9 DE AQUÍ A 2030, REDUCIR CONSIDERABLEMENTE EL NÚMERO DE MUERTES Y ENFERMEDADES CAUSADAS POR PRODUCTOS QUÍMICOS PELIGROSOS Y POR LA POLUCIÓN Y CONTAMINACIÓN DEL AIRE, EL AGUA Y EL SUELO.

El número de **muertes por enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo** es mucho más relevante de lo que podemos suponer. La OMS ha estimado que en 2012 perdieron la vida 12,6 millones de personas por vivir o trabajar en ambientes poco saludables, lo que supone casi una cuarta parte de las muertes ocasionadas en el mundo³⁷. En el año 2016, la contaminación del aire de los hogares y ambiental causó la muerte a cerca de 7 millones de personas en todo el mundo; además, nueve de cada diez personas respira un aire insalubre. Según el informe “La herencia de un mundo sostenible: Atlas sobre Salud Infantil y Medio Ambiente”³⁸ de la OMS, las condiciones insalubres del entorno matan a 1,7 millones de menores cada año.

36. Una persona pobre es aquella cuyos ingresos son inferiores a 3,10 dólares/día; una persona extremadamente pobre es aquella que ingresa menos de 1,90 dólares al día.

37. <http://www.who.int/es/news-room/detail/15-03-2016-an-estimated-12-6-million-deaths-each-year-are-attributable-to-unhealthy-environments>

38. ¿La herencia de un mundo sostenible? Atlas sobre salud infantil y medio ambiente [Inheriting a sustainable world? Atlas on children's health and environment]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018.

En cuanto al acceso a agua potable y saneamiento, además de lo ya comentado en el punto 3.3, según el informe GLASS 2017³⁹, el 68% de la población mundial están usando saneamientos adecuados y el 91% están bebiendo agua de una fuente mejorada. Pero los problemas de salud que provocan siguen estando presentes en el planeta, la financiación es insuficiente y las poblaciones más vulnerables son las que sufren más la inequidad de acceso a un agua y saneamiento adecuados.

3.A FORTALECER LA APLICACIÓN DEL CONVENIO MARCO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD PARA EL CONTROL DEL TABACO (CMCT) EN TODOS LOS PAÍSES

La relevancia del tabaco en la salud es de tal magnitud que llevó a la OMS a aprobar el Convenio Marco para el Control del Tabaco⁴⁰. El objetivo de este convenio no es otro que tratar de reducir sus efectos en la salud mundial. Su implantación no está siendo fácil. El proceder de la industria tabacalera ha limitado en algunos países su capacidad de implementación.

En un estudio realizado en América a los diez años de la entrada en vigencia del CMCT, se presentan varias conclusiones muy relevantes: (i) hay 5 países americanos que no han suscrito el acuerdo; (ii) la aplicación del CMCT en el resto de los países es muy heterogénea; y (iii) el 40% de los países no han aplicado aún ninguna de las medidas a su nivel más alto de aplicación según la clasificación de la propia OMS⁴¹. Analizar globalmente el papel que está jugando la industria tabacalera y el que deben jugar los Estados es una necesidad si queremos avances relevantes en esta meta.

3.B APOYAR LAS ACTIVIDADES DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE VACUNAS Y MEDICAMENTOS CONTRA LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y NO TRANSMISIBLES QUE AFECTAN PRIMORDIALMENTE A LOS PAÍSES EN DESARROLLO Y FACILITAR EL ACCESO A MEDICAMENTOS Y VACUNAS ESENCIALES

El acceso a medicamentos y vacunas es un problema de salud mundial que tiene diferentes vertientes: culturales, geográficos y económicos, siendo estos últimos los más relevantes, y que provocan gastos catastróficos en salud, ya que el pago de productos farmacéuticos representa entre el 25% y el 66% del gasto sanitario en los países en desarrollo. La OMS presentó en 2017 en su asamblea un documento⁴² que plantea

39. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254999/9789241512190-eng.pdf?sequence=1>

40. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf?sequence=1>

41. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342017000700117

42. Asamblea Mundial de la Salud, 70. (2017) . La escasez mundial de medicamentos y vacunas y el acceso a ellos: informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud.

ba adoptar una estrategia integral, que ha servido de base para comenzar a trabajar una hoja de ruta para mejorar el acceso entre 2019-2023⁴³.

La cobertura de la vacunación en el mundo se estancó en 2016 en el 86%, lo que significa que **12,9 millones de lactantes en el mundo (casi uno de cada 10) no fueron vacunados contra ninguna enfermedad en 2016**. Este porcentaje queda lejos del objetivo mundial de alcanzar una cobertura vacunal del 90%.

Respecto del acceso a medicamentos, debe haber una profunda reflexión sobre cuáles son las verdaderas causas de la falta de acceso a medicamentos y ver si entre ellas está una ineficaz gobernanza de la salud global y/o la avaricia desmedida de la industria farmacéutica. En los últimos años algunas regiones del planeta —y no solamente las regiones pobres—, se han encontrado con rupturas de stock de medicamentos esenciales y de vacunas como la penicilina G benzatina. En países como España, hemos asistido a la ruptura de stock de la vacuna de la hepatitis A. No es solamente un problema de producción, sino de acceso económico, donde priman los intereses comerciales de la industria sobre la salud, como se constató con el caso del tratamiento de la hepatitis C, que la sufren unas 150 millones de personas en el mundo, con el sofosbuvir de la empresa Gilead. Este medicamento podría tener un coste de producción por pastilla de 0,85 dólares, pero en Estados Unidos la empresa fijó inicialmente el precio de cada pastilla en 1.000 dólares y en Europa llegó a ser de 650 dólares⁴⁴. Para los países en desarrollo, el fabricante estableció un precio de 2.000 dólares por tratamiento (23 dólares por pastilla). Según un informe de IS global de 2016, se estimaba que en España se negoció un precio de 25.000 euros por paciente y tratamiento⁴⁵, lo que provocó restricciones en su administración a los pacientes. Este comportamiento de la industria tiene mucho que ver con el problema de las patentes y de las regulaciones comerciales mundiales que existen actualmente, un elemento fundamental que debe de afrontarse si queremos una mejora real en el acceso a medicamentos.

3.C AUMENTAR CONSIDERABLEMENTE LA FINANCIACIÓN DE LA SALUD Y LA CONTRATACIÓN, EL PERFECCIONAMIENTO, LA CAPACITACIÓN Y LA RETENCIÓN DEL PERSONAL SANITARIO

La aportación de los donantes externos para la financiación de los sistemas sanitarios en los países de renta baja supone una media del 33% del total del

43. http://www.who.int/medicines/access_use/Roadmap-Spanish.pdf?ua=1

44. <https://www.msf.es/actualidad/hepatitis-c-una-pastilla-del-tratamiento-cuesta-1000-veces-mas-que-producirla>

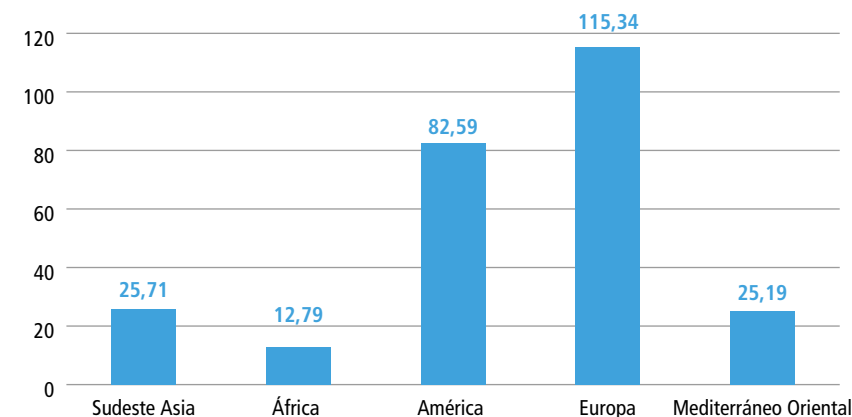
45. <https://www.isglobal.org/documents/10179/5353835/Informe+25+Hepatitis+C+cast/22c2afb7-0f35-41f2-ad24-f2398e7c3ab6>

gasto sanitario de esos países⁴⁶. La asistencia oficial para el desarrollo (AOD) de todos los donantes para la salud básica aumentó un 41% en términos reales desde 2010 y llegó a 9.400 millones de dólares en 2016.

Si hablamos de recursos humanos sanitarios, la OMS considera que se van generar 40 millones de puestos de trabajo en el sector sanitario de aquí a 2030, pero este crecimiento se va a dar sobre todo en los países de ingresos medios o altos. En los países de ingresos bajos o medianos bajos harán falta 18 millones de profesionales sanitarios más para alcanzar los ODS⁴⁷.

Durante el periodo entre 2005 y 2016 se han analizado en diferentes documentos el problema de la carencia del personal sanitario en el mundo. En estos análisis se observa que cerca del 45% de todos los países y del 90% de los países menos adelantados cuentan con menos de un médico por cada 1.000 personas y más del 60% tiene menos de 3 enfermeras o parteras por cada 1.000 personas. En la siguiente gráfica podemos observar las grandes diferencias que se pueden constatar entre las diferentes regiones mundiales. Sin unos recursos humanos adecuados difícilmente un servicio sanitario va a responder a las necesidades de su población.

GRÁFICO 1.4. PROFESIONALES SANITARIOS CUALIFICADOS/10.000 HABITANTES POR REGIÓN (2014)



Fuente: Elaboración propia, basado en "The 2017 update, Global Health Workforce Statistics, World Health Organization, Geneva"

46. http://www.who.int/health_financing/topics/resource-tracking/new_perspectives_on_global_health_spending_for_uhc.pdf

47. <http://www.who.int/es/news-room/22-03-2016-health-workers-a-triple-return-for-health-economic-growth-and-employment>

La escasez de personal sanitario es un problema que se da en todas las regiones del mundo. Pero esta carencia en los países de rentas medias altas y altas provoca que contraten personal de países de rentas bajas, que es donde mayores problemas de salud hay, empeorando así la situación de las poblaciones más vulnerables. Además de mejorar la planificación y las políticas sobre recursos humanos sanitarios de cada país, es necesario tener un enfoque global del problema, analizando las consecuencias positivas y negativas de la migración de personal sanitario, junto con las medidas que se deben de asumir para tener suficiente personal sanitario bien formado y eficaz.

3.D REFORZAR LA CAPACIDAD DE TODOS LOS PAÍSES, EN PARTICULAR LOS PAÍSES EN DESARROLLO, EN MATERIA DE ALERTA TEMPRANA, REDUCCIÓN DE RIESGOS Y GESTIÓN DE LOS RIESGOS PARA LA SALUD NACIONAL Y MUNDIAL

La OMS presentó en 2017 su nuevo “Programa de Emergencias Sanitarias de la OMS”, que abarca todo el ciclo de gestión de riesgos, desde la prevención, la preparación, la respuesta y la recuperación. Este programa cambia el rol de la OMS, que es normativo y de apoyo técnico a los países dotándoles de capacidades operacionales.

Hay otras capacidades de la OMS que aparecen en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI)⁴⁸, concebidas para ayudar a desarrollar las políticas y capacidades nacionales de alerta temprana o reducción de riesgos. A finales de febrero de 2017, 120 de 196 países habían enviado informes sobre sus avances, cumplimentando el cuestionario enviado en julio de 2016. A nivel mundial, se han constatado progresos desde 2010 en las 13 capacidades básicas exigidas por el Reglamento, en particular en lo que respecta a la vigilancia, la respuesta y las zoonosis. Pero la puntuación media global indica que se requiere urgentemente un mayor esfuerzo en materia de recursos humanos, desarrollo de capacidades en los puntos de entrada, en incidentes relacionados con productos químicos y en las emergencias por radiación⁴⁹.

2.2. Evolución del resto de los ODS

Dado que los ODS deben de contemplarse de una forma integral e integradora, si queremos trabajar la salud de forma multisectorial, es necesario realizar un análisis del avance del resto de objetivos.

48. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205086/WHO_HSE_GCR_LYO_2015.6_eng.pdf;jsessionid=425E322189E60319483AF68896CA2DEE?sequence=1

49. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_15-sp.pdf

OBJETIVO 1. PONER FIN A LA POBREZA EN TODAS SUS FORMAS Y EN TODO EL MUNDO

Pobreza y mala salud siempre suelen ir de la mano. La pobreza extrema ha disminuido considerablemente en los últimos años. La pobreza extrema la definió el Banco Mundial como las personas que viven con menos de 1,90 dólares/día —con PPA de 2011—⁵⁰. Se ha pasado de 1.900 millones de personas en esta situación a 769 millones en 2013⁵¹, una reducción del 60%. No obstante sigue siendo el 11% de la población mundial la que vive en esta situación, cuando el objetivo es bajar del 3% en 2030. La inequidad entre regiones sigue siendo enorme. África subsahariana, a pesar de reducir su porcentaje de personas viviendo en extrema pobreza, ha aumentado su número absoluto de personas extremadamente pobres⁵².

La mejor solución para conseguir que estas personas puedan cubrir sus necesidades más básicas es dotarse de mecanismos de protección social, pero también hay grandes diferencias en este sentido. Según estimaciones de 2016, solo el 45% de la población mundial estaba realmente cubierta por al menos una prestación de protección social efectiva, lo que es claramente insuficiente. Los países más enriquecidos tienen programas más amplios de protección social, y en todas las regiones estos programas se basan sobre todo en dar dinero en efectivo a esas personas, más que dotarle de servicios.

OBJETIVO 2. PONER FIN AL HAMBRE, LOGRAR LA SEGURIDAD ALIMENTARIA Y LA MEJORA DE LA NUTRICIÓN Y PROMOVER LA AGRICULTURA SOSTENIBLE

El hambre en el mundo, lejos de disminuir, estás volviendo a aumentar. En 2015 eran 777 millones las personas que sufrían malnutrición, una cifra que en 2016 creció hasta los 815 millones. Los conflictos y los desastres naturales, muchos de éstos últimos propiciados por el cambio climático, son los factores clave que explican este incremento.

Según el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Alimentación, el Profesor De Schutter, el derecho a la alimentación es “un derecho humano, reconocido por la legislación internacional, que protege el derecho de todos los seres humanos a alimentarse con dignidad, ya sea produciendo su propio alimento o adquiriéndolo⁵³”. Sin embargo, los precios de alimentos básicos en muchos países se incrementan sin tener en cuenta esta premisa. En 2016, 26 países experimentaron precios generales de alimentos con niveles altos o moderadamente altos.

50. <http://www.bancomundial.org/es/topic/poverty/lac-equity-lab1/poverty>

51. <http://datatopics.worldbank.org/sdgate/SDG-01-no-poverty.html>

52. Este hecho que puede ser contradictorio se explica por el crecimiento demográfico desde 1.990

53. <http://www.srfood.org/es/derecho-a-la-alimentacion>

Pero cuando hablamos de nutrición, no solamente hablamos de la desnutrición. La obesidad y el sobrepeso son factores que también afectan de manera relevante a la salud mundial favoreciendo enfermedades como cáncer, diabetes o problemas cardiovasculares. En el mundo 51 millones de menores de 5 años sufren emaciación (delgadez patológica) y 38 millones de sobrepeso, pero no solamente afecta a los países enriquecidos como pueda pensarse, en los países de rentas medias y bajas el 12% de los niños y niñas sufren de emaciación, mientras que el 5% sufre de obesidad⁵⁴.

La obesidad y el sobrepeso también tienen una traducción económica. En un estudio realizado en 2018 por el instituto ADBI (Instituto del Banco de Desarrollo Asiático con sus siglas en inglés), mostraba que la carga económica del sobrepeso y la obesidad alcanza el 3% del PIB en Indonesia, un país donde en 2013 el 20% de los hombres y el 32,9% de las mujeres eran obesas. La pérdida de productividad por este problema alcanzaba la cifra de 28.300 millones de dólares, y los costes sanitarios subían a 116 millones de dólares⁵⁵. El papel que juega la industria de alimentos procesados es crucial si queremos combatir la alimentación insana.

OBJETIVO 4. GARANTIZAR UNA EDUCACIÓN INCLUSIVA Y EQUITATIVA DE CALIDAD Y PROMOVER OPORTUNIDADES DE APRENDIZAJE PERMANENTE PARA TODOS

A pesar de los avances de los últimos años, sigue existiendo una inequidad muy relevante en cuanto al acceso a una educación suficiente y de calidad. Si bien la tasa de educación de la primera infancia y primaria alcanza el 70% a nivel mundial, ese porcentaje baja al 41% en África subsahariana y a un 52% en África septentrional y Asia occidental. Además, la mitad de los menores y adolescentes del mundo no tienen niveles mínimos de competencia en matemáticas y lectura, lo que puede lastrar su futuro. La capacitación del profesorado es uno de los factores fundamentales para revertir esta situación, pero no es de extrañar que mientras la capacitación mundial del personal docente en primaria alcanzó el 85%, en África subsahariana solamente llega al 61%.

Unas buenas infraestructuras también ayudan a conseguir aumentar la cobertura educativa, pero solamente el 34% de las infraestructuras en los países menos adelantados tenían electricidad, y solo un 40% contaba con instalaciones básicas para lavarse las manos, cuando según la OPS y la PPPHW (siglas en inglés de la Alianza Global entre los Sectores Público y Privado para Promover el Lavado de Manos), lavarse las

54. <http://datatopics.worldbank.org/sdgdatalas/SDG-02-zero-hunger.html>

55. <https://www.asiapathways-adbi.org/2018/02/the-economic-burden-of-overweight-and-obesity-in-indonesia/>

manos correctamente reduce las diarreas un 50% y un 25% las enfermedades respiratorias, dos de las enfermedades que más afectan a la población menor de edad⁵⁶.

OBJETIVO 5. LOGRAR LA IGUALDAD DE GÉNERO Y EMPODERAR A TODAS LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

A pesar de que el empoderamiento de las mujeres sigue siendo un elemento esencial para conseguir los ODS y su lema “no dejar a nadie atrás”, la realidad nos sigue mostrando que, a pesar de los avances, estamos muy lejos de conseguir una equidad de género real en el mundo. Aunque el riesgo de casarse en la infancia haya caído un 40% en algunas regiones (Asia meridional), se calcula que cerca de 650 millones de niñas y mujeres de hoy se casaron durante su infancia.

Según la OMS, esta inequidad no afecta solamente a la salud sexual y reproductiva que hemos visto con anterioridad, sino que las normas, los roles y las relaciones vinculados con el género pueden influir en el acceso global a los servicios de salud y tiene una relación directa con la morbilidad y mortalidad, tanto de mujeres como de hombres⁵⁷.

OBJETIVO 6. GARANTIZAR LA DISPONIBILIDAD Y LA GESTIÓN SOSTENIBLE DEL AGUA Y EL SANEAMIENTO PARA TODOS

Que el agua es un bien escaso en gran parte del planeta ya nadie lo discute. De ahí que debamos incrementar un uso y gestión racional del mismo, pues además de los problemas de escasez, la gestión inadecuada de las aguas residuales provoca un riesgo para la salud de todas las personas, y mantienen la prevalencia, e incluso la aumentan de muchas enfermedades infecciosas. El último elemento que se debe sumar en este objetivo es el incremento de la higiene personal, que como hemos visto previamente cuando hablábamos del lavado de manos, evita el contagio de múltiples enfermedades.

22 países, principalmente en África septentrional y Asia, tienen una probabilidad muy elevada de sufrir escasez de agua en el futuro. La escasez de agua potable afecta a 3 de cada 10 personas en el mundo, y 6 de cada 10 carecen de saneamiento seguro, según la OMS⁵⁸. No todos los problemas los tienen los países más empobre-

56. https://www.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=1051:lavarse-manos-agua-jabon-reduce-50percent-diarreas-infantiles-25percent-infecciones-respiratorias&Itemid=227

57. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>

58. <http://www.who.int/es/news-room/detail/12-07-2017-2-1-billion-people-lack-safe-drinking-water-at-home-more-than-twice-as-many-lack-safe-sanitation>

cidos, sino que es un problema global que afecta a la totalidad del planeta. En un estudio realizado en países de ingresos medios y altos, solamente el 59% de las aguas residuales provenientes de hogares recibían un tratamiento seguro. Países como el Salvador tuvieron que decretar en 2016 el estado de emergencia por escasez de agua.

En su informe de 2017, el Programa conjunto de la OMS y UNICEF de seguimiento para el abastecimiento de agua, saneamiento e higiene (JMP en sus siglas en inglés), ha analizado estos 3 elementos, que permite comparar a los países y da una idea del panorama mundial⁵⁹. Los datos que arroja este informe son tremendos:

- 844 millones de personas aún no tienen ningún servicio de agua, ni siquiera uno básico, y 263 millones de personas (mayoritariamente mujeres) tardan una media de 30 minutos cada vez que van a buscar agua.
- 2.300 millones de personas no cuentan con ningún servicio de saneamiento, y cerca de 900 millones defecan al aire libre.
- Solamente el 15% de la población de África subsahariana tiene instalaciones de higiene con agua y jabón.

OBJETIVO 7. GARANTIZAR EL ACCESO A UNA ENERGÍA ASEQUIBLE, FIABLE, SOSTENIBLE Y MODERNA PARA TODOS

A pesar de algunos logros, como disminuir la intensidad energética mundial en un 2,8% entre 2014 y 2015, incrementar el acceso a una energía sostenible y asequible para toda la población es uno de los mayores retos que plantean los ODS. Más del 40% de la población mundial, 3.000 millones, sigue utilizando combustibles y cocinas contaminantes, que liberan elementos nocivos para la salud y provocan la muerte de más de 4 millones de personas. Según la OMS, más del 50% de las muertes por neumonía en menores de 5 años son causadas por partículas inhaladas en interiores con aire contaminado, ya que la concentración de estas partículas en lugares poco ventilados se pueden concentrar en cantidades 100 veces más elevadas que las aceptables⁶⁰. Las principales enfermedades que provoca la exposición a estas partículas son: neumonías, accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, neumopatías obstructivas crónicas y cáncer de pulmón.

59. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258617/9789241512893-eng.pdf;jsessionid=A-F3A3E5C15BE53193678FBFB7DE6B7B2?sequence=1>

60. <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/household-air-pollution-and-health>

OBJETIVO 8. PROMOVER EL CRECIMIENTO ECONÓMICO SOSTENIDO, INCLUSIVO Y SOSTENIBLE, EL EMPLEO PLENO Y PRODUCTIVO Y EL TRABAJO DECENTE PARA TODOS

Este objetivo se opone directamente con el modelo de desarrollo imperante que se promueve en el mundo, donde el crecimiento económico absoluto se prioriza frente al crecimiento inclusivo y sostenible. Esta es probablemente una de las principales causas de inequidad en el planeta. Por otro lado, no debemos obviar que este tipo de crecimiento tiene sus limitaciones. El PIB sigue siendo la referencia mundial para medir el crecimiento, precavando las inequidades que ello provoca.

En su Informe 2017 sobre la riqueza global, el Instituto de investigación de Crédito Suisse afirma que el 70% de la población adulta mundial, 3.474 millones de personas, gana menos de 10.000 dólares/año, lo que supone el 2,7% de la riqueza mundial, mientras que 36 millones de personas en el mundo ganaron más de 1 millón de dólares al año, lo que supone el 45,9% de la riqueza mundial⁶¹. El aumento de personas millonarias se ha dado principalmente en los países desarrollados, Estados Unidos y Europa (aunque han bajado en Reino Unido y Japón). Y esta distribución de la riqueza no está relacionada directamente con la situación del país. En España en 2017 hubo 58 millonarios más que en 2016, un 15% más, porcentaje muy parecido a los de 2012 y 2013 (13,2%), cuando España seguía sumida en plena crisis económica.

La tasa mundial de desempleo en 2017 fue de 5,6% lo que equivale a unas 192 millones de personas. Esta tasa se ha estabilizado desde 2009 (5,9%) y se mantiene la constante de que es la población joven la que tiene más riesgo de estar en el paro. Un dato que echamos en falta es el de las personas que tienen un trabajo decente, definido por la Organización Internacional del Trabajo como “la oportunidad de acceder a un empleo productivo que genere un ingreso justo, la seguridad en el lugar de trabajo y la protección social para las familias, mejores perspectivas de desarrollo personal e integración social, libertad para que los individuos expresen sus opiniones, se organicen y participen en las decisiones que afectan sus vidas, y la igualdad de oportunidades y trato para todos, mujeres y hombres”⁶².

61. <http://publications.credit-suisse.com/tasks/render/file/index.cfm?fileid=12DFFD63-07D1-EC63-A3D-5F67356880EF3>

62. <http://www.oit.org/global/topics/decent-work/lang--es/index.htm>

OBJETIVO 9. CONSTRUIR INFRAESTRUCTURAS RESILIENTES, PROMOVER LA INDUSTRIALIZACIÓN INCLUSIVA Y SOSTENIBLE Y FOMENTAR LA INNOVACIÓN

Según las cifras de Naciones Unidas, la intensidad de carbono⁶³ disminuyó 19 puntos porcentuales de 2000 a 2015, pasando de 0,38 a 0,31 kilogramos de dióxido de carbono por dólar de valor agregado⁶⁴. Pero no parece suficiente. La Organización Meteorológica Mundial (OMM) afirma que las cifras globales de dióxido de carbono, metano y dióxido de nitrógeno aumentaron en 2016⁶⁵, lo que afecta directamente al clima y, por lo tanto, a la salud. Estas concentraciones de dióxido de carbono son similares a las que se tenía hace más de 3 millones de años, con 2-3 grados más que ahora y donde Groenlandia y la Antártida occidental se derritieron, creciendo los océanos entre 10 y 20 metros más que lo que actualmente tenemos. La OMM afirma que cuánto más tardemos en tomar medidas para la reducción de gases, mayores problemas habrá y más caras serán las soluciones.

Un parámetro que se mide en esta meta es la proporción de población con cobertura móvil, en 2016 sigue habiendo grandes diferencias a pesar de los avances. El 84% de la población mundial tiene cobertura móvil de tercera generación (3G) con red de banda ancha, cifra que disminuye al 61% en los PMA (países menos adelantados).

En cuanto a la innovación, en un apartado posterior de este capítulo detallaremos más la situación de las nuevas tecnologías y las ventajas y problemas que pueden suponer en el sector de la salud.

OBJETIVO 10. REDUCIR LA DESIGUALDAD EN LOS PAÍSES Y ENTRE ELLOS

Sigue habiendo una gran desigualdad entre los países, a pesar de los avances de los últimos años. En 2016, se aplicó un arancel cero a más del 64% de los productos exportados desde los Países Menos Adelantados y a las exportaciones de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo (PEID), que vieron incrementar el porcentaje en un 20%.

Un aumento de las exportaciones no tiene porqué repercutir directamente en la disminución la desigualdad dentro de los países. Es más, en la mayoría de los casos asistimos al efecto contrario ya que la riqueza que se genera por el aumento de las exportaciones no se distribuye uniformemente dentro de la sociedad.

63. Intensidad de carbono. Comúnmente, se entiende como la cantidad de emisiones de carbono o de CO₂ de una economía en su conjunto y se expresa por unidad de Producto Interno Bruto (PIB).

64. La Intensidad de carbono la define la administración e estados Unidos de la Energía como: la cantidad de carbono (en peso) emitido por unidad de energía consumida.

65. https://library.wmo.int/doc_num.php?explnum_id=4022

El premio Nobel de Economía Paul Krugman afirma que la desigualdad es un lastre y que la clave del crecimiento económico está en ser amable con los ricos y cruel con los pobres. La redistribución de la riqueza sigue siendo uno de los grandes retos mundiales. La política fiscal debería ser el motor del crecimiento así como pieza clave en la consolidación democrática. Además combate la pobreza, evita la exclusión social y genera una mayor igualdad de oportunidades.

Por otro lado, convendría utilizar diferentes indicadores para conocer el problema de la desigualdad. Uno de estos indicadores podría ser el cada vez más extendido índice Gini que permite calcular la desigualdad de ingresos que existe entre la ciudadanía de un país (donde 0 implica absoluta igualdad entre su ciudadanía y 1 absoluta desigualdad). Este índice no depende del nivel de riqueza de un país, sino de cómo se reparten los ingresos internamente. En 2010 vemos que España e Italia estaban en unos porcentajes similares a Sierra Leona o Túnez, lo que indica que todos los países deben esforzarse en disminuir la inequidad interna.

OBJETIVO 11. LOGRAR QUE LAS CIUDADES Y LOS ASENTAMIENTOS HUMANOS SEAN INCLUSIVOS, SEGUROS, RESILIENTES Y SOSTENIBLES

Más de la mitad de la población mundial habita en ciudades, pero no todas las ciudades son iguales ni todas las personas tienen acceso a los mismos servicios. Asegurar la universalidad de la recogida de residuos sólidos, el acceso a agua segura, alumbrado o la limpieza de las calles son importantes retos futuros en muchas de las ciudades del mundo. Y aunque entre 2000 y 2014 la proporción de la población urbana mundial que vivía en barrios marginales de países en desarrollo cayó del 28,4% al 22,8%, el número absoluto de residentes en esos barrios aumentó, pasando de 807 a 883 millones de personas.

La resiliencia de las ciudades también es otro aspecto a mejorar. De 1990 a 2013, los desastres han provocado millones de muertes en el mundo, casi todas en países de ingresos medios y bajos, donde también han sufrido un aumento en el daño a las viviendas y a las estructuras, que suponen también una carga económica importante.

OBJETIVO 12. GARANTIZAR MODALIDADES DE CONSUMO Y PRODUCCIÓN SOSTENIBLES

Avanzar en este objetivo implica, según NNUU, acometer una profunda transformación de las prácticas comerciales en todos los niveles.

En 2018 un total de 108 países han suscrito políticas nacionales e iniciativas relacionadas con el consumo y producción sostenibles, y el 93% de las empresas más grandes a nivel mundial presentan informes de sostenibilidad. Pero estas políticas no suelen propugnar un cambio radical para el incremento de la producción y el con-

sumo sostenible y responsable, ni hace valoraciones sobre los modelos económicos que mueven actualmente el mundo y que promueven un consumo compulsivo y una producción insostenible.

OBJETIVO 13. ADOPTAR MEDIDAS URGENTES PARA COMBATIR EL CAMBIO CLIMÁTICO Y SUS EFECTOS

El cambio climático afecta a todos los países en todos los continentes, produciendo un impacto negativo en su economía, la vida de las personas y las comunidades. 2017 ha sido uno de los 3 años más calientes registrados en la historia mundial, 1,1 grados Celsius por encima de la era preindustrial. Si no actuamos, la temperatura media de la superficie del mundo podría aumentar unos 3 grados centígrados este siglo. Las personas más pobres y vulnerables serán los más perjudicados.

El Fondo Verde para el Clima tiene el objetivo de movilizar 100.000 millones de dólares anuales hasta 2020 y hay dudas más que razonables de que los países vayan a cumplir. Por otro lado, solamente 10 países en desarrollo han comenzado la implementación de sus planes nacionales de cambio climático; mientras, el nivel de los océanos sigue subiendo, aumentan los fenómenos meteorológicos extremos y algunos gobernantes dan alas con sus decisiones a la corriente ideológica que niega que el calentamiento global exista o que sea causado por el hombre —negacionismo—. El ejemplo más sangrante es el gobierno de Trump que han decidido abandonar el Acuerdo de París, cuando es el segundo país más contaminante del mundo.

En cuanto a la salud, hay pocas iniciativas en los países que promuevan un análisis de los cambios en los patrones de enfermedad que puede ir suponiendo el cambio climático para su población.

OBJETIVO 14. CONSERVAR Y UTILIZAR SOSTENIBLEMENTE LOS OCÉANOS, LOS MARES Y LOS RECURSOS MARINOS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

Siguen manteniéndose las tendencias mundiales de deterioro continuado de las aguas costeras debido a la contaminación y la eutrofización⁶⁶, un problema que alcanzaría en 2050 el 20% de los grandes ecosistemas marinos si no se toman medidas correctoras. Como elemento positivo, hay que destacar el establecimiento de zonas protegidas en las aguas jurisdiccionales de los países ha aumentado hasta un 16%, el doble que en 2010.

66. exceso de nutrientes en el agua, a menudo consecuencia de la escorrentía, que provoca la proliferación de plantas y la muerte de la fauna por falta de oxígeno

OBJETIVO 15. PROTEGER, RESTABLECER Y PROMOVER EL USO SOSTENIBLE DE LOS ECOSISTEMAS TERRESTRES, GESTIONAR SOSTENIBLEMENTE LOS BOSQUES, LUCHAR CONTRA LA DESERTIFICACIÓN, DETENER E INVERTIR LA DEGRADACIÓN DE LAS TIERRAS Y DETENER LA PÉRDIDA DE BIODIVERSIDAD

A pesar de que la protección de los bosques y de los ecosistemas terrestres está en ascenso, son muy necesarias acciones rápidas y eficaces para defender la biodiversidad terrestre. Hay casi 7.000 especies animales y vegetales que se comercializan ilegalmente con la participación de 120 países. Existe una tendencia alarmante de disminución de mamíferos, aves, anfibios, corales y cícadas sobre todo por acciones humanas, como la deforestación, o la agricultura no sostenible. Las especies amenazadas en este momento en el planeta se acercan a unas 26.000, el 27% de todas las especies. Según la lista roja de especies amenazadas, un 41% de anfibios, un 25% de mamíferos, un 33% de corales o un 13% de pájaros están en peligro de extinción⁶⁷.

OBJETIVO 16. PROMOVER SOCIEDADES PACÍFICAS E INCLUSIVAS PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE, FACILITAR EL ACCESO A LA JUSTICIA PARA TODOS Y CONSTRUIR A TODOS LOS NIVELES INSTITUCIONES EFICACES E INCLUSIVAS QUE RINDAN CUENTAS

La violencia tiene muchas caras, desde la generada por un conflicto armado que están creciendo en los últimos años, la violencia en el ámbito familiar, u otras que tienen que ver con costumbres arraigadas en algunas sociedades, como la mutilación genital femenina.

La trata de personas es una lacra que se debe erradicar. Entre 2012 y 2014 se identificaron más de 570 corrientes de trata de personas que afectan a todas las regiones del mundo, y muchas de ellas tenían su origen en países de ingresos bajos y destino a países de ingresos más altos. Más del 90% de esta trata ilegal tenía como fin la explotación sexual o el trabajo forzado. El 71% de este comercio de personas eran mujeres y niñas.

En cuanto a los homicidios, destacar que 1.019 defensores y defensoras de los derechos humanos, periodistas y sindicalistas perdieron la vida en 61 países desde 2015, una persona cada día, que dieron la vida por informar y defender a sus comunidades. Y difícilmente vamos a mejorar la situación mundial si sólo 75 países tienen una institución nacional de derechos humanos que cumpla con todas las normas acordadas internacionalmente.

67. <https://newredlist.iucnredlist.org/>

OBJETIVO 17. FORTALECER LOS MEDIOS DE IMPLEMENTACIÓN Y REVITALIZAR LA ALIANZA MUNDIAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE

A pesar de las grandes palabras y compromisos, la realidad es que falta un impulso muy importante para que todos los gobiernos y toda la ciudadanía se comprometa para conseguir los ODS. Esa falta de compromiso real es lo que explica que en 2017 la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) neta cayera con respecto a 2016 en 0,6%, cuando su tendencia tendría que ser de incrementos importantes cada año. En cifras absolutas se alcanzaron los 146.600 millones de dólares. No es de extrañar que el porcentaje que se destina a AOD se quede en un exiguo 0,3% del Producto Nacional Bruto, cuando el compromiso es llegar al 0,7% por el conjunto de países donantes. La AOD total para creación de capacidades y planificación a nivel nacional alcanzó los 20.400 millones de dólares en 2016, una cifra estable desde 2010, representando el 18% de la ayuda total asignable por sector. Pero no podemos olvidar que parte de esta AOD está ligada a intereses geopolíticos o económicos de los donantes, lo que disminuye su efectividad e impacto.

Un elemento crucial en la economía del desarrollo lo constituyen las remesas. Según un estudio del BM en 2015 las remesas supusieron 582.000 millones de dólares, casi cuatro veces más de lo que reciben en ayuda externa.

Para poder orientar bien los recursos internos y externos es necesario conocer la situación de cada país, lo que nos lleva a tratar de mejorar las estadísticas nacionales. En 2017 eran 102 los países que estaban aplicando planes nacionales de estadística, 32 de ellos en África si bien solamente 3 los financiaron completamente.

Llevamos 3 años de implementación de los ODS. Los compromisos con sus objetivos y metas aún no son lo suficientemente relevantes para conseguir un cambio real de la situación mundial de inequidad y pobreza. Trabajar todos los ODS de manera conexas, de forma integral e integradora teniendo a las personas y al planeta como prioridades principales de todas las acciones y políticas nacionales y mundiales sigue siendo el reto.

3. RESISTENCIA ANTIMICROBIANA

La resistencia antimicrobiana (RAM) no es un problema nuevo que haya aparecido de repente, sino que ha ido progresivamente teniendo más importancia en la agenda mundial de la salud. Las resistencias se están extendiendo por todo el mundo, hay muy poca investigación para nuevos antibióticos y lo único que hemos aprendido es que el mal uso de los antibióticos ayuda a generar las resistencias.

El Foro Económico Mundial afirma que estamos ante un problema global y no individual de cada país⁶⁸. En los últimos tiempos la investigación sobre nuevas formas de combatir a las superbacterias resistentes está aumentando, como es el caso de la síntesis de la albomicina delta⁶⁹, la pseudouridimycina⁷⁰, o la teixobactina⁷¹. Pero los procesos de investigación suelen tener un periodo de latencia relativamente largo, y la innovación científica, aun siendo importante, no puede ser la única solución. Otras medidas políticas, estratégicas y técnicas tienen que ponerse en marcha.

Se trata de una amenaza terrible con grandes implicaciones para la salud humana. Si no la abordamos, el avance hacia los ODS se frenará y nos llevará atrás. Alrededor de 700.000 muertes al año son debidas en estos momentos a la resistencia a medicamentos. Los expertos consideran que de no cambiar la situación, esta cifra puede llegar a los 10 millones de muertes en el año 2050 y su coste alcanzará los 100 billones de dólares. Según el Banco Mundial, el coste específico en salud para 2050 en el mundo podría variar entre 300.000 millones y más de 1 billón de dólares al año.

La resistencia antimicrobiana puede poner en peligro el éxito de las cirugías mayores y la quimioterapia, que necesitan de antibioterapia para eliminar infecciones secundarias. Otros efectos a destacar son las 480.000 personas que cada año presentan tuberculosis multirresistente o las complicaciones que empiezan a darse en la lucha contra el VIH y la malaria por este motivo.

El nuevo Sistema Mundial de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos de la OMS, denominado GLASS por sus siglas en inglés, ha informado de la presencia generalizada de resistencia a los antibióticos en muestras de 500.000 personas en las que se sospechaban infecciones bacterianas en un estudio en 22 países. En el informe no se contaba con la tuberculosis, que tiene un análisis aparte debido a su enorme relevancia. Las bacterias resistentes más frecuentes eran *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pneumoniae*, seguidas de *Salmonella*⁷². Unas bacterias que están entre las más letales del mundo. La resistencia a la penicilina, el fármaco utilizado durante décadas en todo el mundo para tratar la neumonía osciló entre un 0% y un 51% en los países estudiados. Además, entre un 8% y un 65% de las muestras de *E. coli*, una bacteria que causa infecciones de las vías urinarias, presentaban resistencia al ciprofloxacino, que es el medicamento que se usa frecuentemente para tratar estas infecciones.

68. Howell L. Ed. Global risks 2013: octava edición. Ginebra, Foro Económico Mundial, 2013.

69. <https://www.nature.com/articles/s41467-018-05821-1>

70. [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(17\)30635-9](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(17)30635-9)

71. <https://www.nature.com/articles/nature14098>

72. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2018/antibiotic-resistance-found/es/>

La OMS elaboró en 2017 una lista de patógenos prioritarios para la I+D de nuevos antibióticos con 3 niveles de prioridad, según la resistencia que presentan. En el nivel crítico, el más elevado, están *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa*, y *Enterobacteriaceae*⁷³.

Según la propia OMS, el 95% del mundo cuenta con planes de acción nacionales para abordar la resistencia antimicrobiana. Pero estos planes aún son muy frágiles en muchos países y necesitan desarrollos tanto a nivel político como técnico de manera urgente. En este sentido la OMS puede proporcionar un apoyo estratégico a los países, pero son éstos quienes deben de considerar la RAM como una prioridad.

La Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2015 adoptó un Plan de acción mundial sobre la resistencia a los antimicrobianos⁷⁴ en el que se establecen cinco objetivos:

1. Mejorar la concienciación y la comprensión con respecto a la resistencia a los antimicrobianos a través de una comunicación, educación y formación efectivas;
2. Reforzar los conocimientos y la base científica a través de la vigilancia y la investigación;
3. Reducir la incidencia de las infecciones con medidas eficaces de saneamiento, higiene y prevención de las infecciones;
4. Utilizar de forma óptima los medicamentos antimicrobianos en la salud humana y animal;
5. Preparar argumentos económicos a favor de una inversión sostenible que tenga en cuenta las necesidades de todos los países, y aumentar la inversión en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones.

Este Plan Mundial de acción involucra también a la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura) y a la OIE (Organización Mundial de Sanidad Animal), porque deben ser parte de la solución a este problema. Para ello han desarrollado el concepto “una sola salud”: la de las personas, los animales, la agricultura y el medio ambiente. En la medicina veterinaria los antibióticos han permitido disminuir el número de infecciones en los animales, algunas de ellas incluso se podían transmitir a las personas. Igualmente los antibióticos han contribuido a la seguridad alimentaria de los cultivos y la inocuidad de alimentos protegiendo la producción agrícola. Pero el abuso de los antibióticos, muchas veces con fines no terapéuticos, sino para promover el crecimiento animal, la venta de medicamentos por internet sin una supervisión sanitaria o el uso de medicamentos falsificados están ayudando a la extensión y gravedad de la RAM. La FAO estima que el consumo de an-

73. <http://www.who.int/es/news-room/detail/27-02-2017-who-publishes-list-of-bacteria-for-which-new-antibiotics-are-urgently-needed>

74. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_ACONF1Rev1-sp.pdf?ua=1&ua=1

timicrobianos para animales y cultivos a nivel mundial en el año 2010 fue de 63.151 toneladas. Estos medicamentos se usan sobre todo en la ganadería. La utilización de antimicrobianos en la producción de cultivos es relativamente baja en comparación, situándose entre el 0,2% y el 0,4% del consumo agrícola total.

3.1. La resistencia antimicrobiana (RAM) en los países empobrecidos

Según la FAO, el riesgo de sufrir RAM parece particularmente alto en los países donde de la legislación, los sistemas de vigilancia y seguimiento regulatorios del uso de antimicrobianos, y la prevención y control de la Resistencia a los Antimicrobianos son débiles o insuficientes. El propio Banco Mundial considera la RAM una amenaza para el futuro económico⁷⁵, que podría causar a los países de ingresos bajos una pérdida de más del 5 % del producto interno bruto (PIB) y llevar a 28 millones de personas, la mayoría de países en desarrollo, a la pobreza extrema para 2050. Para la OMS, la gran mayoría de los casos mortales estarían en Asia (4,7 millones) y África (4,1)⁷⁶, seguidos de Latinoamérica (392.000), Europa (390.000), Norteamérica (317.000) y Oceanía (22.000).

El uso indebido de los antimicrobianos se ve facilitado en los países pobres por su disponibilidad sin receta, sin prescripción médica a través de cadenas de suministro no reguladas. En 2011, el 100% de los antimicrobianos vendidos en Nigeria y Sudán lo era sin ninguna clase de prescripción médica y en Vietnam alcanzaba el 65%. La fragilidad de los sistemas sanitarios y de regulación de estos países incrementa las posibilidades de unas prácticas de prescripción inapropiadas, y que un gran número de pacientes no cuenten con la información adecuada sobre los medicamentos y la RAM.

Uno de los mayores problemas al tratar de impulsar una estrategia para el uso adecuado de antibióticos tiene que ver con los comportamientos personales de la población. Las informaciones que recibe la población se basan en un discurso biomédico, muchas veces alejado de la realidad del contexto de las poblaciones vulnerables. En estos contextos, donde el dinero no alcanza, es frecuente que no se compren tratamientos completos o se recurra al mercado negro donde predominan los medicamentos falsificados. Y se incrementa el uso de los recursos tradicionales que pueden interaccionar con los tratamientos biomédicos o asistimos a un concepto de enfermedad y salud no exclusivamente biologicista, que puede ver al medicamento con efectos más allá de los puramente biológicos.

75. <http://documents.worldbank.org/curated/en/323311493396993758/final-report>

76. http://www.who.int/phi/implementation/NKGanguly_India.pdf

Los países en desarrollo se enfrentan a dos retos: (a) mejorar el acceso a los antibióticos necesarios para curar las infecciones que siguen siendo un gran problema de salud para sus poblaciones; (b) la lucha contra la resistencia antimicrobiana, que puede hacer que aunque mejoremos ese acceso a medicamentos no signifique una gran diferencia en cuanto a mortalidad y morbilidad.

4. CONFERENCIA DE ASTANÁ: 40 AÑOS DE ALMA ATA

La Conferencia de Alma Ata celebrada el 12 de septiembre de 1978 en Kazajistán sobre Atención Primaria de Salud⁷⁷ cambió por completo la visión, el rol y el trabajo que un sistema sanitario debe hacer para mejorar la salud de su población.

En la declaración posterior, consensuada por todos los participantes, se asumió que la salud es un derecho fundamental que no depende exclusivamente del sistema sanitario, y que las inequidades en salud entre países y personas es un problema que afecta a todo el planeta. Se afirmaba que el desarrollo económico y social basado en un denominado Nuevo Orden Económico Mundial eran aspectos fundamentales si se quería alcanzar la mayor salud posible.

Otro aspecto fundamental que apareció en la declaración era el papel protagonista que se le achacaba a las personas en las decisiones sobre su propia salud, ya que asumía la participación de la población en la planificación y aplicación de su atención de salud, tanto colectiva como individualmente. Y los gobiernos tenían la exigencia de promover políticas sanitarias y sociales que permitieran a los pueblos alcanzar un nivel de salud adecuado. La atención primaria de salud (APS) era clave para alcanzar ese nivel de salud exigido para todas las poblaciones, como parte del desarrollo conforme a un espíritu de justicia social.

Esta APS se definió como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”. Buscaba una salud para todas las personas en el año 2000, objetivo que claramente no alcanzó.

La Declaración de Alma Ata se basaba en 4 elementos que revolucionaban la forma de afrontar la salud:

- a. Multisectorialidad de la salud, donde los sistemas sanitarios son un elemento más para mejorar la salud de la población
- b. Participación de la población
- c. Globalización de la salud: la salud es un derecho colectivo que interesa a todas las personas
- d. La priorización de la prevención, que tiene tanta o más importancia que la curación

Sin embargo, en su desarrollo posterior se hicieron diferentes lecturas de lo que significaba la APS. Desde una visión restrictiva (la más extendida actualmente) que la entendía exclusivamente como la primera puerta de entrada a los servicios sanitarios por parte de la población, pasando por una filosofía o forma de trabajar que debía afectar a todo el sistema sanitario, hasta una estrategia integral que debería influir en todas las políticas de un país, incluso las políticas internacionales.

En un sentido estricto, prácticamente no hay experiencias de países que hayan asumido esta declaración en su totalidad. Si bien desde 1978 ha habido enormes progresos en el campo de la salud mundial, no se ha logrado el objetivo principal de “salud para todos en el 2000”, y los avances en la lucha contra las inequidades en salud han sido muy desiguales.

Los días 25 y 26 de octubre ha tenido lugar en Astaná (Kazajistán) la Conferencia mundial sobre Atención Primaria de Salud, 40 años después de Alma Ata. El título de la declaración prometía emociones **“Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”**, parecía que por fin se abordarían con decisión los desafíos que impiden que la salud sea un derecho efectivo para todas y todos. Los ODS representan una oportunidad para incidir sobre múltiples factores que afectan la salud, oportunidad que sigue hay pues lo recogido en la Declaración de Astaná no permite afirmar que se haya aprovechado pertinentemente.

Que la declaración plantee como objetivo máximo la “cobertura sanitaria universal”, es reducir mucho las expectativas de la sociedad civil y debilitar claramente algunos de los componentes de la APS como el “acceso universal a la salud”, concepto que va más allá que el de “cobertura”. Da la impresión de que el concepto “cobertura” está planteado de manera reduccionista lo que, en este caso, se podría interpretar que exime a los Estados de ser responsables de garantizar el acceso pleno de su población a la salud, desde la regulación, la vigilancia, la acción intersectorial para trabajar sobre los procesos de determinación social de la salud, entre otros. Sin salud universal no habrá bienestar ni prosperidad individual ni colectiva, ni podremos alcanzar el compromiso de los ODS: “que nadie quede atrás”.

A pocos días de la celebración de la conferencia las impresiones de la sociedad civil no eran muy halagüeñas; permeaba la impresión de que se quería firmar, como así ha sido, una declaración más suave y menos comprometida que la de Alma Ata.

77. 2012 http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma_ata_declaracion.htm

Quizás el aspecto más crítico, al menos desde el punto de vista de la sociedad civil, sea la ausencia de un análisis y una estrategia para afrontar las causas políticas y económicas que han supuesto grandes barreras para la equidad en el acceso a los servicios de salud. En Alma Ata se asumió que era necesario un nuevo orden económico mundial para asegurar la salud de las personas. Esta visión de que hay problemas globales de carácter económico, social y sanitario a los que debemos de dar una respuesta no tiene tanta fuerza en la nueva Declaración. El acceso a medicamentos, el comportamiento de empresas que producen artículos que pueden afectar a la salud de las poblaciones (tabaco, alimentos procesados, bebidas alcohólicas y azucaradas), las nuevas tecnologías, por citar algunos, son aspectos globales que debemos de regular si queremos de verdad luchar contra la inequidad en salud.

De esta conferencia debería haber salido un mayor compromiso con la APS y acercado posturas respecto a las diferentes interpretaciones que a lo largo de estas cuatro décadas ha tenido la APS. Si confiamos en la APS para alcanzar el derecho a la salud, es necesario percibirla como el cuidado integral de la salud, lo que implica exigir a los Estados que prioricen y protejan la salud de todas las personas, que proporcionen cuidados de salud asequible y accesible para todas las personas en todos los lugares y que estos cuidados sean de calidad. Para que los Estados puedan responder a esta exigencia, es preciso que inviertan en sistemas de salud integrados y de calidad y que se atiendan responsablemente los determinantes sociales de la salud.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible están presentes en la declaración si bien en vez de aprovechar la oportunidad para ampliar las posibilidades que ofrece la Agenda 2030, se ha optado por una interpretación limitante. Compartimos la opinión de Carina Vance, Directora Ejecutiva del ISAGS-UNASUR, de que “la palabra *sanitaria* en el título y cuerpo de la Declaración, es una limitante que parece sentenciar que su máxima aspiración es lograr el acceso universal a instalaciones higiénicas básicas”.

La Declaración sí reconoce que la APS es el enfoque más eficiente, efectivo y equitativo para asegurar la salud y que para conseguir los retos actuales de la salud y el desarrollo de las poblaciones, es necesario una APS que:

- a. Empodere a la población y las personas como propietarios de su propia salud, como defensores de las políticas de salud que les afectan y como arquitectos.
- b. Asuma los determinantes sociales, económicos, medioambientales y comerciales de la salud a través de políticas y acciones intersectoriales y basadas en la evidencia.
- c. 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.

El éxito de conseguir la APS se fundamenta en el compromiso político, el conocimiento, la tecnología y la participación de las personas. Los retos que nos propone son:

- a. Empoderar a la población para que se apropie de su propia salud
- b. Hacer las mejores políticas para la salud evitando los conflictos de intereses políticos y económicos.
- c. Poner la salud pública y la APS en el centro de la CSU
- d. Alinear el apoyo de los socios internacionales en los planes, políticas y estrategias nacionales.

Insistimos en que si bien esta declaración tiene muchos aspectos positivos, hay voces que denuncian importantes carencias. Michelle Bachelet, presidenta de la Comisión de Alto Nivel convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para proponer soluciones que amplíen el acceso y la cobertura de salud en la región de las Américas para 2030, sin dejar a nadie atrás, envió una carta al presidente de la OMS, donde afirma que ciertos mensajes fundamentales de Alma Ata han perdido su claridad. Considera que se debe reconocer las dificultades que ha tenido la APS estos últimos años para desarrollarse, incluyendo la comercialización de la salud, y se requiere un análisis de los factores que han dificultado la implementación total de la APS. Esta declaración también debería de incluir definiciones que eviten las visiones reduccionistas de la APS. Desarrollar estrategias para eliminar las barreras de acceso (por migración, etnia, género o determinantes sociales), y facilitar una participación genuina de la población son aspectos que podían mejorar la Declaración.

El G2H2 (Geneva Global Health Hub), una organización asentada en Ginebra que agrupa muchas organizaciones de la sociedad civil, reconoce que si bien se habla de “sacar a las personas de la pobreza” nada se dice sobre la necesidad de un nuevo orden económico mundial, algo que consideran necesario, pues mejorar en salud supone que debe haber una redistribución de la riqueza. También pretende incluir el papel del personal sanitario y la investigación sanitaria, potenciar a las organizaciones de la sociedad civil y reconocer su importancia en la mejora de la salud, y clarificar las ambigüedades de la CSU, que no prioriza la provisión de servicios de salud a través de las instituciones públicas u organizaciones no lucrativas.

La Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES) pone el foco en la incongruencia de que la APS sea absorbida por la CSU, ya que la APS supone “salud para todos” y una forma de enunciar el derecho a la salud, y no el primer nivel de atención. Cuestiona el contexto político que incluye el incremento de la concentración de la riqueza, el creciente rol de las empresas privadas en las decisiones internacionales que ha provocado monopolios en algunos segmentos de salud y el riesgo que supone que las empresas privadas transnacionales puedan absorber competencias y espacios que pertenecen al sector público.

Extraña la escasa mención que existe en todas las declaraciones sobre la sostenibilidad en el tiempo de los logros en salud, un aspecto que debería ser vital en esta declaración. Llegar a consensos siempre es muy complejo, pero precisamente por ese motivo la declaración de Alma Ata tuvo tanta importancia. Todos los actores que participen en Astaná tienen la obligación de buscar ese consenso que, si bien puede no ser perfecto, permita aunar todos los esfuerzos para priorizar que el derecho a la salud sea una realidad para todas las personas de una forma sostenible.

UN CAMINO LARGO Y CONSECUENTE: 40 AÑOS DESPUÉS DE ALMA-ATA

Edgar Widmer

Expresidente de Medicus Mundi Internacional

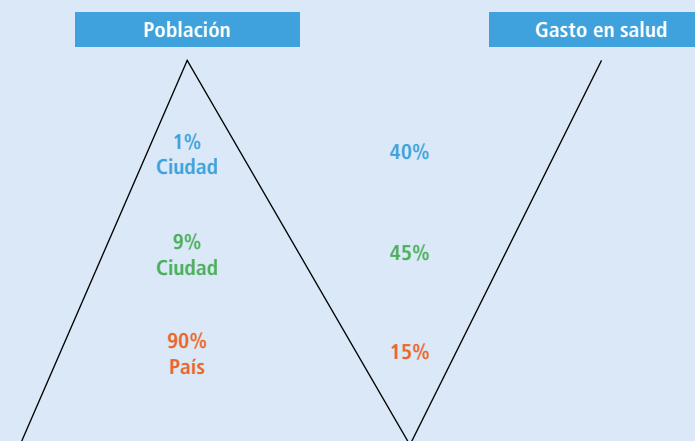
En septiembre de 1978, los Estados participantes y la comunidad mundial convinieron en la Declaración de Alma-Ata en la necesidad de tomar medidas urgentes para proteger y promover la salud de todas las personas. Sobre la base del derecho humano a la salud, se deberían alcanzar los niveles más altos de salud y justicia social en todo el mundo. Como miembro de Medicus Mundi Internacional (MMI), estaba decidido a difundir las conclusiones de Alma-Ata entre los afiliados de MMI y convencerlos de cambiar su forma de trabajar. Al mismo tiempo, nuestros socios del Sur deberían ser persuadidos a reorientar sus estrategias en consecuencia.

El cambio de paradigma se produjo... unos años antes

El primer momento decisivo para cambiar el pensamiento imperante sobre la salud mundial comenzó en la Conferencia de Bandung en 1955. En ese momento, 29 estados no alineados anunciaron el final de la era colonial, que provocó la retirada de los médicos coloniales. Por este motivo se abrió una gran brecha en el cuidado de la salud de muchos países, lo que más tarde condujo a la aparición de Medicus Mundi Internacional (MMI), con las primeras misiones estrictamente curativas, enviando médicos a los países africanos. Fueron los médicos de los Países Bajos quienes primero cuestionaron su experiencia inicial en el trabajo curativo y caritativo en Indonesia. Descubrieron que, a pesar de su compromiso, el estado de salud de la población solo había mejorado levemente. El reconocimiento de que la pobreza, la desigualdad en el acceso a los servicios de salud y el desconocimiento de las causas de la enfermedad eran los culpables, llevó a un cambio de paradigma: revertir la „pirámide de los servicios de salud“. Su pico en la medicina occidental corresponde a los hospitales terciarios, donde con una gran cantidad de dinero, se ayuda a relativamente pocos, mientras que la amplia base de la pirámide, corresponde a la Atención Primaria de Salud actual, donde se consigue dar cobertura a la mayoría de las personas que necesitan cuidados con relativamente pocos recursos.

En lugar de concentrarse en crear hospitales de vanguardia en las capitales como hasta ese momento, se comenzó a considerar que se tenía que focalizar una atención que abarcara toda la nación, incluyendo las zonas rurales. El modelo de la pirámide invertida (ver gráfico) fue el enfoque que sustentaba las preguntas planteadas por el concepto de Atención Primaria de Salud (APS). Entre otras cosas, la cuestión ética de continuar utilizando el 40% en el tratamiento para el 1% de la población cuando los fondos eran tan limitados.

GRAFICA. MODELO DE LA PIRÁMIDE INVERSA DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Fuente: Edgar Widmer

A principios de los años sesenta, en los primeros años del nacimiento de MMI, tuve la oportunidad de trabajar con un joven médico suizo en Tanzania y comprobar la necesidad de este cambio de modelo. Concretamente estuve en el Hospital de la Misión de Ifakara, en el sudoeste del país, que era el centro de referencia de varios puestos de salud. En 1964 visitando cada centro de salud rural y hablando con el personal de estos centros, pude hacer un diagnóstico de necesidades de la zona, donde se priorizaban el suministro de medicamentos y la falta de medios diagnósticos.

Pronto quedó claro que para mejorar la salud de las zonas rurales faltaba también un sistema eficaz de referencia y contra referencia entre el hospital y los centros de salud que vertebrara los cuidados. Por este motivo cada año se organizaban cursos de capacitación para el personal sanitario. Este enfoque permitió un proceso de aprendizaje continuo por ambos lados. En 1987, este concepto fue confirmado por la OMS en la Conferencia Internacional donde se introdujo el concepto de Distritos de Salud.

¡Todos éramos aprendices!

A partir de 1970, MMI, comenzó a celebrar reuniones para intercambiar experiencias sobre el nuevo enfoque que estaba naciendo para abordar las enfermedades relacionadas con la pobreza. Estos eventos tuvieron una gran audiencia, participando representantes de los Ministerios de Salud de aquellos países donde estaba trabajando MMI. Los resultados de las discusiones se resumieron en el libro „Diálogo y salud Norte-Sur“. El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS, confirmó posteriormente que estos nuevos enfoques de MMI eran “un estímulo para la evolución de la Atención Primaria de Salud, el pensamiento y la práctica como parte de las preocupaciones de la organización.

MMI y Alma-Ata

Seis meses antes de la Conferencia de Alma-Ata, en Halifax MMI participó en la redacción de un documento de posición de las Organizaciones No Gubernamentales y la Atención Primaria de Salud. Como nuevo presidente de MMI fui a la conferencia de Alma Ata, junto con otras 55 ONG participantes (un número reducido: en la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing en 1995 estaban allí más de 1.500 ONG). La delegación oficial suiza consistía en Ulrich Frei, director de la Oficina Federal de Salud, Immita Cornaz, el representante de la COSUDE, el cantón médico de Vaud, el Dr. Martin y el Dr. Irniger, representantes de la Asociación de Médicos Generales. Con este grupo, pero sobre todo con los otros representantes de las ONG, se tuvo en esta Conferencia una muy buena experiencia que permitió por una parte confirmar la visión que ya tenía MMI sobre la cooperación al desarrollo y además poder posteriormente poner en práctica esta nueva estrategia de acción en las zonas donde la pobreza y la enfermedad más prevalecían.

Inmediatamente después de la conferencia, un grupo de ONG europeas y estadounidenses se unieron para implementar la Declaración de Alma Ata. Las 24 ONG europeas decidieron mejorar la coordinación entre las ONG y trabajar juntas dentro de la OMS y dentro de cada país.

Muy motivado por la conferencia, ¡me puse a trabajar! Como nuevo presidente de MMI y miembro de la junta de la ONG „Medicus Mundi Suiza“, fundada en 1974, quería por encima de todo poner en práctica lo siguiente:

- Dar a conocer el concepto de APS de Alma-Ata dentro de nuestras organizaciones y utilizar este concepto en los centros de formación donde los médicos cooperantes de medicusmundi participaban y donde además de aprender medicina tropical y módulos de medicina se incluyera la estrategia de APS.
- Dialogar con los representantes de los gobiernos del Sur. Gracias a la confianza que teníamos por el desarrollo de nuestro trabajo en el terreno, podíamos apoyar para incorporar en las políticas nacionales la APS.
- Iniciar la asociación oficial de MMI con la OMS.
- Dialogar con la iglesia (que cubre el 40% de la asistencia sanitaria en África), usando mis contactos en Roma y con el Consejo Mundial de Iglesias, para que conocieran la APS.
- En ese momento no podía adivinar qué tarea más ardua me había encargado a mí mismo y a mis colegas, que sería central para las siguientes décadas.

Por último, pero no menos importante, también fundamos Spitex en Suiza

El Spitex es un ejemplo de cómo a raíz de Alma Ata en Suiza se ha implementado la APS. En esta conferencia la OMS advirtió en 1978 que la brecha entre ricos y pobres aumentaba y que el desempleo se estaba convirtiendo en un problema mundial. Por este motivo, necesitaba promover iniciativas coordinadas en materia de salud con los sectores social, económico, político y cultural. Trabajar en APS requiere métodos que sean prácticos, científicamente probados, simples y socialmente aceptables y basados en la responsabilidad personal de las personas. La delegación suiza que participó en Alma Ata, se preguntó si las decisiones se debían aplicar únicamente a su cooperación para el desarrollo o si también se deben aplicar nuevas estrategias en su país.

Después de la conferencia, los participantes suizos de Alma-Ata, se reunieron durante una semana en septiembre de 1979 en Sörenberg para analizar los resultados de la conferencia y crear un pequeño grupo de trabajo ad hoc para desarrollar un concepto suizo de atención primaria de salud.

Se analizó críticamente el estado del sistema de salud suizo. Había una falta de coordinación y cooperación entre los servicios de salud y las diversas profesiones sanitarias. Las

personas que buscaban ayuda no tenían acceso directo a servicios sociales ni a servicios de atención ambulatoria. La mayoría de los servicios sociales se aplicaban verticalmente hacia un problema específico como el alcoholismo, las drogas, la tuberculosis, reumatismo, cáncer, etc. No había unos servicios integrados reales o eran la excepción. La capacitación de los médicos no prestaba suficiente atención a la esfera psicosocial y a los aspectos de prevención y promoción de la salud.

El concepto de Atención Primaria de Salud en Suiza fue adoptada en junio de 1980 por la Conferencia Suiza de directores médicos, la FMH y la Oficina Federal de Salud Pública, con una consulta federal y cantonal de base muy amplia. Un resultado concreto del proceso resultante son las organizaciones Spitex de cuidados a domicilio, que se extendieron por toda Suiza.

¿Falló el enfoque de APS?

Básicamente, el concepto de APS fue revolucionario. Sin embargo, no tuvo un camino fácil. Los políticos y la gente de la iglesia se deslumbraban más con el resplandor de un gran hospital que con la APS. El concepto de participación y el nuevo papel de la sociedad civil financiados con este nuevo concepto de Alma-Ata alimentaron los temores de los déspotas que estaban en contra de los principios democráticos. En cualquier lugar en donde se unen dinero y poder, existe el peligro de que se ignore el bien común. Sin embargo, la APS se ha afianzado; especialmente cuando se ha definido una política nacional de salud basada en APS y se ha capacitado al personal de salud. Y la sociedad civil hoy en día juega un papel importante para lograr los cambios que propugna la APS.

Todavía estoy convencido del enfoque de APS. Después de la foto de Alma Ata ha habido una larga lista de reuniones en las últimas décadas en términos de salud para todas las personas y Atención Primaria de Salud, pero sigue habiendo camino por recorrer.

5. LA E-SALUD: ¿INNOVACIÓN O NUEVA DEPENDENCIA?

En los últimos tiempos los avances tecnológicos tanto en el campo de la salud como en el de la información están cambiando la forma de interactuar de los sistemas sanitarios con sus pacientes, e incluso los conocimientos que deben adquirir los profesionales de la salud. Teóricamente, con las soluciones tecnológicas se incrementan las capacidades del propio sistema para dar una respuesta más rápida, eficiente y eficaz a los problemas de salud.

La e-salud (eHealth en su terminología en inglés) se ha definido de varias maneras. La OMS la definió como “el apoyo que la utilización costo eficaz y segura de las tecnologías de la información y las comunicaciones ofrece a la salud y a los ámbitos relacionados con ella, con inclusión de los servicios de atención de salud, la vigilancia y la documentación sanitarias, así como la educación, los conocimientos y las investigaciones en materia de salud”⁷⁸. Hay otras definiciones que determinan parte de sus ventajas: “el conjunto de Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) que, a

78. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-13-s.pdf>

modo de herramientas, se emplean en el entorno sanitario en materia de prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento, así como en la gestión de la salud, ahorrando costes al sistema sanitario y mejorando la eficacia de este⁷⁹. No solamente engloba productos, sino que incluye servicios para la salud. Destacaríamos la m-salud o salud por dispositivos móviles, que incluye las aplicaciones móviles y los dispositivos wearables⁸⁰ para la monitorización, la telemedicina, el Big Data, los sistemas de apoyo a la decisión clínica, el Internet de las cosas o los videojuegos de salud.

Con la e-salud aumenta la capacidad de los profesionales sanitarios de poder consultar con otros especialistas, tener toda la historia clínica de la persona enferma al instante (sin importar de dónde viene o por qué servicios de salud ha pasado), o la capacidad de formación e incluso de actuación sanitaria online. Además, se pueden crear plataformas de información sanitaria para la ciudadanía, los pacientes pueden reducir el número de visitas presenciales, e incluso pueden monitorizar ciertos parámetros relacionados con la salud como las pulsaciones, las horas que han dormido o el ejercicio realizado.

Estos avances no están exentos de ciertas amenazas. La computación en la nube para los cuidados en salud puede permitir que la información sanitaria esté disponible al momento para todos los profesionales, disminuye el coste en hardware y software del sistema sanitario y facilita la investigación biomédica. Y luego también aparecen las dificultades propias de integrar un sistema informático: posibilidades de bloqueo en los datos, cuellos de botella al utilizar masivamente los datos, y posibles errores en la propia nube que son difíciles de detectar⁸¹.

El mayor problema al que nos enfrentamos con el uso de las tecnologías de la información en los sistemas públicos sanitarios no son aspectos operativos, sino como asegurar que prevalezca la prioridad de los derechos sociales de su ciudadanía sobre las lógicas economicistas del mercado. La gobernanza de la información y de la arquitectura global en la que se sustenta toda esta tecnología, es un asunto que merece una profunda reflexión.

Los cambios no se están dando solamente en los países desarrollados. Las empresas han visto un nicho de mercado en los países emergentes e incluso en los de renta baja. Hay empresas que ya están priorizando la e-salud dentro de su estrategia comercial en el continente africano⁸². La base para ello ya se da. En África, la región mundial con mayores problemas en salud, entre el 60% y el 80% de la población usa ya teléfonos móviles. Según la OMS, la e-salud puede ser una oportunidad para

reducir las barreras de acceso en la región⁸³. Los servicios de telesalud y telemedicina pueden eliminar las barreras geográficas en sitios aislados y fomentar cambios positivos en el estilo de vida para prevenir y controlar enfermedades comunes.

No obstante, a pesar de estas expectativas, conviene indicar que las políticas que deben cubrir el uso de estas tecnologías no están desarrolladas adecuadamente en el continente africano. En un estudio realizado en 2015 por GSMA⁸⁴ en 10 países africanos sobre la valoración de la regulación de la m-salud en África, se afirmaba que queda mucho por hacer en cuanto a guías de buenas prácticas, protocolos o legislaciones que puedan ser útiles para los países más empobrecidos. Las conclusiones más relevantes de este estudio muestran que hay una gran diversidad en la situación de cada país, en su desarrollo legislativo y en las estrategias sobre m-salud en África. La principal solución que aporta es incrementar las salvaguardas legales, pues si no son claras puede tener un impacto negativo en el desarrollo de la m-salud en los países. Se considera que la industria que se orienta hacia el cuidado de la salud y la práctica de la medicina está altamente regulada para proteger la salud y la seguridad pública, pero esa regulación puede retrasar la innovación en entornos cambiantes como los impulsados por la tecnología⁸⁵. El equilibrio entre innovación y regulación siempre es difícil, pero los cambios que se plantean en ese informe no pretenden cambiar los hábitos de los proveedores privados (como poder hacer auditorías públicas de su trabajo con instituciones públicas), sino que se centra en liberalizar el mercado y en fomentar las acciones público privadas, teniendo siempre presente la iniciativa privada como un ejemplo a considerar.

En 2016 La OPS realizó el informe "La eSalud en la Región de las Américas: derribando las barreras a la implementación"⁸⁶, donde analizaba el uso de la e-salud como una herramienta que apoyara la consecución de la Cobertura Sanitaria universal. El análisis mostraba que, a pesar de los avances, la región americana estaba aún muy lejos de conseguir una e-salud operativa. El 40% de los países americanos no dispone de una política o estrategia nacional de e-salud y solamente el 26,3% de los Estados Miembros tienen la legislación que apoya el uso de sus sistemas nacionales de RES (Registro Electrónico de Salud). Además, aunque casi el 90% de los países usan los servicios de telerradiología, solamente el 36,8% se refieren directamente a la telesalud en sus políticas o estrategias. El 57,9% de los

79. <http://laesalud.com/que-es-esalud/>

80. Dispositivos que puedes llevar en tu cuerpo

81. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/CD51-13-s.pdf>

82. <https://www.itweb.co.za/content/KrxP3jqB5BdMA2ye>

83. OMS: <http://www.afro.who.int/health-topics/e-health>

84. Global Systems for Mobile communication, una organización de operadores móviles cuyo objetivo es implementar y promocionar el sistema telefónico móvil GSM

85. <https://www.gsma.com/mobilefordevelopment/wp-content/uploads/2015/03/003-GSMA-RIA-Africa-27feb15.pdf>

86. <http://iris.paho.org/xmllui/bitstream/handle/123456789/31287/9789275319253-spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

países disponen de un programa de salud móvil patrocinado por el gobierno, pero el 73,7% de los Estados Miembros no disponen de una entidad que se encargue de la supervisión normativa de salud móvil para aplicaciones de calidad, seguridad y fiabilidad. Podemos afirmar que también en América la e-salud se está implementando con muchas lagunas normativas y de legislación en muchos países, que pueden afectar a la eficacia, eficiencia y apropiación de la e-salud por parte de la población. Esta falta de políticas claras y estrategias públicas con la e-salud, unido al imparable avance de la tecnología en el mundo provoca una pérdida de control de los poderes públicos respecto a un elemento tan sensible como es la información de la salud de su población.

E incluso aunque ese control existiera, hay otros problemas que se deben tener en cuenta. A pesar de la tremenda expansión de las TIC a nivel mundial, se tiene que estar vigilante para que su acceso no sea una barrera más que aumente la inequidad entre la ciudadanía, entre aquellos que puedan acceder a las ventajas de las TIC y de los que no. Solamente 3 países americanos cuentan con una política multilingüística general, cuando el apoyo lingüístico debe ser abordado por los servicios de salud electrónica, si se quiere evitar las desigualdades de comunicación debido a las diferencias en el lenguaje y la diversidad cultural. Otra gran amenaza del masivo uso de las tecnologías de comunicación es que puede servir como canal para la difusión de ideas que pueden convencer a la población de tener hábitos perjudiciales. A estos problemas se le deben añadir las ideas que se extienden por la red sin control que no tiene base científica, y que puede acabar perjudicando al conjunto de la población. Son informaciones que se difunden rápidamente y que se mantienen en el tiempo, a pesar de los esfuerzos por desmentirlos.

En el caso de un mayor acceso a este tipo de desinformación por medio de las nuevas TIC, cualquier noticia falsa, podría poner en peligro a los propios sistemas de salud. Pero controlar la información puede ser también una manera de censurar opiniones "molestas" para los que detentan el poder. El equilibrio entre libertad y una información veraz es un reto y no solamente en el ámbito de la salud.

La e-salud es un elemento determinante que incidirá tanto en las políticas sanitarias globales como en la salud mundial, que en pocos años va a incrementar su capacidad de influencia en las tomas de decisiones. Por este motivo, es urgente y necesario una reflexión del papel que todas las instituciones (globales, nacionales, locales, públicas, privadas,...) deben asumir en su desarrollo, analizar los posibles problemas que pueden aparecer y anteponer los derechos de la ciudadanía a un desarrollo que incremente las brechas de acceso a los servicios de salud entre las poblaciones más ricas y las más pobres.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- En 2017 la AOD neta del conjunto del CAD disminuye levemente —0,6%— situándose en 144.178 millones de dólares.
- La cantidad total de AOD de los miembros del CAD representó solo el 0,31% del ingreso nacional bruto, porcentaje que está muy por debajo del 0,7%, objetivo mínimo de las Naciones Unidas.
- Los países ricos disfrazan de ‘ayuda’ 13.777 millones de dólares dinero que invierten en gestionar solicitudes de asilo o compensar a otros países con el objetivo de atender a personas refugiadas en sus propios países y limitar la migración.
- De 29 países que forman parte del CAD, España, que es la economía número 14 del mundo, ocupa porcentualmente el puesto 20 del ranking y el 13 si recurrimos a cifras absolutas.
- 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.

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS

Las cifras desagregadas de ayuda oficial al desarrollo (AOD) que presenta públicamente el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (CAD) suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2017 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2016.

1. EL COMITÉ DE AYUDA AL DESARROLLO

El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) agrupa a 29 países, además de la Unión Europea. Sigue siendo, en su conjunto, el mayor donante mundial de cooperación internacional, a pesar del aumento del peso de otros países emergentes en este campo como Emiratos Árabes Unidos, Turquía, Brasil, China o Rusia. En su informe de 2018 “Cooperación al desarrollo para no dejar a nadie atrás”¹, el CAD se centra en cómo aplicar el concepto de no dejar a nadie atrás, tal y como aparece en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Para ello el CAD ha realizado una encuesta a los países miembro para conocer cuál es la situación específica de cada país.

El informe presenta, a modo de resumen, ciertas conclusiones generales sobre este alineamiento con los principios de la Agenda por parte de los países donantes:

- La mayoría de los países del CAD responden que tienen un compromiso con el principio de **“no dejar a nadie atrás”** a través de la cooperación para el desarrollo. En concreto, 13 países manifiestan tener un compromiso explícito, 7 responden que se lo están planteando y solamente 5 reconocen que tienen un compromiso tácito. Finalmente hay 4 países que no contestan a esta pregunta.
- La manera que tienen los países de mostrar ese compromiso se realiza de dos formas:
 1. Geográficamente: priorizando aquellos países con mayores necesidades, como los países menos adelantados, los países que conviven con contextos frágiles, los estados insulares y países de ingresos medios con programas específicos para sus regiones más pobres.
 2. Centrando sus objetivos en la erradicación de la pobreza, la reducción de la desigualdad, la promoción de la inclusión económica y el respeto a los derechos humanos de las personas y grupos más desfavorecidos.

Los países del CAD consideran que “no dejar a nadie atrás” es un pretexto perfecto para reflexionar sobre cuáles son las prioridades y la orientación que vamos a dar a la cooperación al desarrollo para tratar de alcanzar las metas previstas. Entre los retos que se perfilan destaca la necesidad de (i) focalizar los esfuerzos de forma efectiva en aquellas personas o grupos que realmente se estén quedando atrás; (ii) mejorar los datos y conseguir que estos sean más fiables; (iii) y optimizar las políticas económicas que se implementen, con el fin de conseguir que sean lo más efectivas posibles.

España asume su compromiso con el principio de **“no dejar a nadie atrás”** y lo incluye en el V Plan Director de la Cooperación española. Desde la coherencia, este compromiso conlleva la implantación de un enfoque centrado en las personas. Y sus

acciones deben responder a las necesidades de los países según cuatro variables fundamentales: (i) niveles de pobreza; (ii) desarrollo humano; (iii) la desigualdad; y (iv) la vulnerabilidad. Para seleccionar países y regiones, la cooperación española deberá utilizar indicadores como el Índice de Desarrollo Humano, el PIB per cápita o el índice de pobreza multidimensional. Además, debe asumir el reto de conseguir el equilibrio entre tener el mayor impacto posible asignando los fondos de forma eficiente y el coste de trabajar con las poblaciones más vulnerables, que suele ser más alto que si trabajas con la población general, dada su compleja situación.

Para la Comisión Europea, la erradicación de la pobreza, el abordaje de las discriminaciones y las desigualdades, el no dejar a nadie atrás, están en el corazón de su política de cooperación, y se compromete a destinar al menos el 20% de su ayuda oficial para el desarrollo a la inclusión social y al desarrollo humano.

Dicho esto, en el informe predomina la diversidad de las respuestas por parte de los países. Es evidente que no hay una visión común de cómo afrontar los retos de la cooperación y de la Agenda 2030. Por ejemplo, Austria define la población con mayores necesidades a la infancia, mujeres, personas de edad avanzada o las personas discapacitadas, mientras que Bélgica incorpora a las personas homosexuales, lesbianas o transgénero, la cooperación canadiense se autodenomina “cooperación feminista”, y la cooperación francesa no nombra ningún grupo social específico. Y aunque deberemos esperar el informe final, en el documento publicado no hay ninguna mención a los retos supranacionales, como pueden ser la influencia de las políticas globales sociales y económicas imperantes en este momento, o la relevancia de las nuevas tecnologías para el desarrollo. La suma de los esfuerzos de los donantes, si no tienen una visión más allá de los intereses locales de cada país donante y son tan dispersos como hasta ahora, será muy difícil que consigan unos resultados lo más efectivos y con el mayor impacto posibles.

La reflexión sobre los modelos de cooperación que se necesitan para tener unos resultados sostenibles y eficaces, debería ser muy profunda y poner sobre la mesa la visión y los valores en los que se fundamenta. Por ejemplo, en salud, *la Comisión de Salud Global de Lancet sobre calidad de los servicios de salud en la era de los ODS* afirma que unos servicios sanitarios de calidad podrían evitar alrededor de 8 millones de muertes en los países de rentas medias y bajas². Pero los sistemas de salud, por si solos, no pueden acabar con la inequidad de salud en el planeta. Es crucial que la AOD en salud se incremente y que esté bien orientada, pero debe ser acompañada de una visión multidimensional de la salud y de unos valores de solidaridad que deben impregnar todas las acciones. Porque la cooperación no puede debilitar las estruc-

1. <https://www.oecd.org/dac/DCR2018-Leave-No-one-Behind.PDF>

2. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(18\)30386-3.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(18)30386-3.pdf)

turas locales como ha pasado en años anteriores mediante estrategias verticales de lucha contra enfermedades específicas.

Por otro lado, las personas que trabajan en la cooperación deben tener un comportamiento ejemplar acorde con los valores que promulga la propia cooperación. En los últimos tiempos han salido a la luz comportamientos inadmisibles de cooperantes, que han usado el poder que tienen para aprovecharse de la población más vulnerable, lo que sin duda daña al conjunto de la cooperación como herramienta para incrementar la equidad en el mundo. Debemos felicitarlos por una reacción inmediata por parte de los diferentes actores que forman parte de la cooperación, estableciendo e implementando rápidamente mecanismos correctores, sancionadores y reparadores. Hay opiniones, como la de Clara Affun-Adegbulu cuya reflexión reproducimos a continuación, que consideran que la forma de mejorar el sistema es yendo a las raíces y las causas de esos comportamientos. El mismo concepto de “ayuda al desarrollo” es unidireccional y deja poco margen para una cooperación en igualdad de condiciones, donde las poblaciones vulnerables tengan un papel no de receptores de ayuda sino de actores activos en su propio desarrollo. Es necesario que los donantes, públicos y privados, incluida la sociedad civil, asuman que la cooperación es una herramienta que bien utilizada puede tener grandes beneficios, pero que a veces también puede ser perjudicial para el desarrollo de los pueblos con los que pretende cooperar.

EXPULSANDO DEL SECTOR DE LA COOPERACIÓN LA EXPLOTACIÓN Y EL ABUSO SEXUAL

Clara Affun-Adegbulu

Unidad de Políticas de Salud, Instituto de Medicina Tropical de Amberes

2018 ha sido un ‘annus horribilis’ en cuanto a las noticias que han aparecido sobre acoso y abusos sexuales en los sectores de la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. El movimiento #MeToo, que ha aparecido como un huracán en la industria del entretenimiento estadounidense, finalmente también alcanzó al sector de la cooperación, con las revelaciones de explotación sexual y abuso que sufrieron algunas poblaciones vulnerables por parte de personal cooperante. Estos hechos provocaron la aparición de la campaña #AidToo, con el fin de denunciar este problema en el sector de la ayuda. A medida que esta campaña cobraba impulso, se hizo evidente que el problema del abuso sexual estaba más extendido de lo que se pensaba en un principio. Este problema no afectaba solamente a las personas receptoras de la ayuda, sino que también afectaba al propio personal de las organizaciones. Y no era un problema aislado de una organización. Una amplia gama de organizaciones, incluidas agencias de la ONU y ONG internacionales, estaban implicadas.

La reacción inicial fue instintiva, con la habitual discusión sobre cómo poner en marcha nuevos mecanismos de protección ante estos abusos y fortalecer los existentes, aplicar sanciones contra quienes violan los códigos de conducta y proporcionar más capacitación a todos los niveles. Desde ese momento han aparecido varias vacantes de empleo relacionadas con el género en el sector, lo que significa que muchas organizaciones estaban dispuestas a tomar medidas y no quedarse solamente en las buenas palabras. Sin embargo, no puedo evitar ser pesimista cuando echo la mirada atrás y reflexiono sobre cómo se implementaron intervenciones similares en la anterior vez que este problema vio la luz, con varias denuncias de abuso sexual en distintas organizaciones, y cómo finalmente se ha demostrado que las medidas tomadas no fueron suficientes ni adecuadas para atajar este problema.

Como enfermera africana, de raza negra, tengo una visión bastante diferente a la de las personas que lideran las organizaciones internacionales. En mi opinión, el desequilibrio de poder es la causa fundamental del abuso y la explotación sexual, y me pregunto por qué la respuesta al problema siempre ha sido tratar los síntomas más que las causas.

La asimetría de poder entre el personal humanitario y la población beneficiaria ocurre como resultado de las disparidades en riqueza, oportunidades y perspectivas. Esta asimetría es el mayor factor que determina cualquier tipo de abuso, incluyendo el abuso sexual, que se ve agravada por el sexismo y el racismo. A este factor debemos añadirle la deificación del personal cooperante, colocados en un pedestal por ir a servir en lugares “sin esperanza”. Y al mismo tiempo aparece una deshumanización de los receptores de la ayuda, que pueden volverse rápidamente meras cifras en contextos difíciles, donde la velocidad de acción es esencial. Todo esto, por supuesto, se ve amplificado por las jerarquías de poder global que tenemos en nuestro planeta. Así, la transferencia de información y la rendición de cuentas se centran sobre todo en los donantes, en lugar de en las personas vulnerables a las que se atiende.

Muchos de estos problemas son causas y síntomas de desigualdad que están presentes en todo el mundo, aunque otros son legados de la época colonial y poscolonial. Para mejorar sus posibilidades de erradicar el abuso y la explotación sexuales, el sector de la ayuda debe ante todo abordar la deshumanización actual, tanto de las personas beneficiarias de la ayuda como del personal cooperante. Además, debe tratar las desigualdades e inequidades particulares que están vinculadas al género, la clase y la raza, así como la desigualdad que resulta de la intersección de tales divisiones y posiciones sociales.

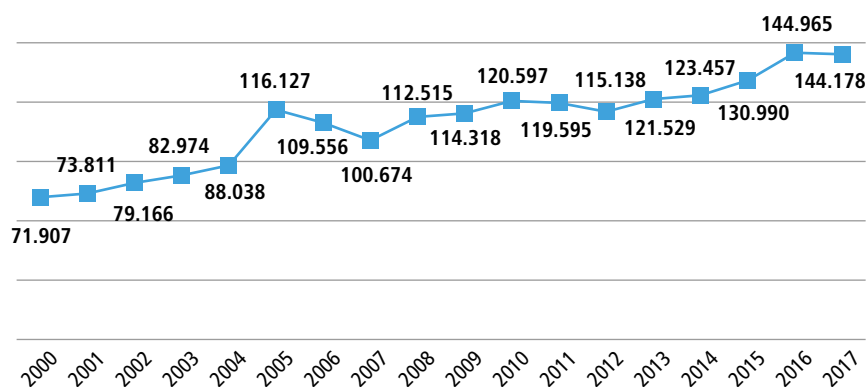
Otro proceso necesario, aunque difícil, sería realizar una autorreflexión crítica. El sector debe lidiar con las desagradables verdades sobre su pasado imperialista-colonialista, y reflexionar sobre cómo esto ha influido y continúa influyendo en la mentalidad, la conciencia y los comportamientos de muchas de las personas de la cooperación. Finalmente, el sector debe reconocer la división de poder mundial norte-sur e intentar corregir estos desequilibrios a través de esfuerzos como el “Grand Bargain”, un acuerdo entre los mayores donantes de ayuda para que la población con necesidades pueda disponer de más medios.

Hasta que se examinen y eliminen todas las causas del abuso y la explotación sexual, cualquier solución será como colocar una tiritita sobre una herida abierta, y nuevos casos seguirán surgiendo. Para ponerlo en un lenguaje más familiar para la mayoría de las personas sanitarias de la cooperación, el forúnculo del abuso y la explotación sexual debe ser abierto. El proceso será doloroso, y debe hacerse con cuidado para evitar causar más daño, sin embargo, el resultado final de una cura tan radical proporcionará una solución duradera.

LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO DEL CAD

Al analizar el comportamiento del conjunto de donantes, podemos observar que en 2017 la ayuda externa proporcionada por donantes públicos alcanzó los 144.178 millones de dólares, una leve disminución en el gasto del 0,6% en términos reales en comparación con 2016. Como resultado de la leve caída en la asistencia para el desarrollo, la cantidad total de AOD de los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) representó solo el 0,31% del ingreso nacional bruto (INB), ligeramente por debajo del 0,32% en 2016 y muy por debajo del objetivo mínimo de las Naciones Unidas de 0,7%.

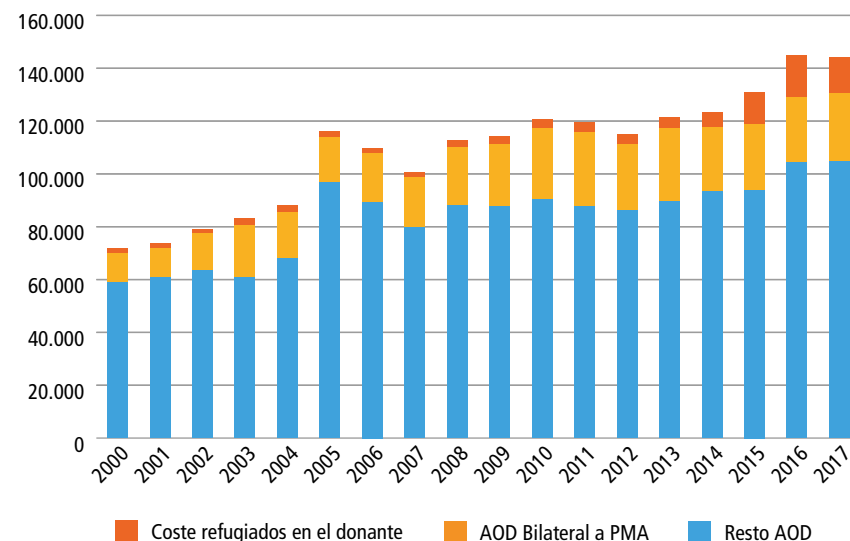
GRÁFICO 2.1. EVOLUCIÓN DE LA APORTACIÓN NETA A AOD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DE LA OCDE (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: OCDE, varios informes

Si excluimos el costo de las personas refugiadas en los países donantes, que ascendió a 13.777 dólares, la ayuda neta a los países aumentó un 1,1% en comparación con 2016. Y es que, la menor llegada de personas refugiadas a Europa hizo que esta partida se redujera hasta el 9,7% de la AOD, mientras que en 2016 representó el 11% de la ayuda externa.

GRÁFICO 2.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD DEL CAD POR COMPONENTES

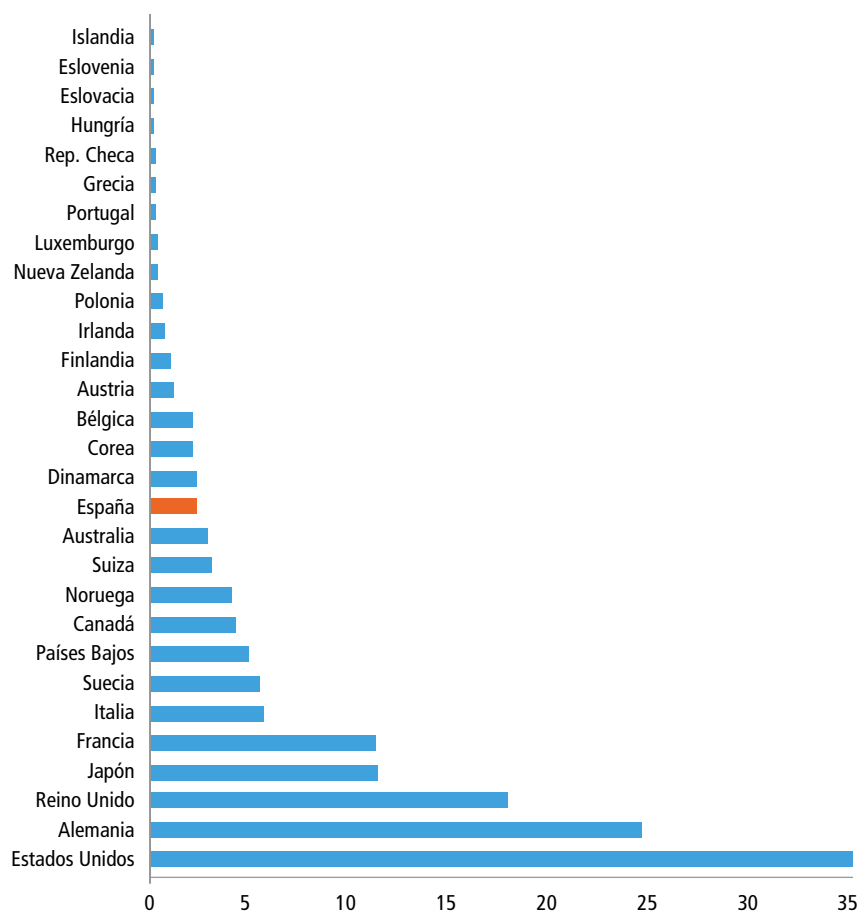


Fuente: Elaboración propia a partir de informes CAD

Por otro lado, la ayuda bilateral (de país a país) a los países menos desarrollados aumentó en un 4% en términos reales, llegando a 26.000 millones de dólares.

Si analizamos los aportes brutos de cada país, observamos que hay 5 países que destacan respecto al resto. Estados Unidos sigue siendo el mayor donante con 35.261 millones de dólares, lo que supone un incremento de 849 millones respecto a 2016. Le siguen Alemania con 24.681,00 millones de dólares, y un descenso de 55 millones de dólares, y Reino Unido con 17.940 millones y un descenso de 113 millones, mucho menor que el año anterior, que casi alcanzó los 700 millones. El cuarto país que más ayuda destina es Japón con 11.475 millones y el quinto Francia con 11.363 millones. En su conjunto estos 5 países aportan el 68% de toda la AOD destinada por los 29 países del CAD. Este hecho refleja la enorme influencia que estos 5 países tienen a la hora de determinar la orientación de la ayuda global del CAD.

GRÁFICO 2.3. AOD 2017 EN MILLARDOS DE DÓLARES



Fuente: OCDE, 2017.

Respecto a España, indicar que en 2017 ocupa el puesto número 13 entre los 29 donantes del CAD en cuanto a cifras absolutas, como podemos ver en el gráfico 2.2. Respecto a 2016 se ha producido una enorme reducción de su ayuda oficial al desarrollo al pasar de 4.278 millones de dólares a 2.415 millones, un descenso del 44%. En el informe de 2017 ya advertíamos que se iba a producir este reajuste en 2017, dado que en 2016 se computó como cooperación una condonación de deuda a Cuba por valor de 2.161,5 millones de dólares. Sin embargo, observamos que

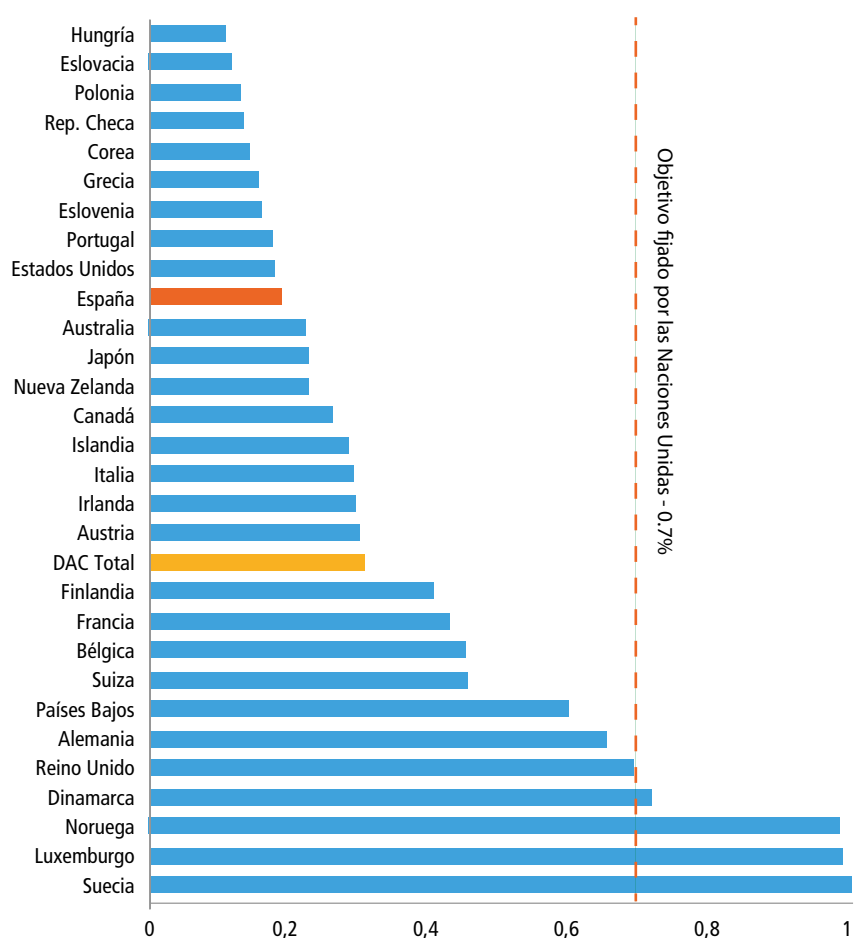
la reducción es mayor de la prevista, pues supera en 253,5 millones la cantidad que se destinó a la cancelación de la deuda en 2016. Si eliminamos la cancelación de la deuda, la reducción de la AOD española se queda en un 9,5%, lo que de todas formas sigue siendo una cantidad significativa.

Si en vez de cifras absolutas analizamos el esfuerzo global que han realizado el conjunto de los países del CAD en cooperación, observamos que en 2016 el porcentaje del PIB que se destina a la AOD alcanza el 0,31%, un 0,1% menos que en 2016. Desde 2010, la variación de este porcentaje se sitúa entre el 0,29% y el 0,32% un porcentaje que señala un estancamiento en la AOD, ya que se mantiene la misma distancia ante el compromiso de utilizar el 0,7% del PIB para la ayuda oficial al desarrollo. Un compromiso que fue firmado por todos los países donantes hace casi 50 años, y renovado durante la tercera Conferencia sobre la financiación para el Desarrollo de las Naciones Unidas en Adís Abeba en julio de 2015³.

En general, en 2017 la AOD neta total aumentó en 11 países, con los mayores incrementos en Francia, Italia, Japón y Suecia. La AOD disminuyó en 18 países, en la mayoría de los casos debido a la menor llegada de refugiados. Los mayores descensos se produjeron en Australia, Austria, España, Grecia, Hungría, Noruega, Eslovenia y los Estados Unidos.

3. http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares69d313_es.pdf

GRÁFICO 2.4. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2017



Fuente: OCDE, 2017.

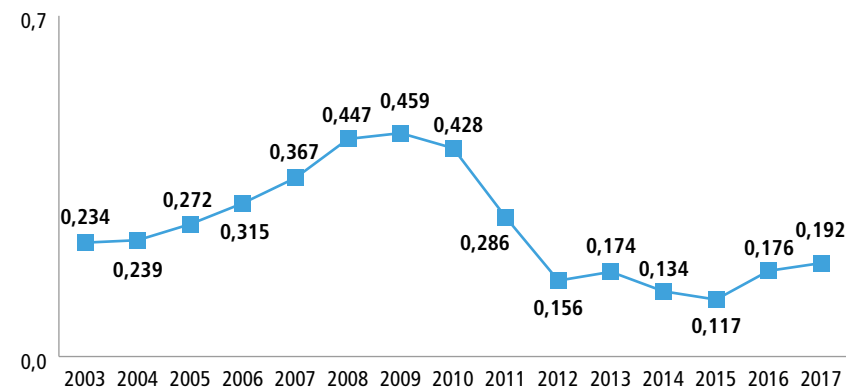
Demasiados donantes aún están lejos del objetivo de 0,7%. En 2017 solamente 5 países alcanzan el 0,7%: Reino Unido (0,7%), Dinamarca (0,72%), Noruega (0,99%), Luxemburgo (1%) y Suecia (1,01%). Alemania, después de alcanzar el objetivo en 2016, baja al 0,66% y los Países Bajos, uno de los países que históricamente cumplía con el compromiso del 0,7%, vuelve a reducir su ayuda hasta situarla en el 0,6%. Excepto Noruega, el resto de países con una relación de DPA / INB superior al 0,7% son miembros de la Unión Europea.

El resto de los países del CAD se quedan muy lejos, por debajo del 0,5%. La brecha entre los 7 países que más donan porcentualmente y los 22 países restantes se mantiene constante en el tiempo, lo que nos lleva a dos evidencias; la primera, que aún queda mucho camino por recorrer hasta ver cumplido el compromiso del 0,7% y, la segunda, que los países donantes no están aprovechando el actual período de crecimiento económico para aumentar sus esfuerzos, aumentar sus niveles de asistencia para el desarrollo y garantizar que la ayuda llegue a los países más necesitados.

España reduce su porcentaje a AOD significativamente, pasando del 0,33% al 0,19%, lo que porcentualmente le sitúa en el puesto 20 de entre los 29 países CAD. Esta disminución se debe a la operación de cancelación de deuda a Cuba de 2016, una operación puntual que al computar como AOD infló sustancialmente las cifras de ayuda. Este tipo de operaciones distorsiona el esfuerzo de los países a la hora de programar su AOD, de ahí nuestra petición de que no computara como tal.

Si analizamos el esfuerzo realizado por la cooperación española en los últimos años, vemos que no se corresponde el discurso con los hechos. La política de cooperación sigue siendo la peor tratada de todas las políticas públicas.

GRÁFICO 2.5. EVOLUCIÓN PORCENTUAL DE LA AOD ESPAÑOLA



Fuente. Elaboración propia a partir de los informes del CAD.

La Unión Europea y sus Estados miembros, según datos del CAD, siguen siendo los principales provisoros de ayuda oficial al desarrollo con una aportación global de 81.645 millones de dólares, lo que representa el 0,50% de la Renta Nacional Bruta (RNB) de la UE, y el 57% de la AOD mundial en 2017. Estas cifras nos indican que el compromiso de la Unión Europea con las políticas de cooperación es mayor que el de otros actores, aunque siga careciendo de una voz más homogénea

entre sus miembros, que incremente el impacto de su peso en el área de la cooperación internacional.

Ya comentamos el año anterior que era necesario un incremento de la ayuda hasta alcanzar el 0,7% del PIB, pero no es solamente un tema de presupuestos, sino también de contenido. Hay que ser cuidadosos con lo que se puede incluir como cooperación o no. No solamente se puede poner en duda que se computen como ayuda asuntos como el pago de deuda externa y sus intereses, sino que hay que determinar cuál es el sentido de mantener una ayuda ligada a intereses de los donantes, y qué beneficios económicos consiguen algunos países con la ayuda. Acuerdos comerciales derivados de un apoyo en cooperación, la compra de material del país donante de forma exclusiva sin tener en cuenta parámetros de eficiencia, eficacia e impacto, son asuntos que deberían estar en esa nueva reflexión de cómo hacer cooperación por parte de los donantes.

Desgraciadamente seguimos viendo que la AOD no es una prioridad dentro de las agendas nacionales de la mayoría de los países del CAD, y los compromisos firmados y ratificados sobre el aumento de cooperación no se cumplen en su mayoría, aunque el ejemplo reciente del Reino Unido nos muestra que si hay compromiso político, se pueden incrementar los montos de cooperación sin afectar las políticas domésticas.

1.1. Distribución de la AOD en 2017

Si analizamos el comportamiento por países según las cifras absolutas destinadas a AOD, observamos que en 2017 son 16 los países que han disminuido su AOD por un total de 3.771 millones de dólares, compensándose por el incremento de 12 en 5.406 millones de dólares.

Lo primero que debemos destacar es que la mayoría de los países, 19 en concreto, varían menos de un 10% su presupuesto de AOD. Entre los que incrementan sustancialmente su ayuda estarían Francia, que pasa de 9.622 millones de dólares a 11.363 millones (1.741 millones de incremento lo que equivale a un 18%), y Japón que realiza un incremento por encima de los 1.000 millones. Finalmente con incrementos superiores a 500 millones estarían Estados Unidos, Italia y Suecia.

En cuanto a los países que reducen su AOD, España es el país que presenta un mayor descenso, debido al incremento artificial que tuvo en 2016 por la operación de cancelación de deuda. Respecto a 2016, son 1.863 millones de dólares menos lo que destina España a AOD. Otros países con descensos significativos serían Suiza (485 millones de dólares), Austria (405 millones de dólares) y Australia (321 millones). Noruega que está por encima del 0,7% reduce su AOD en 257 millones de dólares.

Un año más hemos de destacar el sesgo que sigue provocando la ayuda a personas refugiadas en países donantes. Por ejemplo, Alemania que destinó en 2016

la cantidad de 6.217 millones de dólares, el doble de lo que destinó en 2015, este año se mantiene estable, pero, como explicamos más adelante, sigue destinando en 2017 más del 24% de su AOD a las personas refugiadas en Alemania. Esto también explica el crecimiento de AOD de otros países como Canadá, que pasan de 3.990 millones de dólares a 4.277 millones.

TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2013-2017 (DESEMBOLSOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

AOD Neta	2013		2014		2015		2016		2017	
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Australia	4.851,00	0,34	4.203,42	0,27	3.222,45	0,27	3.278,00	0,27	2.957,00	0,23
Austria	1.172,00	0,28	1.144,39	0,26	1.207,47	0,32	1.635,00	0,42	1.230,00	0,3
Bélgica	2.281,00	0,45	2.384,51	0,45	1.894,38	0,42	2.300,00	0,5	2.204,00	0,45
Canadá	4.911,00	0,27	4.196,45	0,24	4.287,22	0,28	3.930,00	0,26	4.277,00	0,26
Rep. Checa	212,00	0,11	208,99	0,11	201,62	0,12	260,00	0,14	272,00	0,13
Dinamarca	2.928,00	0,85	2.995,97	0,85	2.565,56	0,85	2.369,00	0,75	2.401,00	0,72
Finlandia	1.435,00	0,55	1.634,58	0,6	1.291,53	0,56	1.060,00	0,44	1.054,00	0,41
Francia	11.376,00	0,41	10.370,87	0,36	9.225,98	0,37	9.622,00	0,38	11.363,00	0,43
Alemania	14.059,00	0,38	16.248,67	0,41	17.779,27	0,52	24.736,00	0,7	24.681,00	0,66
Grecia	305,00	0,13	248,44	0,11	282,20	0,14	369,00	0,19	317,00	0,16
Hungría							199,00	0,17	149,00	0,11
Islandia	35,00	0,26	35,41	0,21	39,08	0,24	59,00	0,28	69,00	0,29
Irlanda	822,00	0,45	808,80	0,38	718,26	0,36	803,00	0,32	808,00	0,3
Italia	3.253,00	0,16	3.342,05	0,16	3.844,41	0,21	5.087,00	0,27	5.734,00	0,29
Japón	11.786,00	0,23	9.188,29	0,19	9.320,24	0,22	10.417,00	0,2	11.475,00	0,23
Corea del Sur	1.744,00	0,13	1.850,67	0,13	1.911,00	0,14	2.246,00	0,16	2.205,00	0,14
Luxemburgo	431,00	1	426,76	1,07	361,4	0,93	391	1	424	1
Países Bajos	5.435,00	0,67	5.572,03	0,64	5.812,62	0,76	4.966,00	0,65	4.955,00	0,6
Nueva Zelanda	461,00	0,26	502,28	0,27	437,99	0,27	447,00	0,25	436,00	0,23
Noruega	5.581,00	1,07	5.024,28	0,99	4.277,76	1,05	4.380,00	1,12	4.123,00	0,99
Polonia	474,00	0,1	437,08	0,08	442,35	0,1	663	0,15	674	0,13
Portugal	484,00	0,23	418,96	0,19	305,73	0,16	343	0,17	378	0,17
Eslovaquia	85,00	0,09	81,24	0,08	85,77	0,1	106	0,12	113	0,12
Eslovenia	60,00	0,13	61,53	0,13	62,41	0,15	81	0,19	76	0,16
España	2.199,00	0,16	1.893,28	0,14	1.603,77	0,13	4.278,00	0,35	2.415,00	0,19
Suecia	5.831,00	1,02	6.222,55	1,1	7.091,91	1,4	4.894,00	0,94	5.512,00	1,01
Suiza	3.198,00	0,47	3.547,59	0,49	3.537,73	0,52	3.582,00	0,53	3.097,00	0,46
Reino Unido	17.881,00	0,72	19.386,50	0,71	18.699,94	0,71	18.053,00	0,7	17.940,00	0,7
EE UU	31.545,00	0,19	32.728,62	0,19	31.076,17	0,17	34.412,00	0,19	35.261,00	0,18
Total países CAD	134.835,00	0,30	135.164,21	0,29	131.586,22	0,30	144.965,00	0,32	146.600,00	0,31

Fuente: OCDE – CAD

Comprometerse con los ODS significa incrementar la inversión en cooperación de todos los países donantes, que deberían de presentar un plan a corto, medio y largo plazo para alcanzar el 0,7% acordado. Este compromiso permitirá mejorar la predictibilidad de la ayuda, su eficacia, eficiencia e impacto. Pero desgraciadamente la tendencia actual no permite ser muy optimistas. El estancamiento en los últimos años del porcentaje destinado a AOD indica que, si la tendencia actual se mantiene, en 2030 apenas llegaremos al 0,42%, muy lejos del 0,7% comprometido.

También debemos tener presente que es necesario reflexionar sobre el papel que debe jugar la AOD en el desarrollo sostenible de los pueblos y las personas frente al uso de la cooperación para avanzar la agenda económica o política de los países donantes

De los miembros que no pertenecen al CAD pero que sí informan a los organismos de la OCDE sobre sus flujos de ayuda, los Emiratos Árabes Unidos notificaron el mayor índice de AOD / INB en 2017 (1.31%), seguido de Turquía (0,95%).

TABLA 2.2. AOD DE PAÍSES NO MIEMBROS DEL CAD

	2016		2017	
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Croacia	41,00	0,07	50,00	0,09
Estonia	43,00	0,19	42,00	0,17
Israel	351,00	0,11	342,00	0,10
Letonia	30,00	0,11	32,00	0,11
Lituania	57,00	0,14	59,00	0,13
Malta	21,00	0,20	26,00	0,22
Rusia	1.258,00	0,10	1.194,00	0,08
Turquía	6.488,00	0,76	8.143,00	0,95
Emiratos Árabes Unidos	4.241,00	1,21	4.595,00	1,31
Bulgaria	68,00	0,13	62,00	0,11
TOTAL	12.598,00	0,282	14.545,00	0,305

Fuente: OCDE – CAD

1.2. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

Una regla del CAD que data de 1988, permite a los países donantes imputar como AOD ciertos gastos destinados a las personas refugiadas dentro de su territorio, durante el primer año después de su llegada. Australia, Corea y Luxemburgo no han imputado como AOD ningún gasto de refugiados en su territorio en 2017, pero 9 países han asignado más del 10% de su AOD a las personas refugiadas en su territorio.

Reiteramos el sesgo que supone en el crecimiento de las cifras de Ayuda Oficial al Desarrollo la ayuda destinada para la atención de personas refugiadas en países donantes. Aunque se trata de un gasto necesario, no se trata de AOD genuina, dado que los fondos permanecerán en los países donantes a costa de reducir el importe de la ayuda que realmente se destina a promover el desarrollo sostenible y el bienestar de los países empobrecidos. La ayuda a personas refugiadas en países donantes, más allá del debate sobre si debería o no computar como AOD, convendría hacerse con fondos complementarios y en ningún caso a costa de restar fondos a la Ayuda Oficial al Desarrollo.

Concord (La Confederación Europea de ONG de Ayuda y Desarrollo) analiza en el informe *"Aid watch 2018, aid and migration"*⁴, los vínculos entre las políticas de migración y desarrollo en Europa y su política exterior. Entre las principales conclusiones del informe destacan:

1. Eliminar gradualmente la práctica por la que se imputan como AOD los costes de personas refugiadas en el país donantes. Para ello, los miembros del Comité (CAD) deben cumplir plenamente con las Normas para el reporte que fueron revisadas en octubre 2017. Por otra parte, el CAD debe iniciar una reflexión sobre formas alternativas de contabilizar estos costes fuera de la AOD.
2. Construir un enfoque sobre la migración y la cooperación basado en la evidencia, que asegure que el impacto en el desarrollo siga siendo el elemento clave de toda la ayuda de la UE, y que la ciudadanía, otros actores del desarrollo y los países receptores de ayuda participen de forma efectiva en su desarrollo.
3. Detener la instrumentalización de la ayuda y la cooperación al desarrollo, mediante el establecimiento de límites claros entre la disuasión migratoria y los esfuerzos de desarrollo. La AOD debe mantener su propósito de erradicar la pobreza, reducir la desigualdad, satisfacer las necesidades humanitarias y apoyar los derechos humanos, sin estar condicionada por el control migratorio.

4. https://concordeurope.org/wp-content/uploads/2018/03/CONCORD_AidWatchPaper_Aid_Migration_2018_online.pdf?1dcbb3&1dcbb3

TABLA 2.3. GASTOS REFUGIO EN PAÍSES DONANTES (EN MILLONES DE DÓLARES)

	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
Total CAD	4.239,53	5.815,21	12.095,56	15.959,51	13.777,14
Países UE del CAD	2.584,00	4.382,00	9.718,00	12.343,00	11.565,00

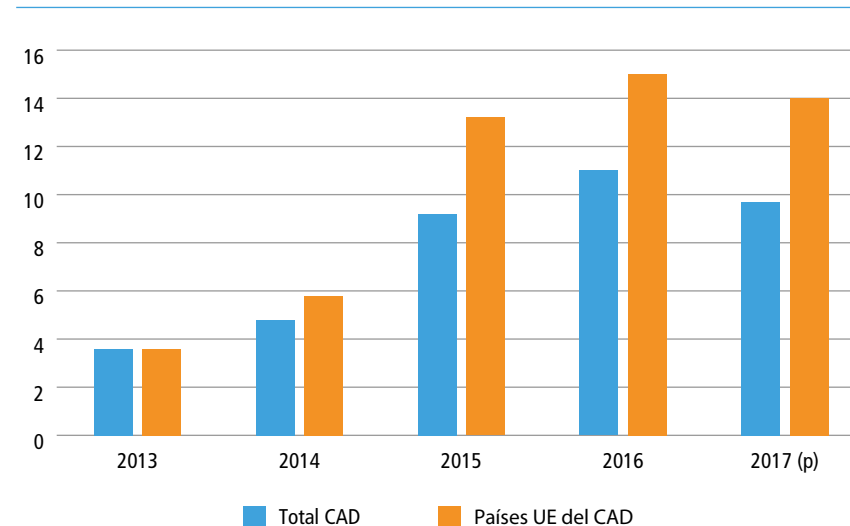
Fuente: Datos OCDE-CAD

Los datos preliminares para 2017 muestran un descenso de 2.182 millones de dólares de la AOD destinada a la acogida de personas refugiadas en países miembros del CAD durante su primer año de estancia. Los países que experimentan los mayores descensos son, Austria que ha pasado de asignar el 36,4% de su AOD al 12,5%, Dinamarca que ha bajado del 17,4% al 3%, Noruega del 18,3% al 3,6% y Suiza del 19,3% al 9,2%.

No obstante, preocupa que 12 países (todos europeos excepto Canadá) dediquen más del 10% de su AOD total a cubrir los costes de atención a personas refugiadas en sus propios países, y que de éstos cuatro (Grecia con el 22,7%, Alemania con el 24,6%, Islandia con el 36,3% e Italia con el 31,4%) asignen más del 20% de su AOD a este concepto.

Según datos del ACNUR, Europa acogió a 2,6 millones de personas refugiadas, asignando 11.565 millones de dólares para su atención durante el primer año de estancia en sus países, mientras que África subsahariana acogió a 6,3 millones de personas (el 30% de las personas refugiadas) pero solo recibió algo más de 5.800 millones de dólares para financiar todos los llamamientos de Naciones Unidas para responder a las necesidades humanitarias en África subsahariana.

GRÁFICO 2.6. GASTOS REFUGIO EN PAÍSES DONANTES COMO % DE AOD NETA TOTAL 2013-2017



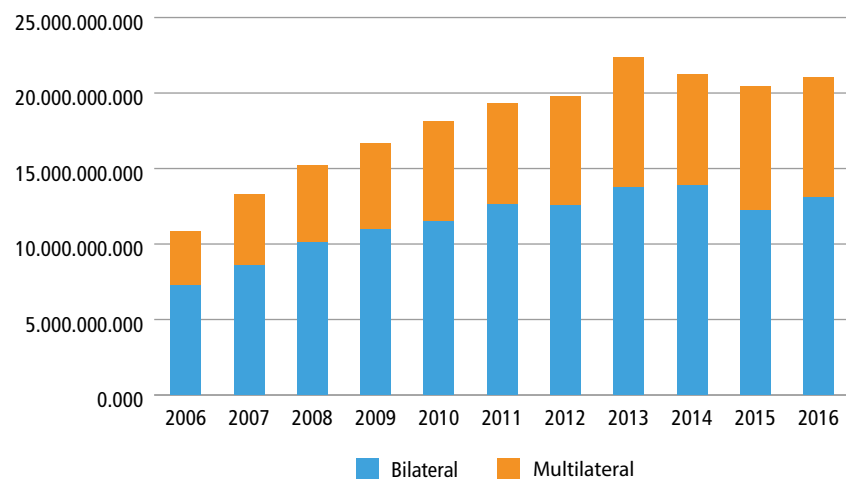
Fuente: Datos OCDE-CAD

Por último, también ha habido ligeros aumentos en Canadá, la República Checa, Francia, Islandia, Irlanda, Países Bajos y España, siendo estos tres últimos los países que han experimentado un mayor crecimiento. Irlanda ha pasado de 1 a 11 millones, Países Bajos de 434 millones a 835 millones de dólares y España de 89 a 218 millones de dólares.

2. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

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. Concretamente se destinaron a salud 21.020 millones de dólares, 570 millones más que en 2015. Este crecimiento se debe al incremento de la ayuda bilateral entre países, un incremento que compensa la reducción de la AOD multilateral, que desciende en cerca de 274 millones de dólares. Pero a pasar de este incremento, la AOD en salud pierde algo de peso en el conjunto de la AOD, pasando de 13,06% a 12,59%, una cifra que baja del 13% por primera vez desde 2011.

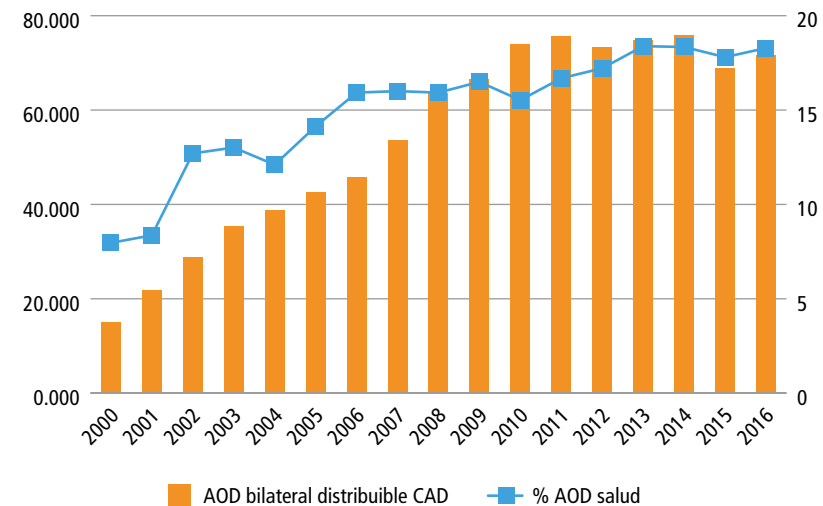
GRÁFICO 2.7. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Sin embargo, si analizamos solamente la AOD bilateral distribuible (la ayuda que los países pueden elegir donde enviarla) destinada al sector salud, podemos observar que el porcentaje que significa la salud en esta ayuda distribuible, así como las cifras absolutas, crecen en 2016. Concretamente, el porcentaje destinando a salud de la AOD distribuible alcanza el 18,26%, algo más de medio punto porcentual de incremento, que suponen 13.068 millones de dólares destinados a salud. A pesar de este porcentaje, que supera con creces el objetivo recomendado en su día para los ODM de destinar al menos el 15% de la ayuda al sector salud, estas cifras no pueden ocultar que se necesita un mayor esfuerzo en el sector de la cooperación en salud para hacer frente a los retos que supone el compromiso del ODS 3 en salud.

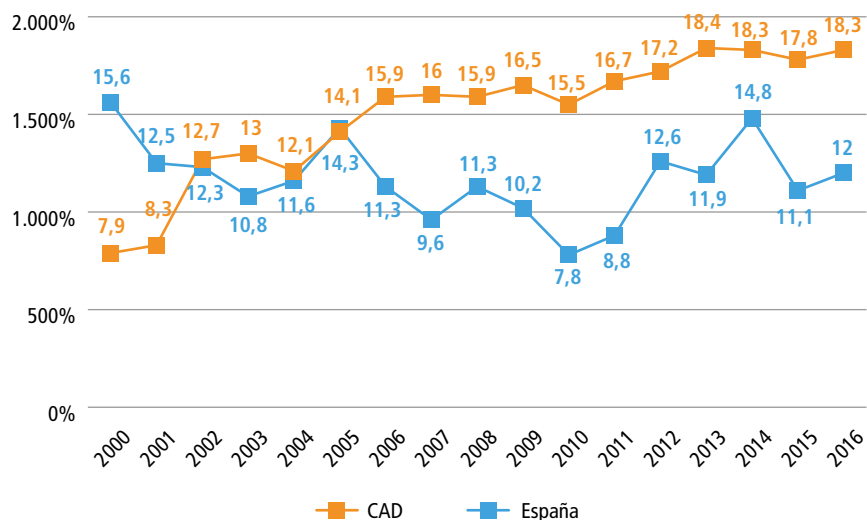
GRÁFICO 2.8. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

El porcentaje que destina la cooperación española dentro de la ayuda bilateral distribuible también se incrementa, pasando de 11,10% a 12,04%. La brecha porcentual que tiene España con respecto a la AOD bilateral distribuible destinada a salud con el conjunto de los países donantes del CAD, disminuye muy levemente, pasando esta diferencia de 6,68 puntos en 2015 a 6,22 en 2016, y que muestra la gran distancia a la que está España del conjunto de donantes desde 2007.

GRÁFICO 2.9. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADO A SALUD. COMPARATIVA CAD-ESPAÑA



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, incrementan en 2016 cerca de un 20% su presupuesto destinado a AOD hasta alcanzar los 18.627 millones de dólares, y volviendo a las cifras de 2014. La AOD en salud de las instituciones europeas también incrementa sus cifras de manera aún mayor que el conjunto de la AOD en 2016, hasta alcanzar los 732 millones de dólares, un 26,3% más que el año anterior. Sin embargo, el porcentaje destinado a salud sigue, como en años anteriores, siendo muy bajo, apenas un 3,93%. Este porcentaje está muy lejos de lo que destinan el conjunto de donantes, y no se entiende por qué las instituciones europeas le dan tan poco valor a la salud en sus presupuestos de cooperación.

TABLA 2.4. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total AOD	12.570,34	17.946,85	18.101,64	17.243,12	18.473,52	15.555,13	18.627,54
Salud general	162,60	137,59	117,84	112,77	108,24	145,95	140,48
Salud básica	217,36	385,22	304,12	422,70	403,19	335,39	483,41
SSR	95,27	135,80	121,01	96,42	118,96	98,20	108,42
Total Salud	475,23	658,61	542,97	631,89	630,40	579,54	732,31
%Salud/Total	3,78%	3,67%	3,00%	3,66%	3,41%	3,73%	3,93%

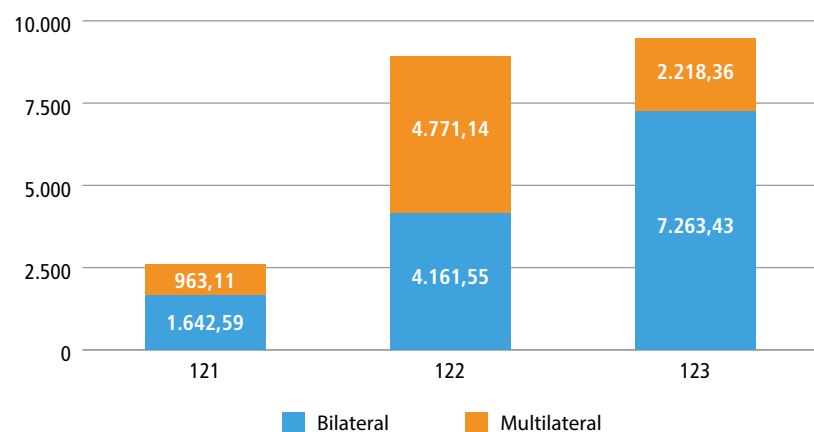
Fuente: Creditor Reporting System

3. DESAGREGACIÓN SUBSECTORIAL Y GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD DEL CAD

3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

Respecto a los tres **subsectores de salud** que computa el CAD, salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122) y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130), como podemos observar en el gráfico 2.8, la salud reproductiva sigue siendo el sector más financiado en 2016 con 9.481 millones de dólares, 264 más que en 2015. El 75% de esta cantidad se destina por la vía bilateral, y solamente un 25% es multilateral. La salud básica se mantiene en la segunda posición con 8.932 millones de dólares, pero bajando su presupuesto en 125 millones. Al contrario que la salud reproductiva, la salud básica recibe más dinero vía multilateral (un 53%) que por la vía bilateral. En tercer lugar, y a gran distancia seguiría estando la salud general con 2.605 millones de dólares, pero con un incremento de 430 millones, un 20% más que lo destinado en 2015. Esta asimetría entre sectores, se repite en los últimos años, lo que indica una orientación estratégica por parte del conjunto de donantes, pero que debería de analizarse en el nuevo contexto de los ODS, y concretamente del ODS 3 de salud.

GRÁFICO 2.10. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2016 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Si desglosamos los 3 subsectores CAD, tabla 2.5, observamos que las partidas destinadas a los subsectores mantienen una estabilidad en el tiempo, lo que en principio supone una mejor predictibilidad de la ayuda. También supondría una priorización similar entre los donantes, algo que al menos no está explicitado en un compromiso con una estrategia común, ya que los países orientan sus estrategias individualmente.

En salud general viene destacando el componente de política sanitaria y gestión administrativa, que tradicionalmente es el más financiado. En 2016 supone el 67,7% de toda la salud general, un 3,7% más que el año anterior. No obstante, este subsector 12110 supone solamente el 8,4% del total de AOD en salud.

En salud básica la AOD suele estar más repartida, pero son 3 componentes los que destacan. La atención sanitaria básica (12220) es el componente que ha estado liderando este sector, y en 2015 obtuvo el 29,62% de toda la salud básica, casi punto y medio menos que el año anterior. Le siguen este año el control de enfermedades infecciosas con un 22,2%, también bajando un punto y medio, y la lucha contra la malaria con un 21,1%, que es la única de las tres que incrementa ligeramente su porcentaje. En la salud sexual y reproductiva, aumenta aún más su importancia el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido el vih/sida (13040), al que se destina el 71,5% de la AOD de este subsector y el 32% de toda la AOD en salud.

En 2016 la lucha contra el vih/sida, la malaria y la tuberculosis, prioridades de los antiguos ODM, reciben el 45% del total de la AOD sanitaria del CAD, un 3% más que en 2015, cuando acabaron los ODM. Con el comienzo de los ODS, estas prioridades deberían de variar, y la Cobertura Sanitaria Universal debería ser la primera prioridad. Pero la propia Cobertura Sanitaria Universal o las enfermedades no transmisibles pueden tener un problema de visibilidad dentro del CAD, ya que no hay ningún subsector que los abarque, al menos en su totalidad.

TABLA 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD TOTAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES Y SUBSECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
121	2.379,36	2.235,72	2.527,51	2.219,00	2.407,70	2.736,02	2.175,35	2.605,69
12110	1.830,01	1.609,88	1.793,20	1.556,94	1.610,12	1.916,83	1.388,15	1.765,67
12181	72,48	109,67	110,29	86,82	95,03	110,09	81,37	116,98
12182	170,85	194,09	257,06	270,99	328,05	306,12	284,93	288,22
12191	306,02	322,08	366,96	304,24	374,51	402,98	420,90	434,82
122	5.916,97	6.669,49	6.626,68	7.275,71	9.205,11	8.374,66	9.057,39	8.932,69
12220	1.770,61	2.316,25	2.397,64	2.625,66	3.225,67	2.884,73	2.823,76	2.646,05
12230	366,20	385,95	343,23	347,70	388,99	329,93	360,32	468,82
12240	409,21	365,14	408,10	564,88	939,36	934,95	861,69	856,11
12250	1.289,73	1.058,79	1.167,90	978,29	1.325,57	1.297,79	2.250,83	1.983,68
12261	54,09	64,71	84,91	118,39	166,58	130,82	81,99	100,58
12262	1.435,28	1.602,44	1.347,29	1.765,06	1.965,95	1.894,38	1.775,26	1.888,41
12263	504,72	787,07	784,62	773,57	1.086,10	779,92	754,40	870,61
12281	87,13	89,14	92,99	102,15	106,88	122,14	149,15	118,43
130	8.552,15	9.233,58	10.164,55	10.312,60	10.773,59	10.124,53	9.217,28	9.481,78
13010	277,45	274,43	307,14	398,01	356,87	432,94	289,90	234,84
13020	1.173,19	1.257,78	1.443,95	1.505,48	1.689,60	1.787,51	1.763,73	1.684,66
13030	520,03	491,79	585,13	732,58	753,27	893,25	858,07	668,40
13040	6.569,51	7.200,95	7.796,16	7.628,88	7.904,25	6.927,29	6.193,88	6.783,99
13081	11,97	8,63	32,17	47,65	69,60	83,54	111,71	109,89

Fuente: Creditor Reporting System

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

Al analizar la distribución geográfica de la AOD en salud en 2016, observamos que se ha incrementado el ya de por sí importante volumen de ayuda que no está especificada, por países. Se alcanza un 25,73% casi 2 puntos más que el año anterior. Si bien en 2017 asumíamos la hipótesis de que este aumento era debido al incremento de ayuda multilateral, este año, que su peso ha bajado respecto a la bilateral, no se explicaría este incremento de ayuda no especificada por este motivo. También el porcentaje de ayuda no especificada en salud es elevado, y alcanza el 18,89%. Habría que analizar en profundidad cuáles son las causas de este comportamiento de la AOD y AOD sanitaria, ya que este porcentaje puede provocar un sesgo muy importante en el análisis geográfico de la cooperación.

En 2016 hay grandes diferencias con respecto a lo que observábamos en los últimos años. El continente africano es la región que alberga las mayores carencias en general y recibe el 31,54% de la AOD general de los donantes, 52.642 millones de dólares, una cifra muy similar a la de 2015. También es el continente que más dinero recibe en salud, concretamente el 56,08% de toda la ayuda en salud, lo que indica una buena orientación geográfica, pues es el continente con peores indicadores de salud del mundo. Dentro del continente, es África subsahariana la región que más ayuda recibe para salud, concretamente algo más del 54% de toda la ayuda en salud.

Asia incrementa la ayuda recibida en más de 2.000 millones, siendo la segunda región que más ayuda recibió en AOD general, 47.480 millones de dólares. También mantiene el segundo puesto en cuanto a AOD sanitaria con 4.017 millones, pero disminuye sus cifras absolutas en 114 millones de dólares.

La AOD destinada a América creció en 2016 en 898 millones de dólares, casi un 8% más, pero le mantiene en el tercer lugar de las regiones más beneficiadas por la ayuda del CAD. La ayuda sanitaria también se incrementó, pero solamente en 12 millones, un 1,5% más que en 2015.

A pesar de estar en cuarta posición, la región que más ha crecido fue la destinada a Europa, 1.324 millones de dólares más que en 2016, casi un 16% más que en 2015, mientras que la salud creció hasta alcanzar los 278 millones de dólares, un 20% más.

TABLA 2.6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2015 (DESEMBOLSOS BRUTOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África		52.642,74	31,54%	11.788,23	56,08%
	Norte de África	5.218,94		106,15	
	África subsahariana	44.512,16		11.477,49	
	África, regional	2.911,63		204,59	
América		12.345,99	7,40%	789,98	3,76%
	América Central y del Norte	7.116,18		583,92	
	América del Sur	4.562,05		142,95	
	América, regional	667,76		63,12	
Asia		47.480,47	28,45%	4.017,39	19,11%
	Lejano Oriente	11.101,63		1.145,61	
	Asia central y del sur	22.708,05		2.424,88	
	Oriente Medio	12.767,47		358,45	
	Asia, regional	903,31		88,45	
Europa		9.754,21	5,84%	278,75	1,33%
Oceanía		1.740,98	1,04%	174,83	0,83%
No especificado		42.941,20	25,73%	3.970,99	18,89%

Fuente: Creditor Reporting System

Seguimos viendo un modelo de cooperación sin grandes variaciones que nos indiquen que se van a afrontar los ODS de manera diferente a la que se viene desarrollando en los últimos años. Para ello, los países donantes deberían adaptar sus políticas de cooperación y de cooperación sanitaria a los nuevos compromisos y formas de trabajar en cooperación, y eso también debería estar reflejado tanto en sus presupuestos, como en las prioridades sectoriales que asumen. También deben hacerse cambios en los sistemas de medición de la ayuda, pues los sectores y subsectores CAD no están adaptados a la nueva realidad de la Agenda 2030.

4.- MARCO DE FINANCIACIÓN PLURIANUAL (MFP) 2021-2027 DE LA UNIÓN EUROPEA

La Comisión Europea (CE) ha presentado su propuesta del Marco Financiero Plurianual de la Unión Europea para el período 2021-2027⁵. Durante los próximos meses se negociará dicho marco que establece los límites máximos de las diferentes líneas de los presupuestos anuales. Aunque las negociaciones deberían finalizar antes de la celebración de las elecciones al Parlamento Europeo en mayo de 2019, es probable que éstas se alarguen hasta el último momento, es decir, a finales del 2020.

El nuevo presupuesto confirma el giro de la política exterior de la UE hacia el control de los flujos migratorios y el control de sus fronteras. Así se crea una línea presupuestaria específica llamada “Migración y Gestión de las fronteras” que con una asignación de 33.000 millones de euros casi triplica el presupuesto 2014-2020, mientras que los fondos destinados a seguridad y defensa aumentan un 40%.

En cuanto al ámbito de la cooperación y la acción exterior, bajo el Capítulo 6 Vecindad y resto del mundo, la CE propone aumentar ligeramente su financiación con respecto al MFP 2014-2020 y reducir el número de instrumentos a tres: Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional (NDICI por sus siglas en inglés); Ayuda humanitaria y Ayuda de preadhesión.

El Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional tendrá un presupuesto de 89.200 millones de euros y reúne varios instrumentos (incluido el Fondo Europeo de Desarrollo) en un amplio Instrumento que incluiría un fondo de “Reserva para nuevos retos y prioridades” y que contaría con una nueva estructura de inversiones exteriores.

Este instrumento no incluye entre sus objetivos la eliminación de la pobreza o el desarrollo sostenible ambos elementos clave de la nueva agenda de desarrollo, por lo que sería deseable que se creara un Instrumento independiente centrado en estos dos objetivos.

Por otra parte, preocupa el desarrollo del Plan de inversión exterior a través de la modalidad de *garantías y blending* en los programas geográficos y el uso de la AOD como palanca para las inversiones privadas. La AOD debe destinarse a aquellos sectores que más benefician a la población más pobre y marginada y no a potenciar la participación del sector privado. Sectores sociales clave en el desarrollo de un país como son la educación y la salud deben financiarse a través de fondos públicos para

asegurar la calidad y el acceso a los mismos de toda la población. Por tanto, la UE debería excluir de manera explícita a la salud y la educación del marco de actuación del plan de inversiones exteriores.

Aunque aún queda mucho camino por recorrer hasta la aprobación del MFP en 2020, la propuesta de la Comisión incluye las siguientes líneas dentro de este Instrumento:

- Pilar geográfico – 68.000 millones
 - Vecindad: 22.000 millones
 - África subsahariana: 32.000 millones
 - Asia, Oriente Medio y Pacífico: 10.000 millones
 - América Latina y Caribe: 4.000 millones
- Pilar temático – 7.000 millones
 - Derechos humanos y democracia: 1.500 millones
 - Sociedad civil en desarrollo: 1.500 millones
 - Paz y estabilidad: 1.000 millones
 - Otros desafíos a escala mundial: 3.000 millones (incluida salud y educación)
- Respuesta rápida – 4.000 millones
- Reserva para nuevos retos y prioridades – 10.200 millones

En cuanto al Instrumento de Ayuda Humanitaria es una buena noticia que éste se mantenga como instrumento independiente lo que permitirá acciones rápidas y focalizadas, independientes de los objetivos políticos de la EU. Aunque la Comisión propone una dotación de 11.000 millones, lo que supone un ligero aumento con respecto al MFP actual creemos que sigue siendo insuficiente frente al continuo aumento de las necesidades humanitarias.

5. Comisión Europea; Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Un presupuesto moderno para una Unión que proteja, empodere y vele por la seguridad. El marco financiero plurianual para el período 2021-2027. Bruselas, 2 de mayo de 2018.

- En 2017 la AOD española alcanza el 0,19% de la renta nacional bruta, un porcentaje claramente insuficiente para cumplir los compromisos a finales de legislatura, y muy alejado del 0,31% de la media del conjunto de donantes del CAD.
- Se ha realizado la primera evaluación voluntaria de avances en la Agenda 2030 en España, que pone las bases futuras para una implementación real de los ODS, y parece que España ha dado un impulso real para esta implementación. 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.
- El peso de la cooperación en salud respecto al conjunto de la AOD aumenta hasta el 2,56%, que sigue estando muy alejado de la media del conjunto de donantes, que destinan el 12,5% a este sector

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

Los datos utilizados para la elaboración del presente capítulo provienen de los informes anuales de seguimiento de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) elaborados por la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, así como las tablas detalladas de datos de AOD que los acompañan.

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD CRS siguientes¹: 121, 122 y 130, que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica, y políticas y programas de población y salud reproductiva.

Dentro del informe se pueden encontrar identificadas y diferenciadas tres formas de canalizar la AOD: bilateral, multilateral y multilateral.

- Según se explicita en la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud, la **AOD bilateral** es la ayuda oficial al desarrollo que la cooperación española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos, por distintas instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios, a través de las oficinas técnicas de cooperación (OTC) de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas, en muchos casos, a través de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.
- La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los “core funding” o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). En 2007, la Dirección General de Políticas de Cooperación para el Desarrollo (DGPOLDE) introdujo una variación en el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en este sector, se incluían también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente². Este sistema se ha utilizado hasta 2011; desde 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse. Esto hace que los datos de 2012, 2013 y 2014 no sean exactamente equivalentes —y por tanto directamente comparables— a los de los años anteriores³.
- La **AOD multilateral** o bilateral canalizada vía OMUDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través

1. Ver detalles en la tabla de clasificación del CAD en anexos.

2. Esto explica que, a partir del informe de seguimiento PACI 2007, en las fichas-sector que se incluyen en los anexos del mismo, se computaban mayores cantidades de AOD multilateral en salud (120 + 130).

3. En 2011, el 56 % de la AOD multilateral en salud correspondía a este tipo de imputaciones proporcionales que a partir de 2012 dejaron de hacerse.

de OMUDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. Es relativamente normal que estos datos se incluyan en la AOD bilateral. Sin embargo, en este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad.

METODOLOGÍA EN LA PRESENTACIÓN DE LOS DATOS DE AOD PARA EL SECTOR SALUD EN ESTE INFORME

En los años anteriores a 2014 habíamos venido utilizando de forma habitual los datos de AOD neta desembolsada, es decir, el resultado de restar a la AOD bruta desembolsada los reintegros producidos en el año de AOD reembolsable para salud de años anteriores.

Desde 2014, a la hora de presentar la AOD del sector salud, **hemos visto más conveniente utilizar los datos de AOD bruta**, es decir, los desembolsos que se han efectuado durante el año analizado, sin restarle los reintegros de créditos de años anteriores.

El motivo de este cambio se debe a que, debido a la aplicación de la normativa que regula el principal instrumento de ayuda reembolsable (el FONPRODE), desde 2012 no se han producido desembolsos de nuevos créditos, porque el sector salud se considera un sector al que no se debe canalizar este tipo de ayuda. Sin embargo, en 2015, 2016 y 2017 sí se ha producido un volumen significativo de reembolsos de créditos antiguos que se otorgaron para el sector salud y que, por tanto, se restan a este sector al calcular la AOD neta. Nos parece que cuando se produce en el mismo año tanto desembolsos como reembolsos de crédito, tiene todo el sentido utilizar la AOD neta y para no desvirtuar el esfuerzo real que se está haciendo y evitar computar dos veces un dinero para cooperación, lo lógico sería que estos créditos se destinaran a los sectores a dónde se destinaran los créditos originalmente.

Por ello, en cada caso indicaremos cuando estamos utilizando los datos de AOD neta o de AOD bruta, pero la norma en este informe será utilizar como magnitud de referencia la AOD bruta.

1.2. Datos generales de la AOD en 2017

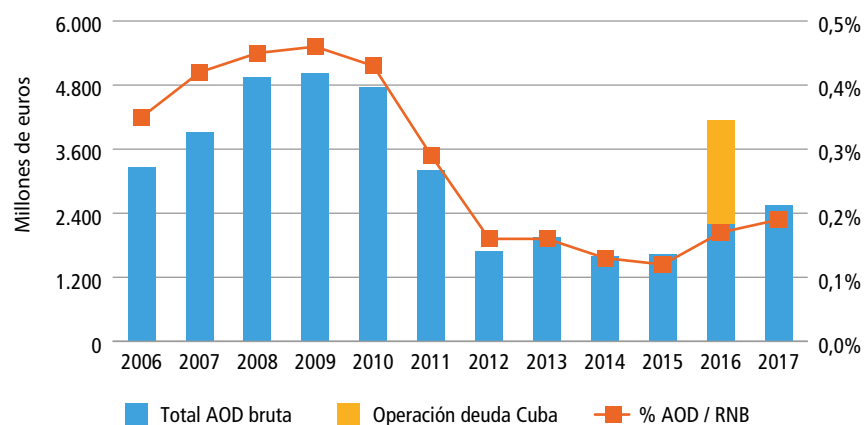
La AOD bruta desembolsada en 2017 por España ha sido de 2.560 **millones de euros**, lo que supone un descenso de 1.590 millones de euros respecto a 2016. El descenso tiene que ver con el hecho de haber computado en 2016 como AOD una operación de cancelación de deuda con Cuba que alteraba completamente las cifras, y por lo tanto también la evolución de la AOD española. Según nuestro criterio, este tipo de operaciones de cancelación de deuda no debería computarse como AOD, ya que son operaciones multilaterales que se consensuan en el denominado Club de París. Si elimináramos esa operación de alivio de la deuda (que alcanzó los 1.958,8 millones de euros), la AOD española crecería en 2017 368 millones de euros, lo que

supone un 16% más que en 2016. Esta cifra sitúa la AOD de 2017 en **el 0,19% de la renta nacional bruta**, dos puntos por encima del 0,17% que se consiguió en 2016 sin la operación de cancelación de deuda. Este porcentaje está muy alejado de la media del conjunto de donantes del CAD que, como vimos en el capítulo anterior, se sitúa de media en el 0,31%.

La propuesta de gasto en AOD para 2018, que aparece en el Informe “*Propuesta de Presupuestos Generales del Estado para 2018*” de Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica y el Caribe, se constata que las partidas de cooperación crecen en los últimos años, pero a un ritmo muy lento. En concreto, para 2018 se espera que se destine a AOD 2.602 millones de euros, lo que supondría un 0,22% de la renta nacional bruta, alejándose del objetivo de alcanzar el 0,4% al finalizar la legislatura. De hecho, y según la CONGDE, con esta evolución de la AOD tardaríamos 15 años en conseguir el 0,4%.

Como en los dos años anteriores, se siguen recibiendo las devoluciones de préstamos antiguos que se computaban como AOD, y cuyo monto en 2017 asciende a más de 289 millones de euros, un 11,3% del total del dinero destinado a AOD en 2017. Un dinero que debiera ser vuelto a utilizar en AOD, para incrementar sus escasos recursos, y utilizar esos fondos para las partidas de cooperación para los que habían sido concebidos.

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA Y DEL PORCENTAJE SOBRE LA RNB 2006-2017 CON OPERACIONES DE DEUDA Y SIN OPERACIONES DE DEUDA EN 2016

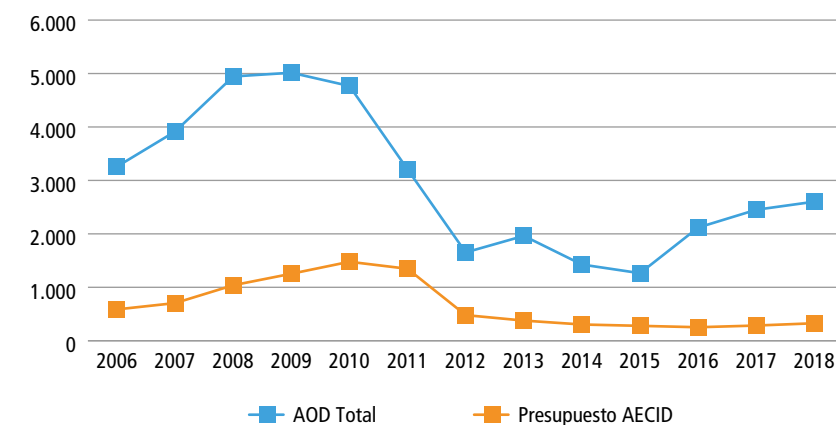


Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

4. <https://coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/2018/04/An%C3%A1lisis-PGE-2018.pdf>.

Esta evolución también parece insuficiente a largo plazo. El Gobierno de España se volvió a comprometer con el 0,7% para 2030 en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo en julio de 2015 en Addis Abeba. Parece realmente difícil que se consiga ese porcentaje con unas subidas tan suaves en las partidas para la cooperación, porque obligaría a unos incrementos extraordinarios en pocos años que difícilmente se van a dar. Es muy necesario trazar una hoja de ruta creíble, progresiva, consensuada y obligatoria de las partidas que se van a destinar a cooperación por parte del Gobierno de España para cumplir con el objetivo del 0,7% en 2030.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN Y COMPARATIVA DEL PRESUPUESTO DE AOD TOTAL Y DEL PRESUPUESTO ASIGNADO A LA AECID. 2006-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

V PLAN DIRECTOR DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA 2018 / 2021

La Agencia Española de Cooperación, referente social en materia de cooperación, recibe como regalo por su 30 cumpleaños un Plan Director que por primera vez en su historia no cuenta con el consenso de todos los actores. El mundo de la cooperación en general y la Agencia en particular no se merecía tan quebradizo e inconsistente regalo.

El V Plan Director, responsabilidad del Gobierno del Partido Popular, ha recibido duras críticas, tanto el seno del Consejo de Cooperación en el cual están representados diferentes actores sociales (ONGD, sindicatos, empresarios, universidades, empresa de economía social y expertas/os independientes), como en el Congreso de los Diputados, por parte de los dife-

rentes partidos políticos, o en la Comisión Interterritorial, donde están presentes las diferentes Comunidades Autónomas.

En las aportaciones que elevamos a la valoración realizada por la Coordinadora de Organizaciones No gubernamentales, ya destacamos una serie de carencias que perduran en el V Plan tras ser aprobado por el Consejo de Ministros el pasado 23 de marzo de 2018. Quizás la principal carencia que se percibe tras leer el documento es la ausencia de un compromiso político firme de recuperar los recursos de la política de cooperación. La ausencia de una memoria económica condena el VPD a no pasar de ser un ejercicio retórico falto de compromiso. Si el objetivo es recuperar una política pública vilipendiada y recortada económicamente hasta términos que la hacen irreconocible a nivel nacional e internacional, la incorporación de una memoria económica es innegociable.

El esfuerzo por alinearse con la Agenda 2030, la Agenda de Acción de Addis Abeba sobre Financiación del Desarrollo y el Acuerdo de París sobre cambio climático, y dar al Plan un enfoque estratégico a medio plazo está ahí pero no se logra. No se han definido claramente las prioridades ni se ha reforzado los pilares de la cooperación española.

Otras carencias que observamos tienen que ver con el rol reservado a la sociedad civil, más concretamente con los espacios de participación, la ausencia de referencias a mejoras normativas y/o legislativas, algunas de ellas recomendadas por organismos nacionales e internacionales. Finalmente queremos nombrar la inexistencia de indicadores y metas con los que realizar un seguimiento y evaluación del Plan.

Aun cuando el Plan es el que es, creemos que es voluntad del nuevo gobierno que debe ejecutarlo, buscar el consenso en torno a la Comunicación Anual que no es sino la planificación en el corto plazo que debe derivarse del Plan Director.

Por otro lado, después de un tijeretazo acumulado situado también en torno al 70% desde 2011, la debilitada y maltratada Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) recibirá un mínimo incremento presupuestario obteniendo 327,24 millones de euros, frente a los 284,43 millones inyectados en 2017. 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 y, por ende, el de la política de cooperación. Los incrementos que puedan producirse en la AOD deben tener su reflejo en el presupuesto de la AECID pues no es baladí el hecho de ser la institución que debería ser el resorte instrumental central para la ejecución de la política de cooperación, ya que es quien mayor conocimiento, estructura y experiencia acumula.

La cooperación al desarrollo es un instrumento que no puede ser considerado como prescindible, porque no tenga consecuencias políticas, como hemos visto en años anteriores. Además de los compromisos firmados (y, desgraciadamente, sistemáticamente incumplidos), es necesario entender que, en un mundo globalizado como el actual, la cooperación es un elemento positivo más de la lucha contra la inequidad mundial. Un mundo mejor beneficia a todas las personas que habitamos el planeta, y si queremos soluciones sostenibles, necesitamos esfuerzos conjuntos de

todas las partes implicadas. Es cierto que la cooperación se ha visto en los últimos tiempos afectada en su imagen por comportamientos inadecuados y abusivos de algunas personas que se decían cooperantes. Más allá de las medidas obligadas que se deben de tomar para evitar que esas personas puedan estar en el mundo de la cooperación, no debe servir de excusa para debilitar el papel que la cooperación hace en su conjunto, con todas sus luces y sus sombras. Entre los logros de la cooperación está, por ejemplo, el haber contribuido a disminuir la mortalidad materna e infantil a la mitad en apenas 25 años, algo de lo que todos deberíamos sentirnos orgullosos.

2. LA AGENDA 2030 EN ESPAÑA

España se comprometió en 2015, junto al resto de los países, en cumplir con la Agenda 2030. Esta Agenda, que tiene 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), 169 metas y 232 indicadores, no solamente se centra en los países más empobrecidos, sino que todos los países, incluida España deben de cumplirlos. Esa universalidad, su visión integradora y multidimensional del desarrollo y su apuesta por la sostenibilidad del planeta, son sus características más destacables.

La evolución de la Agenda en los distintos países ha sido muy diversa. En septiembre de 2017 el Gobierno de España crea el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, cuya reunión inaugural fue el 23 de octubre del mismo año⁵. Este Grupo estaba presidido por el Ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación, y contaba con dos vicepresidencias que recaían en la Ministra de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente y el Ministro de Fomento. El resto de los Ministerios participaban en rangos algo menores, aunque nunca inferior al de Director General. En diciembre de 2017, en la segunda reunión del grupo, se incorporan las Comunidades Autónomas (aunque solamente 12 participan directamente en la reunión) y la Federación española de Municipios y Provincias⁶. En junio de 2018, el nuevo gobierno quiso darle un nuevo impulso al trabajo en la Agenda 2030, nombrando una Alta Comisionada para la Agenda 2030, que depende directamente del presidente del Gobierno, y que se encarga de la coordinación de las actuaciones para el cumplimiento de la Agenda 2030. En concreto sus funciones son⁷:

5. http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/NotasDePrensa/Paginas/2017_NOTAS_P/20171023_NOTA132.aspx
6. http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/NotasDePrensa/Paginas/2017_NOTAS_P/20171220_NOTA163.aspx
7. http://transparencia.gob.es/transparencia/transparencia_Home/index/MasInformacion/Informes-de-interes/Sociedad_y_bienestar/Alto-Comisionado-Agenda-2030.html

- a. Realizar el seguimiento de las actuaciones de los órganos competentes de la Administración General del Estado para el cumplimiento de los objetivos de desarrollo sostenible y la Agenda 2030.
- b. Impulsar la elaboración y desarrollo de los planes y estrategias necesarios para el cumplimiento por España de la Agenda 2030.
- c. Evaluar, verificar y difundir el grado de avance en el cumplimiento de los objetivos de la Agenda 2030.
- d. Colaborar con el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación en la interlocución internacional de España en materia de implantación global de la Agenda 2030.
- e. Impulsar la elaboración de los sistemas de información y estadística necesarios para acreditar los avances en la consecución de los objetivos de la Agenda 2030.

En la misma reunión de junio de 2018, se aprueba el Plan de Acción para la Agenda 2030⁸, que se incluyó en el examen voluntario que realizó España. Este Plan de Acción tiene un marco temporal de dos años, 2018 y 2019, que sirvió de base para el examen nacional voluntario de España sobre los progresos de los ODS⁹.

Este Plan de acción se desglosa en diversos apartados: se describe la situación de los ODS en España, se explican los elementos determinantes de este plan de acción (prioridades, medios y sistemas de evaluación), se incorporan los compromisos de las CCAA y las EELL, se establece la gobernanza de la Agenda, y, por último, se describen los próximos pasos que se deben dar.

En la descripción de la situación en España, cabe destacar algunas cifras que demuestran que tenemos mucho camino por hacer. Por ejemplo, el elevado porcentaje, más del 21%, de la población española que en 2017 estaba en riesgo de pobreza o el porcentaje, más de la mitad, de la población española que tienen sobrepeso u obesidad. Otro de los retos que debemos abordar tiene que ver con la desigualdad de género que subsiste en el ámbito profesional. Hablamos de inequidad de género para referirnos a las diferencias en el acceso a determinados cargos y también para referirnos a las diferencias salariales que existen dentro de un mismo puesto de trabajo que se estiman en 5.941 euros al año de media.

Mejorar el índice de Gini¹⁰ en España, que es de 34,1 en 2017, elaborar un Plan Nacional Integrado de Energía y Clima para el periodo 2021-2030, o una futura Ley

8. <http://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:6e0f06b9-a2e0-44c0-955a-dad1f66c11d7/PLAN%20DE%20ACCI%20C3%93N%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%20C3%93N%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf>

9. <http://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:dc20086c-a0c1-4f21-9f76-3133322f9b4/INFORME%20DE%20ESPA%20C3%91A%20PARA%20EL%20EXAMEN%20NACIONAL%20VOLUNTARIO%202018.pdf>

10. El Índice de Gini se utiliza para medir la desigualdad en los ingresos, dentro de un país, pero puede utilizarse para medir cualquier forma de distribución desigual. El coeficiente de Gini es un número

de Cambio Climático y Transición Energética son aspectos también destacables. En cuanto a cooperación, se pone en valor el papel que debe de tener el V Plan Director de la cooperación española, junto con el papel de la conducta empresarial responsable en la cooperación.

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, así como garantizar su sostenibilidad. Aunque se deja entrever, extraña que no se mencione la Cobertura Sanitaria Universal, que es el eje que la OMS propone en este sector. Además, pretende seguir con la estrategia de promoción de la salud y el Plan estatal de investigación científica y técnica, para promover por una parte en la sociedad española hábitos saludables y fomentar la innovación tecnológica. Y hace mención especial a las personas discapacitadas como un grupo clave al que no se puede olvidar.

El Gobierno de España pretende impulsar el trabajo de los ODS a través de lo que denomina “políticas palanca”, que son aquellas capaces de acelerar la implementación de estos objetivos de desarrollo.

TABLA 3.1. POLÍTICAS PALANCA DEL PLAN DE ACCIÓN PARA LA AGENDA 2030

POLÍTICA PALANCA	LIDERAZGO EN LA ADMINISTRACIÓN GENERAL DEL ESTADO
Prevención y lucha contra la pobreza, la desigualdad y la exclusión social	Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
Plan estratégico de igualdad de oportunidades	Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad
La agenda urbana española	Ministerio de Fomento
La economía circular	Ministerio para la Transición Ecológica Ministerio de Economía y Empresa
La ley de cambio climático y Transición energética	Ministerio para la Transición Ecológica
La investigación científica y técnica para los ODS	Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades
La economía social: estrategia 2017-2020	Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social
Plan de gobierno abierto	Ministerio de Política Territorial y Función Pública
Recuperar la cooperación Española al servicio de los ODS	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación

Fuente: Informe de España para el examen nacional voluntario 2018

entre 0 y 1, en donde 0 se corresponde con la perfecta igualdad y donde el valor 1 se corresponde con la perfecta desigualdad.

En el Informe de evaluación voluntario de España, además de lo ya mencionado, podemos destacar unos compromisos que de forma inmediata el Gobierno de España asume:

- Impulsar decididamente el avance, implementación y ambición de la Agenda 2030 en la Unión Europea y en todos los foros e instituciones internacionales
- Impulsar decididamente las alianzas inclusivas multiactor para los ODS, con la necesaria rendición mutua de cuentas, en acciones concretas alrededor de los ODS
- Alcanzar la meta 4.7. en España en 2025, cinco años antes de 2030
- Se alcanzará un Pacto por la comunicación de la Agenda 2030 entre todas las administraciones públicas y con los actores privados y de la sociedad civil
- Impulsar decididamente la acción cultural para la difusión y apropiación de la Agenda 2030
- En 2022, el 100% de los empleados públicos de la Administración del Estado conocerán la Agenda 2030, y quienes tengan responsabilidades directas en su implementación dispondrán de las competencias necesarias para ello
- En 2020, se establecerá la relación entre los ODS y las políticas de gasto y programas que los desarrollan, permitiendo el análisis de asignación de recursos con ODS
- La Estrategia Nacional de Contratación Pública incorporará la Agenda 2030 y, en particular, el ODS 12 (meta 12.7) en su marco general, objetivos y metas, y promoverá las medidas necesarias para utilizar las posibilidades de la contratación pública para apoyar los ODS.
- En 2019 se dispondrá la obligatoriedad de acompañar toda normativa que se tramite en las Cortes Generales a iniciativa del Gobierno del análisis de impacto normativo en la Agenda 2030 y los ODS.
- La implementación de la Agenda 2030 y el progreso en los ODS se integrará en el Programa Nacional de Reformas que el Gobierno de España debe remitir anualmente a la Unión Europea, a partir del PNR 2019

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, y que debe tener como fin el cumplimiento de estos Objetivos en España en 2030. Y define para el control legislativo del trabajo con los ODS la creación de una Comisión Mixta Congreso-Senado para la Coordinación y Seguimiento de la Estrategia Española para alcanzar los ODS.

Es positivo que se estén dando pasos firmes para la vertebración real de los ODS en todas las políticas españolas en un plan tan ambicioso como posible si existe voluntad política. Pero en el momento de la edición de este informe, existen aún algunas dudas que deben resolverse lo antes posible, para asegurar un mayor impacto de estas iniciativas políticas. No están claros los espacios de participación de la sociedad civil, ni la elaboración de los indicadores que determinarán lo que se mida en España.

Los indicadores aún no están definidos, si bien se está trabajando en ellos, valorando los indicadores globales de Naciones Unidas, los de Eurostat (que ha definido 100 indicadores para la UE), y los propios para España. Y aunque es muy positivo la participación de las instituciones descentralizadas, también hay que ver cuál es realmente su papel en la toma de decisiones para la implementación de los ODS.

Por último, a pesar de expresar la necesidad de mejorar la comunicación, hay un desconocimiento de gran parte de la población española sobre los ODS. Hay que hacer un gran esfuerzo de comunicación para que la ciudadanía conozca realmente los ODS (aunque sea en 2019, 4 años después de comenzar a implementarse), qué mejoras pueden suponer en sus vidas y como pueden participar, si queremos que la sociedad sea finalmente la que sostenga las iniciativas políticas para la implementación de los ODS.

3. AOD EN SALUD EN 2017

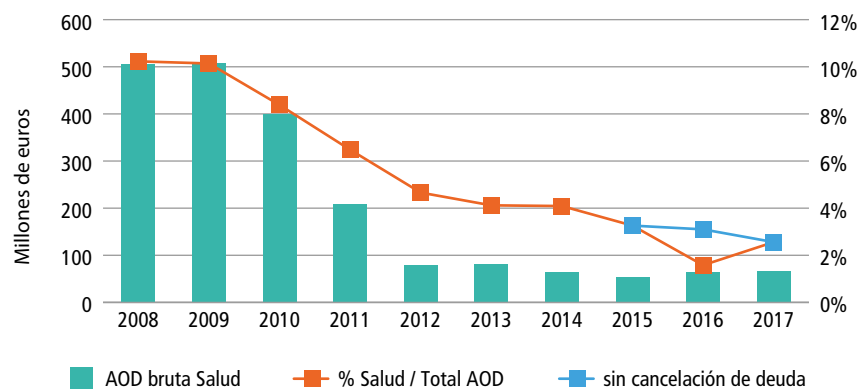
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2017

En 2017 la AOD española fue de 2.560 millones de euros y a salud se destinaron 65.583.576 euros, lo que supone una cantidad muy similar a la destinada a este sector en 2016. En concreto, aumenta apenas 200.000 euros, un 0,3%, porcentaje mucho menor del incremento del total de la AOD que ha sido del 16%. El peso de la salud en la AOD española sigue cayendo, lo que es contradictorio con la importancia que los responsables de cooperación dan a la salud.

Si analizamos porcentajes, la cooperación en salud alcanza un exiguo **2,56% del total de la AOD bruta en 2017**, cuando en 2016 era del 3,1%. Esta disminución del peso de la salud en la cooperación, nos aleja aún más de la media de gasto de los países CAD en salud, que como hemos visto en 2015 alcanzó el 12,59%, una cifra con pocas variaciones en los últimos años.

En el gráfico 3.3. observamos la tendencia de evolución de la AOD bruta en salud, y tanto las cifras absolutas como el peso de la salud están bajando en los últimos años, por lo que este descenso es un problema estructural y no un hecho puntual. Los 500 millones de euros que se destinaron a salud en los años 2009 y 2010, son una cantidad 7 veces mayor que la destinada en 2017. En esos mismos años, el peso de la salud en el conjunto de la AOD alcanzaba el 10%. Con ese mismo porcentaje, en 2017 se destinarían 256 millones de euros a cooperación sanitaria, una cifra que, si bien no alcanzaría los máximos, sí que nos acercaría a la que España debiera destinar a salud, pues nos acercaría a los porcentajes medios destinados por el conjunto de países donantes.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

Para saber realmente cual es la importancia de la salud en la cooperación española, tenemos que conocer la posición en la que se encuentra la salud respecto a los demás sectores. Este análisis se hace mediante el estudio de la ayuda bilateral distributable, ayuda cuyo destino decide el país donante y por lo tanto expresa mejor la voluntad del donante con los sectores de intervención. Como vemos en la tabla 3.1, en los últimos años la salud está entre los 5 sectores que más financiación reciben por este canal. En 2017, la salud está, con un 10,96%, en tercer lugar, prácticamente empatada con educación y después de multisectorial (23,4%) y Gobernabilidad (25,49%), que es el sector por el que más apuesta la cooperación española en los últimos 6 años. Agricultura y ganadería, con 9,99% es el siguiente sector, muy cercano a Educación y Salud. En 2017 debemos destacar primero que, a pesar de su puesto, la salud disminuye casi 4 puntos porcentuales en referencia a 2016. Y también destaca el notable incremento del sector Multisectorial, que con casi una cuarta parte de toda la ayuda distributable puede esconder el peso de algunos sectores, ya que éstos no aparecen desagregados.

Como ya dijimos el año anterior esta ayuda distributable tienen otro sesgo importante que debemos nombrar. La ayuda distributable ha disminuido enormemente en los últimos años, tanto en sus cifras absolutas como en su peso en el total de la ayuda española. Si en 2009 la AOD distributable fue de 2.500 millones de euros, y su peso en el conjunto de la AOD fue del 50%, en 2017 es de 429 millones de euros, el 16% del total de la ayuda. Estas cifras corroboran el escaso margen de maniobra que tiene la cooperación española a nivel sectorial.

TABLA 3.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DISTRIBUIBLE POR SECTORES, 2011-2017

Sectores CAD	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	83.518.489 €	16,89%	61.806.286 €	12,61%	39.627.141 €	11,88%	34.292.990 €	10,99%	44.263.217 €	14,85%	44.435.638 €	10,35%
120+130 Salud	62.288.387 €	12,60%	54.786.713 €	11,18%	48.084.683 €	14,42%	34.592.476 €	11,08%	44.260.690 €	14,85%	47.054.258 €	10,96%
140 Agua y saneamiento	20.405.611 €	4,13%	70.663.766 €	14,42%	30.947.209 €	9,28%	21.970.847 €	7,04%	20.717.189 €	6,95%	17.078.993 €	3,98%
150 Gobernabilidad y sociedad civil	112.999.558 €	22,86%	96.774.804 €	19,75%	83.643.336 €	25,08%	87.966.674 €	28,19%	71.996.627 €	24,15%	109.457.313 €	25,49%
160 Otros servicios e infraest. sociales	39.093.981 €	7,91%	37.411.207 €	7,63%	23.425.044 €	7,02%	32.538.167 €	10,43%	23.356.421 €	7,84%	25.255.759 €	5,88%
210 Transporte y almacenamiento	1.788.747 €	0,36%	13.499.106 €	2,75%	680.652 €	0,20%	665.111 €	0,21%	1.033.053 €	0,35%	8.651.336 €	2,02%
220 Comunicaciones	896.565 €	0,18%	757.608 €	0,15%	2.15.647 €	0,06%	249.843 €	0,08%	108.891 €	0,04%	834.013 €	0,19%
230 Generación y suministro de energía	1.404.829 €	0,28%	28.381.870 €	5,79%	2.724.424 €	0,82%	8.997.355 €	2,88%	8.189.671 €	2,75%	8.634.661 €	2,01%
240 Servicios financieros	37.105.631 €	7,50%	12.648.212 €	2,58%	3.205.313 €	0,96%	1.931.058 €	0,62%	7.158.380 €	2,40%	10.186.820 €	2,37%
250 Empresas y otros servicios	1.555.825 €	0,31%	1.447.771 €	0,30%	1.752.366 €	0,53%	558.867 €	0,18%	849.182 €	0,28%	1.607.323 €	0,37%
311 Agricultura y ganadería	48.007.426 €	9,71%	46.002.753 €	9,39%	50.964.663 €	15,28%	41.629.458 €	13,34%	43.545.589 €	14,61%	42.882.604 €	9,99%
312 Bosques	535.116 €	0,11%	244.461 €	0,05%	718.943 €	0,22%	732.287 €	0,23%	254.662 €	0,09%	584.065 €	0,14%
313 Pesca	3.496.767 €	0,71%	2.596.866 €	0,53%	1.293.200 €	0,39%	1.954.282 €	0,63%	1.815.662 €	0,61%	1.492.479 €	0,35%
321 Industria	9.576.977 €	1,94%	5.312.753 €	1,08%	9.755.424 €	2,93%	3.661.189 €	1,17%	3.292.723 €	1,10%	4.248.008 €	0,99%
322 Minería y recursos minerales	16.655 €	0,00%	21.640 €	0,00%	20.477 €	0,01%	11.829 €	0,00%	19.220 €	0,01%	19.772 €	0,00%
323 Construcción	127.029 €	0,03%	3.325 €	0,00%	3.500 €	0,00%			27.265 €	0,01%	17.871 €	0,00%
331 Políticas y regulaciones comerciales	37.851 €	0,01%	127.309 €	0,03%	567.957 €	0,17%	205.465 €	0,07%	65.124 €	0,02%	306.691 €	0,07%
332 Turismo	1.077.663 €	0,22%	432.602 €	0,09%	1.816.813 €	0,54%	870.822 €	0,28%	1.188.567 €	0,40%	694.306 €	0,16%
410 Medioambiente	11.781.976 €	2,38%	5.960.485 €	1,22%	14.779.434 €	4,43%	5.886.759 €	1,89%	2.822.740 €	0,95%	6.567.601 €	1,53%
430 Multisectorial	58.701.268 €	11,87%	51.213.280 €	10,45%	19.266.901 €	5,78%	33.351.074 €	10,69%	23.103.152 €	7,75%	99.333.189 €	23,14%
Total AOD bilateral distributable	494.416.353 €	100%	490.092.817 €	100%	333.493.127 €	100%	312.066.551 €	100%	298.068.023 €	100%	429.342.700 €	100%
Total AOD bilateral	834.334.969 €		884.509.995 €		533.855.915 €		687.206.258 €		2.520.928.561 €		895.495.165 €	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	1.652.689.895 €		1.961.303.741 €		1.599.558.085 €		1.626.718.815 €		4.150.718.999 €			

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES

La tabla 3.2 nos permite observar la desagregación por canales y actores de la AOD en salud. En 2017 el 65,12% de los fondos son canalizados a través de la ayuda bilateral, 1,5 puntos porcentuales menos que en 2016. La ayuda 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 responden al criterio de "obligatorias".**

Si analizamos la contribución neta¹¹ en la AOD española en 2017, observamos que el peso de las devoluciones de préstamos que se computaron como cooperación sanitaria en ejercicios anteriores a 2012 sigue siendo muy relevante, con unas cifras muy similares a 2016. Concretamente en 2017 retornaron algo más de 31,1 millones de euros, lo que representa el 47,5% del monto destinado a salud en ese año. Como venimos diciendo en anteriores informes, el retorno de estos fondos se debería utilizar en el mismo sector, y deberían ser computadas como partidas extraordinarias que suplen en parte las deficientes financiaciones del sector.

El financiador que más aporta a la cooperación sanitaria sigue siendo el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC). Destina 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. Este porcentaje es muy similar a los de 2016. El segundo financiador más importante sigue siendo el conjunto de las CCAA, con 19,2 millones de euros, el 29,3% de toda la ayuda en salud. Estos dos financiadores suponen el 86,7% de toda la ayuda sanitaria española. Un año más, el papel del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que tiene entre sus competencias la representación institucional ante la OMS y la OPS, sigue siendo residual en la cooperación sanitaria, representando apenas el 0,27% del total de la ayuda, 177.162 euros. Otros Ministerios con menos relación con la salud están destinando cantidades mayores. Así vemos como el Ministerio de Economía, Industria y Competitividad destina 6 millones de euros y el Ministerio de Defensa algo más de 240 mil euros.

El papel del Ministerio de Salud en la cooperación sanitaria no debería ser solamente financiero, si bien es cierto que sin recursos económicos es muy difícil poder ser un referente en la salud mundial. El sistema sanitario español, y la estructura de la que se ha dotado para descentralizar las decisiones y recursos e implantar la Atención Primaria de Salud, así como su apuesta por la universalidad en el acceso, podrían ser unos referentes en las discusiones que se deben dar para promover realmente

11. La contribución neta se consigue restando al dinero gastado en cooperación sanitaria las cantidades que devuelven los países receptores de la ayuda por préstamos anteriores con sus respectivos intereses.

la Cobertura Sanitaria Universal. Pero es necesario destinar recursos humanos, económicos y materiales que primero documenten y visibilicen las ventajas en cuanto a universalidad, equidad y eficiencia del sistema sanitario español respecto de otros, y posteriormente difundirlo y adaptarlo a otras realidades.

TABLA 3.3. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD. 2017

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud Bruta: 65.583.576€ 100% Neta: 33.602.792 €	AOD bilateral Bruta: 42.704.838 € 65,12 % Neta: 10.724.054 €	No reembolsable 41.891.762 €	MAEC	16.550.811
			MINECO	5.127.063
			Ministerio de Defensa	242.091
			MSSSI	177.162
			CCAA	17.405.860
			EELL	1.928.996
	Reembolsable -31.167.708 €	MINECO Desembolsos	813.075	
		MINECO reembolsos	-31.977.976	
	AOD multilateral 4.349.420 € 6,63 %		CA Extremadura	-2.807
			Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	2.550.000
	AOD multilateral 18.529.318 € 28,25%		CCAA	1.799.420
			Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	18.529.318
Contribuciones obligatorias:				
Contribuciones voluntarias:				
				0 €

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

Si analizamos la distribución por canales de los 3 subsectores de salud (salud general, salud básica y salud reproductiva) en 2017, podemos observar que la salud a través del canal bilateral sigue predominando en los 3. La ayuda multilateral aparece de forma relevante tanto en la salud general como en la básica, mientras que la multilateral tiene presencia en los 3 subsectores, aunque en la salud reproductiva sea un porcentaje testimonial (258.000 euros, un 5,9% de toda la multilateral).

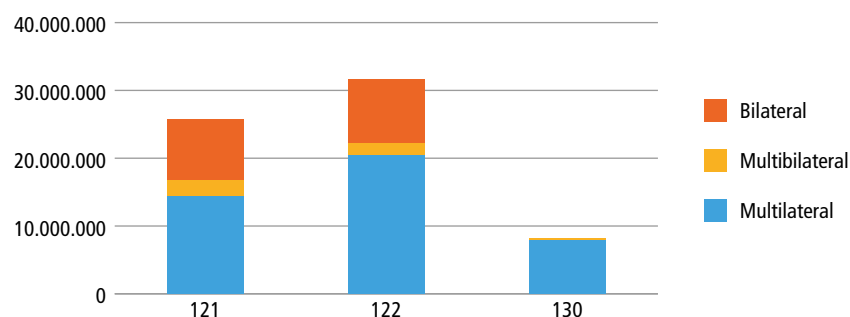
TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2010-2017. EN EUROS

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
MAEC	NACIONES UNIDAS	44.468.602	27.353.331	7.371.586	16.861.877	7.919.865	9.212.540	9.299.855	9.054.318
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola								
	FNUAP - Fondo de Población de NNUU	16.000.000€	9.500.000				15.000		
	OMS - Organización Mundial de la Salud	19.098.237€	6.821.223	7.010.186	16.861.877	7.919.865	9.197.540	9.299.855	9.054.318
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA	1.637.071 €	2.669.515						
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	1.398.007 €	650.952						
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	3.878.648 €	3.850.681						
	WFP - Programa Mundial de Alimentos	2.456.639 €	2.415.508						
	UNRWA		1.445.452	361.400					
	OTROS ORGANISMOS	113.249.580	8.595.371	8.717.537	9.238.125	9.346.490	9.238.125	9.475.000	9.475.000
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas								
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis	103.000.000							
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida								
	IFFim - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	8.463.161€	8.595.371	8.717.537	9.238.125	9.346.490	9.238.125	9.475.000	9.475.000
	IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar								

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
	OIM - Organización Internacional de las Migraciones								
	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos								
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	1.786.419€							
	SUBTOTAL MAEC	157.718.182	35.948.702	16.089.123	26.100.002	17.266.355	18.450.665	18.774.855	18.529.318
MEH	INSTITUCIONES FINANCIERAS	19.823.555	15.693.476						
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	18.327.385	15.168.702						
	BAFD - Banco Africano de Desarrollo	1.496.170	524.774						
	BAsD - Banco Asiático de Desarrollo								
	UNION EUROPEA	33.226.369	31.432.078						
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	24.415.637	22.472.025						
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	8.810.732	8.960.052						
	SUBTOTAL MEH	53.049.924	47.125.553						
MSSI	OMS - Organización Mundial de la Salud	270.000							
	SUBTOTAL MSSI	270.000							
CCAA	OMS - Organización Mundial de la Salud							485.678	
	SUBTOTAL CCAA							485.678	
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		211.038.106	83.074.255	16.089.123	26.100.002	17.266.355	18.450.665	19.260.533	18.529.318

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES

GRÁFICO 3.4. DISTRIBUCIÓN AOD SALUD SECTORIAL POR CANALES, 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

En 2017 la ayuda multilateral, que iba creciendo desde 2014, aunque a un ritmo muy lento, corta esta racha ascendente y disminuye un 3,8% (731.215 euros). De hecho, los 18.529.318 euros destinados a multilateral son 11,3 veces menos que las cantidades destinadas por el mismo canal en 2010, lo que da una idea de la mengua que la apuesta multilateral ha sufrido en la cooperación española en los últimos años. La ayuda multilateral del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión europea y Cooperación se centra exclusivamente en financiar dos agentes: (i) aporta a la OMS algo más de 9 millones, y (ii) contribuye con 9,4 al IFFIm¹². Desde 2012 han desaparecido todas las aportaciones españolas al resto de instituciones en las que España invertía en cooperación sanitaria.

El presupuesto total de la OMS para el bienio 2016-2017 alcanzó los 4.385 millones de dólares¹³, lo que supone que España aporta aproximadamente el 0,45% del total del presupuesto de la OMS. El hecho de que los países hayan congelado sus contribuciones obligatorias a la OMS ha abierto las puertas para que las iniciativas privadas tengan cada vez un peso mayor en la financiación de la OMS. La contribución voluntaria española en 2017 fue de apenas 1,6 millones de dólares, de los que 1,5 responden a contribuciones específicas¹⁴. Este dato no soporta la comparación con instituciones privadas u otros organismos internacionales. Glaxo Smith Klane, por ejemplo, aportó en 2017 la cantidad de 7,3 millones de dólares al presupuesto de la OMS, el Rotary International 62,1 millones, el Banco Mundial 145 millones, y la Fundación Bill y Melinda Gates 324 millones de dólares, la gran mayoría para programas determinados, lo que limita la posibilidad de que la OMS puede utilizar libremente ese dinero.

12. The International Finance Facility for Immunization.

13. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf#page=27

14. http://www.who.int/about/finances-accountability/reports/A71_INF2-en.pdf?ua=1

3.2. AOD multilateral en salud en 2017

Al contrario que en 2016 la ayuda multilateral creció en 2017, por lo que parece que la reducción de 2016 fue un hecho coyuntural. En 2017 se destinaron 4,3 millones de euros, un 123% más que la cantidad destinada el año anterior. Este incremento se debe sobre todo al aumento de la financiación de la OMS y UNRWA, que compensan con creces la caída en 2017 de las aportaciones al UNFPA. No obstante, seguimos en cifras muy bajas de financiación multilateral, 7,3 veces menos que en 2010. UNITAID (500.000 euros) euros, que no recibía fondos desde hace muchos años, la OPS (300.000 euros), SICA, otra nueva organización financiada por España con 200.000 euros, UNFPA (100.000) y UNICEF (50.000 euros) son las otras organizaciones que reciben dinero mediante este canal. Las cifras son pequeñas, y además la variabilidad a la hora de elegir una organización u otra para destinar fondos multilaterales no ayuda a mejorar la previsibilidad de la ayuda, uno de los elementos más importantes para asegurar y mejorar la eficiencia y coherencia de la cooperación sanitaria.

3.3. Distribución sectorial de la AOD en salud

Aumenta el desequilibrio en la distribución de recursos entre los 3 sectores sanitarios, que ya existía tanto en 2015 como en 2016. La salud básica alcanza el 48% de los recursos, mientras que la salud general desciende hasta el 39,32%. No obstante, el sector que está más expuesto a la azarosa asignación de fondos, un año más, es el de la salud sexual y reproductiva que en 2017 desciende su ya de por sí menguada financiación hasta el 12,4%.

No hay grandes cambios en cuanto a la relevancia de los componentes CRS dentro de cada subsector. En el de salud general sigue destacando el componente de política sanitaria y gestión administrativa (código CRS 12110), al que se destinó el 28,23% del total de la AOD en salud. Sigue siendo el subsector en el conjunto de salud más financiado. Una posible explicación a su posición destacada en los últimos años se deba a que en este componente se incluyen las contribuciones obligatorias a la OMS, y cuanto menos presupuesto destinemos a la cooperación sanitaria, mayor peso tendrá este componente. Las partidas destinadas a investigación médica suponen un 6,61% del total de la ayuda en salud, y los servicios médicos un 3,1%.

En el subsector de salud básica destacamos sobre todo la financiación del control de enfermedades infecciosas, que con un 22,9% se consolida como el segundo subsector CRS que más dinero recibe en el conjunto de la salud. Le siguen la atención sanitaria básica (código CRS 12220) y la nutrición básica con un 9% y un 8,4% respectivamente.

TABLA 3.5. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR. 2010-2017

ORGANISMOS RECEPTORES	2010	%	2011	%	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%
GFATM																
FNUAP	14.331.388 €	44,74 %	2.575.000 €	10,07 %	1.500.000 €	14,35 %	1.500.000 €	28,61 %	1.500.000 €	26,39 %	200.000 €	3,96 %	500.000 €	26,87 %	100.000 €	2,30 %
OPS	8.060.000 €	25,16 %	4.000.000 €	15,64 %	109.907 €	1,05 %							250.000 €	13,44 %	300.000 €	6,90 %
UNICEF	8.225.020 €	25,68 %	426.500 €	1,67 %	414.755 €	3,97 %			2.809.000 €	49,43 %	2.100.000 €	41,58 %			50.000 €	1,15 %
DNDi			2.000.000 €	7,82 %		0,00 %										
MMV - Medecines for Malaria Venture																
UNRWA	57.172 €	0,18 %	320.000 €	1,25 %		0,00 %	1.000.000 €	19,07 %	24.000 €	0,42 %	900.000 €	17,82 %	100.000 €	5,37 %	758.000 €	17,43 %
OMS	770.000 €	2,40 %	3.542.726 €	13,85 %	1.500.000 €	14,35 %	2.000.000 €	38,14 %	1.000.000,00	17,60 %	1.500.000,00	29,70 %	810.500,00	43,56 %	2.441.420,00	56,13 %
OIEA																
PNUD	200.000 €	0,62 %														
CEDEAO																
ONUSIDA	200.000 €	0,62 %			1.000 €		500.000 €	9,54 %								
Banco Mundial																
OEA - Organización de Estados Americanos							193.510 €	3,69 %			180.000 €	3,56 %				
ACNUR																
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	180.000 €	0,56 %					50.000 €	0,95 %	100.000 €	1,76 %	170.000 €	3,37 %				
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos																
UE			6.666.667 €	26,06 %	1.333.333 €	12,76 %										
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas	9.670 €	0,03 %														
BID			5.356.186 €	20,94 %	5.447.471 €	52,13 %										
SEGIB			696.000 €	2,72 %	144.000 €	1,38 %										
MSF					454.000 €											
FAO									250.000 €	4,40 %			200.000 €	10,75 %		
SICA															200.000 €	4,60 %
UNITAID															500.000 €	11,50 %
TOTAL	32.033.250 €	100 %	25.583.079 €	100 %	10.450.466 €	100 %	5.243.510 €	100 %	5.683.000 €	100 %	5.050.000 €	100 %	1.860.500 €	100 %	4.349.420 €	

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

TABLA 3.6. DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD POR CANALES Y SUBSECTORES CAD/CRS. 2017

CAD/CRS	DESCRIPCIÓN	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	Salud general	14.341.401 €	2.391.420 €	9.054.318 €	25.787.139 €	39,32%
12110	Pol. sanitaria y Gestión admin	7.068.640 €	2.391.420 €	9.054.318 €	18.514.378 €	28,23%
12181	Enseñanza y Formación médicas	593.373 €			593.373 €	0,90%
12182	Investigación médica	4.335.560 €			4.335.560 €	6,61%
12191	Servicios médicos	2.343.827 €			2.343.827 €	3,57%
122	Salud básica	20.449.887 €	1.700.000 €	9.475.000 €	31.624.887 €	48,22%
12220	Atención sanitaria Básica	5.331.063 €	600.000 €		5.931.063 €	9,04%
12230	Infraestructura sanitaria básica	2.121.471 €			2.121.471 €	3,23%
12240	Nutrición básica	5.564.088 €			5.564.088 €	8,48%
12250	Control enfermedades infecciosas	5.544.677 €		9.475.000 €	15.019.677 €	22,90%
12261	Educación sanitaria	535.955 €			535.955 €	0,82%
12262	Control de la malaria	125.000 €	1.100.000 €		1.225.000 €	1,87%
12263	Control de la Tuberculosis	180.000 €			180.000 €	0,27%
12281	Formación personal sanitario	1.047.634 €			1.047.634 €	1,60%
130	Salud sexual y reproductiva	7.913.550 €	258.000 €	0 €	8.171.550 €	12,46%
13010	Pol. Población y gestión admin	481.510 €	100.000 €		581.510 €	0,89%
13020	Atención en S.R.	6.327.190 €	158.000 €		6.485.190 €	9,89%
13030	Planificación Familiar	319.368 €			319.368 €	0,49%
13040	Lucha ETS, incluido VIH	349.070 €			349.070 €	0,53%
13081	Formación RRHH en población y SR	436.412 €			436.412 €	0,67%
TOTAL		42.704.838 €	4.349.420 €	18.529.318 €	65.583.576 €	100%

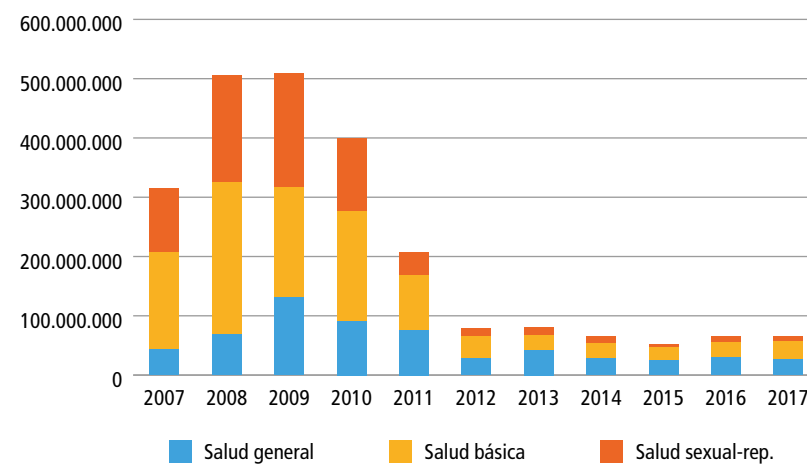
Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

La atención en salud reproductiva se mantiene como el único componente del sector de salud sexual y reproductiva que tienen una financiación relevante, el 9,89% del total de la ayuda en salud. Esta cifra le sitúa como el tercer componente del conjunto de la salud más financiado. El resto de componentes de este sector como es el caso de la planificación familiar, la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (incluye el vih/sida), políticas de población y formación de personal en salud reproductiva, tiene una financiación residual que en su conjunto apenas alcanza el 2,5% del total de la ayuda en salud.

Existe una tendencia en la cooperación española en concentrar sus esfuerzos en unos pocos subsectores en los últimos años. En un presupuesto tan reducido como el español, es una noticia positiva que se mantengan unas prioridades subsectoriales para intentar tener un mayor impacto y una mayor previsibilidad de la ayuda.

Si analizamos la evolución a lo largo de los últimos 11 años de los subsectores de la AOD que aparecen en el gráfico 3.5, observamos el brutal recorte en recursos destinados a salud. También debemos destacar que el peso de los diferentes subsectores ha variado considerablemente durante estos años. La salud reproductiva ha pasado de ser el segundo sector más financiado a ser con diferencia el que menos recursos recibe. Y como ya hemos explicado, el incremento del peso de la salud general puede deberse en gran parte por las contribuciones obligatorias a la OMS.

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

3.4. Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2017 la ayuda en salud canalizada hacia África disminuyó levemente en cerca de 500.000 euros, y su porcentaje perdió casi un punto porcentual respecto a 2016. La partida destinada a África subsahariana aumenta su peso en cerca de 300.000 euros, siendo el área geográfica específica más financiada en salud. Es el Norte de África quien absorbe toda la reducción de la región, disminuyendo unos 800.000 euros su partida respecto a 2016.

América es la región que más reduce su cooperación sanitaria, 2,1 millones de euros, un 13,9%. Las dos áreas, América Central y América del Sur reducen sus presupuestos en unas cantidades similares, algo más la primera. No obstante, América Central sigue siendo la mayor receptora americana de cooperación sanitaria española, con algo más de 8 millones de euros. Asia crece aproximadamente un millón de euros con respecto a 2016. Un incremento similar se da en Oriente Medio y en Europa. En 2017 sigue destacando el monto que no se puede desagregar geográficamente con 27,5 millones, casi el 42% de toda la ayuda sanitaria. No obstante, la mayor financiación de la región de África subsahariana es un aspecto positivo a destacar, pues es donde mayores problemas de salud existen.

TABLA 3.7. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD, 2016-2017

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2016	AOD SALUD 2017	Peso % en 2017
ÁFRICA	20.030.338 €	19.457.524 €	29,67%
Norte de África	4.154.900 €	3.288.504 €	
África Subsahariana	15.861.638 €	16.164.073 €	
No especificado	13.800 €	4.947 €	
AMÉRICA	15.514.075 €	13.347.694 €	20,35%
América Central y Caribe	9.306.805 €	8.236.903 €	
América del Sur	5.991.689 €	5.024.542 €	
No especificado	215.580 €	86.249 €	
ASIA	240.387 €	1.229.820 €	1,88%
Asia Oriental	8.000 €	835.405 €	
Asia Central	20.000 €	55.000 €	
Sur de Asia	212.387 €	339.415 €	
No especificado			
OCEANIA			0,00%
ORIENTE MEDIO	1.898.264 €	2.837.738 €	4,33%
EUROPA	367.600 €	1.245.769 €	1,90%
PVD No Esp.	27.331.059 €	27.465.031 €	41,88%
TOTAL	65.381.723 €	65.583.576 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

El IV Plan Director de la Cooperación Española¹⁵ ha llegado a su fin, pero estableció que durante sus años de vigencia su cooperación se debería de concentrar en los 23 países de asociación priorizados, aparte de la ayuda no especificada geográficamente, que, como hemos visto, tienen un gran peso en la AOD sanitaria española.

En 2017, se mantienen más o menos los porcentajes de los últimos años. Los países denominados prioritarios alcanzan el 86,07%, casi dos puntos más que en 2016 y muy parecido al de 2015. Esto supone que casi el 14% de los fondos destinados a salud no se dirigen hacia las prioridades geográficas definidas por la propia cooperación española sino que responde, en su mayoría, a las prioridades geográficas de la cooperación descentralizada en salud. La diversidad de actores que trabajan en cooperación sanitaria en España, especialmente actores como las CCAA que además tienen la responsabilidad de la salud en España, que son muy relevantes en el sector de la cooperación en salud, deberían ser tenidos más en cuenta a la hora de determinar las prioridades de la cooperación española.

TABLA 3.8. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD EN FUNCIÓN DE LAS PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL IV PLAN DIRECTOR, 2017

PRIORIDADES IV PD	AOD SALUD 2016	% 2016	AOD SALUD 2017	% 2017
Prioritarios	30.197.806 €	84,13%	29.705.343 €	86,07%
No prioritarios	5.696.736 €	15,87%	4.808.563 €	13,93%
TOTAL Especificada	35.894.542 €	100%	34.513.905 €	100%
No Especificada	29.487.181 €		31.069.671 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

En el análisis según los niveles de renta de los países receptores, observamos que, del presupuesto asignado geográficamente, más del 22% se destina a Países Menos Avanzados (PMA). Este porcentaje es 1,2 millones menos que en 2016, lo que se traduce en un descenso porcentual de 2 puntos, y mantiene su tendencia al descenso que comenzó en 2014. No obstante, al superar el 20%, sigue siendo una financiación suficiente para este tipo de países, que son quienes más problemas de salud sufren. El grupo de países de renta media-baja se mantiene como el que más dinero recibe, incrementando levemente en 350.000 euros su partida. Sigue reduciéndose la partida destinada a los países de renta media alta, en 2017 en 400.000 euros. En estos dos grupos de países es necesario que los recursos se orienten hacia las bolsas

15. <http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Planificaci%C3%B3n/PD%202013-2016.pdf>

de población más vulnerable para combatir la inequidad en salud que existen entre las poblaciones más favorecidas y las más empobrecidas. La cooperación española mantiene una evolución positiva (dentro de sus limitaciones económicas) en cuanto a la asignación geográfica por nivel de renta de su ayuda sanitaria.

TABLA 3.9. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES, 2017

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2017	%
PMA	14.561.153 €	22,20 %
Otros de renta baja	165.284 €	0,25 %
Renta media baja	17.381.530 €	26,50 %
Renta media alta	2.405.938 €	3,67 %
No especificado	31.069.671 €	47,37 %
TOTAL	65.583.576 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPODES.

Si analizamos los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2017, podemos ver que son los mismos que los del año 2016, lo que asegura una cierta continuidad en las acciones en los países que normalmente no se ha dado en los últimos años. 9 de estos 10 países son considerados prioritarios según el IV Plan Director. La excepción sería la R.D. del Congo que figura desde hace muchos años en la lista de los 10 países más financiados. En una hipotética revisión de prioridades geográficas quizás debería ser un dato a tener en cuenta a la hora de decidir si se incorpora, o no, a la lista de países prioritarios para la cooperación española. Aunque son los mismos países, el orden cambia con respecto a quien recibe más financiación. En 2017 Mozambique le quita el primer puesto a Guatemala, y ésta le quita el segundo puesto a Bolivia, pero, al igual que en 2016, son los 3 países que más financiación reciben.

TABLA 3.10. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2017

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2017	CATEGORÍA IV PD
Mozambique	4.471.347 €	Prioritario
Guatemala	3.046.898 €	Prioritario
Bolivia	2.702.002 €	Prioritario
Palestina	2.411.112 €	Prioritario
Malí	2.234.064 €	Prioritario
Población saharai	1.977.107 €	Prioritario
Níger	1.880.761 €	Prioritario
El Salvador	1.788.203 €	Prioritario
Nicaragua	1.440.809 €	Prioritario
República Democrática del Congo	1.361.224 €	No prioritario

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPODES.

La cooperación española tiene muchos retos que afrontar. Incrementar los fondos destinados a cooperación es imperativo, al igual que destinar más fondos al sector salud, dada la importancia que tiene España en la esfera internacional. Asumir que la salud es un derecho ayudaría a priorizar la salud sobre otras políticas. Por último, planificar y evaluar las acciones de salud y las herramientas que se usan, analizar las potencialidades que tiene el sistema de salud español como referencia en un mundo tan globalizado, son retos que deberían ser una prioridad para el gobierno de España.

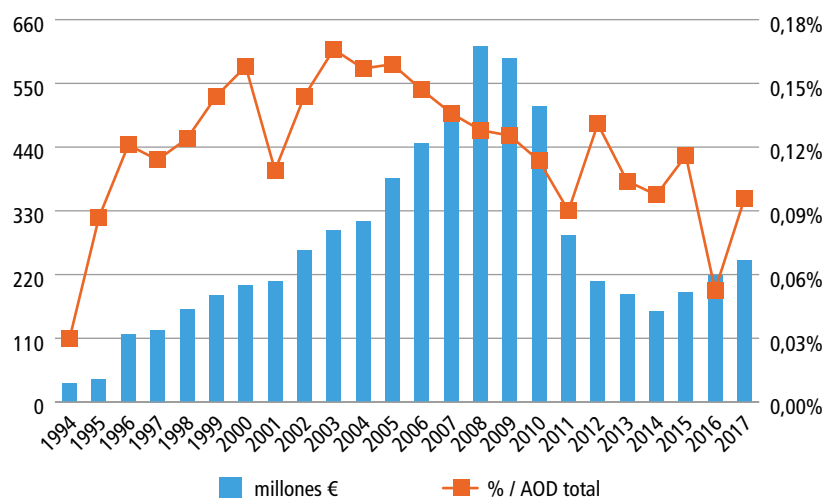
4. LA AOD EN SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ENTIDADES LOCALES

4.1. La AOD descentralizada

Seguimos afirmando que la cooperación descentralizada española es un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan el resto de los países donantes, y que tiene ciertas ventajas con respecto a la cooperación nacional. Engloba la cooperación de las comunidades autónomas (CCAA) y de las entidades locales (EELL). A lo largo de 15 años (entre 1994 y 2008), la cooperación descentralizada tuvo un crecimiento espectacular en sus cifras absolutas. Sin embargo, en los seis años siguientes (2009 – 2014) experimentó un retroceso que la situó en volúmenes por debajo de los de 1998. En 2015 se produjo un incremento que ha continuado en 2016 y 2017, aunque seguimos en cifras muy alejadas de las can-

tidades destinadas en 2008 o 2009. Lo que podemos destacar de la evolución de la AOD descentralizada, gráfico 3.6., es la gran variabilidad del peso que tiene respecto a la AOD total española. Esto se debe principalmente a los incrementos o descensos de la cooperación de la administración general del Estado. En 2016, la operación de cancelación de deuda con Cuba del Gobierno de España porcentualmente afectó de manera muy sensible al peso final de la cooperación descentralizada.

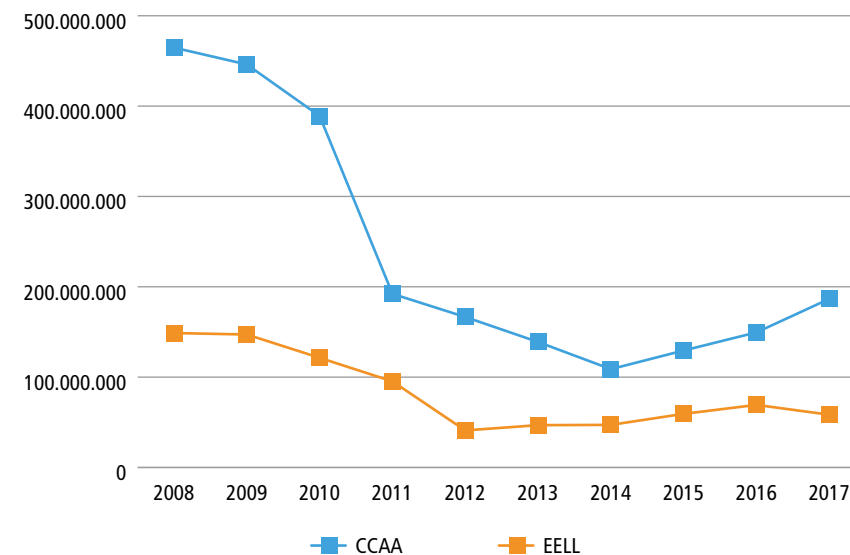
GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CCAA+EELL) EN ESPAÑA 1994-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

En 2017 se produjo un incremento del 12% de la **AOD descentralizada** respecto a 2016, alcanzando los **245 millones de euros**, 26,2 millones más que en 2016. Esta cantidad supone el 9,5% del total de la AOD española, 4 puntos porcentuales más con respecto a 2016. A pesar del incremento, estas cifras son menos de la mitad del dinero que se destinó a AOD en 2008, donde, en un momento de grandes inversiones en cooperación por parte de España, su peso alcanzaba el 16,6% del total de la AOD española. En 2017 el crecimiento de la AOD descentralizada tiene su origen en las **CCAA** que destinaron a cooperación **186,5 millones** de euros, 37 millones de euros más que en 2016, un 25% más. Sin embargo, las EELL disminuyeron en 2017 sus aportaciones a cooperación, 10,8 millones menos. La cooperación autonómica sigue su tendencia al alza si bien el comportamiento de las EELL en 2017 ha sido algo regular.

GRÁFICO 3.7. EVOLUCIÓN DE LA AOD DE CCAA Y EELL 2008-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

Si desglosamos la cooperación de las CCAA, tabla 3.11, observamos que todas han destinado fondos a cooperación. Conviene destacarlo porque con la crisis alguna comunidad se había descolgado a la hora de sumar fondos a una política pública que necesita del esfuerzo de todas las administraciones.

Hemos de destacar que el crecimiento autonómico sigue sin ser uniforme, aunque en 2017 haya más homogeneidad. Disminuyen los presupuestos de la cooperación andaluza y la de Castilla la Mancha. En el caso de Andalucía el presupuesto de cooperación disminuye más de un 25%, cuando el año pasado fue la cooperación descentralizada que más dinero destinó a cooperación. Variaciones porcentuales tan elevadas suelen responder o a una decisión política o a una mala previsión / planificación, que es lo que creemos puede haber sucedido. En positivo destaca el incremento porcentual, espectacular, de más del 500% de Baleares o el de 290% de Murcia, que sin duda responden a una decisión política.

TABLA 3.11 AOD DESCENTRALIZADA TOTAL EN CADA UNA DE LAS CCAA EN 2017

CCAA	AOD 2016	AOD 2017	Diferencia 17-16
Andalucía	47.298.400 €	35.155.161 €	-12.143.239 €
Aragón	2.304.119 €	2.620.853 €	316.734 €
Asturias	4.124.920 €	4.187.446 €	62.526 €
Baleares	1.407.799 €	7.182.939 €	5.775.140 €
Cantabria	673.587 €	857.104 €	183.516 €
Canarias		420.000 €	420.000 €
Cataluña	16.143.455 €	29.438.862 €	13.295.407 €
País Vasco	40.051.710 €	53.181.328 €	13.129.618 €
Castilla-La Mancha	2.560.917 €	2.492.972 €	-67.945 €
Castilla y León	4.338.761 €	4.589.522 €	250.761 €
Extremadura	7.056.707 €	13.336.255 €	6.279.548 €
Galicia	4.607.057 €	4.811.027 €	203.970 €
La Rioja	1.310.954 €	1.462.800 €	151.846 €
Madrid	1.575.186 €	2.631.866 €	1.056.680 €
Murcia	125.027 €	363.104 €	238.077 €
Navarra	5.581.541 €	7.002.211 €	1.420.670 €
C. Valenciana	10.345.840 €	16.846.601 €	6.500.760 €
Ceuta			0 €
TOTAL	149.505.980 €	186.580.050 €	37.074.070 €

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

Como responde el esfuerzo continuado que vemos en comunidades como el País Vasco, Catalunya, Comunidad Valenciana o Extremadura, por citar algunas. A la hora de analizar específicamente las cifras absolutas, debemos destacar el incremento de País Vasco, +13.129.618 euros, una de las pocas comunidades que han mantenido músculo financiero durante los años más duros de la crisis. Destaca también en cifras absolutas el caso de Catalunya, que incrementa en 13.295.407 € y la Comunidad Valenciana que lo hace en 6.500.760 € y que ya lo hizo en más de 8 millones en 2016. Pero si hablamos de esfuerzo no podemos dejar de reconocer el que viene realizando Extremadura, una comunidad que siendo la 15 economía del país en cooperación se sitúa en un meritorio quinto lugar.

Andalucía, su gobierno autonómico, lidera casi en exclusividad respecto a 2017 las caídas en cifras absolutas, con 12 millones menos que en 2016. Aunque si a esfuerzo nos referimos, un año más debemos mencionar el nulo esfuerzo que realiza el

gobierno de la Comunidad de Madrid que si bien es la segunda economía de España por volumen del PIB, no pasa de ser la onceava en solidaridad, en cifras parecidas a Aragón y Castilla La Mancha.

4.2. La AOD descentralizada en salud

En 2017 la suma de la cooperación sanitaria de los gobiernos autonómicos y de las administraciones locales alcanzó los 21.134.276 euros, 1,1 millones menos que en 2016. Este dato es preocupante pues reafirma la tendencia de los últimos años de disminuir las cantidades destinadas a salud por parte de la cooperación descentralizada, y por lo tanto, su peso en el total de su AOD. Aun con todo, el porcentaje destinado a salud por la cooperación descentralizada alcanza 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 cooperación estatal, que recordemos, se queda en 2,56%.

Por comunidades autónomas, ocho son las que disminuyen sus aportaciones al sector salud y nueve las que han incrementado sus contribuciones. Entre las comunidades que destinan más fondos, destaca por su cuantía Catalunya con 5,3 millones de euros y un incremento de 2,037 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.

Porcentualmente destacamos el dato de la Comunidad de Madrid, que no destaca por su generosidad, y destina 1/3 de su ayuda a salud.

TABLA 3.12. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD, 2016-2017

CCAA+EELL	AOD salud 2016	AOD salud 2017	Diferencia 16-17
Andalucía	6.051.595 €	2.895.000 €	-3.156.595 €
Aragón	1.182.399 €	540.910 €	-641.489 €
Asturias	766.564 €	649.761 €	-116.803 €
Baleares	204.461 €	704.091 €	499.630 €
Cantabria	49.810 €	60.000 €	10.190 €
Canarias	175.830 €		-175.830 €
Cataluña	3.326.891 €	5.363.773 €	2.036.882 €
País Vasco	2.873.345 €	3.358.706 €	485.361 €
Castilla-La Mancha	705.994 €	401.953 €	-304.041 €
Castilla y León	883.819 €	536.112 €	-347.706 €
Extremadura	1.474.964 €	1.891.586 €	416.622 €
Galicia	781.194 €	503.458 €	-277.736 €
La Rioja	156.310 €	177.201 €	20.891 €
Madrid	164.642 €	565.243 €	400.601 €
Murcia	14.100 €	122.361 €	108.261 €
Navarra	2.293.702 €	2.175.552 €	-118.151 €
C. Valenciana	1.132.808 €	1.188.569 €	55.761 €
Ceuta			0 €
TOTAL	22.238.428 €	21.134.276 €	-1.104.153 €

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

Desde un punto de vista sectorial, como viene siendo habitual en los últimos años, la AOD destinada a salud por la cooperación descentralizada tiene una distribución algo diferente a la de la cooperación estatal. Ambas coinciden en destinar la mayoría de fondos a salud básica (42,9%), seguida de la salud general (35,92%). La diferencia está en el tratamiento que recibe la salud sexual y reproductiva que absorbe el 21,8% del total. La destrucción de la cooperación descentralizada en salud es bastante más homogénea y equilibrada que la estatal.

En cuanto a subsectores, destacan la atención en salud básica, que alcanza un 18,5%. Le siguen la atención sanitaria reproductiva con un 17,5%, la nutrición básica con un 15,6% la investigación médica con un 14,6% y las políticas sanitarias con un 13,3%. Estos 5 componentes CRS suponen el 79,5% de toda la AOD sanitaria descentralizada. Al componente asistencial en 2017 se le han sumado este año las investigaciones y las políticas sanitarias, que abren de alguna forma nuevas prioridades en la cooperación descentralizada.

TABLA 3.13. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES CRS. 2017

CAD	CRS		AOD 2017	%
121		Salud general	7.590.511 €	35,92%
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	2.823.875 €	13,36%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	118.600 €	0,56%
	12182	Investigación médica	3.096.033 €	14,65%
	12191	Servicios médicos	1.552.003 €	7,34%
122		Salud básica	9.068.500 €	42,91%
	12220	Atención sanitaria Básica	3.910.211 €	18,50%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.031.472 €	4,88%
	12240	Nutrición básica	3.300.339 €	15,62%
	12250	Control enfermedades infecciosas	152.703 €	0,72%
	12261	Educación sanitaria	299.254 €	1,42%
	12262	Control de la malaria		0,00%
	12263	Control de la Tuberculosis	55.000 €	0,26%
	12281	Formación personal sanitario	319.522 €	1,51%
130		Salud sexual y reproductiva	4.475.265 €	21,18%
	13010	Pol. Población y gestión admva	105.260 €	0,50%
	13020	Atención en S.R.	3.716.194 €	17,58%
	13030	Planificación Familiar	169.368 €	0,80%
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	181.361 €	0,86%
	13081	Formación RRHH en población ySR	303.082 €	1,43%
TOTAL			21.134.276 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

En lo que respecta a la **distribución geográfica**, queremos destacar dos hechos. Por una parte, más del 90% está especificada geográficamente, lo que ayuda en su análisis. Por otra, la distribución de la cooperación sanitaria especificada es bastante similar a la estatal, lo que supone una confluencia deseada entre actores. En 2017 es África quien recibe más financiación sanitaria, con un 39,62%. Destacar sobre todo África subsahariana, la región mundial que más dinero recibe para salud 7,2 millones. Le sigue América con 7,2 millones, divididos en 5,4 para América Central y 1,8 para América del Sur. También podemos destacar que Oriente Medio recibe 1,8 millones, y Europa 1,2, millones, mientras que la ayuda no especificada alcanza los 2 millones de euros.

TABLA 3.14. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS. 2016

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2017	%
ÁFRICA	8.373.081 €	39,62%
Norte de África	1.111.334 €	
África Subsahariana	7.256.800 €	
No especificado	4.947 €	
AMÉRICA	7.249.162 €	34,30%
América Central y Caribe	5.441.081 €	
América del Sur	1.808.081 €	
No especificado		
ASIA	392.903 €	1,86%
Asia Oriental	3.438 €	
Asia Central	55.000 €	
Sur de Asia	334.465 €	
No especificado		
OCEANIA		0,00%
ORIENTE MEDIO	1.869.581 €	8,85%
EUROPA	1.241.877 €	5,88%
PVD No Esp.	2.007.672 €	9,50%
TOTAL	21.134.276 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

4.2.1. LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

La cooperación autonómica ha realizado 4.468 acciones de cooperación, de las cuales 260 son de salud. En la tabla 3.15 podemos observar cómo en 2017 ha habido un incremento sustancial de las cantidades destinadas a salud por parte de la cooperación que realizan los gobiernos autonómicos. En concreto, las CCAA destinaron a la cooperación sanitaria 19,2 millones de euros, un 10% más que en 2016. Existe una fuerte concentración de esta ayuda pues 6 CCAA concentran el 79% de toda la ayuda en salud; concretamente Catalunya, País Vasco, Andalucía, Navarra, Extremadura y Comunidad Valenciana.

La variabilidad sigue siendo la norma. En 2017 son 10 los gobiernos autonómicos que incrementan sus presupuestos en cooperación sanitaria y 6 los que la rebajan. Canarias sigue siendo un caso singular pues es el gobierno autonómico que sigue sin destinar nada a salud desde hace unos años. En 2017 destaca también el fuerte descenso de la cooperación autonómica andaluza, que se queda a la mitad. Este

descenso se ve compensado por el incremento de la cooperación catalana, que casi duplica su presupuesto en cooperación en salud, incrementando en 2,6 millones.

Sería deseable procurar una menor variabilidad, pues ya hemos dicho que estas oscilaciones en las partidas presupuestarias no ayudan ni a mantener una estrategia coherente en el sector salud ni a aumentar el impacto de las acciones de forma sostenible.

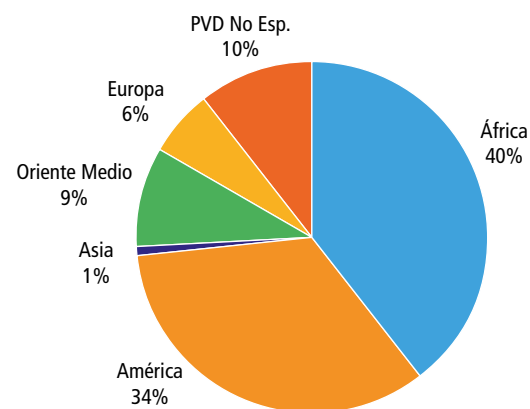
TABLA 3.15. AOD EN SALUD DE LAS CCAA, 2014-2017

CCAA	AOD salud 2014	AOD salud 2015	AOD salud 2016	AOD salud 2017	% AOD a salud
Andalucía	4.290.020 €	3.912.448 €	5.100.547 €	2.543.411 €	7,23%
Aragón	139.699 €	371.006 €	398.085 €	499.031 €	19,04%
Asturias	804.036 €	680.263 €	289.971 €	642.243 €	15,34%
Baleares	91.478 €	159.000 €	103.958 €	704.091 €	9,80%
Cantabria			47.350 €	60.000 €	7,00%
Canarias					
Cataluña	5.811.058 €	*	2.759.047 €	5.321.240 €	18,08%
País Vasco	2.687.134 €	2.265.777 €	1.836.775 €	2.784.912 €	5,24%
Castilla-La Mancha	45.000 €	29.633 €	561.917 €	285.000 €	11,43%
Castilla y León	186.045 €	476.136 €	561.920 €	362.999 €	7,91%
Extremadura	119.439 €	1.187.251 €	1.355.892 €	1.827.720 €	13,70%
Galicia	525.987 €	863.180 €	761.650 €	490.061 €	10,19%
La Rioja	55.040 €	16.382 €	125.696 €	30.400 €	2,08%
Madrid		165.000 €	530 €	550.243 €	20,91%
Murcia				39.634 €	10,92%
Navarra	1.656.814 €	1.582.383 €	1.891.234 €	1.903.569 €	27,19%
C. Valenciana	243.806 €	250.000 €	1.322.800 €	1.160.725 €	6,89%
Ceuta	12.000 €				
TOTAL	16.667.556 €	11.958.459 €	17.117.372 €	19.205.280 €	10,29%

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

El análisis de la asignación de la AOD autonómica en salud según el área geográfica es muy similar al conjunto de la cooperación descentralizada. África es el continente que más AOD sanitaria recibe, seguida de América (que en 2016 era la primera de forma destacada). Oriente Medio y Europa también reciben ayuda, y los países no especificados suponen un 10% del total. África subsahariana es la región mundial que más dinero recibe, 6,7 millones, seguida de América central con 5 millones de euros.

GRÁFICO 3.8. AOD AUTONÓMICA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS. 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

Los países de renta media-baja (PRMB) siguen siendo los que reciben más cooperación sanitaria autonómica, con un 36%, pero han disminuido 10 puntos desde 2016. Les siguen los PMA con un 27,2%, que son los países con mayores problemas de salud y menos recursos para hacerles frente. Los países de renta media-alta (PRMA) reciben un 8,49%, bajando en casi 3 puntos porcentuales su peso. Este descenso lo vemos positivo, ya que son países con mayores recursos que los otros, y pueden por sí mismos dar soluciones a sus problemas de salud. Pero donde aumenta realmente el porcentaje en 2017 es en los no especificados llegando casi al 27%.

TABLA 3.16. DISTRIBUCIÓN AOD SALUD AUTONÓMICA SEGÚN NIVEL DE RENTA. 2017

NIVEL DE RENTA	AOD SALUD 2017	%
PMA	5.239.058 €	27,28%
Otros renta baja	134.792 €	0,70%
PRMB	7.029.881 €	36,60%
PRMA	1.630.387 €	8,49%
No especificado	5.171.162 €	26,93%
TOTAL	19.205.280 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

4.2.2. LA AOD DE EELL EN SALUD

El conjunto de las EELL españolas realizaron 2.646 acciones de cooperación, de las cuales 249 se destinaron a salud, aunque solo 107 acciones recibieron algún desembolso en el año. En 2017 los 1.928.996 euros destinados por las EE.LL a salud suponen una reducción bruta de más de 3 millones de euros respecto a 2016. Esta cifra supone el 3,3% del total de la AOD de las EELL cuando en 2016 superaba el 7%.

La ayuda que las EELL destinan a salud es muy heterogénea, y tiene enormes variaciones en cuanto a las cantidades destinadas a este sector cada año por cada una de las EELL, lo que le impide tener una presencia constante que permita sinergias con socios locales y dificulta su impacto. De las 10 EELL que cuantitativamente más se comprometieron con la salud en 2016, solo 2 aparecen en la lista de este año. Una es la Diputación de Guipúzcoa, que es en 2017 destinó a salud 557.993 euros, y la otra el Ayuntamiento de Pamplona que aportó 221.036 euros. La suma de las partidas destinadas por las 10 EELL que más dinero han destinado a salud supone el 84% de toda la ayuda en salud de las EELL. Las otras 47 EELL que destinaron un presupuesto a la cooperación sanitaria, se reparten el 16% restante. Estos datos corroboran la enorme variabilidad de la ayuda que practica la mayoría de las EELL. A esta mayoría de entidades debemos reconocerles y exigirles el esfuerzo que realizan y eximirlos, quizás, de una mayor predictibilidad de su ayuda.

TABLA 3.17. ENTIDADES LOCALES QUE MÁS AOD DESTINARON A SALUD EN 2017

EELL	AOD salud 2017
Diputación Guipúzcoa	557.993 €
Ayto. Málaga	329.916 €
Ayto. Pamplona	221.036 €
Ayto. Logroño	146.801 €
Ayto. Guadalajara	94.453 €
Diputación Cáceres	63.866 €
Ayto. Soria	55.000 €
Ayto. Murcia	53.805 €
Ayto. Tudela	50.947 €
Ayto. Valladolid	47.510 €

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES.

La cooperación descentralizada, tanto autonómica como local, tiene unos valores específicos que es necesario seguir resaltando:

1. 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 salud tienen, tienen una oportunidad de revertir su situación.
2. Por cercanía, puede unir a las sociedades receptoras y donantes, mejorando el conocimiento en ambas direcciones y profundizando en el establecimiento de redes formales e informales.
3. Son parte fundamental del sistema sanitario español, con amplia experiencia en la prestación de servicios, y pueden ser referentes en otros países que busquen sistemas sanitarios descentralizados

Por estos motivos seguimos creyendo que la cooperación descentralizada es un actor fundamental en la cooperación sanitaria española, y debe aumentar su participación en las definiciones de las prioridades de esta cooperación. Pero tiene también que ser una apuesta política, y crecer de forma constante en presupuesto y en calidad, tal y como ya propusimos en nuestro “Decálogo de trabajo de la cooperación descentralizada en salud” en el informe de 2010¹⁶.

POR UNA POLÍTICA DE ESTADO: 0,7% DE AOD POR LEY

En octubre de 1970 la Asamblea General de las Naciones Unidas acordó destinar el 0,7% de la renta nacional bruta a ayuda oficial al desarrollo (AOD). Los países económicamente más avanzados se comprometieron a lograrlo antes de 1975. Solo Suecia y Holanda cumplieron con el plazo inicial. Después se unieron Noruega, Dinamarca, Finlandia, Luxemburgo y, recientemente, el Reino Unido y Alemania.

España asumió el compromiso del 0,7% cuando entró a formar parte del CAD en 1991. A partir de entonces, y dado que nunca se cumplió dicho compromiso, han sido muchas las ocasiones en las que España (y el resto de países que no cumplen) ha renovado su compromiso de destinar el 0,7% a AOD, la última en agosto de 2015 con la aprobación de la declaración final de la Cumbre de Addis Abeba sobre la financiación del desarrollo. El horizonte para cumplir con este objetivo es 2030, fecha límite para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

A pesar del amplio consenso social con que cuenta la cooperación al desarrollo, no se ha consolidado como una política de Estado con un horizonte de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo. Además, la cooperación políticamente ha sido instrumentalizada en beneficio del gobierno de turno, en coyunturas a corto plazo.

En el año 2007, todos los grupos parlamentarios firmaron el Pacto de Estado contra la Pobreza, cuyo propósito era elevar la cooperación a política de Estado, dotándola de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo. Desde 2010 los recortes acumulados rondan el 70% y sitúan la AOD en 2017 en el 0,19%. Es más, si restamos las aportaciones obligatorias a la Unión Europea y a organismos internacionales, podemos concluir que la AOD sigue en su mínima expresión.

Blindar el 0,7% de AOD por ley parece la única opción para que la cooperación se convierta en una política de Estado y sortear la falta de compromiso de los diferentes gobiernos. Es lo que hizo el Reino Unido cuya AOD en 2007 y 2008 era inferior a la española. Frente a la adversidad económica, Reino Unido ha apostado por incrementar los fondos, convirtiendo la cooperación en una política de Estado, mientras que el Gobierno español de 2012 a 2018 se ha dedicado a desmantelarla, recortándola en 3.000 millones de euros, según datos de la OCDE.

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

Se puede argumentar que España no está en condiciones de alcanzar la meta del 0,7 ya que los recortes han situado el punto de partida muy lejos de dicha meta. Siendo cierto, también lo es que se puede establecer un horizonte temporal que blinde el compromiso del 0,7%. Resulta totalmente injustificable lo que está pasando desde hace más de seis años con la cooperación.

16. informe 2010 “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria”

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

1. INTRODUCCIÓN

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 humanitaria¹ a las que se han destinado 27.300 millones de dólares, lo que constituye un récord, tanto en el número de personas afectadas como en los fondos destinados a la acción humanitaria.

El análisis de la acción humanitaria de 2017 muestra que un pequeño número de crisis complejas han absorbido la mayor parte de la ayuda; concretamente, el 60% de la ayuda se canalizó hacia 10 países, siendo Siria y Yemen los que más ayuda humanitaria han recibido, seguidos de Sudán del Sur, Irak, Somalia y Líbano. Por otro lado vemos que otros conflictos, como el que asola a la República Democrática del Congo desde hace dos décadas o la violencia ejercida contra la población rohingya en Myanmar, se han agudizado a lo largo de 2017.

Desde el punto de vista humanitario estas son malas noticias ya que los conflictos de alta intensidad, como los observados en 2017, son el principal causante del desplazamiento forzado, de la inseguridad alimentaria y la violencia, y debilitan la economía, las redes de protección social y familiar y la capacidad de resiliencia de la población. Además los conflictos dejan un legado cuyos efectos perduran en el tiempo, dificultando los procesos de retorno, la reintegración y la reconciliación.

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 los 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

1. Global Humanitarian Overview 2018, OCHA

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 refugiadas².

En América Latina, Colombia sigue siendo el país con la mayor población desplazada interna que precisa de asistencia humanitaria, 4,9 millones de personas. En 2017 se ha producido un aumento de la violencia política, lo que ha llevado a un aumento del 53% los desplazamientos de población y casi se triplicaron el número de homicidios. A esta situación se suma la llegada masiva de personas de nacionalidad venezolana, unas 700.000, debido a la actual crisis económica y política que vive Venezuela y que ha provocado el desplazamiento de cientos de miles de personas a los países vecinos, entre ellos Colombia.

Con respecto a los desastres naturales, 2017 ha sido un año relativamente tranquilo en términos de mortalidad, 9.697 personas perdieron la vida, no así en el elevado número de personas afectadas, 95,6 millones de personas, o el coste económico estimado, 335.000 millones de dólares³.

El cambio climático está incidiendo en la frecuencia e intensidad de los desastres, y exacerbando aún más sus impactos. Los escasos recursos naturales, como el agua potable, se vuelven aún más limitados, el aumento de los ciclos de sequía y de aumento de la temperatura o de lluvias torrenciales arruinan los medios de vida de las familias lo que coloca a muchas comunidades al borde de la inseguridad alimentaria. Los estados frágiles y las personas pobres, especialmente en África y el sur de Asia son y seguirán siendo las más afectadas.

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 se concentra en esta región, así como el 44% de todos los eventos y el 58% de las muertes, 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 a 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.⁴

México ha sufrido dos terremotos sucesivos en septiembre, el primero, el más potente registrado en el país en los últimos 100 años, afectó a unas 800.000 personas, mientras que el segundo, dos semanas después, produjo el mayor número

2. <http://www.internal-displacement.org/global-report/grid2018/downloads/report/2018-GRID-part-1.pdf>

3. CRED, Natural Disasters 2017.

4. Resumen anual 2017 OCHA oficina Americana latina y Caribe, <https://www.unocha.org/rolac>

de muertes, unas 350 personas. Sin embargo, Haití sigue siendo el país con la situación humanitaria más compleja ya que tiene 1,32 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria, un millón de personas siguen recuperándose de las consecuencias del huracán Matthew⁵ y el país sigue sufriendo brotes recurrentes de cólera.

En África el episodio más grave de 2017 se ha producido en Sierra Leona por el desplazamiento de tierra en el área periurbana de Freetown que ha causado 1.105 muertes.

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 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 provincias⁶.

Las crisis políticas 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.

La República Democrática del Congo y Burundi son un buen ejemplo de esto. En la RDC la crisis política y social que vive el país desde 2016 (especialmente en las regiones de Tanganyka y Kasai) ha agravado la crisis humanitaria, que ha llevado a 13,1 millones personas a requerir ayuda⁷, 4,3 millones de personas se ha visto forzadas a huir de sus hogares y el país ha sufrido el brote de cólera más importante de los últimos 10 años, con 905 muertos y 44.282 casos identificados. Por su parte, Burundi se enfrenta a un grave deterioro de la situación del país, que ha llevado a un aumento de la vulnerabilidad de la población, 3,6 millones de personas, de los que más de la mitad son menores, necesitan asistencia humanitaria y el 40% de la población se encuentra en una situación de inseguridad alimentaria aguda.

No podemos olvidar otras crisis que se prolongan en el tiempo pero que desaparecen poco a poco de la atención mediática, como la crisis en el noreste de Nigeria, en Sudán del Sur o en Somalia.

En Nigeria, tras nueve años de violencia y conflicto armado, 10,2 millones de personas requieren ayuda humanitaria (la mayoría mujeres y menores), de éstas, 1,7 millones

5. Idem

6. Informe Global sobre crisis alimentarias 2018

7. Humanitarian Response plan 2018 Update

https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/MAJ_DRC_HRP_2017_En.pdf

han tenido que huir de sus hogares y refugiarse en otras zonas del país⁸. La zona más castigada por la violencia y el conflicto sigue siendo el noreste del país y especialmente la región de Borno donde más de 4,3 millones de personas han necesitado ayuda humanitaria, con 3,9 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria y donde solo funcionan el 30% de las instalaciones sanitarias para afrontar la malaria, el cólera y otras enfermedades que afectan a la población de manera habitual.

En Somalia, la violencia política y la sequía⁹ han llevado a 6,2 millones de personas, casi la mitad de la población, a requerir asistencia humanitaria. A este desastre debemos añadir un dato aún más dramático: el número de menores que sufre malnutrición supera los 388.000, de los que 87.000 están en situación crítica. A esto se suma que casi el 10% de la población son personas desplazadas internas.

La crisis humanitaria que vive Sudán del Sur¹⁰ se ha visto agravada en 2017 por la sequía que ha llevado a la declaración de hambruna en febrero, afectando a 6 millones de personas de las que 100.000 estaban en peligro de inanición según "The Integrated Food Security Phase Classification".

En Oriente Medio, los conflictos en Siria, Yemen, Irak y Afganistán mantienen a la región en la peor crisis humanitaria de las últimas décadas.

Después de 7 años de conflicto en Siria 13,1 millones de personas siguen necesitando asistencia humanitaria, de las que 5,6 millones están en una situación crítica. 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. Solo entre enero y septiembre de 2017, 1,8 millones de personas se vieron obligadas de huir de sus hogares.¹¹ A esto se suma el enorme impacto humanitario en los países vecinos, Líbano acogió a 997.552 personas refugiadas y Jordania a 655.624.¹²

En Irak y Afganistán en 2017 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 la situación se ha agravado por la falta de lluvias por segundo año consecutivo. Todo esto ha forzado a huir de sus hogares a medio millón de personas y ha llevado a un millón de personas a una situación de vulnerabilidad por la sequía.

8. Nigeria Humanitarian Overview 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/13022018_ocha_humanitarian_needs_overview.pdf

9. Somalia Humanitarian Overview 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/20172911_somalia_humanitarian_needs_overview_2018.pdf

10. South Sudan Humanitarian Overview 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/South_Sudan_2018_Humanitarian_Needs_Overview.pdf

11. Syria Humanitarian Overview 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/2018_syr_hno_english.pdf

12. 3RP 2017 Annual Report, UNHCR. <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/63530>

A pesar de la difícil situación en la que se encuentran varios países de la región, 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.¹³ Al mismo tiempo, 17,8 millones de personas sufren malnutrición e inseguridad alimentaria (8,4 millones en situación crítica) y la perspectiva para 2018 es de agravamiento de la situación.

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. Las zonas que acogen al mayor número de personas refugiadas y que afrontan los mayores retos en esta crisis humanitaria son el distrito de Cox's Bazar, con casi 900.000 personas refugiadas, y especialmente el campo de Kutupalong-Balukhali que acoge a más de 600.000 personas.

En cuanto al continente europeo, no podemos olvidar la situación en Ucrania que, aunque ha desaparecido del foco de atención mediática, sigue siendo grave. El 7,5% de la población, más de 3,4 millones de personas, requieren asistencia humanitaria, la inseguridad alimentaria se ha duplicado desde 2016, afectando a más de 1,2 millones de personas y en el ámbito de la salud la situación es también crítica: alrededor de 2,2 millones de personas en Ucrania oriental necesitan servicios esenciales de salud pública a los que no tienen acceso.¹⁴ Esta situación, ya de por sí difícil, se ve agravada por el elevado número de personas desplazadas, 1,6 millones a finales de 2017.

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 2016.¹⁵ Subrayar que disminuyó el número de personas que utilizaron Grecia e Italia como vías de entrada mientras que se duplicaron las llegadas a España; no obstante, Italia ha seguido siendo la principal vía de entrada a Europa¹⁶ con 119.369 personas.

Tampoco podemos olvidar el drama de la migración que viven a diario miles de personas en Mesoamérica que, aunque mucho menos presente en los medios que la del Mediterráneo no por eso es menos importante.

Mientras Naciones Unidas y otros actores de la comunidad internacional ponen el foco en la mejora de la respuesta global a las personas refugiadas y migrantes, a

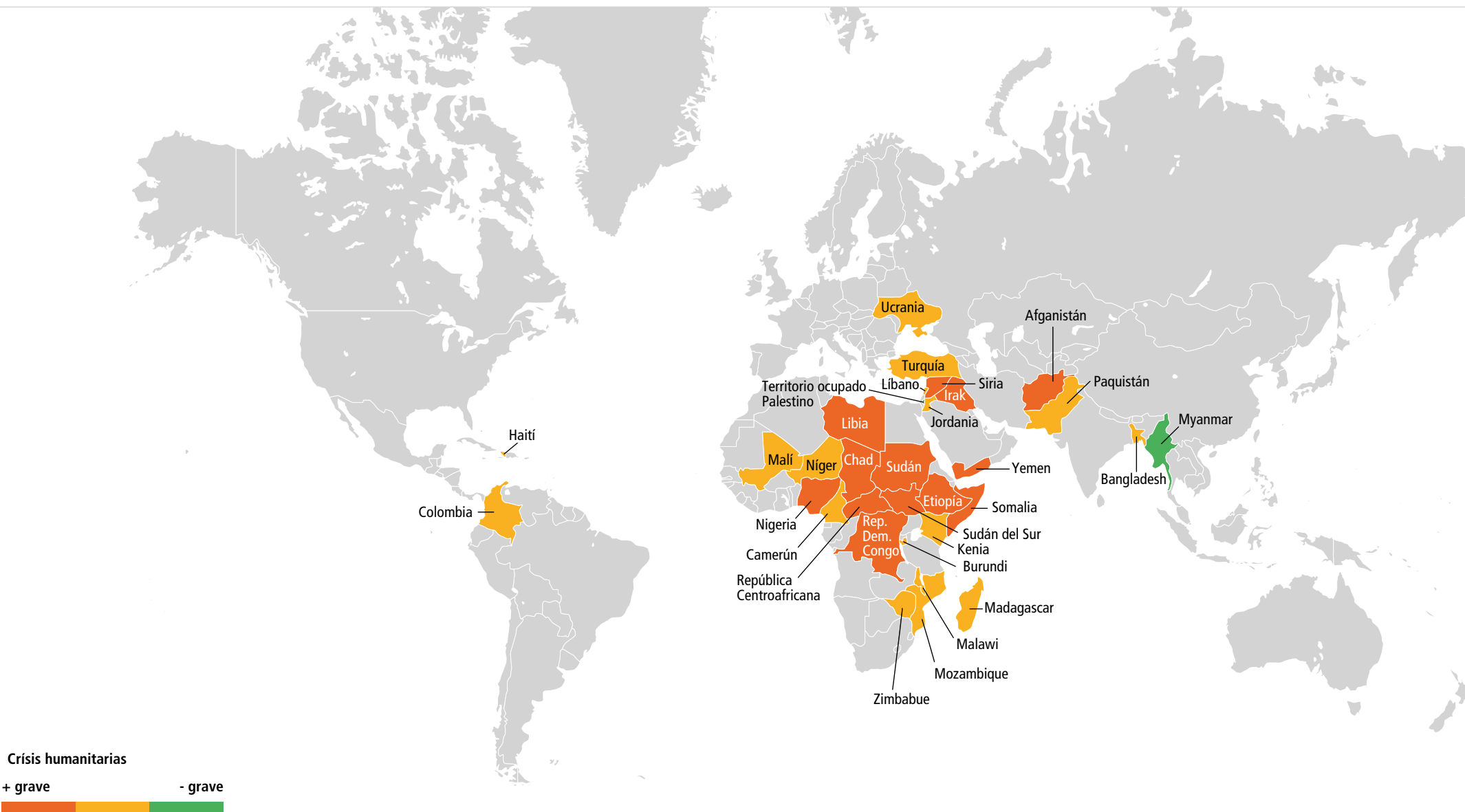
13. Yemen Humanitarian Overview 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/yemen_humanitarian_needs_overview_hno_2018_20171204_0.pdf

14. Ukraine Humanitarian Needs Overview 2018. https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/humanitarian_needs_overview_2018_en_20171130.pdf

15. <https://data2.unhcr.org/fr/situations/mediterranean>

16. Desperate Journeys January 2017 – March 2018, UNHCR

GRÁFICO 4.1. MAPA DE CRISIS HUMANITARIAS POR NIVEL DE SEVERIDAD EN 2017



Fuente: Elaboración Propia

través del desarrollo de un marco global de protección y mejora de la cooperación¹⁷, la retórica xenófoba continua creciendo, especialmente en Europa. La protección de los derechos de las personas refugiadas y migrantes, y la rendición de cuentas siguen siendo asuntos peliagudos para muchos gobiernos, no solo en la Unión Europea; es por ello que la comunidad humanitaria, además de facilitar servicios y protección, tiene entre sus líneas de acción la de incidir para que los gobiernos respeten los compromisos internacionales adquiridos y los derechos de estos colectivos vulnerables.

2. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN LA AGENDA INTERNACIONAL

2.1. La iniciativa de estandarización de los equipos médicos en emergencias de la OMS-EMT

La iniciativa de estandarización de los equipos médicos en emergencias, EMT por sus siglas en inglés, tiene como objetivo facilitar la asistencia sanitaria inmediata a las víctimas de desastres, crisis crónicas y epidemias y fortalecer los sistemas de salud en las respuestas de emergencias a través de la coordinación del despliegue de equipos médicos para que dichas respuestas sean rápidas, coordinadas y de acuerdo con los estándares de calidad técnica de la OMS. El papel de los EMT es cubrir las brechas en la atención sanitaria que puedan producirse cuando una situación de emergencia desborda la capacidad local y nacional.

No obstante, de acuerdo con el derecho internacional y los principios de soberanía e integridad del territorio, solo el gobierno del país afectado y sus autoridades sanitarias pueden tomar la decisión de aceptar o prescindir de los EMT.

Los equipos médicos en emergencias los crean, forman, equipan y financian los Estados miembro de la OMS y las ONG para que puedan intervenir de forma rápida cuándo y dónde se les necesiten. Para garantizar la calidad y efectividad de estos equipos, se ha creado un sistema de verificación que permite la clasificación de los EMT para facilitar y agilizar el despliegue de los equipos en situaciones de emergencias sanitarias. Los equipos que han sido verificados por la OMS pasan a formar parte del Registro global de EMT. Un país afectado por un desastre u otra emergencia puede pedir el apoyo a la OMS de un equipo médico inscrito en el registro global lo que aseguraría una intervención de calidad.

17. *Global Compacts and the New York Declaration for Refugees and Migrants, UN General Assembly 19 September 2016.*

Los equipos médicos en emergencias (EMT) son grupos de profesionales de la salud que atienden a personas afectadas por un desastre o una epidemia enviados por gobiernos, ONG, organizaciones internacionales o militares. Los equipos deben recibir formación específica, tener un stock de equipamiento y material que cumpla los estándares mínimos de calidad, adaptado al contexto y debe ser autónomo para que no suponga una carga para el sistema de salud local o nacional.

Desde su puesta en marcha en 2013, una quincena de equipos médicos han sido aprobados y otros 70 equipos han iniciado el proceso de clasificación. Por parte de España, se han creado cuatro equipos médicos, uno de AECID de nivel 2 que ya ha sido aprobado y el resto, de nivel 1, está en tramitación.

Entre los equipos que han obtenido la verificación de la OMS como Emergency Medical Team (EMT), se encuentra el equipo español de ayuda y respuesta a emergencia, (START por sus siglas en inglés), creado por la AECID y conocido también como “los chalecos rojos”, por ser esta la indumentaria oficial del personal de la Agencia Española de Cooperación en el terreno. Se trata de un dispositivo sanitario compuesto por un hospital de campaña, con capacidad quirúrgica y hospitalización en el que están involucrados más de 40 profesionales del sistema nacional público de salud y otros sanitarios, así como especialistas en ingeniería, agua y saneamiento, logística, electricidad y electrónica, entre otros. Este equipo está preparado para desplegarse en menos de 72 horas en cualquier país en vías de desarrollo donde se produzca una emergencia sanitaria.

Los tres equipos restantes, que están en proceso de verificación, están vinculados al Samur, la Empresa pública de emergencias sanitaria 061 y el Summa.

La iniciativa de Equipos médicos en emergencias acaba de iniciar su andadura por lo que no es posible valorar su eficacia. No obstante, la iniciativa está teniendo un importante papel regulador de cara a la mejora de la coordinación, efectividad y calidad de los equipos sanitarios que se despliegan en situación de emergencias, crisis crónicas y epidemias.

3. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

En 2017 la ayuda internacional humanitaria para dar respuesta a las crecientes necesidades humanitarias alcanzó los 27.300 millones de dólares¹⁸, una cifra que supone un ligero crecimiento respecto a 2016. Si analizamos las aportaciones de donantes y sector privado, vemos que el mayor crecimiento (9%) se dio entre los donantes priva-

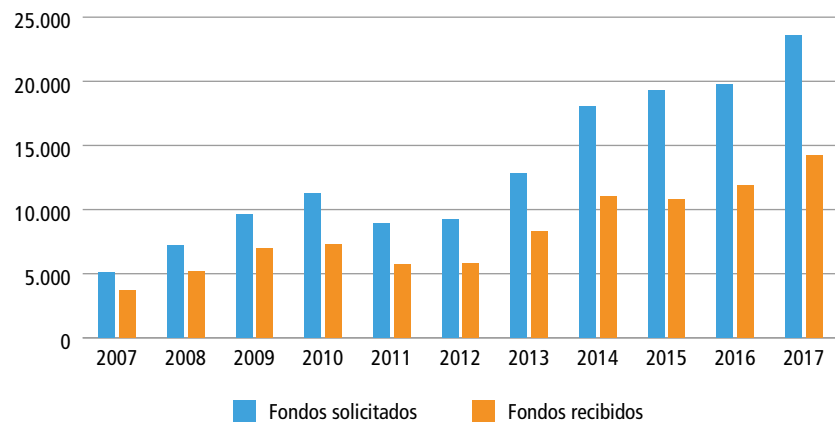
18. Development Initiatives, Global humanitarian Assistance Report 2018

dos (fundaciones, corporaciones y donantes individuales), frente a los países donantes y las instituciones de la UE que apenas aumentaron su aportación.

Si analizamos solo la financiación que es reportada a través del FTS (sistema de seguimiento de financiación) de UNOCHA, vemos que en 2017 ésta ascendió a 21.472 millones de dólares¹⁹, 1.428 millones menos que en 2016. Esta cifra incluye tanto los fondos asignados a UNOCHA, la agencia de Naciones Unidas que coordina una parte importante de la ayuda humanitaria internacional, como aquellos gestionados directamente por la mayoría de donantes y ONG. Queda fuera de este cómputo los fondos gestionados por algunos donantes así como por algunas ONGs, como Médicos sin Fronteras, y parte de la financiación del CICR (Comité Internacional de la Cruz Roja).

Los fondos de llamamientos y planes de respuesta de NNUU han aumentado casi un 20% con respecto a 2016, mientras que los fondos gestionados por donantes y ONG han descendido algo más del 30%. Como se observa en la gráfica 4.2., el balance en 2017 es de descenso de la financiación de la acción humanitaria. Un año más los fondos siguen siendo insuficientes para cubrir las crecientes necesidades humanitarias en el mundo y, a pesar de los compromisos adquiridos por la comunidad internacional de reducir la brecha de financiación, ésta se mantiene en el 40%.

GRÁFICO 4.2. FINANCIACIÓN LLAMAMIENTOS DE NNUU 2007-2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

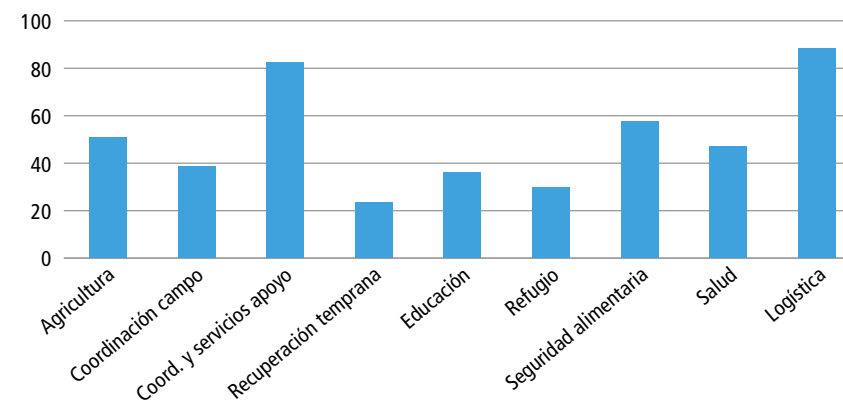
19. El Financial Tracking System (FTS) de OCHA es un sistema para que tanto donantes como agencias que dan respuesta a crisis humanitarias reporten las contribuciones que realizan para la AH. El FTS recoge la mayoría de las aportaciones realizadas, pero no todas, quedan fuera algunos países donantes y agencias.

En 2017 Naciones Unidas, la principal coordinadora de la ayuda humanitaria, logró cubrir el 60% de la financiación solicitada a través de 41 llamamientos, el mismo porcentaje que en 2016 y que sigue estando lejos del objetivo del 75% solicitado por el Secretario General de Naciones Unidas²⁰.

Si analizamos los llamamientos de NNUU para responder a las crisis humanitarias, vemos que el porcentaje de financiación recibido en relación a los fondos solicitados varía mucho entre llamamientos: 21 llamamientos recibieron menos del 50% de los fondos que habían solicitado y solo 9 consiguieron más del 70% de lo solicitado. Kenia es el único país que consiguió el 100% de los fondos solicitados, seguido de Irak con el 95% y Níger con el 80%. Las crisis humanitarias de Afganistán, Libia, Myanmar, Nigeria, Sudán del Sur, Yemen y Bangladesh (crisis Rohingya) consiguieron entorno al 70% de los fondos solicitados, mientras que otras crisis complejas como la de Etiopía, Territorio palestino ocupado, RD de Congo, Chad o la República Centroafricana apenas consiguieron el 40% de los fondos solicitados. Por último resulta muy preocupante que cuatro llamamientos realizados en respuesta a crisis sobrevenidas en el Caribe, Senegal y Burundi recibieran menos del 25% de los fondos solicitados.

En cuanto a la financiación por sectores, la salud y aquellos sectores directamente relacionados con ésta como agua y saneamiento, protección y nutrición, sectores clave para la personas en situación de extrema vulnerabilidad, apenas han conseguido el 50% de los fondos solicitados en los llamamientos realizados por NNUU.

GRÁFICO 4.3. PORCENTAJE DE FINANCIACIÓN POR SECTORES EN 2017

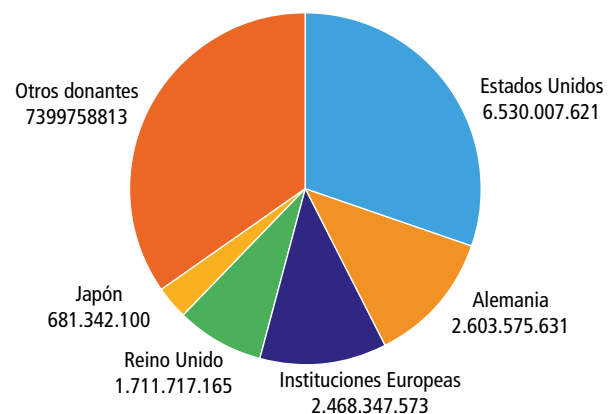


Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

20. Una humanidad: nuestra responsabilidad compartida. Informe del Secretario General para la Cumbre humanitaria mundial, feb. 2016

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.

GRÁFICO 4.4. PRINCIPALES DONANTES EN 2017 (EN MILLONES DE DÓLARES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Si analizamos la AOD destinada a acción humanitaria como porcentaje del PNB (es decir el esfuerzo financiero real que realiza cada país teniendo en cuenta el tamaño de su economía), vemos que Reino Unido y Alemania con el 0,06% de su PNB destinado a la acción humanitaria son los países que realizan un mayor esfuerzo económico, seguidos de Estados Unidos con el 0,03% de su PNB y Japón con el 0,01%. En cuanto a España, en 2017, según datos de OCHA asignó unos 59 millones de dólares a la acción humanitaria lo que la sitúa en el puesto 23 de los 79 países que recoge UNOCHA como países donantes.

En cuanto a la canalización de fondos, como en años anteriores, la mayoría se hizo a través de las agencias humanitarias de NNUU, seguidas por las ONG, el sistema de la Cruz Roja y Media Luna Roja-CICR, el sector público y por último los Organismos internacionales.

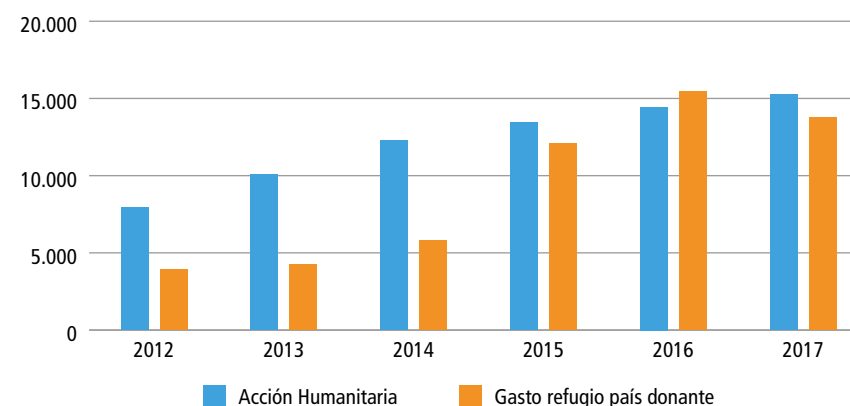
TABLA 4.1. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL EN 2017

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Agencias de NNUU	12.603
ONG	3.946
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	1.631
Sector público	528,05
Organismos internacionales (BM, IOM...)	78,94

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

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. Este descenso sitúa a este tipo de gasto en los países donantes del CAD por debajo de la financiación que estos mismos países destinan a la acción humanitaria, y que en 2017 alcanzó los 15.256 millones de dólares.

GRÁFICO 4.5. GASTOS REFUGIO EN PAÍSES CAD FRENTE A LA FINANCIACIÓN DE AH



Fuente: Elaboración propia con datos de CAD

No obstante, cuando analizamos el gasto por país, vemos que aunque en algunos países se han producido importantes descensos 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%, Noruega del 18,3% al 3,6% y Suiza del 19,3% al 9,2%. Otros la han aumentado, siendo estos incrementos especialmente elevados en el caso de Irlanda que ha pasado de 1 a 11 millones, Holanda de 434 millones a 835 millones de dólares y España de 89 a 218 millones de dólares.

4. LA AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NNUU

La Oficina de coordinación de ayuda humanitaria (OCHA), gestiona la financiación recibida a través de los fondos coordinados, que sirven para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta y los Fondos Comunes que gestiona directamente OCHA. Las agencias de cooperación de los países donantes son los principales financiadores de los llamamientos globales de NNUU.

Los fondos coordinados de NNUU permiten asegurar que los Planes Estratégicos de Respuesta de las diferentes agencias humanitarias de NNUU, sean financiados de forma predecible y en tiempo, principalmente a través del PMA, UNICEF, ACNUR, UNRWA y OMS.

TABLA 4.2. AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, 2017

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	Porcentaje del total
Planes estratégicos de respuesta	14.223	91,1%
Fondos comunes	1.327	8,9%
Total	15.550	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

En 2017 OCHA realizó un llamamiento para los Fondos Coordinados que ascendió a 23.574 millones de dólares. Esta fue la cantidad estimada por las agencias humanitarias de NNUU para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta (SRP en sus siglas en inglés)²¹ para atender las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por las crisis. Del total de los fondos requeridos, se recibieron 14.223 millones de dólares (los fondos asignados a proyectos es algo menor, 14.202 millones en el momento de la elaboración de este informe), aunque continua la tendencia al crecimiento de los últimos años, dicho aumento sigue siendo insuficiente, cubriéndose de nuevo solo el 60%, de los fondos solicitados.

21. Planes estratégicos de respuesta

TABLA 4.3. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE RESPUESTA HUMANITARIA

País receptor de SRP	Total en millones de dólares
Plan de ayuda a los refugiados de Siria	2.998
Siria	1.766
Yemen	1.765
Sudán del Sur	1.182
Somalia	1.028
Irak	925
Nigeria	731
Etiopía	651
Sudán	485
RD Congo	463

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Los Planes Estratégicos de Respuesta²² para atender las necesidades básicas de la población de países afectados por crisis humanitarias, se concentraron prácticamente en los mismos países que en años anteriores: Siria, Yemen, Sudán del Sur, Somalia, Irak, Nigeria, Etiopía, Sudán y RD del Congo, lo que nos recuerda que se trata de crisis complejas que se prolongan en el tiempo y que requieren una financiación sostenida a medio y largo plazo.

En cuanto a los Fondos Comunes que gestiona OCHA, en 2017 ha recibido 1.327 millones de dólares, de los que se han asignado a proyectos 1.093 millones.

TABLA 4.4. FINANCIACIÓN RECIBIDA PARA LOS FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR OCHA (EN MILLONES DE DÓLARES)

Ayuda humanitaria	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Fondo Central de respuesta a emergencias - CERF	613	465	426	480	479	403	426	515
Fondos comunes a nivel país - CBPF	519	623	547	511	604	768	757	812
Total fondos comunes de NNUU	1.132	1.088	973	991	1.083	1.171	1.183	1.327

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

22. El Humanitarian Country Team de NNUU elabora los Planes Estratégicos de Respuesta para aquellas crisis humanitarias que requieren apoyo de más de una agencia de NNUU. Es por tanto una herramienta de coordinación y de financiación.

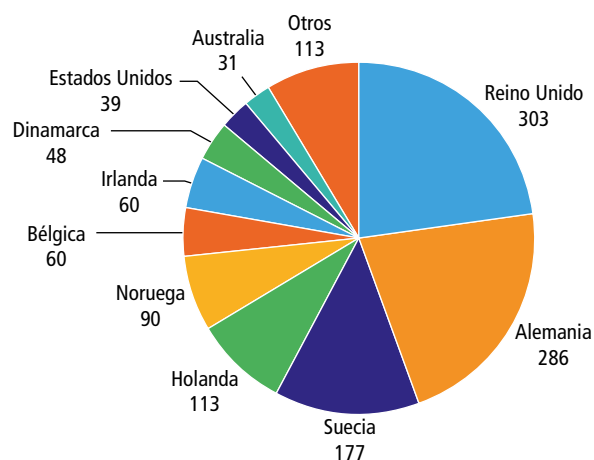
Estos fondos comunes alimentan el Fondo Central de Respuesta de Emergencia (CERF en sus siglas en inglés) y los Fondos Comunes a Nivel de País (CBPF en sus siglas en inglés).

Ambos fondos son fundamentales porque permiten atender aquellas crisis que siendo importantes, no son prioritarias para los donantes. El Fondo Común a nivel país es además uno de los pocos fondos que canaliza una parte importante de sus fondos a través de agentes nacionales y locales.

Así, el Fondo para Yemen²³ ha asignado 126 millones de dólares a 53 organizaciones, 28 de éstas son organizaciones nacionales que han gestionado 51,4 millones de dólares en 62 proyectos, frente a las 12 ONG internacionales que han gestionado 35 proyectos por un valor de 49,6 millones, en línea con el objetivo del Grand Bargain.²⁴

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

GRÁFICO 4.6. PRINCIPALES DONANTES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES)



Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA

Reino Unido y Alemania, los principales donantes de acción humanitaria como porcentaje de su PNB, son también los principales donantes de los Fondos comunes. Sorprende en negativo Estados Unidos, el primer donante de ayuda humanitaria por

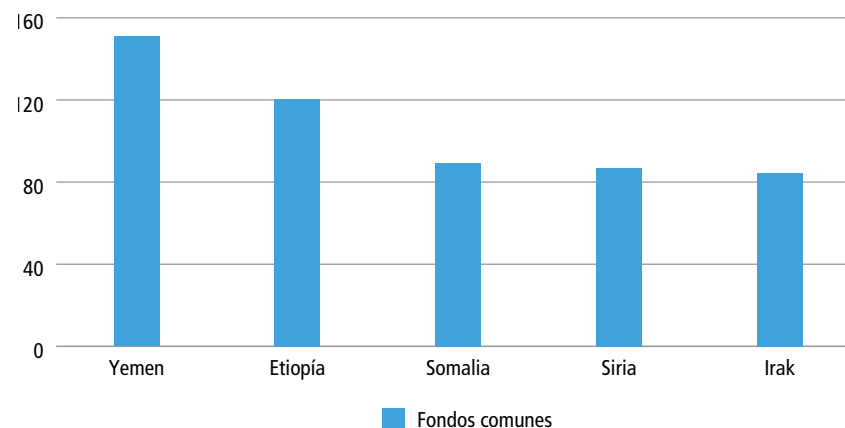
23. UNOCHA, Yemen Humanitarian Fund, Annual report 2017

24. <https://agendaforhumanity.org/initiatives/3861>

volumen, que con 39 millones se sitúa muy lejos de los 303 millones de dólares que aporta el Reino Unido.

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos asignados, las crisis humanitarias de Yemen, Etiopía, Somalia y Siria han sido las principales receptoras de fondos, concentrando el 41,15% del total.

GRÁFICO 4.7. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES) EN 2017

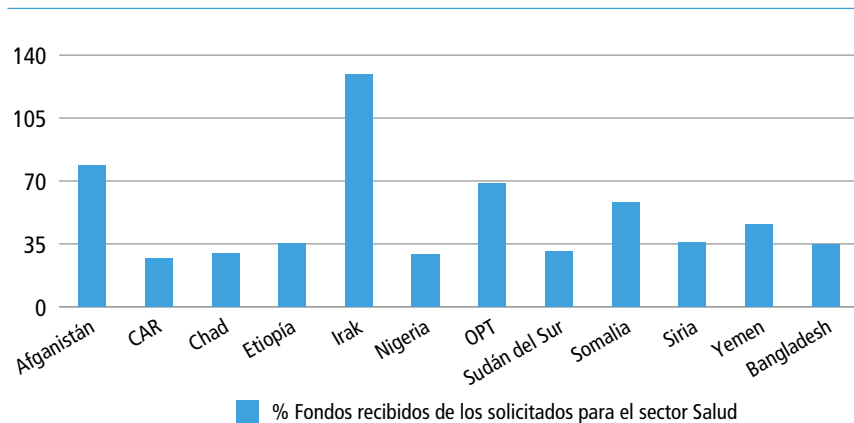


Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA

En los últimos 5 años siete países, Siria, Yemen, Sudán del sur, Etiopía, RD Congo, Sudán, Afganistán y Somalia, han estado cada año entre los principales receptores de financiación. Según datos de UNOCHA, tres países, RD Congo, Sudán y Somalia han requerido asistencia humanitaria continuada durante los últimos 18 años lo que muestra la fragilidad extrema de estos países y la dificultad a la que se enfrentan para responder a nuevas crisis. Todos estos países sufren crisis humanitarias complejas vinculadas a conflictos, a crisis políticas o a los efectos del fenómeno climático de El Niño lo que dificulta todavía más la capacidad de estos países para afrontar las crisis.

En cuanto a la distribución sectorial de los fondos, la salud, el agua y saneamiento, la seguridad alimentaria y proyectos y actividades, son los sectores a los que se destinan más fondos. Aunque el mayor crecimiento se da en seguridad alimentaria y los proyectos y actividades en los que están implicados varios sectores, que alcanzan los 3.000 millones de dólares, reflejo de los altos índices de inseguridad alimentaria y el riesgo de hambruna que padecen países como Yemen o Sudán del Sur.

GRÁFICO 4.8. FONDOS AL SECTOR SALUD 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Por último, si analizamos los fondos destinados al sector salud en las doce crisis humanitarias que más financiación reciben en 2017, vemos que solo dos, Afganistán e Irak, han conseguido más del 75% de los fondos solicitados. El Territorio ocupado palestino, Somalia y Yemen han recibido entre el 45% y el 68% de los fondos solicitados, mientras que los demás, República Centroafricana, Chad, Etiopía, Nigeria, Sudán del Sur, Siria y Bangladesh solo han recibido entre el 27% y el 35% de los fondos que solicitaron, un porcentaje claramente insuficiente para hacer frente a las necesidades de salud de poblaciones en situaciones muy vulnerables.

5. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

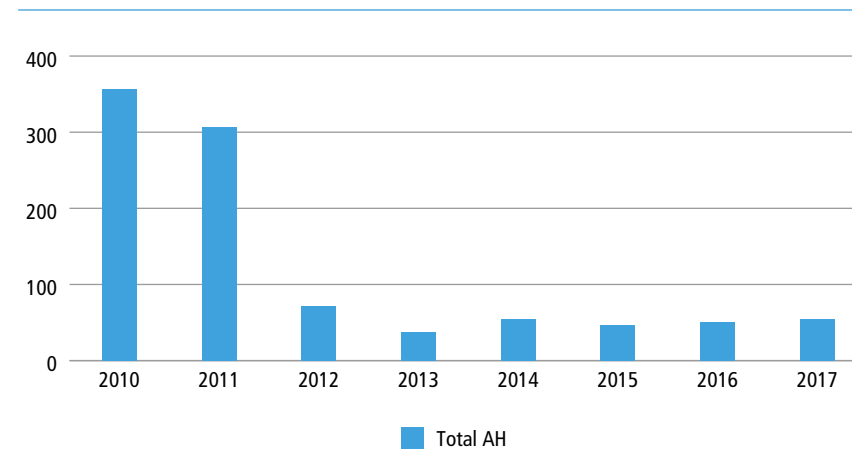
En 2017 la acción humanitaria de la cooperación española en su conjunto (AGE, CCAA, EELL y universidades) ha experimentado un ligero crecimiento con relación a 2016. Es el tercer año consecutivo en el que la AOD destinada a la Acción humanitaria crece aunque se trata de un crecimiento de apenas 3 millones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

Seguimos a años luz de los niveles de financiación de países europeos realmente comprometidos con la acción humanitaria como Reino Unido que aporta unos 1.500 millones de euros y Alemania unos 2.200 millones de euros.

Como muestra el gráfico 4.9, tras el desplome de 2012, la AOD en acción humanitaria se mantiene un año más como una cooperación testimonial que a duras

penas le permite seguir formando parte del grupo de donantes comprometidos con la acción humanitaria. Si la cooperación española quiere ser coherente con su discurso a nivel internacional debe pasar de las palabras a los hechos y presentar una propuesta de crecimiento robusto y sostenible en el tiempo que le permita recuperar los niveles de financiación de 2011 en el marco temporal del actual Plan Director.

GRÁFICO 4.9. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A LA AH



Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC

Cuando comparamos la AOD destinada a acción humanitaria con la AOD total, la imagen es todavía más negra pues en 2017 la AH representó el 2,1% de la AOD total, lo que supone un ligero descenso con relación a 2016 -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 que se sitúa en 11%. Como venimos recordando desde 2012, se trata de un porcentaje muy alejado de la recomendación del CAD de destinar al menos el 7%²⁵ del total de la AOD a acción humanitaria y del compromiso de la propia cooperación española de destinar el 10% de la AOD.

5.1. Canalización de los fondos

En 2017 se han canalizado 36.257.885 euros por la vía bilateral y 18.146.815 euros por la vía multilateral, lo que ha supuesto un cambio de tendencia en relación a los últimos años en los que ha primado la vía multilateral.

25. Good Humanitarian Donorship Initiative de 2005.

Queda por ver si este cambio a favor de la financiación bilateral se mantiene en los próximos años, en cualquier caso, sorprende que la cooperación española focalice el peso de la financiación de la acción humanitaria en la vía bilateral, cuando desde NNUU se recuerda insistentemente la importancia de la financiación multilateral (que en el caso de la cooperación española se abandonó, parece que de forma definitiva en 2014).

5.1.1. LA ACCIÓN HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos canalizados a través de la vía bilateral ascendieron a algo más de 36 millones de euros, lo que supone el 67% de la AOD destinada a AH. Las ONGD del país donante siguen siendo la principal vía de canalización de fondos, aunque han pasado de recibir el 85% de los fondos en 2016 al 54% en 2017. Frente a este acusado descenso, se ha producido un aumento importante en la financiación de las ONGD internacionales que recibieron 1,2 millones de euros en 2016 (algo más del 4% de los fondos) y 9,6 millones en 2017 (el 26,5% de los fondos). También crecen, aunque menos, los fondos gestionados por las entidades públicas del país donante que pasan de 1,6 millones a algo más de 5 millones.

TABLA 4.5. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH POR VÍA DE CANALIZACIÓN EN 2016 Y 2017

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2016		2017	
Entidades públicas del país donante	1.636.976 €	6,23%	5.050.904 €	13,93%
Entidades públicas del país socio	244.600 €	0,93%	400.000 €	1,10%
ONGD Internacionales	1.231.000 €	4,69%	9.610.000 €	26,50%
ONGD del país donante	22.502.261 €	85,69%	19.691.489 €	54,31%
ONGD del país socio	20.000 €	0,08%	1.373.022 €	3,79%
Otras ENL del país donante	152.724 €	0,58%	99.652 €	0,27%
Otras ENL del país socio	150.000 €	0,57%		
Universidades públicas del país donante	122.222 €	0,47%	7.818 €	0,02%
Partenariados público-privados	95.164 €	0,36%		
Redes	50.000 €	0,19%		
Otras entidades	56.037 €	0,21%	25.000 €	0,07%
Entidades con ánimo de lucro en el país socio				
Entidades con ánimo de lucro en el país donante				
Total	26.260.984 €		36.257.885 €	

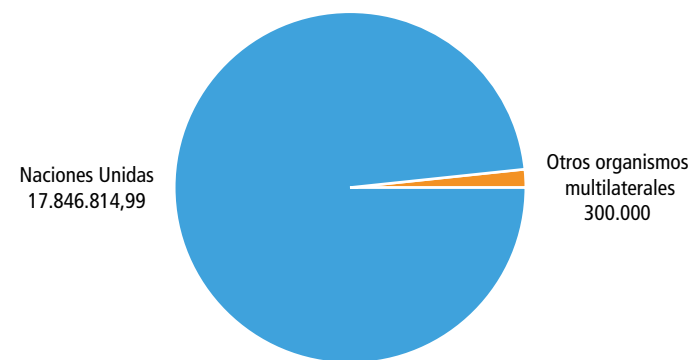
Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

En cuanto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, se han cuadruplicado los fondos, pasando de 414.600 euros a 1.773.022 euros lo que supone el 4,89% de la financiación bilateral. La mayor parte de este incremento se ha destinado a las ONGD de países socios que han pasado de recibir 20.000 EUR a algo más de 1,3 millones de euros. Si este aumento se confirma en el futuro la voluntad de la cooperación española de cumplir con el acuerdo del Grand Bargain que tiene como uno de sus principales compromisos asignar al menos el 25% de financiación directa a actores locales y nacionales antes de 2020. Aunque España está muy lejos de este objetivo, sería importante mantener la senda del crecimiento para al menos acercar la cooperación española hacia dicho compromiso.

5.1.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTIBILATERAL

La ayuda multilateral ha descendido de manera importante en 2017, pasando de representar en torno al 50% en los últimos años al 33%. Si analizamos las vías de canalización de los fondos, vemos que las ONGD internacionales no han recibido fondos en 2017, la primera vez que sucede esto en los últimos 5 años, es posible que este descenso esté relacionado con el aumento experimentado en la vía bilateral. Esto hace que Naciones Unidas, con el 98% de los fondos, se convierte casi en el único receptor de fondos, aunque no podemos olvidar que en la ayuda multilateral es el donante, en este caso España, quien decide a qué agencia, país y programa se destinan los fondos.

GRÁFICO 4.10. AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA AH EN 2017 POR VÍA DE CANALIZACIÓN



Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

Por último, en cuanto a la financiación multilateral, un año más la cooperación española no asigna fondos a través de esta vía. A pesar que desde Naciones Unidas se insiste en la importancia de canalizar una parte de la ayuda a través de esta vía dado que permite la distribución de los fondos según las necesidades humanitarias, y no según los intereses del donante.

Por ello, hay que pedir a la cooperación española que abandone la estrategia de “cero financiación” de la vía multilateral y que de los pasos necesarios para recuperar la presencia de la cooperación española en un instrumento especialmente estratégico para la acción humanitaria.

5.2. Distribución geográfica de la acción humanitaria

De nuevo, África y Oriente Medio acaparan el 58% de los fondos, reflejo del elevado número de crisis humanitarias que se viven en estas dos regiones.

TABLA 4.6. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A AH POR REGIONES

Región	2017	%
África del Norte	5.387.918 €	9,90%
África Subsahariana	10.064.793 €	18,50%
África, no especificado	94.026 €	0,17%
América Central y Caribe	4.273.593 €	7,86%
América Latina no especificado		
América del Sur	4.194.021 €	7,71%
Asia, no especificado		
Asia Central		
Asia del Sur	135.000 €	0,25%
Asia Oriental	2.769.277 €	5,09%
Europa	110.000 €	0,20%
Oceanía	25.000 €	0,05%
Oriente Medio	16.621.070 €	30,55%
PVD no especificado	10.730.003 €	19,72%
TOTAL	54.404.700 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

En el continente africano, suben los fondos destinados a África subsahariana que pasa de 5,7 millones en 2016 a algo más de 10 millones de euros en 2017, un aumento que responde al agravamiento de algunas de las crisis humanitarias que vive

la región. Como ya sucedió en 2016, los principales destinos de la acción humanitaria han sido Malí, donde 4 millones de personas requieren ayuda alimentaria, Sudán del Sur, con casi 5 millones de personas que sufren inseguridad alimentaria severa y Níger, con 2,3 millones de personas que requieren asistencia para cubrir sus necesidades básicas y que acoge a población desplazada como consecuencia del conflicto en Nigeria.

En cuanto al Norte de África se mantiene el nivel de financiación del año anterior, en torno a los 5 millones de euros, siendo la población saharauí la principal receptora de fondos con 4,8 millones de euros, una cifra algo inferior a la de 2016.

Oriente Medio se mantiene como el principal receptor de fondos, algo más del 30% de la ayuda humanitaria oficial española. La crisis humanitaria provocada por la guerra civil en Siria, junto a Jordania y Líbano como países de acogida de personas refugiadas han sido los principales receptores de fondos en la región en 2017, aunque han visto recortados su financiación en un 20%, pasando de 13,3 millones de euros a 10,7 millones. Por último, el Territorio palestino ocupado sigue siendo otro destino prioritario de la acción humanitaria española, en respuesta al agravamiento de la situación en Gaza y al compromiso de la cooperación española con la crisis que vive la población palestina tanto en Gaza como en Cisjordania.

TABLA 4.7. PRINCIPALES RECEPTORES DE AH ESPAÑOLA EN 2017

País	2017
Población saharauí	4.887.918 €
Líbano	4.820.055 €
Siria	4.441.273 €
Palestina	3.657.784 €
Níger	2.681.750 €
Filipinas	2.669.277 €
Malí	2.597.297 €
Colombia	1.890.201 €
Irak	1.619.272 €
Jordania	1.461.965 €

Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

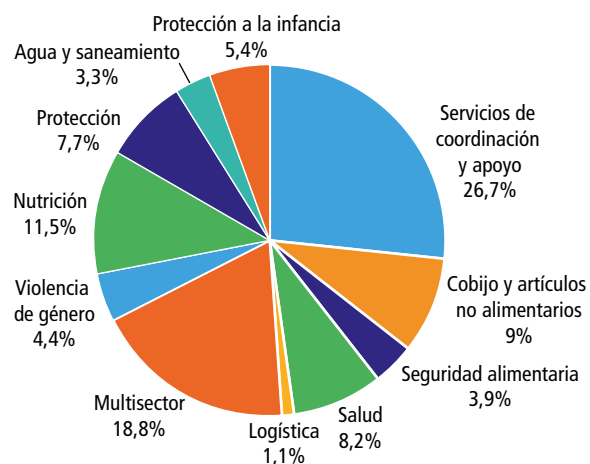
En cuanto a América Latina, la violencia política de Colombia, que la ha llevado a ser el país con la mayor población desplazada interna que precisa de asistencia humanitaria, 4,9 millones de personas, y la llegada masiva de personas de nacionalidad venezolana, unas 700.000, explican que sea el principal receptor de fondos de la cooperación española en esta región.

Por último, en el Sureste asiático, Filipinas, debido a su gran vulnerabilidad a desastres naturales, ha sido de nuevo el principal receptor de fondos de la ayuda española.

5.3. La Acción humanitaria por sectores

Analizando la distribución sectorial de la ayuda, se aprecia que los tres sectores priorizados han sido Protección, Nutrición y Multisector (proyectos y actividades en los que están implicados varios sectores) que recibieron el 58% de los fondos, tres partidas clave en el contexto de la crisis de personas refugiadas y de sequía e inseguridad alimentaria que se está viviendo tanto en Oriente Medio como en África.

GRÁFICO 4.11 ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES 2017



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos FTS de OCHA

La salud, un sector clave en cualquier respuesta humanitaria, bajó ligeramente en relación a 2016, pasando del 9,2% al 8,2% de la financiación.

El análisis de la financiación a partir de los sectores CRS del CAD muestra que 32,5 millones de euros, el 59% de la ayuda, se destinó a intervenciones de emergencia, el 73% de estos fondos sirvió para financiar bienes y servicios necesarios durante las emergencias humanitarias y el 27% restante para cubrir las necesidades alimentarias de las poblaciones afectadas por crisis.

La partida destinada a la reconstrucción y rehabilitación, clave para el paso de la emergencia al desarrollo ha aumentado de manera significativa, pasando de algo

más de 2 millones de euros en 2016 a 5 millones en 2017 lo que representa el 9% del total de fondos esperamos que se consolide dicho crecimiento.

5.4. La Acción humanitaria por agentes

El principal agente estatal en aportar fondos para la acción humanitaria es el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación con el 92% de los fondos (39.303.669 euros), y un incremento de 10 millones de euros con respecto a 2016. La financiación del Ministerio de Defensa ha sido muy superior a la de 2016, al pasar de 154.000 euros a 3.427.447 euros en 2017. Un incremento que preocupa dado que las intervenciones realizadas por el ejército no se deberían considerar como humanitarias.

TABLA 4.8. AOD ESPAÑOLA PARA ACCIÓN HUMANITARIA POR AGENTES EN 2017

Agentes	Total	%
AGE	42.731.116 €	78%
CCAA	9.014.244 €	17%
EELL	2.651.523 €	5%
Universidades	7.818 €	0%
Total	54.404.700 €	

Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

En cuanto a los demás agentes (comunidades autónomas, entidades locales y universidades) se ha producido un importante descenso en la financiación de la acción humanitaria con respecto a 2016 que se analizará en el siguiente apartado.

5.5. La Acción humanitaria descentralizada

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 8,3 millones a 2,6 millones de euros.

La AOD destinada a acción humanitaria representa el 4,8% del total de la AOD descentralizada la mitad que en 2016 y se aleja de los compromisos adquiridos a nivel internacional de llegar al 7%. No es fácil entender a qué se debe este descenso en la financiación 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 el análisis de la ayuda descentralizada, las comunidades autónomas redujeron su aportación en 2,4 millones de euros, quedándose por debajo de los 10 millones de euros. Se ha producido una caída casi generalizada de la financiación de las comunidades, 11 redujeron su financiación, algunas de forma importante como Andalucía que la ha reducido un 75%, la Comunidad Valenciana un 60% y Cataluña y Madrid un 50%. Aunque el resto de Comunidades autónomas ha aumentado su financiación, dicho aumento no compensa los fuertes recortes de esas comunidades, especialmente el desplome de la cooperación andaluza que ha pasado 4 millones de euros a algo menos de un millón.

Como nota positiva, hay que destacar el crecimiento de la cooperación vasca que incrementó su financiación en 1,2 millones de euros y los de Extremadura y Galicia que la doblaron.

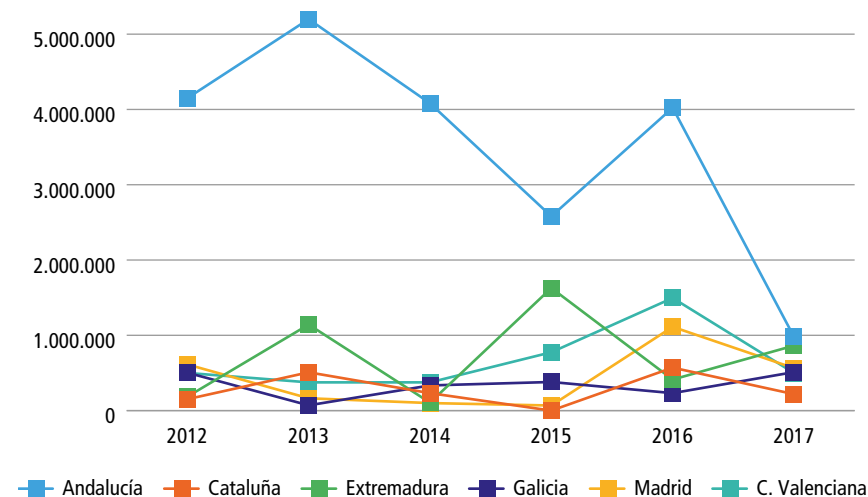
TABLA 4.9. ACCIÓN HUMANITARIA POR CCAA

CCAA	2016	%	2017	%
Andalucía	4.022.236 €	32,40%	979.840 €	10,87%
Aragón	179.943 €	1,45%	269.799 €	2,99%
Asturias	363.113 €	2,93%	150.000 €	1,66%
Baleares	431.655 €	3,48%	369.851 €	4,10%
Cantabria	102.468 €	0,83%	55.000 €	0,61%
Canarias			30.000 €	0,33%
Cataluña	570.741 €	4,60%	218.131 €	2,42%
País Vasco	2.230.219 €	17,97%	3.420.898 €	37,95%
Castilla-La Mancha	195.400 €	1,57%	170.400 €	1,89%
Castilla y León	230.000 €	1,85%	115.000 €	1,28%
Extremadura	412.598 €	3,32%	862.811 €	9,57%
Galicia	231.866 €	1,87%	511.162 €	5,67%
La Rioja	305.000 €	2,46%	211.189 €	2,34%
Madrid	1.112.439 €	8,96%	564.047 €	6,26%
Melilla				
Murcia	90.000 €	0,73%	50.000 €	0,55%
Navarra	440.000 €	3,54%	536.750 €	5,95%
Comunidad Valenciana	1.495.721 €	12,05%	499.366 €	5,54%
TOTAL	12.413.400 €	100%	9.014.244 €	100%

Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

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.

GRÁFICO 4.12. EVOLUCIÓN DE LA AH EN ALGUNAS CCAA



Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

Como ya hemos comentado, el desplome de la acción humanitaria descentralizada se ha producido sobre todo en la financiación de las entidades locales, que han pasado de aportar algo más de 6,3 millones de euros a apenas 2,6 millones, una caída difícil de justificar en un contexto como el actual.

TABLA 4.10. ACCIÓN HUMANITARIA POR EELL

EELL	2016	2017
Andalucía	617.957	16.045
Aragón	636.544	-
Asturias	668.054	25.000
Baleares	79.164	6.632
Cantabria	-	-
Canarias	57.363	-
Cataluña	224.377	200.410
País Vasco	487.552	86.860
Castilla-La Mancha	54.338	26.320
Castilla y León	212.945	43.798
Extremadura	20.805	-
Galicia	31.230	11.252
La Rioja	-	-
Madrid	5.688.369	2.113.350
Murcia	-	14.100
Navarra	102.092	84.000
Comunidad Valenciana	180.335	23.757
TOTAL	9.061.125	2.651.524

Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

En cuanto a la distribución geográfica, como viene siendo habitual en los últimos años, Oriente Medio, América Latina y África vuelven a ser las tres regiones que concentran el 71,2% de la AH descentralizada. África se ha convertido en la principal receptora de financiación, con más de 3 millones de euros en 2017, seguida de América Latina con 2,9 millones de euros y Oriente Medio con una financiación de 2,4 millones.

Por sectores, el reparto de la ayuda de las Comunidades autónomas sigue el mismo patrón que el de la AGE, concentrando el 59% en la respuesta a las emergencias. El 38% de los fondos, unos 3,4 millones de euros se asignaron a la provisión de servicios materiales de emergencia y el 16%, 1,4 millones de euros, a la ayuda alimentaria de emergencia. Cabe resaltar el importante aumento de los fondos destinados para la reconstrucción y rehabilitación y para la prevención de desastres que han pasado del 9 al 21% en el caso del primero y del 7 al 13% en el segundo. Dos sectores clave para la acción humanitaria dado el impacto que tienen en la reducción de la vulnerabilidad y la mejora de la resiliencia de las comunidades pero que tradicionalmente están infra financiados.

6. EN FOCO

Yemen, al borde del abismo

Después de 3 años de conflicto, la situación en Yemen no ha dejado de empeorar hasta convertirse en la peor tragedia humanitaria en el mundo. A finales de 2017 22,2 millones de personas (el 75% de la población²⁶) necesitaban asistencia o protección humanitaria, durante los últimos 18 meses se ha producido un agravamiento de la situación que ha llevado a 11,3 millones a una situación crítica (un millón más que en junio de 2017). A esto se suma que 17,8 millones de personas sufren malnutrición e inseguridad alimentaria, si a finales de 2017 8,4 millones estaban en situación crítica, en octubre de 2018 esta cifra se había disparado hasta alcanzar los 14 millones lo que ha llevado a Mark Lowcock, subsecretario general de NNUU para Asuntos Humanitarios y Emergencias²⁷, a advertir del peligro inminente de hambruna en el país.

Los enfrentamientos y los bombardeos continúan en varias áreas del país afectando a la población civil, a pesar de los esfuerzos diplomáticos para llegar a un alto el fuego. En este complicado entorno el acceso de las organizaciones humanitarias sigue siendo un gran desafío, agravado por el bloqueo que la coalición saudí impuso a los principales puntos de acceso al país desde hace ya un año.

El colapso de la economía, de las instituciones públicas y de los servicios sociales, y la destrucción de los medios de vida de la población han llevado a las comunidades al límite de su capacidad de resiliencia y supervivencia.

Una de las consecuencias de esta crisis generalizada ha sido el alarmante aumento de la desnutrición, el deterioro de la salud de la población y el aumento del riesgo de brotes de epidemias especialmente en las poblaciones más vulnerables como menores y personas mayores.

En 2017 han reaparecido con fuerza el cólera, la difteria, la malaria y algunas enfermedades tropicales olvidadas como la rabia o la leishmaniasis.

El país sufre uno de los brotes de cólera más extensos de las últimas décadas que continua en 2018; entre abril de 2017 y septiembre de 2018 se han producido más de 2.500 muertes y se han identificado 1,2 millones de posibles casos de cólera²⁸. En cuanto a su distribución, 224 de los 333 distritos que forman el país han reportado posibles casos de cólera.

26. Yemen Humanitarian Overview 2018
https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/yemen_humanitarian_needs_overview_hno_2018_20171204_0.pdf

27. Discurso del subsecretario general de NNUU para Asuntos Humanitarios y Emergencias sobre la situación de Yemen ante el Consejo de Seguridad de NNUU, Octubre 2018

28. OMS, Yemen Annual Report 2017

Respecto a la difteria, entre agosto y diciembre de 2017 se han reportado 333 posibles casos y 35 muertes en 20 de las 23 provincias de Yemen. Los más afectados son menores entre 5 y 14 años que registran la mitad de los casos que se sospecha, mientras que más del 90% de las muertes se han producido en menores de 15 años, el riesgo de nuevos casos sigue siendo elevado porque más del 60% de menores de 15 años no están vacunados contra la difteria.

Por otra parte, el riesgo de malaria ha aumentado de forma importante, ya que más del 40% de los tres millones de personas desplazadas se han instalado en zonas donde la malaria es endémica, la falta de agua y saneamiento aumentarán sin duda la incidencia de la malaria y la fiebre dengue.

Por último, también ha habido un aumento de las enfermedades tropicales olvidadas, entre ellas la rabia o la leishmaniasis que están extendiéndose, especialmente en los campos de personas desplazadas.

Esta situación se complica por el deterioro del sistema sanitario que se encuentra al borde del colapso. En estos momentos, solo funcionan el 50% de los establecimientos de salud, y éstos lo hacen de manera precaria ya que apenas disponen de medicamentos, equipamiento y personal. A esto se suma los ataques a hospitales, al sistema eléctrico, al sistema de abastecimiento de agua y a carreteras lo que ha llevado a que la mayoría de la población no tenga acceso a los escasos servicios de salud disponibles.

Aunque partimos de una base de información débil y fragmentada, con datos desfasados e incompletos, los indicadores de salud ofrecen alarmas suficientes sobre la situación de salud de la población para que la comunidad internacional responda de manera adecuada a las crisis humanitaria que vive el país y que exija a las partes en conflicto el fin de las vulneraciones del derecho humanitario internacional.

Sudán del Sur, una crisis sin fin

5 AÑOS DE CRISIS HUMANITARIA

Sudán del Sur ha entrado en 2018 en el quinto año de conflicto, la crisis humanitaria que sufre el país continúa intensificándose y expandiéndose: la violencia se extiende y el declive económico amenaza la salud, seguridad y subsistencia de la población. Se estima que 5,1 millones de personas sufrirán este año inseguridad alimentaria severa. Los grupos de población más vulnerables, como menores, mujeres, personas con discapacidad o personas ancianas sufren aún más las consecuencias derivadas del conflicto, como la violencia o la falta de acceso a servicios básicos. La inseguridad y los desplazamientos forzados han minado la ya precaria producción agrícola, destruyen-

do los medios de vida en la agricultura y el pastoreo y causando escasez alimentaria. La situación nutricional se ha visto continuamente deteriorada en los últimos cuatro años y el hambre y la malnutrición se han intensificado en escala y severidad. Se estima que cerca de 1,1 millón de menores de 5 años y alrededor de 672.500 mujeres embarazadas o mujeres en período de lactancia sufrirán malnutrición aguda²⁹.

Esta crisis afecta también a los recursos disponibles por parte de las administraciones públicas y el retraso en el pago de salarios del funcionariado se traduce en la ruptura de la provisión de servicios básicos, como los de salud. La destrucción de centros médicos, los ataques a personal sanitario, la escasez de medicamentos y de profesionales de la salud hacen que el acceso a servicios sanitarios sea escaso para la población sur sudanesa. Tan solo el 22% de las instalaciones sanitarias están operativas por lo que la ausencia de servicios supone un incremento en la morbimortalidad de la población. Casi el 80% de los servicios están a cargo de ONG y dependen de la disponibilidad de fondos de donantes/agencias humanitarias. Por otra parte, el conflicto en curso y la inseguridad hacen que la población se muestre reticente a buscar asistencia médica, lo que impide una atención a tiempo y contribuye a la propagación de enfermedades.

Este contexto complejo afecta también a la situación nutricional de la población, particularmente entre menores, susceptibles a la combinación de malnutrición y enfermedades relacionadas con el agua, como el cólera, que son difíciles de tratar simultáneamente. La baja provisión de servicios de salud dificulta la capacidad de identificar y tratar la malnutrición severa (SAM) y la malnutrición moderada (MAM) antes de que empeoren. El conflicto también ha expuesto a la población a riesgos relacionados con la protección; mientras que hombres y niños corren peligro de ser reclutados por actores armados, detenidos e incluso asesinados, las mujeres y niñas pueden ser secuestradas, heridas y/o asesinadas, además de ser víctimas de todo tipo de formas de violencia de género, incluyendo la violencia sexual, tanto en sus hogares como en espacios públicos. Además, las mujeres y niñas y en especial los hogares encabezados por mujeres y menores, están más expuestas y son más vulnerables a las agresiones sexuales mientras llevan a cabo tareas cotidianas como la búsqueda de agua o leña.

IMPACTO DEL CONFLICTO EN EL SISTEMA SANITARIO

El sector de la salud ha sido el más afectado por el conflicto actual, que destruyó aún más un sistema de salud ya débil. La violencia dentro de las instalaciones médicas

29. South Sudan Humanitarian Needs Overview 2018, https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/South_Sudan_2018_Humanitarian_Needs_Overview.pdf

contra pacientes y trabajadores de la salud ha sido una práctica habitual, las instalaciones médicas han sido saqueadas, ocupadas y destruidas, el personal sanitario ha sido desplazado dentro y fuera del país, y la asignación de recursos gubernamentales a la salud se ha redirigido a gastos militares y de seguridad. En 2018, se han documentado 472 ataques a servicios médicos³⁰, que incluyen la muerte de 115 trabajadores sanitarios.

Hoy en día, solo una fracción de los establecimientos de salud existentes sigue funcionando. Los servicios de atención primaria de salud y la cobertura de Obstetricia de Emergencia Básica e Integral y Atención de Recién Nacidos (BEmONC) son muy bajas, mientras que los hospitales secundarios y terciarios tienen una capacidad de diagnóstico limitada o nula y carecen de equipos e instalaciones especializados.

A esto se suma la escasez generalizada de medicamentos esenciales, a pesar del sistema de reposición del stock de medicamentos liderado por la OMS, UNFPA y UNICEF para dar servicio a aquellas instalaciones sanitarias que sí están en funcionamiento, aunque con serias limitaciones.

Las personas desplazadas internamente, un porcentaje elevado dado el contexto de violencia y conflicto en el que vive el país, se trasladan a campamentos informales que no reciben ni asistencia ni protección de la comunidad internacional y que a menudo son muy inaccesibles debido a la inseguridad. Por lo general, en estos entornos, los servicios de salud se limitan a clínicas móviles de emergencia que brindan servicios de atención primaria de salud muy básicos. Existe una gran escasez de los recursos humanos de salud necesarios para la prestación de servicios esenciales. En promedio, un/a médico/a atiende a una población de 100.000 personas, mientras que dos enfermeras/os atienden a 1.000 personas. Un alto porcentaje del personal de salud no está cualificado y, a menudo, está ausente de su puesto de trabajo debido a los bajos salarios y la demora en el pago de estos.

RETOS DE CARA A 2019

El acuerdo de paz firmado el pasado 30 de octubre abre una pequeña ventana de esperanza, aunque sin una paz inclusiva y sostenible la crisis humanitaria actual seguirá agravándose. Más allá de la firma del acuerdo, las partes en el conflicto deben dar pasos concretos que consoliden dicho acuerdo tales como respetar el derecho internacional y acabar con los ataques a personal humanitario y a civiles.

Mientras tanto, 4 millones mujeres, hombres y menores sur sudaneses necesitarán servicios humanitarios de atención médica en 2019. No obstante, la falta de

30. Surveillance Systems on Attacks on healthcare 2017/2018

financiación suficiente (en 2018 sólo se consiguió el 40% de los fondos solicitados por NNUU), dejará sin atención sanitaria a casi la mitad de la población que lo necesita, según NNUU solo se podrá atender a 2,2 millones de personas. Es casi seguro que las necesidades serán superiores si incluimos a las 300.000 personas refugiadas y a las personas retornadas, como resultado del acuerdo de paz, que se prevé necesitarán servicios de salud. Los desafíos de los sistemas de salud existentes, ya de por sí enormes, se ven agravados por la falta de control de la calidad del agua, de medidas de prevención y control de infecciones, del manejo de los desechos sanitarios o de la malnutrición expansiva.

El número de personas a las que se destinará atención médica en 2019 aumentará un 8% con respecto a 2018; esto se debe a múltiples factores, entre ellos, los desplazamientos, la malnutrición, la alta carga de dolencias debido a enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación, así como la planificación ante enfermedades hemorrágicas virales, incluida la amenaza del virus del ébola en 12 condados del país. Por otra parte, los brotes estacionales de enfermedades transmisibles, como el cólera y el sarampión, así como la endemicidad continua de la malaria, representarán un desafío para un sistema de salud extremadamente frágil.

Las poblaciones desplazadas se enfrentan a los desafíos más complejos a la hora de acceder a los servicios de salud. Los/as menores de 5 años están entre la población más vulnerable a las enfermedades prevenibles por vacunación debido a la malnutrición y los bajos niveles de cobertura de inmunización e inmunidad. La cobertura en 2017 y 2018 para todas las enfermedades prevenibles por vacunación sigue siendo inferior al 50%, lo que hace que el 42%³¹ de los/as menores de un año estén en riesgo de contraer sarampión. Mientras que las mujeres en edad reproductiva se enfrentan a graves riesgos para la salud, por el limitado acceso a personal cualificado durante el embarazo y el parto. Por último, la violencia sexual y por motivos de género se ha agravado, con un aumento de las cifras, ya altas, 4.310 casos en 2016 y 5.732 en 2017, pero sin acceso a servicios adecuados. Y problemas transversales como el VIH/sida, la tuberculosis, la salud mental, las discapacidades y las enfermedades no transmisibles, incluida la atención de traumas, están siendo eliminados de los servicios vitales.

Las ONG administran en estos momentos 4 de cada 5 establecimientos de salud³² lo que implica que la continuidad de servicios depende de los fondos disponibles. En Jonglei (donde trabaja Médicos del Mundo) y el Alto Nilo³³, solo 211 de los 318 establecimientos cuentan actualmente con algún financiamiento sostenible, sin una

31. WHO EPI Report Sept 2018

32. Informe HPF

33. Rapid Results Health Project 2018 (Jonglei & Upper Nile)

garantía real de financiación en 2019, incluso si se dispone de fondos, solo se destinarán a 150 establecimientos³⁴.

Las predicciones de IPC (Integrated Food Security Phase Classification)³⁵ muestran que 8 condados pueden entrar en niveles catastróficos que podrían desencadenar en enfermedades. El alto riesgo de ébola en 12 condados exige medidas sanitarias estrictas, de lo contrario la propagación de la enfermedad puede conducir a una epidemia en todo el país. Las recomendaciones a raíz del análisis de necesidades indican que 10 condados están en riesgo de altas tasas de GAM³⁶ (> 15%), de desplazamientos (> 5000), de IPC (Fase 5) lo que llevará a un mayor riesgo de enfermedades.

MÉDICOS DEL MUNDO EN SUDÁN DEL SUR

En 2017 MdM España inició sus actividades en el país, tras la alarmante situación de hambruna, declarada en los meses de febrero y abril de 2017. El proyecto de Médicos del Mundo se desarrolla en el distrito de Bor, situado al sudoeste del Estado de Jonglei. Dentro del Estado de Jonglei los condados de Fangak, Ayod, Nyirol, Uror, y Pibor son los más afectados, pudiendo llegar en ausencia de asistencia humanitaria a sufrir una hambruna (IPC fase 5).

La situación en Sudán del Sur presenta necesidades humanitarias incontables, por ello MDM apuesta por fortalecer su intervención actual. Titulares de derechos y los grupos especialmente vulnerables como menores de cinco años y las mujeres en edad reproductiva serán el objetivo específico de la prestación de servicios nutricionales, de salud infantil y de salud sexual y reproductiva en la maternidad y en la sala de hospitalización pediátrica. Además, se han puesto en marcha actividades comunitarias para reforzar el acceso efectivo a los servicios del hospital y los enfoques de género y psicosocial. Asimismo, se están reforzando las acciones de incidencia dirigidas a la comunidad internacional y el gobierno de Sudán del Sur. MdM pretende crear conciencia sobre la situación nutricional y de salud de emergencia, proporcionando información sobre las lagunas de los servicios de salud y la respuesta de emergencia para lograr fondos que garanticen la cobertura de los servicios reproductivos, de salud mental y apoyo psicosocial, género, pediátricos y nutricionales.

34. Idem

35. <http://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/featured-stories/news-details/en/c/1151634/>

36. La desnutrición aguda global (GAM, por sus siglas en inglés) es la presencia de MAM (malnutrición aguda moderada, por sus siglas en inglés) y SAM (malnutrición aguda severa, por sus siglas en inglés) en una población. Un valor GAM de más del 10 por ciento indica una emergencia. Altas tasas de prevalencia fuera de las normas estacionales son motivo de especial preocupación. WHO, 2000. *The Management of Nutrition in Major Emergencies*

CAPITULO 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 dólares¹, 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.

1. Development Initiatives, Global humanitarian Assistance Report 2018

(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.

ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Accra
AAAA	Agenda de Acción de Addis Abeba
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y para el Desarrollo
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios
AGE	Administración General del Estado
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
AOD	Ayuda oficial al desarrollo
AOED	Alianza de OSC para la Eficacia del Desarrollo
APS	Atención primaria de salud
ATTAC	Asociación por la Tasación de las Transacciones y por la Ayuda a los Ciudadanos
BAfD	Banco Africano de Desarrollo
BAfD	Banco Asiático de Desarrollo
BDR	Bancos regionales de desarrollo
BM	Banco Mundial
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial
BRICS (países)	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAP	Procedimiento de llamamientos unificados / Consolidated Appeals Process
CCAA	Comunidades autónomas
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental
CERF	Fondo de Emergencia Central de Respuesta / Central Emergency Response Fund
CHF	Fondos comunes para emergencias
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIN-1	Primera Conferencia Internacional de Nutrición
CIN-2	Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición
CODC	Catálogo de ocupaciones de difícil cobertura
CRED	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes
CRS	Sistema Acreedor de Información / Creditor Reporting System

CSU	Cobertura Sanitaria Universal	INB	Ingreso Nacional Bruto
CTL	Transacciones de divisas / Currency Transaction Levy	IOM	Organización Internacional para la Migraciones
DDHH	Derechos humanos	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
DES	Documento estratégico salud	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo	MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
DNDC	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas / Drugs for Neglected Diseases initiative	MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española
DOTS	Directly Observed Treatment short-course	MCINN	Ministerio de Ciencia e Innovación
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea	MEH	Ministerio de Economía y Hacienda
EELL	Entidades locales	MFMATMN	Mecanismo de Financiación Mundial en Apoyo de Todas las Mujeres y Todos los Niños
EM-DAT	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
ERC	Emergency Relief Coordinator	MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	MMV	Medicines for Malaria Venture
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo	MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Food and Agriculture Organization of the United Nations	NHLBI	Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	NIAID	Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas
FG	Fondos globales	NNUU	Naciones Unidas
FICMLR	Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (AECID)
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa	OCHA (OCAH)	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios / Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas	ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo	ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
FpD	Financiación para el Desarrollo	OEA	Organización de Estados Americanos
FTS	Financial Tracking Service	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
FTT	Financial Transaction Tax	OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
GAVI	Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones	OIM	Organización Internacional de las Migraciones
GFATM	Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis / The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	OIT	Organización Internacional del Trabajo
GHD	Principios y Buenas Prácticas de la Buena Donación Humanitaria	OMC	Organización Mundial del Comercio
IASC	Comité Permanente Inter-Agencias	OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization
IAVI	Iniciativa Internacional para la vacuna del sida / International AIDS Vaccine Initiative	OMUDES	Organismos multilaterales de desarrollo
ICD	Instrumento de Cooperación al Desarrollo	ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ICESDF	Comité Intergubernamental de Expertos sobre Financiamiento para el Desarrollo Sostenible (por sus siglas en inglés)	ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización	ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
IFRC	Federación internacional de la Cruz Roja y Media Luna	ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida
IHP	International Health Partnership	OPS	Organización Panamericana de Salud
		OSCE	Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa
		OTC	Oficina técnica de cooperación
		PACI	Planes anuales de cooperación internacional

PAE	Programas de Ajuste Estructural
PEPFAR	Plan presidencial de respuesta contra el sida
PDPs	Partenariados desarrolladores de productos
PIB	Producto interior bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PMA (WFP)	Programa Mundial de Alimentos / World Food Programme
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PKK	Partido de los Trabajadores del Kurdistan
PRB	Países de renta baja
PRM	Países de renta media
PRMA	Países de renta media alta
PRMB	Países de renta media baja
RANSA	Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional
RDC	República Democrática del Congo
RTVE	Radio Televisión Española
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional y para Iberoamérica
SRP	Planes Estratégicos de Respuesta
SUS	Sistemas Universales de Salud
SWAP	Sector Wide Approach
TCA	Terapia Combinada de Artemisina
TAR	Terapia Antiretroviral
TB	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UN HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
UNDG	Grupos de desarrollo de las Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNITAID	Facilidad internacional de compra de medicamentos
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
VIH/sida	Virus de la inmunodeficiencia humana



medicusmundi

**Federación de Asociaciones
de Medicus Mundi en España**

C/ Lanuza 9, local / 28028 Madrid
Tel.: 91 319 58 49 / 902 101 065
federacion@medicushmani.es
www.medicushmani.es



Médicos del Mundo

C/ Conde de Vilches 15 / 28028 Madrid
Tel. 91 543 60 33 / Fax 91 542 79 23
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org