

# LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA ACCIÓN HUMANITARIA

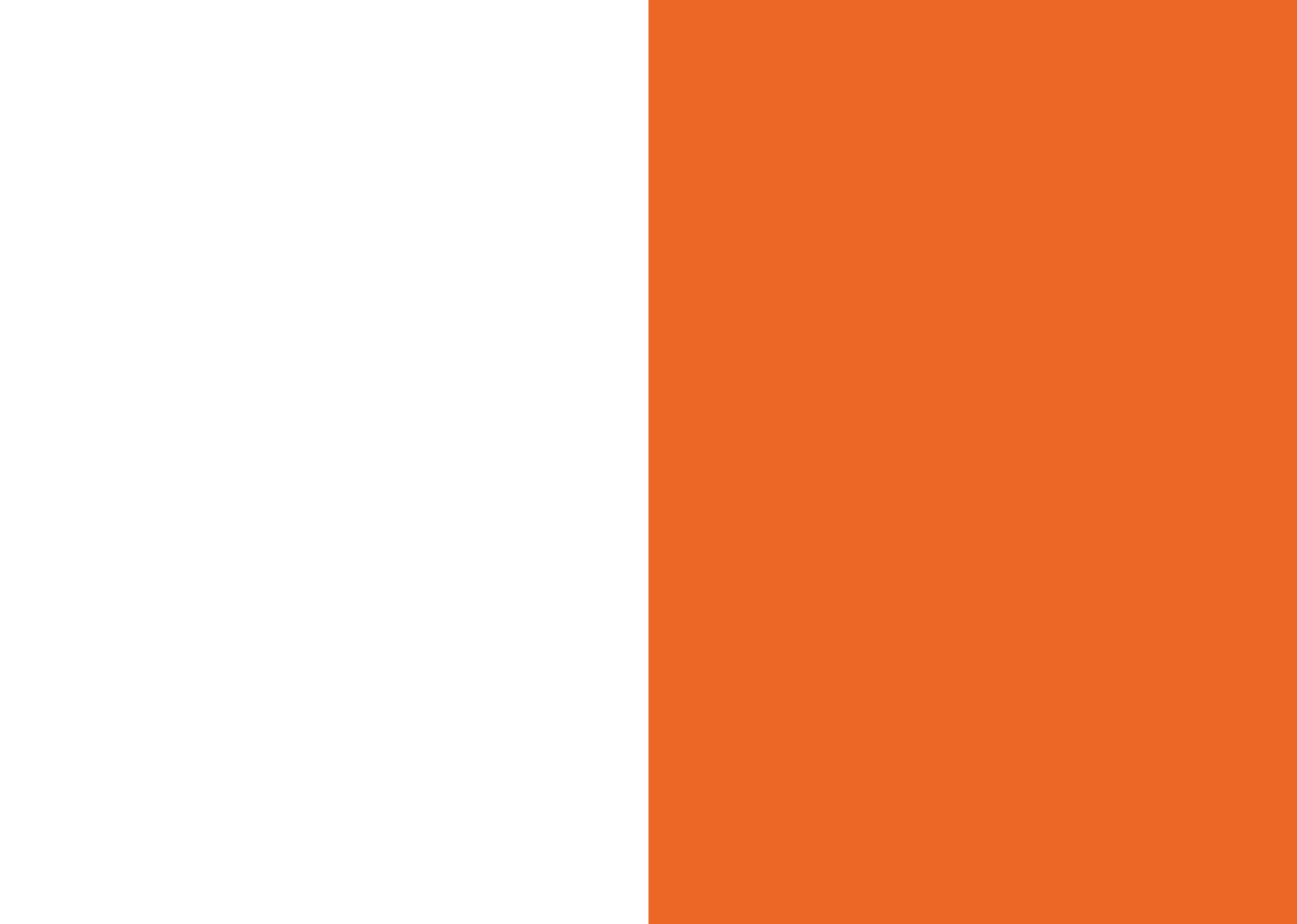
---

INFORME 2020



  
medicusmundi





**Equipo técnico**

Carlos Mediano  
Emiliana Tapia

**Equipo asesor**

Félix Fuentenebro  
José Félix Hoyo  
Elena Urdaneta

**Colaboradora**

Conchi Ballesteros

**Edita**

medicusmundi  
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@medicusmundi.es

www.medicusmundi.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 medicusmundi y Médicos del Mundo.

# La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

**Informe 2020**

medicusmundi

Médicos del Mundo

# ÍNDICE

PRÓLOGO .....	13
---------------	----

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

1. Introducción .....	18
2. Evolución de la implementación de la agenda 2030 .....	19
3. La pandemia COVID-19 en el mundo .....	34
3.1. Epidemiología .....	34
- Los problemas de la gobernanza mundial y europea en materia de seguridad sanitaria ante la pandemia de COVID-19 .....	38
3.2. La sanidad y la COVID-19 .....	44
Soluciones sanitarias.....	44
Pruebas diagnósticas .....	49
- COVID-19: El desafío de eliminar las barreras económicas que impiden un acceso equitativo a tratamientos y vacunas .....	51
Los sistemas de salud .....	54
La pandemia y otros problemas de salud .....	56
La gobernanza en salud mundial .....	58
La sobreinformación, la infodemia y la evidencia científica .....	63
3.3. La economía y la COVID-19.....	65
3.4. Los aspectos sociales y la COVID-19 .....	67
3.5. La ecología y la COVID-19 .....	69
3.6. Conclusión .....	72

## CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL..... 75

1. Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD .....	76
1.1. Grant Equivalent: La nueva metodología de cómputo de la AOD .....	76
1.2. La AOD del CAD .....	77
1.3. Distribución de la AOD en 2019 .....	84
1.4. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes .....	88
2. Evolución de la aod en salud .....	90
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD .....	94
3.1. Distribución subsectorial de la ayuda en salud .....	94
3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud .....	98
4. Plan de acción mundial en favor de una vida sana y bienestar para todos.....	100
5. La respuesta internacional a la pandemia COVID-19.....	102

- Hacia una Unión Europea de la Salud en medio de la pandemia Covid-19 .....	104
- La cooperación desarrollo en las negociaciones finales del marco de financiación plurianual 2021-2027 de la UE .....	108

## CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA..... 113

1. Consideraciones generales .....	114
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD .....	114
2. Datos generales de la AOD en 2019.....	115
- La reforma del sistema de cooperación española .....	119
- La Agenda 2030 en España.....	121
3. AOD en salud en 2019.....	123
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2019 .....	123
3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud.....	133
3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud .....	137
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales .....	142
4.1. La AOD descentralizada.....	142
4.2. La AOD descentralizada en salud.....	145
4.2.1. La cooperación autonómica en salud.....	149
4.2.2. La AOD de EE. LL. en salud.....	153
- Por una política de Estado: 0,7% de AOD por ley.....	155
5. La pandemia de COVID-19.....	156
- Valoración de la estrategia COVID de la cooperación española .....	164

## CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA..... 167

1. Introducción .....	168
2. La acción humanitaria en la agenda internacional .....	171
2.1. El impacto de la COVID-19 en las crisis humanitarias .....	171
- Plan global de respuesta humanitaria a la COVID-19 .....	176
2.2. 20 aniversario de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de NN. UU. sobre Mujeres, Paz y Seguridad .....	177
2.3. El Triple Nexo: Acción Humanitaria-Desarrollo-Paz. Una oportunidad con retos por afrontar .....	179
3. La ayuda humanitaria internacional.....	183
4. La Ayuda Humanitaria del Sistema de Naciones Unidas .....	186
5. La acción humanitaria en España .....	192
5.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2019 .....	192

5.2. Canalización de los fondos.....	193
5.2.1. La Acción Humanitaria bilateral .....	193
5.2.2. La Acción Humanitaria multilateral .....	194
5.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria .....	195
5.4. La Acción Humanitaria por sectores.....	197
5.5. La Acción Humanitaria por agentes .....	197
5.6. La Acción Humanitaria descentralizada.....	198
6. En foco.....	201
El sistema sanitario palestino: atacado por la COVID-19 y debilitado por 50 años de conflicto y ocupación .....	201
Burkina Faso: La crisis olvidada .....	205

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....209

### INDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Muertes anuales por enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del informe de Evolución de los ODS de la OMS .....	26
Gráfico 1.2. Dimensiones a tener en cuenta en el avance hacia la cobertura universal. Fuente: OMS.....	29
Gráfico 1.3. Evolución de casos y muertes por COVID-19 en el mundo Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS y el portal Statista.....	41
Gráfico 1.4. Impacto del cambio climático en la salud Fuente: Centre for Disease Control, Estados Unidos.....	70
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 .....	78
Gráfico 2.2. AOD 2019 en millardos de dólares. Fuente: OCDE, 2019.....	79
Gráfico 2.3. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2019. Fuente: OCDE, 2019.....	81
Gráfico 2.4. Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2013-2019. Fuente: Datos OCDE-CAD .....	89

Gráfico 2.5. 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 .....	91
Gráfico 2.6. 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 .....	92
Gráfico 2.7. Porcentaje de la aod bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-españa. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System .....	93
Gráfico 2.8. Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total. Fuente: Creditor Reporting System .....	94
Gráfico 2.9. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en año 2018 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System .....	95
Gráfico 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2006-2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	117
Gráfico 3.2. Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2019. Fuente: Elaboración propia .....	118
Gráfico 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	124
Gráfico 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	128
Gráfico 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2019 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES.....	136
Gráfico 3.6. Evolución de la aod descentralizada (CC. AA.+EE. LL.) en España 1996-2019. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	143

Gráfico 3.7. Evolución de la AOD de CC. AA. Y EE. LL., 2008-2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	143
Gráfico 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	151
Gráfico 3.9. Evolución de casos y muertes acumuladas por COVID-19 en España. Fuente: Elaboración propia.....	158
Gráfico 4.1. Mapa de crisis humanitarias por nivel de severidad en 2019 Fuente: Development Initiatives, Global Humanitarian Assistance Report 2020 .....	172
Gráfico 4.2. Principales donantes del CAD en 2019 (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE/CAD .....	184
Gráfico 4.3. Gastos refugio en países CAD frente a la financiación de AH Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD .....	186
Gráfico 4.4. Financiación llamamientos de NN. UU. 2009-2019 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	187
Gráfico 4.5. Porcentaje de financiación por sectores en 2019 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	188
Gráfico 4.6. Principales donantes de fondos comunes (en millones de dólares) 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	190
Gráfico 4.7. Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	191
Gráfico 4.8. Evolución de la AOD española destinada a AH Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	192
Gráfico 4.9. Asignación de fondos por sectores CRS 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	197
Gráfico 4.10. Asignación de fondos por regiones. Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES. ....	201

## ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.1. Primeras causas de muerte 1990-2017 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation .....	20
Tabla 1.2. Número de casos y número de muertos por 100.000 habitantes el 21 de septiembre. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de diversas fuentes (OMS, El País).....	43
Tabla 1.3. Las vacunas más prometedoras en septiembre 2020 Fuente: Elaboración propia .....	46
Tabla 2.1. AOD neta de los países del CAD 2016 – 2019, desembolsos en millones de dólares corrientes (los años 2018 y 2019 se analizan también en base al Gran Equivalent-GE-, la nueva forma de medición). Fuente: OCDE – CAD.....	87
Tabla 2.2. AOD de países no miembros del CAD. Fuente: OCDE – CAD .....	88
Tabla 2.3. Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares) Fuente: Datos OCDE-CAD .....	89
Tabla 2.4. 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 .....	96
Tabla 2.5. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes) Fuente: Creditor Reporting System .....	97
Tabla 2.6. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2018 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System .....	99
Tabla 3.2. Resumen de la AOD española en salud, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2019 publicados por DGPOLDES.....	127
Tabla 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2016-2019, en euros. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	131
Tabla 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2014-2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	132

Tabla 3.5.	Distribución de AOD en salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	135	Tabla 3.17.	Nº rastreadores por CC. AA., Octubre 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de diversos medios de información .....	162
Tabla 3.6.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	138	Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2019 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	185
Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	139	Tabla 4.2.	Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU., 2019 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	186
Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES.....	140	Tabla 4.3.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2019 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	189
Tabla 3.9.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	140	Tabla 4.4.	Financiación recibida para los fondos comunes gestionados por OCHA (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA.....	190
Tabla 3.10.	AOD descentralizada por Comunidades autónomas, 2017- 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	144	Tabla 4.5.	AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2018 y 2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	194
Tabla 3.11.	AOD descentralizada total en salud, 2017-2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	146	Tabla 4.6.	AOD española destinada a AH por regiones Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	195
Tabla 3.12.	AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	147	Tabla 4.7.	Principales receptores de AH española en 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	196
Tabla 3.13.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	148	Tabla 4.8.	AOD española para AH por agentes en 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	198
Tabla 3.14.	AOD en salud de las CC. AA., 2017-2019. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES.....	150	Tabla 4.9.	AH por CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	199
Tabla 3.15.	AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES .....	152	Tabla 4.10.	AH por EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	200
Tabla 3.16.	EE. LL. Que más AOD destinaron a salud en 2019 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC .....	154			

## PRÓLOGO

El 11 de marzo de 2020, profundamente preocupada por los alarmantes niveles de propagación de la COVID-19, por su gravedad y por los pavorosos niveles también de inacción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina en su evaluación que la COVID-19 puede caracterizarse como una pandemia. Asistimos atónitos a una situación excepcional, de una magnitud nunca vista, con consecuencias imprevisibles para todos los países. La pandemia, que ha causado ya más de 1,42 millones de muertes en el mundo, tiene el potencial de revertir los progresos sociales de reducción de la pobreza y el hambre de las últimas décadas, acentuar crisis humanitarias y las desigualdades existentes, retroceder en cumplimiento de derechos humanos y en gobernabilidad democrática.

Desde el punto de vista de la salud, la crisis no ha hecho sino acentuar los graves problemas de salud que ya afectaban a millones de personas. El impacto de la pandemia en personas enfermas de VIH y SIDA, tuberculosis y malaria en países de renta media y baja se traduce en un incremento de la mortalidad. Por su parte, los servicios de atención a las enfermedades no transmisibles se han interrumpido parcial o totalmente en no menos de 60 países. Urge avanzar en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, relativo a la salud y el bienestar, y lograr la cobertura sanitaria universal, fortalecer los sistemas de protección social y los servicios públicos de calidad. Porque, como dice António Guterres, Secretario General de las Naciones Unidas (NN. UU.), “en una época de complejos desafíos, las inversiones que hacemos hoy en la salud y el bienestar de mujeres, niños, niñas y adolescentes, ayudarán a construir sociedades pacíficas, más sostenibles e inclusivas”.

Dos meses antes de que la OMS declarara la pandemia, en enero de 2020, toma posesión el primer gobierno de coalición de la democracia, liderado por Pedro Sánchez, quien centra su discurso sobre la ayuda en el compromiso de reforzar la política

pública de cooperación, dotarla de recursos suficientes (destinando el 0,5% de la renta nacional bruta al final de la legislatura), alinearla con la Agenda 2030 de NN. UU. y apostar por una cooperación que sea transformadora, feminista, que dé respuesta a los retos globales climáticos y que recupere el papel que España tiene que tener en el ámbito internacional.

El balance nos deja un sabor agri dulce. El principal objetivo que se habían marcado era recuperar la Cooperación Española en cantidad y calidad. Pues bien, la política de cooperación ha recuperado en el organigrama el nivel institucional que le corresponde, pero no así la narrativa y el nivel político y presupuestario que se desprende del discurso oficial, sin por ello negar el esfuerzo que el gobierno está haciendo por estar en las grandes citas internacionales, demostrando voluntad y buen hacer.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española sigue siendo escasa y continúa en el furgón de cola europea, lo que demora la revalorización de la imagen de credibilidad que el gobierno quiere proyectar en las grandes citas internacionales. A España se la espera, pero aún no está. En términos reales la AOD aumenta un 7,15%, lo que supone que el esfuerzo de ayuda se queda en el 0,21%, muy por debajo de la media del resto de países donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD, 0,30%), de los países donantes europeos (0,47%), y del prometido y comprometido compromiso del 0,7%, adquirido hace 50 años en el seno de las NN. UU.

Importante destacar el esfuerzo que realizan en materia de cooperación las Comunidades Autónomas y los municipios, que continúan en la senda de la recuperación con un crecimiento del 10,2%.

En lo que a salud se refiere, los 63,6 millones destinados supusieron el 2,39% del total de la AOD bruta, un porcentaje muy por debajo de la media del conjunto de países donantes del CAD, que se sitúa en el 12,91%, e insuficiente si hablamos de contribuir a reducir los grandes problemas de la salud mundial. La mortalidad materna, muy condicionada por la inequidad de género, o las muertes evitables de recién nacidos y de niños y niñas menores de 5 años, las enfermedades transmisibles (SIDA, malaria, tuberculosis, hepatitis,) y no transmisibles (cardiovasculares, diabetes, mentales), que afectan mucho más a las poblaciones más vulnerables del planeta, siguen siendo un reto al que nos tenemos que enfrentar. Las herramientas para conseguirlo, como la cobertura sanitaria universal -garantizando el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; consiguiendo 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 todas las personas-, siguen sin avanzar lo suficiente, y existe un riesgo real, incrementado por la crisis de la COVID-19, de no conseguir las metas en salud con las que la comunidad internacional se comprometió en 2030.

Por otro lado, la crisis de la COVID-19 no debería distraernos de aquellos otros factores que son responsables de la mala salud de la población, como el cambio climático, que en unos años causará unas 250.000 defunciones adicionales cada año. La mejora de la salud mundial pasa por mirar al cambio climático y establecer un fuerte compromiso global con políticas coherentes que influyan favorablemente en la creación de entornos saludables. De no generarse estos entornos, la OMS debería declarar el cambio climático una emergencia mundial de salud pública, pues sus consecuencias afectan a demasiadas personas.

Y ya que hablamos de emergencia, apuntar la deriva en la que se encuentra la Ayuda Humanitaria, que sigue bajo mínimos a pesar del ligero incremento que la ha situado en 62 millones de euros, lo que representa el 2,35% de la AOD total, muy lejos del compromiso del 10% y sin duda insuficiente para contribuir a paliar las necesidades humanitarias de todas aquellas personas afectadas por algún tipo de crisis.

Gracias a todas las personas que han contribuido a esta publicación y en especial a Jorge Seoane y al resto del equipo del Departamento de Estadística de la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible, de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea (UE) y Cooperación, por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos; a José María Medina, Director de Prosalus, por ayudarnos con la tabulación de los datos; al Dr. Remco van de Pas, Investigador Senior del Instituto de Medicina Tropical de Amberes y Vicepresidente de la Red Medicus Mundi Internacional-Salud para Todos; al Dr. Daniel López Acuña, Médico. Epidemiólogo. Ex Director de Asistencia Sanitaria en Situaciones de Crisis de la OMS. Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública y a Kasia Lemanska, EU Policy Advisor de Aidsfonds, por ilustrar con sus artículos de opinión temas tan complejos como la política de salud en la UE en medio de la pandemia o la cooperación para el desarrollo de la Unión en las negociaciones finales del marco de financiación plurianual 2021-2027.

## CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

- La pandemia de la COVID-19 está siendo en 2020 la mayor amenaza a la salud mundial, una emergencia sanitaria que está afectado a todos los países del mundo, sin distinción por nivel de renta o desarrollo. La COVID-19 puede llegar a ser la enfermedad infecciosa que provoque más muertes, empeorando, además, la situación del resto de enfermedades. Las muertes por VIH, tuberculosis y malaria podrían aumentar hasta en un 10%, 20% y 36%, respectivamente. Por su parte, los servicios de atención a las enfermedades no transmisibles se interrumpieron parcial o totalmente aproximadamente en unos 60 países.
- La COVID-19 está afectado a la gobernanza mundial de la salud, hasta el punto de cuestionarse la gestión que la Organización Mundial de la Salud (OMS) está haciendo de esta enfermedad. Estamos ante una nueva pandemia que requiere de respuestas dinámicas basadas, en ocasiones, en trabajos de prueba-error, lo que no siempre es aceptado por todos los actores. Esto nos lleva a un escenario de múltiples y heterogéneas propuestas por parte de los países, muchas veces sin evidencias sólidas, como respuesta a la emergencia, provocando un profundo desconcierto en la sociedad.
- Una nueva gobernanza de la salud mundial demanda una OMS independiente, profesional y participativa. Una OMS que promueva una respuesta común y multisectorial a la pandemia, basada en una evaluación independiente, que busque las posibles mejoras que se deben implementar y anteponga la equidad en el acceso a las soluciones y el derecho a la salud a otros intereses. Necesitamos una nueva forma de entender no solo la salud, sino también la ecología, la economía, la política o las relaciones sociales.

- **Es ineludible un refuerzo de los sistemas de salud públicos que pueda dar una respuesta en todos sus niveles, donde la atención primaria de salud ocupe un lugar destacado y se aumente la comunicación y la participación de la comunidad en las respuestas. La cooperación en salud puede y debe ser un instrumento para reforzar los sistemas de salud más débiles.**
- **A pesar de su importancia, esta pandemia es responsable de menos del 2% de la mortalidad mundial. Hay otros problemas de salud con mayor carga de mortalidad muy relacionados con los determinantes sociales y comerciales de la salud. Por ello, la salud global no puede centrarse exclusivamente en la seguridad sanitaria para evitar otra pandemia, sino que debe tener un marco más amplio de trabajo.**

## 1. INTRODUCCIÓN

Todos los años en este capítulo intentamos describir los principales problemas de salud que han afectado al mundo durante el último año y las políticas globales que se llevan a cabo para combatirlos. Pero este año daremos más espacio a una sola enfermedad, la COVID-19, pues no solamente ha afectado y sigue afectando a casi todos los países del mundo, sino que ha demostrado lo complicado que es frenar una pandemia cuando las herramientas globales de las que nos hemos dotado son muy débiles y no han demostrado una gran eficacia.

Algunas voces llaman sindemia, y no pandemia, a esta situación<sup>1</sup>, por la estrecha relación entre COVID-19 y las enfermedades no transmisibles (ENT). Una sindemia se define como “dos o más problemas de salud, interactuando sinérgicamente, contribuyendo al exceso de carga de enfermedad en una población”<sup>2</sup>, con unos efectos mayores que si estos dos problemas actuaran por separado. No obstante, a pesar de los avances de los últimos meses, seguimos estando en las primeras etapas de conocimiento de este virus y de su comportamiento, por lo que definirla como sindemia podría ser apresurado. Por otro lado, este virus está poniendo en jaque a todos los sistemas sanitarios y a la política global de salud, afectando a prácticamente todas las enfermedades, por lo que puede que el término “sindemia” incluso se quede corto. Por todo ello, en este informe seguiremos denominándole pandemia.

Una vez se supere esta pandemia, se deberá establecer para el futuro la denominada “nueva normalidad”, que tenga su referente en una renovada gobernanza

1. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)  
 2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4199444/>

mundial en salud para este mundo globalizado. En esta gobernanza mundial no podemos olvidar el papel que debe cumplir la cooperación sanitaria. Hace ya 60 años que nació la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) y 50 desde que se firmó el compromiso del 0,7% por primera vez<sup>3</sup>. Una AOD que, bien utilizada, debe ser una herramienta que ayude a reequilibrar parte de las inequidades que existen en el planeta y que deberá también reflexionar sobre su papel en la era post pandemia. Como también debe serlo el reforzamiento de la salud pública y las políticas de prevención y programas de reducción de riesgo en desastres epidémicos.

Pese a su destacada relevancia, esta pandemia no es el único problema de salud que existe en el mundo. Cada año mueren en todo el planeta aproximadamente 57 millones de personas<sup>4</sup>; el millón de personas que han muerto hasta principios de octubre por la COVID-19 suponen el 1,75% del total de las muertes mundiales, quedando aún lejos de los más de siete millones que mueren, por ejemplo, de cardiopatía isquémica. Por lo tanto, y a pesar del análisis exhaustivo que pretendemos hacer de la pandemia, se debe empezar con un breve análisis del resto de problemas de salud, que nos dé una fotografía de la salud mundial sin contar con la COVID-19. Para ello, utilizaremos las metas e indicadores del ODS número 3, que es el más específico de salud.

## 2. EVOLUCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA 2030

Los problemas de salud en el mundo evolucionan con el tiempo, no son estáticos, sino dinámicos. Los cambios que se pueden observar en las primeras causas de muerte entre 1990 y nuestros días son evidentes<sup>5</sup>, aunque tal y como señala la siguiente tabla, las cinco primeras causas de muerte mundiales han cambiado de posición, pero ninguna ha disminuido realmente de importancia.

Algunas enfermedades infecciosas sí que han disminuido drásticamente su letalidad y morbilidad, como el sarampión que, gracias a las masivas campañas de vacunación, ha pasado de ser la novena causa de muerte en 1990 a ser ahora la número 39. Otras, como el VIH y sida, han aumentado su importancia, pasando del puesto 19 al noveno actualmente. Mientras, otras enfermedades no transmisibles (ENT) están también aumentando su importancia en la carga de enfermedad mundial

3. “Six decades of ODA: insights and outlook in the COVID-19 crisis”, OECD Development Co-operation Profiles 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/2dcf1367-en>  
 4. <https://www.who.int/features/qa/18/es/>  
 5. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME, 2018.

**TABLA 1.1. PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE 1990-2017**

1990	2017
1. Mortalidad neonatal	1. Cardiopatía isquémica
2. Infecciones vías respiratorias bajas	2. Mortalidad neonatal
3. Enfermedades diarreicas	3. Accidente cerebro vascular
4. Cardiopatía isquémica	4. Infecciones vías respiratorias bajas
5. Accidente cerebro vascular	5. Enfermedades diarreicas

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Institute for Health Metrics and Evaluation

Estamos, pues, ante un contexto complejo, donde una mezcla de enfermedades infecciosas y no transmisibles afectan a la salud mundial, y lo hace de forma inequitativa, donde una población vulnerable sufre más las consecuencias que otra población con mayores recursos. La respuesta ante estos problemas de salud no solamente debe darse en el ámbito sanitario, sino que debemos mejorar los determinantes sociales y comerciales de la salud, tales como el medio ambiente, la economía, el género o la alimentación.

Han pasado cinco años desde la aprobación de los ODS, 17 objetivos y 169 metas que buscan disminuir la inequidad en el mundo sin dejar a nadie atrás. Los ODS plantean una visión integral e indivisible, y buscan equilibrar las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la económica, la social y la medioambiental<sup>6</sup>. Esto implica que el ODS 3, el específico de salud deberá contemplar su relación con los otros 16 objetivos. Casi todos los países han presentado avances en la consecución de los ODS, pero éstos no han sido homogéneos. Cada país ha elegido qué priorizar y el grado de compromiso real con cada uno de estos ODS tampoco ha sido uniforme.

La falta de datos fiables respecto a muchos de los indicadores propuestos es uno de los primeros problemas que existen para poder conocer los avances en la consecución de las metas, avances que no parecen suficientes para alcanzar los ODS en 2030. En el informe "Niveles de clasificación para los indicadores globales de los Objetivos de Desarrollo Sostenible", de julio de 2020, presentado por el Grupo de Expertos sobre Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (IAEG-SDGs, en sus siglas en inglés), de la Comisión de Estadística de Naciones Unidas (NN. UU.), muestra cómo cinco años después de su aprobación, y a pesar de los avances en esta materia, hay aún 106 indicadores que los gobiernos no generan regularmente<sup>7</sup>. La pandemia de la COVID-19 está empeorando esta situación. En una encuesta mundial hecha por

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

7. [https://unstats.un.org/sdgs/files/Tier%20Classification%20of%20SDG%20Indicators\\_17%20July%202020\\_web.v2.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/files/Tier%20Classification%20of%20SDG%20Indicators_17%20July%202020_web.v2.pdf)

NN. UU. y el Banco Mundial (BM) sobre este asunto, a la que respondieron 122 países, se mostraba cómo el 65% de las oficinas estadísticas de estos países estuvieron cerradas parcial o totalmente en medio de la pandemia. Además, el 97% de los países que respondieron de África Subsahariana y el 88% de América Latina indicaron que la producción de sus estadísticas periódicas se había visto afectada.

Quizás el mayor problema que puedan tener los ODS, además del riesgo de no cumplirse, es que en vez de ser el motor del cambio que necesita el planeta, se queden solamente en una operación de maquillaje, donde se cambie la superficie de los problemas, pero no el fondo. Hay ya muchas voces que, de una manera u otra, afirman que cumplir los ODS debería significar un nuevo orden económico mundial (algo que ya se pidió en 1978, en la Conferencia de Alma-Ata, que sentó las bases de la atención primaria de salud)<sup>8</sup>. Algunas personas afirman que el subdesarrollo del Sur global no es una desviación temporal, sino la condición necesaria para el desarrollo del Norte global, y que el modelo de crecimiento que subyace a esta desigualdad está en desacuerdo con la transición sostenible a la que aspiran los ODS<sup>9</sup>. En salud, el cambio de paradigma que suponen los ODS nos debería reorientar a priorizar unos sistemas de salud integrados y multidisciplinarios, centrados en las personas, ecológicamente sostenibles y equitativos.

El ODS 3 ha contado con una iniciativa de colaboración entre 12 instituciones multilaterales tan diversas como el BM, el Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM, por sus siglas en inglés), Gavi, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización, el Fondo de las NN. UU. para la Infancia (UNICEF) o la propia OMS. Esta iniciativa, denominada "Plan de Acción Mundial en favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos", busca ayudar a que los países aceleren los progresos para conseguir los ODS. En 2020 presentó su primer informe de progreso<sup>10</sup>, donde presentaban como éxitos una mejora en la colaboración entre estas 12 agencias y que ya se hubiera empezado a ayudar a varios países en dos asuntos tan fundamentales como la atención primaria de salud y la financiación de la salud. No obstante, algunas organizaciones de la sociedad civil ven algunas debilidades a esta iniciativa. Si bien es cierto que estas instituciones son fundamentales en el trabajo de la salud internacional, no son las únicas. La falta de concreción de la participación de la sociedad civil y del papel que van a jugar las organizaciones lucrativas en este Plan

8. <https://www.globalstudies.ugent.be/how-sustainable-are-the-sdgs/2/>

9. <https://www.globalstudies.ugent.be/sdgs-caught-between-development-and-underdevelopment/2/>

10. Stronger collaboration, better health: 2020 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Wellbeing for All. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

de Acción, o cómo se pueden evaluar los éxitos y fracasos del Plan, son aspectos que deben detallarse con más profundidad para asegurar su eficacia.

El análisis de los progresos de los ODS es un elemento esencial para tomar las decisiones necesarias que nos lleven a un planeta más sostenible y justo. La pandemia de la COVID-19 ha impactado de forma negativa en casi todos los ODS. Ha disminuido la posibilidad de acabar con la pobreza extrema; ha aumentado el hambre y la inseguridad alimentaria; ha afectado a la enseñanza; ha aumentado el riesgo de la violencia de género en muchas mujeres; la economía mundial, y sobre todo la informal, se han visto tremendamente afectadas, y existe la posibilidad de que, si seguimos degradando el medio ambiente, puedan aparecer más enfermedades infecciosas.

Tal y como se ha señalado, en este capítulo nos vamos a centrar en el ODS 3, el específico de salud: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”. El ODS 3 consta de 13 metas y 28 indicadores, con un indicador añadido recientemente en la meta 3d sobre el porcentaje de infecciones debidas a organismos resistentes a los antimicrobianos. Entre todas estas metas, la cobertura sanitaria universal (CSU), que se podría considerar el eje de todo el ODS 3, es la que más nos preocupa, pues sin ella es muy difícil mejorar el resto.

La OMS tiene otro listado de indicadores más extenso, 43, que aparecen en el informe “Estadísticas de Salud Mundial 2019”<sup>11</sup>, donde incorpora algún indicador, como el sobrepeso infantil, y desdobra alguno de los anteriores, como el 3c1 referido al personal sanitario. De sus 43 indicadores, 24 (el 56%) experimentan progresos en los últimos años y 5 (11,6%) se encuentran estancados o han empeorado. Además de utilizar este informe en nuestro análisis, haremos uso también del Informe de progreso de los ODS 2020 de NN. UU.<sup>12</sup>, ya citado, y otros informes específicos sobre las diferentes metas.

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

Entre 2000 y 2017, la tasa de mortalidad materna se redujo un 38%, lo que supone pasar de 342 a 211 muertes por cada 100.000 personas nacidas vivas en todo el mundo. Eso significa que unas 830 mujeres mueren cada día por problemas en embarazo y parto<sup>13</sup>. Se necesitaría aumentar el esfuerzo internacional y nacional para disminuir

11. World Health Statistics Overview 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2019.

12. [https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020\\_Spanish.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2020_Spanish.pdf)

13. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

en dos terceras partes esta mortalidad en 13 años, y así conseguir en 2030 la meta propuesta de bajar al menos a 70 las muertes maternas por cada 100.000 habitantes.

Esta mortalidad no se distribuye uniformemente por el planeta, el 86% ocurren en África Subsahariana y Asia Meridional, donde los partos institucionales solamente llegaron al 60% y 77% de las mujeres, respectivamente. La mortalidad materna se da sobre todo en cinco países: Etiopía, India, Nigeria, Pakistán y R.D. del Congo, y cinco son las complicaciones causantes de la mayor parte de estas muertes, con una mayor incidencia en adolescentes. Por lo tanto, sabemos dónde y en qué debemos poner nuestro mayor empeño para disminuir la mortalidad materna. Sería necesaria una estrategia específica que contemplara una priorización en el trabajo para esas zonas geográficas y un acceso universal a una atención sanitaria segura que contemple esas complicaciones, sin olvidar que la inequidad de género puede explicar muchas de estas cifras.

### **META 3.2. DE AQUÍ A 2030, PONER FIN A LAS MUERTES EVITABLES DE RECIÉN NACIDOS Y DE MENORES DE 5 AÑOS**

El progreso en la disminución de la mortalidad neonatal e infantil en el mundo ha sido evidente en las últimas décadas. Ambas tasas han disminuido casi a la mitad entre el año 2000 y 2018. La tasa mundial de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años ha pasado de 76 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 39, y la de mortalidad neonatal pasó de 31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 18. Sin embargo, siguen muriendo 5,3 millones de personas menores de 5 años cada año, la mitad en los primeros 28 días de vida, y la mayor parte de estas causas son evitables con una atención adecuada.

Las personas y regiones más empobrecidas son quienes más sufren esta mortalidad. En África Subsahariana una niña o un niño menor de cinco años tiene 16 veces más probabilidad de morir que si naciera en un país de altos ingresos. 142 países ya han alcanzado o esperan alcanzar en 2030 este objetivo, pero hay 53 países que necesitan acelerar los progresos; dos tercios de ellos se encuentran en la región de África Subsahariana.

La irrupción de la COVID-19 y su efecto en los sistemas sanitarios, la vacunación (68 países han reportado interrupciones o suspensiones de la vacunación en marzo y abril) y los servicios de nutrición, han modificado incluso estas expectativas, tanto a corto como a medio plazo. 118 países de ingresos bajos y medios podrían registrar un incremento de muertes de menores de cinco años en 2020, en una horquilla que oscilaría entre 9,8% y 44,8%, y entre 8,3% y 38,6% al mes en el caso de muertes maternas —muy relacionadas con la muerte neonatal— en un período de 6 meses.

### 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

VIH-SIDA, malaria y tuberculosis han tenido unos avances espectaculares en los últimos veinte años, porque eran las tres enfermedades que se priorizaron en los anteriores Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM, 2000-2015). Esos avances parecen haberse estancado en los últimos años, justo después de la aparición de los ODS.

En cuanto al VIH-SIDA, los progresos han sido muy importantes desde el año 2000, pero después de 2015 se han visto muy limitados, por lo que se pone en riesgo la consecución de esta meta. Uno de los motivos es la financiación insuficiente. Así, en 2019 se recaudó solamente el 75% de lo que se esperaba para 2020 a pesar de que en ese año 690.000 personas murieron por esta enfermedad y hubo 1,7 millones de nuevas infecciones<sup>14</sup>. Las metas para 2020 no se han conseguido (reducir las nuevas personas infectadas con el VIH a menos de 500.000, reducir las muertes por causas relacionadas con el SIDA a menos de 500.000, y eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH<sup>15</sup>). De los 38 millones de personas que viven con VIH en el mundo, tienen tratamiento 25,4 millones, un 66,8%, por lo que 12,6 millones de personas están en riesgo de morir de una enfermedad que puede ser crónica con tratamiento. África Subsahariana sigue siendo la región más afectada con el 61% de las nuevas infecciones de VIH en 2018.

Por otro lado, la tuberculosis sigue siendo una de las diez causas más frecuentes de muerte en el mundo<sup>16</sup> y la primera causa de muerte por un solo agente infeccioso, aunque este año la COVID-19 podría superarle. 10 millones de personas estaban enfermas de tuberculosis en 2018 y 1,2 millones murieron, casi 400.000 menos que en 2017. Con un diagnóstico a tiempo y un tratamiento durante seis meses, la mayoría de las personas que desarrollan tuberculosis podrían curarse y se podría reducir la transmisión de la infección. Es muy importante que las personas con enfermedad de tuberculosis terminen todos sus medicamentos y los tomen exactamente cómo se les haya indicado. Si no los toman en la forma correcta, las bacterias de la tuberculosis que todavía estén vivas pueden volverse resistentes a esos medicamentos. La tuberculosis resistente a los medicamentos es más difícil y costosa de tratar. Lamentablemente es un tratamiento muy largo (6 a 9 meses) y muchas personas, sobre todo la más vulnerables, lo abandonan generando resistencia antimicrobiana. Hay medio

millón de casos de tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) y las opciones de tratamiento de estos casos son limitadas y caras, los medicamentos recomendados no siempre están disponibles y los pacientes sufren muchos efectos secundarios. En algunos casos, puede aparecer una tuberculosis extremadamente resistente (TB-XDR) a múltiples fármacos para la que incluso menos medicamentos son efectivos.

El Sudeste de Asia (44%) y África (24%) son las regiones que acumulan más de la mitad de los casos mundiales, y solamente ocho países concentran dos terceras partes de todos los casos. Destaca la India, con el 24% del total de casos, seguida de China, con el 9%. Para 2020 se esperaba una reducción del 35% en el número de muertes por tuberculosis y una reducción del 20% en la tasa de incidencia de tuberculosis, comparándolo con 2015. A fecha de hoy se está muy lejos de conseguir estos objetivos, pues apenas se ha conseguido una reducción de la mitad de lo esperado respecto a las muertes y menos de la tercera parte de reducción de su tasa de incidencia.

En cuanto a la malaria, sigue siendo un problema global, a pesar de la espectacular reducción de su mortalidad en los últimos años. En 2018 murieron 405.000 personas, cuando en 2010 eran 585.000, una reducción de un 30% en apenas ocho años. Hubo 228 millones de casos, el 93% en África, y seis países de esta región suponen más de la mitad del total de casos en el mundo. En la lucha contra esta enfermedad, también se ha visto un estancamiento de los progresos desde 2015, y si no se realiza un esfuerzo extra, no se alcanzarán las metas de morbilidad en 2025 y 2030 que aparecen en la "Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030"<sup>17</sup>, de la OMS.

En cuanto a otras enfermedades infecciosas, debemos volver a mencionar la hepatitis. 325 millones de personas viven con hepatitis B o C<sup>18</sup>. 900.000 mueren por hepatitis B cada año y cerca de 400.000 de hepatitis C, sumando 1,3 millones de muertes. Solamente el 10% de las personas con hepatitis B y el 17% de la hepatitis C saben que están infectadas, lo que complica su posible tratamiento. Existe la percepción de que las instituciones relacionadas con la salud global no dedican el esfuerzo necesario a esta enfermedad, cuando mata más que la malaria y el VIH-sida juntos. ¿Puede ser por el alto precio de los tratamientos?

Las veinte enfermedades tropicales desatendidas definidas por la OMS<sup>19</sup> siguen siendo un problema mundial, a pesar de los avances de los últimos años. De 2.190 millones de personas enfermas en 2010, se ha pasado a 1.760 millones de casos en 2018, una reducción del 20%. Sin embargo, el 52% de la población de los países menos avanzados, que suelen tener sistemas sanitarios más frágiles, siguen necesitando atención para este grupo de enfermedades.

14. [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_global-aids-report\\_en.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report_en.pdf)

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

16. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329368/9789241565714-eng.pdf?ua=1>

17. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186671/9789243564999_spa.pdf?sequence=1)

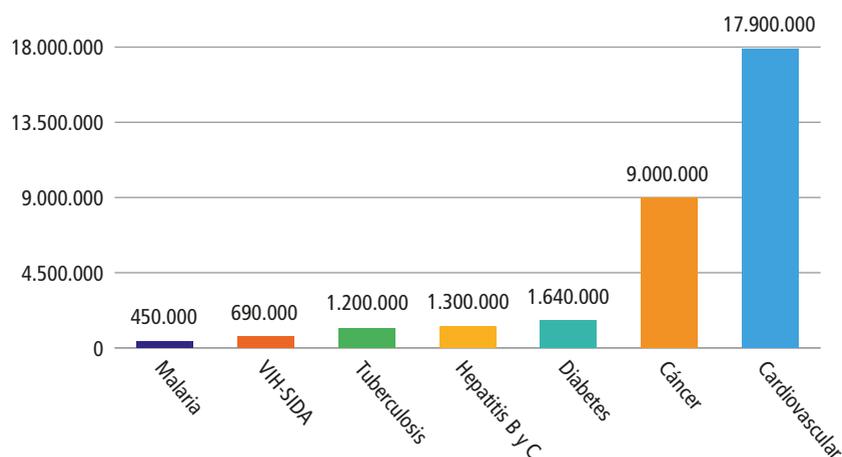
18. <https://www.who.int/campaigns/world-hepatitis-day/2020>

19. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331954/9789240003590-eng.pdf?ua=1>

**META 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**

Las enfermedades crónicas no transmisibles son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Cada año matan a 41 millones de personas, lo que equivale al 71% de las muertes que se producen en el mundo. De ellas, 15 millones se encuentran en la franja de entre 30 y 69 años de edad, y la mayoría (85%) ocurren en países de ingresos bajos y medianos. Las enfermedades cardiovasculares son responsables de la mayoría de estas muertes (17,9 millones cada año), seguidas del cáncer (9 millones), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y la diabetes (1,6 millones). En su conjunto, estos cuatro grupos de enfermedades son responsables de más del 80% de las muertes prematuras por ENT.

**GRÁFICO 1.1. MUERTES ANUALES POR ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del informe de Evolución de los ODS de la OMS

Las ENT se relacionan muy estrechamente con algunos factores de riesgo que es preciso controlar, como una dieta inadecuada, el tabaquismo, alcoholismo o sedentarismo. Estos factores no dependen exclusivamente de una actitud individual que minimice los riesgos, sino de que la salud pública se imponga a algunos intereses comerciales. En el informe de la OMS de 2016 “Políticas fiscales para la dieta y la prevención de enfermedades no transmisibles” se afirma que, si los impuestos suben el precio final de las bebidas azucaradas un 20%, reducirán su consumo en un porcen-

taje similar; de igual manera, las subvenciones destinadas a que las frutas y hortalizas frescas reduzcan su precio entre un 10% y un 30% son eficaces para aumentar el consumo de frutas y verduras<sup>20</sup>. El “Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”, también de la OMS, tiene entre sus objetivos disminuir un 25% el riesgo de muertes prematuras por los 4 grupos de ENT más frecuentes mencionados anteriormente; reducción del 30% de consumo de sal; o reducción de un 30% en las personas consumidoras de tabaco mayores de 15 años<sup>21</sup>. Ninguno de estos objetivos, cuyo cumplimiento era voluntario, han sido conseguidos globalmente, lo que nos indica lo lejos que estamos de anteponer la salud a otros intereses. Y el futuro próximo no da esperanzas de un cambio radical: en el año 2019, el 5,6% (38 millones) de personas menores de cinco años en todo el mundo padecían sobrepeso.

Por su parte, las enfermedades mentales tienen cada vez mayor presencia en las prioridades mundiales, si bien no alcanzan la relevancia que su magnitud requiere —y no sólo en el sector de la salud—. Los trastornos de depresión y ansiedad cuestan a la economía mundial un billón de dólares al año, y 800.000 personas mueren cada año por suicidio<sup>22</sup>, una cada cuarenta segundos, siendo una de las principales causas de muerte entre la población joven. Poco antes de la finalización del “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020”<sup>23</sup>, establecido por la OMS, y del cual aún no conocemos sus resultados, la propia OMS ha lanzado su “Iniciativa Especial para la Salud Mental 2019-2023”, con el objetivo de “garantizar el acceso a una atención de calidad y asequible para las enfermedades mentales para 100 millones de personas en 12 países prioritarios”<sup>24</sup>. Para conseguirlo se necesitará invertir 60 millones de dólares durante esos cinco años y aún no hay información pública de que existan avances respecto a esta iniciativa.

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

El alcohol y el tabaco siguen siendo las dos drogas que más preocupan a la OMS por sus consecuencias en la salud. El consumo de alcohol contribuye a 3 millones de muertes cada año en todo el mundo, y a las discapacidades y la mala salud de millo-

20. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250131/9789241511247-eng.pdf?sequence=1>  
 21. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/94384/9789241506236_eng.pdf?sequence=1)  
 22. [https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/)  
 23. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1)  
 24. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

nes de personas. Además, e consumo nocivo de alcohol es responsable del 5,1% de la carga mundial de morbilidad (7,1% en hombres y 2,2% en mujeres<sup>25</sup>).

En cuanto al tabaco, cada año mueren directamente por él 8 millones de personas, la mayor parte en países de renta baja o media, ya que es un factor de riesgo principal en enfermedades cardiovasculares y en más de 20 subtipos de cáncer<sup>26</sup>. A estas cifras se les deben añadir los fumadores pasivos: se estima que 1,2 millones de personas mueren por exponerse indirectamente al humo del tabaco; de ellas, 65.000 son menores de edad.

### 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

Más de 1,3 millones de personas mueren cada año por accidente de tráfico<sup>27</sup>, con un coste que en muchos países equivale al 3% de su producto interior bruto (PIB). Los veinte países con una tasa de mortalidad más alta son africanos, a pesar de contar sólo con el 63% del parque automovilístico mundial. El 93% de las muertes se da en los países de renta media y baja<sup>28</sup>. Esta meta de reducir a la mitad las muertes y las personas heridas por accidentes de tráfico en el mundo en 2020 parece lejos de conseguirse, y no se ha establecido aún ningún plan o estrategia nueva que impulse la consecución de estas metas.

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

Esta meta está estrechamente ligada a la 3.8, lograr la CSU, pero tiene sus especificidades. La primera establecería la relación entre la falta de acceso y la inequidad de género; la segunda, las diferentes visiones de lo que un servicio de salud sexual y reproductiva (SSyR) debe contener. La OMS advierte en su informe “Cobertura sanitaria universal para la salud sexual y reproductiva” que los servicios de SSyR, aparte de la salud materna y la planificación familiar, no se reconocen explícitamente en los paquetes básicos de salud en muchos países, lo que lleva a un acceso desigual a otros servicios críticos de SSyR, como puede ser la prevención de la violencia de género o el acceso a un aborto seguro<sup>29</sup>. Se podría alcanzar parte de los objetivos de la SSyR

25. [https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1)

26. [https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/tobacco#tab=tab_1)

27. <https://www.worldlifeexpectancy.com/world-road-traffic-accidents-report>

28. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>

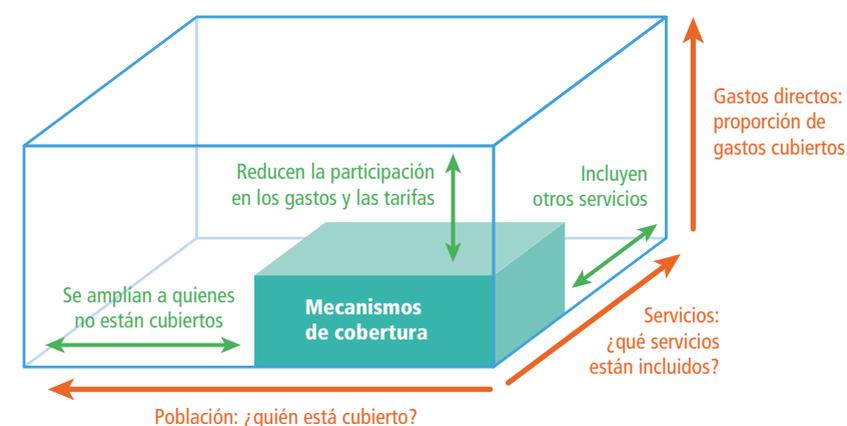
29. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331113/WHO-SRH-20.1-eng.pdf?ua=1>

con acciones que serían factibles si hubiera un compromiso real. Cubrir plenamente todas las necesidades de las mujeres en los países de ingresos bajos y medianos en materia de anticonceptivos, atención materna y neonatal, costaría tan solo unos nueve dólares per cápita al año.

### META 3.8. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

La CSU se fundamenta en tres 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.

GRÁFICO 1.2. DIMENSIONES A TENER EN CUENTA EN EL AVANCE HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL



Fuente: OMS

Los países no están cumpliendo con esta meta. Si hablamos de los dos primeros pilares, solamente entre un tercio y la mitad de la población mundial ha tenido cubiertos sus servicios esenciales de salud. Y esta cifra disminuye cuando hablamos de los países más empobrecidos, que son quienes sufren los mayores problemas de salud. Solamente alrededor del 20% de las personas de los países de bajos ingresos tienen cubiertos estos servicios esenciales de salud. Además, debemos pensar que estos servicios esenciales no cubren todas las demandas de la población. El índice de cobertura de servicios de la CSU<sup>30</sup> es el indicador que puede medir los progresos en

30. <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4834>

cuanto a cobertura de servicios y muestra que ha habido avances mundiales desde el año 2000, cuando alcanzaba un 45%, hasta 2017, cuando se llega al 66% de la población mundial. Pero, tal y como se indica en el “Informe de seguimiento 2019. La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal”, de la OMS, se necesitaría reforzar los sistemas sanitarios en muchos países para poder conseguir este objetivo para todas las personas<sup>31</sup>. Este refuerzo debe dirigirse de manera relevante hacia la atención primaria de salud, que ayuda a definir las prioridades correctas en el sistema, siendo la mejor solución costo-efectividad y permitiendo un trabajo multidisciplinar, que empodera a la población a través de su participación en las decisiones de salud. La mejora de la atención primaria de salud en el mundo salvaría 60 millones de vidas de aquí a 2030.

En cuanto al tercer pilar, es el que peores resultados muestra. La protección financiera está empeorando en vez de mejorar. La cantidad de personas que incurren en grandes gastos directos de atención médica ha ido en aumento y probablemente continuará haciéndolo. En el año 2000, el 9,4% de la población mundial, 927 millones de personas, gastaba de su bolsillo más del 10% de su presupuesto familiar en atención médica, cifra que aumentó hasta el 12,7% en 2015. Y el número de personas que gastaban más del 25% también creció, de 1,7% a 2,9%, alcanzando los 210 millones de personas. Incurrir en estos gastos impide a la población afectada que pueda cubrir otras necesidades relacionadas con su desarrollo y calidad de vida, como la alimentación o la educación.

Para lograr los objetivos de atención primaria de salud en el mundo, se requiere una inversión de 200.000 millones de dólares al año, y si queremos mejorar la CSU de forma integral, se requeriría añadir otros 170.000 millones de dólares<sup>32</sup>. Esta inversión de 370.000 millones de dólares puede parecer muy grande, pero es apenas el 5% de los 7,5 billones de dólares que el mundo gasta en salud cada año. Establecer medidas de mejora de eficiencia dentro de los sistemas sanitarios podría reducir o incluso cubrir totalmente este gasto extraordinario.

### **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**

La contaminación del aire, del agua y sobre todo del suelo, del que no existen muchos datos globales, no parece estar dentro de las prioridades de muchos países a

31. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1255038/retrieve>

32. <https://www.who.int/news/item/22-09-2019-countries-must-invest-at-least-1-more-of-gdp-on-primary-health-care-to-eliminate-glaring-coverage-gaps>

pesar de su relevancia. La contaminación del aire ambiental en todo el mundo está relacionada con el 29% de todas las muertes y enfermedades por cáncer de pulmón; con el 17% de todas las muertes y enfermedades por infección aguda de las vías respiratorias inferiores; con el 24% de todas las muertes por accidente cerebrovascular; con el 25% de todas las muertes y enfermedades por cardiopatía isquémica; y con el 43% de todas las muertes y enfermedades por enfermedad pulmonar obstructiva crónica<sup>33</sup>.

En cuanto a la contaminación del agua, es un elemento esencial que explica la enorme relevancia de enfermedades hídricas en el mundo, que provocan 870.000 muertes al año. A fecha de hoy, 785 millones de personas no disponen de agua potable básica y 2.000 millones no disponen de un sistema de saneamiento básico. Además, el estrés hídrico por falta de agua potable puede llegar a provocar el desplazamiento de 700 millones de personas en 2030.

### **META 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**

Desde 2003 existe el Convenio Marco de la OMS de lucha contra el tabaco, donde se propusieron medidas para reducir la demanda y la oferta del mismo en el mundo<sup>34</sup>. Pero las presiones de las empresas tabacaleras, unido a la debilidad en la capacidad para tomar medidas en muchos países y el enorme gasto en publicidad de tabaco —incluyendo las nuevas formas de comunicación por internet que deslocalizan esta publicidad—, pone en riesgo obtener resultados a corto plazo. La OMS ya avisaba hace unos años que las prohibiciones parciales no sirven y que cada país debería plantar cara a la oposición de la industria<sup>35</sup>. Sin embargo, después de 17 años de la firma de este Convenio, los resultados, a pesar de los avances conseguidos, no son óptimos. La OMS ha presentado una “Estrategia mundial para acelerar el control del tabaco: promover el desarrollo sostenible mediante la aplicación del CMCT de la OMS 2019-2025”<sup>36</sup>, con una meta, alcanzar una reducción del 30% en la prevalencia del consumo actual de tabaco entre personas mayores de 15 años en 2025, que esperemos tenga más éxito.

33. <https://www.who.int/airpollution/ambient/health-impacts/en/>

34. [https://www.who.int/tobacco/framework/WHO\\_fctc\\_spanish.pdf](https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf)

35. [https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/sp\\_tfi\\_mpower\\_e.pdf?ua=1](https://www.who.int/tobacco/mpower/publications/sp_tfi_mpower_e.pdf?ua=1)

36. Estrategia mundial para acelerar el control del tabaco: promover el desarrollo sostenible mediante la aplicación del CMCT de la OMS 2019-2025. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (WHO/CSF/2019.1). Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

### 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 vacunas, medicamentos y productos para la salud sigue siendo uno de los grandes problemas de salud mundial, pues muchas personas no pueden acceder a ellos. Las vacunas, que han demostrado ser una de las mejores intervenciones de salud pública a lo largo de las últimas décadas, siguen dependiendo en muchos países de la cooperación internacional. En 2019 se estimaba que 13,8 millones de niños y niñas menores de un año no recibieron ninguna de las vacunas necesarias para su edad<sup>37</sup>. Para analizar el funcionamiento de la vacunación en un país, se toma el porcentaje de niñas y niños que reciben la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), y aunque a nivel mundial el 85% de los y las menores de edad están cubiertos por esta vacuna, aún hay 85 países en los que no se alcanza el 90% de cobertura.

En cuanto a la investigación y desarrollo de nuevos tratamientos y vacunas, la pandemia está acelerando una nueva arquitectura, con alianzas entre entidades privadas lucrativas y no lucrativas, organismos multilaterales y países. Sin embargo, como veremos posteriormente al analizar la COVID-19, es necesario asegurar que la equidad en el acceso sea una prioridad en todas estas iniciativas, algo que no siempre sucede.

Un asunto que no se ha mencionado lo suficiente en relación con esta pandemia es cómo podría afectar el actual sistema mundial de fabricación y distribución de medicamentos en el acceso universal a un tratamiento. Aunque más adelante se analizan las iniciativas que se han puesto en marcha para conseguir que los países empobrecidos accedan a los posibles tratamientos, se debería reflexionar sobre el sistema de elaboración y producción de fármacos actual. Por ejemplo, existe una monopolización de los elementos básicos de todos los fármacos. China e India cubren el 80% de los fabricantes de ingredientes activos farmacéuticos (API, por sus siglas en inglés) necesarios para hacer cualquier medicamento<sup>38</sup>, por lo que un grave problema en estos países de cualquier índole (desastre natural, conflicto, etc.) puede provocar un desabastecimiento mundial de prácticamente todos los medicamentos que conocemos.

37. <https://data.unicef.org/topic/child-health/immunization/>

38. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-52566973>

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

La OMS mantiene que muchos países deben hacer reformas en la financiación de sus sistemas de salud si quieren alcanzar la CSU. Esa reforma no puede replicarse de un país a otro, pero tiene unos principios-guía comunes<sup>39</sup>:

- Se debe avanzar hacia una dependencia predominante de las fuentes de financiación pública.
- Hay que reducir la fragmentación en la forma en que se agrupan los fondos o mitigar las consecuencias.
- Es necesario avanzar hacia compras más estratégicas en los servicios de salud, vinculando los pagos de los proveedores con los datos sobre su desempeño y las necesidades de salud de las poblaciones a las que sirven.
- Por último, hay que alinear las políticas de cobertura (beneficios y copagos) explícitamente con los objetivos políticos.

Bien utilizada, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) destinada a salud podría servir de puente para poder reducir esa brecha de financiación y mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud, sobre todo si se dedica al refuerzo de los sistemas públicos de salud y a la atención primaria de salud prioritariamente. Aunque la AOD conjunta de todos los donantes destinada a la salud básica aumentó en un 41% desde 2010, los progresos se han estancado en los últimos años.

En cuanto al personal sanitario, se estima que en 2030 habrá una carencia de 18 millones de trabajadores y trabajadoras de salud para conseguir la CSU, la mayoría en los países de renta baja o media-baja. Si bien la necesidad de incrementar el número de personas es importante, también lo tiene que ser la capacidad, calidad y distribución del mismo. Aunque no parece estar encima de la mesa, la actual pandemia puede hacernos reflexionar sobre qué tipo de recursos humanos necesitamos y qué formación es la más adecuada. Es bastante probable que los profesionales del primer nivel de atención necesiten un conocimiento más profundo de comunicación para conectar con las comunidades y darles espacios de decisión, y que la formación especializada deba adquirir unos conocimientos más dinámicos que le permitan adaptarse a las nuevas situaciones rápidamente.

39. [https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab\\_2](https://www.who.int/health-topics/health-financing#tab=tab_2)

### **META 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**

Esta meta, que debía de permitir que todos los países pudieran detectar y responder ante una posible pandemia, se ha visto claramente superada por la COVID-19, y muestra claramente que, como pasa con casi todas las medidas de prevención, solamente se reconoce su importancia una vez el problema se ha instaurado. Como esta meta está íntimamente ligada al Reglamento Sanitario Internacional (RSI) aprobado en 2005, se profundizará en ella en el siguiente apartado del capítulo.

En resumen, los datos, incluso los previos a la pandemia, no indican que se esté mostrando el suficiente interés y dotando de los recursos necesarios para alcanzar el ODS 3, por mucho que se sigan firmando declaraciones aparentando lo contrario. Es necesario que, a diez años de 2030, se genere un compromiso real por parte de todos los gobiernos, que permita acelerar los progresos, siempre priorizando el derecho a la mejor salud posible y a la equidad en el acceso a los servicios de salud.

## **3. LA PANDEMIA COVID-19 EN EL MUNDO**

Este año será recordado como el “año del coronavirus”, ya que ha provocado un cambio histórico en el comportamiento individual y colectivo de nuestras sociedades, demostrando que, aunque la salud no está por encima de todo, sí que afecta a todo. En este apartado no sólo queremos describir la información que se tiene disponible sobre el virus y sus consecuencias sanitarias, sino que queremos, aunque sea someramente, analizar su influencia en las políticas globales de salud y en sectores muy relacionados con la salud, como la economía, la protección social o el medio ambiente.

### **3.1. Epidemiología**

Su origen animal no está aún determinado totalmente, pero sí cuando se comenzó a saber de ella. El 30 de diciembre de 2019 en Wuhan (China) se tomaron tres muestras de lavado broncoalveolar de un paciente, que sufría una neumonía de etiología desconocida. Fue el primer caso diagnosticado de una pandemia que ha acabado afectando a todo el mundo, no solamente a nivel sanitario, sino también social, económico y hasta ecológico. Esta pandemia está causada por el virus SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2), que provoca una zoonosis (enfer-

medad que se transmite de animales a personas) llamada enfermedad COVID-19<sup>40</sup>. Se han descubierto varias cepas diferentes del coronavirus<sup>41</sup>, aunque parece que existe poca variabilidad entre ellas —menos de la mitad que el virus de la gripe—, lo que, si se confirma, ayudará a que los tratamientos y vacunas sean más efectivos pues podrían ser eficaces para todas o casi todas las cepas. A nivel filogenético hay tres variantes del virus SARS-CoV-2, las variantes A, B, y C<sup>42</sup>. La A y la C se han encontrado en Europa y América. Por el contrario, el tipo B es el más común en Asia Oriental y su genoma parece no haberse extendido fuera de esta región sin antes mutar en derivados del tipo B. En un estudio de 1.245 genomas realizado en España, se descubrió que había cinco linajes principales cuya distribución en España no ha sido homogénea, y que explican el 87,9% de estas muestras: A2a5 (38,4%), B3a (30,2%), B9 (8,7%), A2a4 (7,8%), y A2a10 (2,8%)<sup>43</sup>. En ese mismo estudio se pone el acento en la posibilidad de que la entrada fuera a través de múltiples eventos independientes. Ejemplificándolo en España, se establece que la entrada del virus fue a través de, al menos, 34 eventos independientes entre sí. También se menciona la importancia de los denominados eventos “supercontagadores”, que según ese estudio pueden tener un papel fundamental en la expansión de los contagios. En otro estudio se afirma que a las personas relacionadas con estos eventos se les considera responsables de entre un tercio y la mitad de los contagios<sup>44</sup>. Aunque cada vez se conoce más sobre el SARS-CoV-2, hay que fomentar más la investigación básica sobre este virus, que podría ayudar a tener respuestas más efectivas y de mayor impacto para detener los efectos de esta pandemia.

La infección por la COVID-19 tiene una clínica muy variada, desde personas asintomáticas, pasando por personas con alguna sintomatología leve (fiebre y/o tos principalmente, aunque la clínica puede ser muy diversa), hasta aquellas que tienen problemas graves de salud o mueren. No hay grandes diferencias en el número de personas infectadas por género, pero el número de hombres que fallece es superior<sup>45</sup>. Los estudios disponibles muestran que, en muchos países, prácticamente toda la mortalidad se concentra en las personas mayores de 60 años<sup>46</sup>. Las personas que fallecen son mayoritariamente hombres en todos los segmentos de edad, menos en

40. [https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-\(covid-2019\)-and-the-virus-that-causes-it](https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/naming-the-coronavirus-disease-(covid-2019)-and-the-virus-that-causes-it)

41. <https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-virus-covid-19-tiene-menos-seis-cepas-poca-variabilidad-20200803171834.html>

42. <https://www.pnas.org/content/117/17/9241>

43. <http://www.zoores.ac.cn/article/doi/10.24272/j.issn.2095-8137.2020.217>

44. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-positivos-origen-supercontagador--4180>

45. <https://globalhealth5050.org/the-sex-gender-and-covid-19-project/men-sex-gender-and-covid-19/>

46. <https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid#case-fatality-rate-of-covid-19-by-age>

el de 0 a 9 años, pero no son muchos los casos que se han analizado en esta franja (seis muertes de niños y siete de niñas)<sup>47</sup>. La edad, por lo tanto, podría ser uno de los primeros condicionantes, aunque no el único, a la hora de tener un mejor o peor pronóstico en caso de COVID-19. En un estudio realizado en España, de 4.035 pacientes ingresados en sus hospitales, fallecieron el 28% de estos pacientes. La muerte ocurrió como media 10 días después del ingreso, muriendo la mitad de los ingresos de más de 80 años<sup>48</sup>. Es cierto que este estudio fue realizado en los primeros días de la pandemia, hasta el 17 de marzo, y desde entonces ha habido una mejora considerable en el manejo terapéutico de las y los pacientes que ingresan en los hospitales españoles<sup>49</sup>. Estas cifras contrastan con las de otro país muy castigado por la pandemia, Perú. El 19 de agosto, en el canal de televisión ATV noticias<sup>50</sup>, se mostraban las cifras de personas fallecidas en el país por la COVID-19 y las personas mayores de 70 años alcanzaban solamente un 37,7%. Es verdad que la pirámide poblacional de Perú y de España es diferente. En el país americano los hombres y mujeres mayores de 70 años suponen el 2,5% y 3% de la población, respectivamente, y en España son el 6,2% y el 8,6%, pero realmente no sabemos si estos datos pueden explicar esta diferencia, además de los periodos de análisis en ambos países.

El segundo condicionante que se debe tener en cuenta, sin importar el tramo de edad, es una serie de enfermedades de base que pueden aumentar el riesgo de enfermar gravemente de COVID-19 y, por lo tanto, también de morir. Esta lista de enfermedades y condiciones de salud está en continua revisión, pero de las que se tiene constancia en septiembre de 2020 que afectan a la evolución de las personas enfermas por COVID-19 son: cáncer, enfermedad renal crónica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), inmunodepresión por trasplante, obesidad (con índice de masa corporal de 30 o superior), diabetes tipo II, afecciones cardíacas graves y enfermedad de células falciformes<sup>51</sup>. Otras enfermedades podrían aumentar el riesgo de sufrir COVID-19 grave, aunque no se sabe con certeza si es así, como son la demencia, la hipertensión o el asma.

Lo que se sabe en este momento sobre el mecanismo de transmisión del SARS-CoV-2 es que puede ser por diferentes vías. En un principio se consideró que este virus se transmitía principalmente por las gotículas que se expulsan por la boca, cuando por ejemplo se tose o se habla. El virus puede entrar por boca, nariz u ojos, por lo que es

47. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31748-7/fulltext#sec1](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31748-7/fulltext#sec1)

48. <https://www.newtral.es/muerte-coronavirus-espana-perfil/20200820/>

49. [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Protocolo\\_manejo\\_clinico\\_ah\\_COVID-19.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Protocolo_manejo_clinico_ah_COVID-19.pdf)

50. <https://www.youtube.com/watch?v=nomSKsfK0F8>

51. <https://espanol.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-with-medical-conditions.html>

necesario mantener una distancia mínima con la persona contagiada que va entre uno y dos metros. También se puede transmitir a través de objetos contaminados, aunque no se sabe con exactitud cuál es la importancia de este tipo de transmisión en la pandemia actual. En los últimos meses la transmisión por aerosoles (mezcla del virus con gotitas en el aire), que pueden flotar largas distancias y permanecer mucho tiempo en el aire, está cobrando más importancia, llegando parte del personal científico a afirmar que hasta el 75% de los contagios se produce por esta vía<sup>52</sup>. En los primeros meses de la pandemia esta vía de transmisión solamente se notificaba en procedimientos médicos, lo que indujo a tomar medidas para que el personal sanitario tuviera una protección adecuada<sup>53</sup>. Si finalmente se llegara a demostrar que ésta es la vía de contagio principal, las estrategias de lucha contra la COVID-19 deberían de cambiar de forma importante, pues se tendrían que centrar en una estrategia de protección mucho más intensa en espacios interiores y puede que algo más relajada en exteriores.

Después del primer mes, cuando el foco de la pandemia se localizaba principalmente en China, el 30 de enero de 2020<sup>54</sup> la OMS declaró el brote una emergencia de salud pública de importancia internacional. Casi mes y medio después, el 11 de marzo, la OMS declaró que la COVID-19 era una pandemia<sup>55</sup>. Lo que esta vez ha diferenciado a esta pandemia de otras anteriores es que los países con rentas más altas, que consideraban que sus sistemas sanitarios estaban preparados para cualquier contingencia, se han sido gravemente afectados por la COVID-19. En el índice de Seguridad Sanitaria Global se muestra un mapa con los países mejor preparados para detectar, prevenir y responder a una pandemia, apareciendo Estados Unidos, Reino Unido y Holanda como los tres primeros países en el listado de los mejor preparados<sup>56</sup>. A pesar de ello, estos países han sido algunos de los más afectados por la COVID-19.

A 30 de octubre de 2020 se habían notificado en el mundo casi 45 millones de casos de la COVID-19 y casi un millón doscientas mil muertes en más de 188 países y territorios. Más de 24 millones de personas se habían recuperado de la enfermedad. Estas cifras supondrían que esta enfermedad tiene una tasa de letalidad del 2,6%, mucho mayor que la letalidad de la gripe estacional, y mucho menor que las ante-

52. [https://www.niusdiario.es/ciencia-y-tecnologia/ciencia/errores-oms-desprotegen-coronavirus-transmision-aire-principal-via-contagio\\_18\\_3018495341.html](https://www.niusdiario.es/ciencia-y-tecnologia/ciencia/errores-oms-desprotegen-coronavirus-transmision-aire-principal-via-contagio_18_3018495341.html)

53. [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-how-is-covid-19-transmitted?gclid=CjwKCA-jw4rf6BRaVeiwAn2Q76qORyCTgDw7uFsQpAnw57OWIj3FvFfyp2S\\_0WBgJaDyDrYvO9gVhnBoC5s-QQAvD\\_BwE](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/q-a-how-is-covid-19-transmitted?gclid=CjwKCA-jw4rf6BRaVeiwAn2Q76qORyCTgDw7uFsQpAnw57OWIj3FvFfyp2S_0WBgJaDyDrYvO9gVhnBoC5s-QQAvD_BwE)

54. [https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

55. <https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

56. <https://www.ghsindex.org/>

riores pandemias del SARS o MERS. No obstante, debemos tener presente algunos sesgos. La letalidad puede variar por diversas causas, ya que hay varios factores que pueden influir, como por ejemplo el número de camas UCI por 100.000 habitantes, qué grupo étnico ha sido principalmente infectado o si se ha podido dar respuesta a todas las personas enfermas graves.

## LOS PROBLEMAS DE LA GOBERNANZA MUNDIAL Y EUROPEA EN MATERIA DE SEGURIDAD SANITARIA ANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

**Daniel Lopez Acuña**  
3 noviembre 2020

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 en Wuhan, China, en diciembre de 2019, los mecanismos de gobernanza de la seguridad sanitaria mundial, basados fundamentalmente en el Reglamento Sanitario Internacional aprobado en 2005 por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS), han mostrado importantes debilidades que han afectado a la gestión mundial de la pandemia y que deben ser resueltas para poder contar con mecanismos más robustos de acción coordinada mundial ante fenómenos de esta naturaleza.

A ello ha seguido la debilidad y la insuficiencia de los mecanismos de gobernanza europea en materia de seguridad sanitaria ante una pandemia como la de COVID-19, ya que ni a través del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC por sus siglas en inglés) ni de las políticas y acciones en salud de la Comisión Europea se ha logrado tener una adecuada coordinación, ni una convergencia efectiva de medidas de salud pública.

Ha habido acopio y diseminación de información, elaboración de lineamientos y recomendaciones técnicas —algunas de ellas muy tardías y cambiantes—, coordinación de estudios multicéntricos para evaluar la eficacia de diversos tratamientos e intentos por impulsar mecanismos solidarios multilaterales para hacer efectivo el acceso a las vacunas que están en desarrollo. Pero han hecho falta acciones coordinadas, suficientemente anticipatorias, para frenar la pandemia, para establecer medidas restrictivas y regulaciones de viajes y cierres de fronteras, para hacer recomendaciones tajantes y para llamar a cuentas a los países que han ido a su aire. En esencia, ha habido debilidad en el ejercicio del mandato constitucional de autoridad sanitaria mundial por parte de la OMS y total ausencia de autoridad sanitaria europea ante un problema sanitario que afecta simultáneamente a múltiples países.

Son muchos los problemas que cabría señalar, pero fundamentalmente, tanto a nivel mundial como europeo, ha quedado de manifiesto una impotencia para el ejercicio de la autoridad sanitaria supranacional que, en el caso de una pandemia, supere las limitaciones de las soberanías basadas en un concepto po-

lítico de Estado-Nación, cuando la realidad epidemiológica global y paneuropea no distingue fronteras y hace necesario trascenderlo.

A ello se agrega el hecho de que el 65% de los países del mundo no cuentan con las capacidades básicas que deberían tener a punto para cumplir con las disposiciones obligatorias del Reglamento Sanitario Internacional y no se toman medidas ni coercitivas ni de apoyo suficiente para su desarrollo. Esto ya quedó claramente evidenciado durante la epidemia de ébola en África Occidental y ha sido una de las debilidades mundiales, que ha impedido contar con los dispositivos e infraestructura necesarios para desempeñar las funciones esenciales de salud pública que los gobiernos nacionales, regionales y locales deben poner en práctica para garantizar una seguridad sanitaria fundamental.

En suma, estamos ante una situación en la que no se cuenta con un verdadero bien público global (y para los efectos, europeo), que garantice de manera contundente no sólo la alerta, sino también la capacidad de respuesta multilateral a problemas como la pandemia, que afectan a todos los países.

Por todo lo anterior, será muy importante contar con un informe pormenorizado del Panel Independiente, que está efectuando una evaluación de la gestión de la pandemia por parte de la OMS y que incluye una revisión de la pertinencia y necesidad de reforma del Reglamento Sanitario Internacional. Esto ha sido mandatado por la Asamblea Mundial de la Salud en mayo del 2020 y deberá entregar sus resultados en mayo del 2021.

**Daniel Lopez Acuña**

Médico. Epidemiólogo. Ex Director de Asistencia Sanitaria en Situaciones de Crisis de la Organización Mundial de la Salud.  
Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública

Otro factor que puede influir es la fiabilidad de los datos, tanto de las muertes como de los casos. La falta de medios diagnósticos en todo el mundo al principio de la pandemia —en los países más frágiles en todo momento—, debido a una estructura sanitaria que no puede asumir ese trabajo de rastreo, hace que se tengan serias dudas de que los datos antes mencionados sean las cifras reales. Parece seguro que ha habido muchos más casos en la población de los diagnosticados en muchos de los países que han sufrido la pandemia pues, además de las carencias diagnósticas, en los primeros meses del año no se consideraba el hecho de que hubiera asintomáticos. La OMS estima que, a principios de octubre de 2020, el 10% de toda la población mundial ha sido ya infectada por la COVID-19<sup>57</sup>, lo que supondría que habrían sido infectadas 780 millones de personas en vez de 33 millones. Pero tampoco el exceso

57. <https://elpais.com/sociedad/2020-10-05/la-oms-estima-que-el-10-de-la-poblacion-mundial-se-ha-contagiado-de-covid-22-veces-mas-que-los-casos-diagnosticados.html>

de mortalidad sufrida por los países durante los primeros meses de la pandemia se corresponde con las cifras registradas de las muertes debidas a la pandemia. Así, entre marzo y abril en Europa hubo un 25% más de muertes que no estaban explicadas por la mortalidad oficial de la pandemia<sup>58</sup>. Estos datos no son homogéneos entre los diferentes países del mundo. Así, mientras Estados Unidos sufrió en esos primeros meses un 25% de exceso de muertes respecto a años anteriores, que no se explicaban por las muertes provocadas oficialmente por la COVID-19, en España este exceso no registrado alcanzaba el 35% y en Perú el 74%. En países como Bulgaria no hubo exceso, sino que habían muerto menos personas de las esperadas entre marzo y abril.

No se puede asegurar que todo este exceso de muertes sea debido directamente a la infección de la COVID-19. En el Reino Unido se comprobó que durante el confinamiento hubo un aumento no esperado de muertes por diabetes o asma. En Estados Unidos, por su parte, se estimó que el 35% del exceso de mortalidad era debido a otras causas diferentes a la COVID-19<sup>59</sup>. La mortalidad por diabetes en Estados Unidos en abril fue entre un 20% y un 45% más alta que la media de los cinco últimos años, lo que indica que factores como la situación socioeconómica de las personas, el colapso sufrido por los sistemas de salud, el miedo a infectarse si se iba a una institución sanitaria o problemas derivados del estrés emocional que ha sufrido gran parte de la población, pueden explicar una importante cantidad de este exceso. Así, deberíamos separar los análisis de la mortalidad directa *con* la COVID-19 y *por* la COVID-19. En este último caso habría que sumar las muertes por otros problemas de salud, que vienen derivadas tanto de la necesidad de implementar medidas de contención como del miedo de la población al contagio. Estas últimas muertes tienen mayor relevancia en países que no han tenido una gran cantidad de casos y muertes por la COVID-19, como puede ser en la región del África Subsahariana.

Uno de los mayores problemas a la hora de analizar el impacto de esta pandemia a nivel global ha sido la falta de homogeneidad en el mundo para definir qué es un caso de COVID-19 o cómo se deben contar las personas fallecidas. La propia OMS alertaba que esta heterogeneidad impedía calcular la gravedad de esta pandemia<sup>60</sup>. Además, la COVID-19 también ha mostrado que a los países les ha preocupado mucho más la imagen interna que podría suponer ser uno “de los peores países” en cuanto a morbilidad y mortalidad debido a esta pandemia, que dotar al personal investigador de información lo más veraz posible para gestionar mejor la misma. Sería

58. <https://www.nature.com/articles/d41586-020-02497-w>

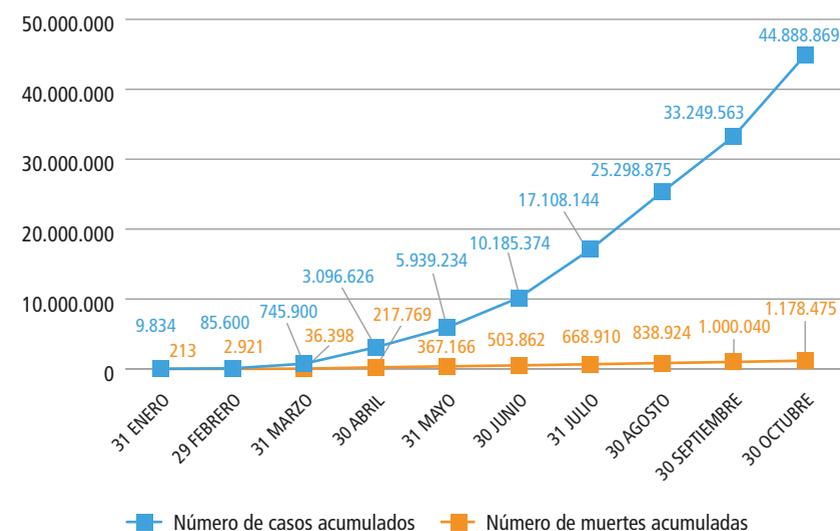
59. <https://scitechdaily.com/35-of-excess-deaths-in-early-months-of-pandemic-tied-to-causes-other-than-covid-19/>

60. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333857/WHO-2019-nCoV-Sci\\_Brief-Mortality-2020.1-spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333857/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-Mortality-2020.1-spa.pdf)

absolutamente necesario que, no solamente para esta enfermedad, sino para futuras, los países se pusieran de acuerdo rápidamente en definir qué es un caso sospechoso, un caso probable, un caso confirmado o un contacto y que, si como es normal en la evolución de una nueva enfermedad, hubiera cambios en estas definiciones, rápidamente todos los países los asumieran. Sin datos comparativos es muy complicado saber si las estrategias que han implantado los países han sido eficaces o hay otros factores que puedan explicar las diferencias.

La evolución de la pandemia en los primeros ocho meses de 2020 nos muestra cómo el crecimiento, tanto en el número de casos como en el de fallecidos, se ha mantenido a lo largo del tiempo. No obstante, si observamos el crecimiento relativo —es decir, el porcentaje que se incrementa cada mes respecto del mes anterior—, vemos una cierta ralentización del crecimiento de casos y de muertes a nivel mundial. Hasta marzo, el número de casos se multiplicaba por 8 cada mes y el de muertes por 10. A partir de julio, se necesitan dos meses para que se duplique el número de casos y el de muertes no llega ni a duplicarse en el mismo periodo de tiempo. No obstante, dado el elevado número de casos y muertes, y con una segunda ola en los últimos meses del año, no se puede asegurar que se esté empezando a nivel mundial a controlar este virus.

GRÁFICO 1.3. EVOLUCIÓN DE CASOS Y MUERTES POR COVID-19 EN EL MUNDO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS y el portal Statista

La evolución que hemos visto de la pandemia ha sido muy diferente según los países, si bien siempre hay que tener en cuenta que las olas pandémicas pueden no comenzar en el mismo momento y no se debe valorar un momento concreto en el tiempo, sino la tendencia, porque podemos tener una visión errónea de la evolución. El momento en el que se analizan los datos es fundamental. Por ejemplo, si analizamos los casos acumulados entre el estado de Nueva York y el de California, el 27 de abril Nueva York tenía 288.000 casos y California 43.720, lo que podría orientar a que en este último se estaban haciendo mejor las cosas. Pero si observamos los casos acumulados el 18 de septiembre, Nueva York cuenta con 447.000 casos y California casi duplica dicha cifra, con 775.000. No siempre parece haber una relación estrecha entre el número de casos y su tasa de letalidad, pues hay países con una alta incidencia de casos, pero con una letalidad más baja que otros países con menos número de casos. Habría que estudiar cuáles son las causas de estas diferencias y también habría que analizar por qué hay países de las mismas áreas geográficas que tienen un comportamiento diferente, tanto en la extensión de la pandemia como en su letalidad, como podemos observar en la tabla 1.2.

En septiembre de 2020, Perú y Chile son los países con una mayor tasa de incidencia acumulada de personas enfermas del mundo, con una letalidad de 96,2 y 64,8 cada 100.000 habitantes, respectivamente, pero su vecino Uruguay apenas ha tenido casos y muertes. China, país donde comenzó la pandemia, muestra una bajísima incidencia. Por su parte, Alemania y Holanda, dos países vecinos, muestran grandes diferencias tanto en el número de casos como en la letalidad. Igualmente destaca la diferencia entre España y Estados Unidos en la letalidad, cuando esta última tiene más casos por habitante. La explicación a esta variabilidad puede ser muy diversa: diferencias en la forma de computar los datos, aspectos sociodemográficos como la edad, la posibilidad de que las diferentes cepas se comporten de manera diferente, o incluso una predisposición genética o una mayor cifra de eventos supercontagadores. Sin embargo, hay una causa que puede explicar al menos parte de esta variabilidad: las políticas que se han implementado en cada país o el grado de preparación previa de estos países para luchar contra una pandemia.

**TABLA 1.2. NÚMERO DE CASOS Y NÚMERO DE MUERTOS POR 100.000 HABITANTES EL 21 DE SEPTIEMBRE**

		Nº CASOS /100.000 habitantes	LETALIDAD/100.000 habitantes
<b>EUROPA</b>	ESPAÑA	1.369,5	65,2
	SUECIA	879,2	58,4
	REINOUNIDO	581,7	62,0
	ALEMANIA	328,0	11,2
	HOLANDA	573,8	37,0
	BÉLGICA	873,1	86,2
<b>AFRICA</b>	SUDÁFRICA	1.126,5	27,2
	CABO VERDE	943,0	9,1
	SUAZILANDIA	456,8	9,1
<b>AMÉRICA</b>	PERÚ	2.326,7	96,2
	BRASIL	2.145,6	64,7
	ESTADOS UNIDOS	2.057,2	60,6
	URUGUAY	55,0	1,3
<b>ASIA</b>	CHINA	6,3	0,3
	INDIA	395,2	6,3
	ISRAEL	2.155,1	14,4
	IRÁN	509,1	29,3
	IRAK	811,6	21,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de diversas fuentes (OMS, El País)

Los países no se han puesto de acuerdo en las medidas a tomar e incluso en el primer momento competían deslealmente entre ellos para acaparar material de protección, como mascarillas y respiradores. Países como Reino Unido y Suecia basaban sus primeras estrategias en intentar alcanzar una inmunidad colectiva de rebaño, que debería alcanzar el 70% de su población<sup>61</sup>. Posteriormente, solamente Suecia mantuvo esa estrategia y, si bien su letalidad por cada 100.000 habitantes es comparable a la de países como España o Reino Unido, es mucho más alta que la de los países de su entorno, como Noruega, que sí adoptó confinamiento y que tiene una letalidad de 5 muertes por cada 100.000 habitantes, diez veces menos que Suecia. Brasil y Estados Unidos han implementado políticas de contención que sus propios líderes no seguían y son de los países más castigados del planeta. En África, salvo en algunos países como

61. <https://www.ucm.es/otri/noticias-que-es-la-inmunidad-de-rebano-y-por-que-reino-unido-cree-que-puede-funcionar>

Sudáfrica y Egipto, no ha tenido un impacto muy relevante hasta el momento. En Europa, mientras, cada país tomaba diferentes medidas para luchar contra esta enfermedad. En el caso de las medidas de contención, se han adoptado desde confinamientos intensos —dejando solamente los servicios esenciales operativos, como en España o Italia—, a confinamientos más selectivos, como en Francia, o los denominados confinamientos “inteligentes” por parte de Holanda, donde sólo cerraban escuelas y actividades que requieran tocarse, como peluquerías y centros de “reunión”, como la hostelería.

El hecho de que distintas autoridades políticas tomen medidas diferentes en países o zonas con situaciones similares no ayuda a que la población reciba un mensaje claro sobre qué es esta pandemia, cuáles pueden ser sus consecuencias y cómo podemos luchar contra ella. Toda política tiene su reacción y hay que intentar prever sus consecuencias negativas e informar adecuadamente a la población. Las urgencias, la falta de evidencia y, sobre todo, la ausencia de una firme coordinación global, han impedido esta previsión. Lo que es evidente es que esta pandemia tiene y tendrá efectos en multitud de sectores, además del sanitario. En este informe se quiere profundizar en cuatro: la sanidad, la economía, los aspectos sociales y la ecología.

### 3.2. La sanidad y la COVID-19

Han pasado unos meses desde que comenzó esta pandemia y estamos cada vez mejor preparados para combatirla. Uno de los sectores más afectados por esta pandemia es el sector sanitario. Primero, por la enorme carga de trabajo que está suponiendo para el personal y por la limitación de los recursos que se tienen para combatirla. Segundo, porque su personal ha sido uno de los colectivos más afectados con unas medidas de protección insuficientes para hacer frente a esta crisis sanitaria. Por este motivo, en todos los países la sociedad ha reconocido la dedicación del personal sanitario, junto con otros agentes sociales, en la lucha contra la COVID-19.

#### SOLUCIONES SANITARIAS

Desde el comienzo de la expansión de la pandemia, la mayor parte de los expertos han considerado que la protección individual, uso de mascarilla, distancia social y lavado de manos era la mejor forma de combatir esta enfermedad hasta disponer de una respuesta terapéutica o una vacuna. No obstante, estas soluciones, que pueden ser muy útiles a corto plazo, pueden tener a largo plazo algunos efectos indeseados no previstos. La separación y el aislamiento pueden provocar consecuencias psicoafectivas negativas en parte de la población, especialmente en las personas mayores. El uso de la mascarilla se ha generalizado en el mundo, yendo a unos máximos en su

uso debido a la evidencia acumulada, que será necesario modular, pues hay gente que también siente angustia por este exceso de utilización. Además, estas medidas han sido cuestionadas por diversos colectivos y líderes mundiales, creando confusión, lo que, sumado al cansancio de mantener determinadas medidas, como la distancia social, a largo de los meses, junto a la disminución de la letalidad de la pandemia, han hecho que parte de la sociedad relaje su cumplimiento o no lo considere necesario.

En cuanto al tratamiento médico, se ha abordado de dos maneras diferentes. Por una parte, se ha buscado la mejora del manejo de las personas enfermas por la COVID-19 para limitar los casos graves o que pudieran fallecer y, por otra, continúa la búsqueda de un medicamento que elimine el virus. En cuanto al manejo de las personas enfermas, el avance ha sido considerable desde el principio de la pandemia, aunque con una información que ha variado mucho en este tiempo, debido a la evolución natural del conocimiento de una nueva enfermedad. La evidencia científica es más alta que al principio de la pandemia y ahora el manejo de los pacientes más graves está mucho mejor orientado<sup>62</sup>.

No ha sido posible encontrar hasta el momento un tratamiento eficaz y con la suficiente evidencia para poder utilizarlo contra esta pandemia, aunque se sigue investigando. El estado de emergencia debido a la COVID-19 ha impulsado, además de mucha información falsa, la aparición de numerosos artículos descriptivos de unos pocos casos, recomendaciones de personas expertas (y no expertas) y artículos de opinión que, ante la limitada evidencia científica, han constituido y constituyen aún parte de la base para la adopción de las decisiones clínicas. En julio, más de 20 artículos sobre esta enfermedad, algunos de ellos en revistas famosas como *The Lancet*, habían sido retractados<sup>63</sup>.

La solución más viable y donde se están poniendo las mayores esperanzas en el corto-medio plazo es la de la vacunación, aunque también encierra sus problemas. El primero es la cantidad de posibles vacunas que se están probando, algunas con diferentes bases (partículas inactivas, parte del código genético del coronavirus o virus genéticamente modificado)<sup>64</sup>, pero muchas de ellas similares. En junio de 2020, la OMS listaba todas las candidatas a ser la vacuna de la COVID-19, un total de 136, de las cuales solamente 10 estaban en la fase de investigación clínica<sup>65</sup>. En agosto ya había 33 candidatas que estaban en la fase de investigación clínica y 143 en la etapa

62. <https://anestesiari.org/2020/evidencia-en-el-manejo-de-pacientes-criticos-covid-19/>

63. <https://theconversation.com/la-covid-19-revoluciona-el-sistema-de-publicacion-cientifica-143289>

64. <https://www.coronavirustoday.com/coronavirus-vaccines>

65. [https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/oms-landscape-novel-coronavirus-covid-19-vaccines\\_09junio2020.pdf](https://vacunasaep.org/sites/vacunasaep.org/files/oms-landscape-novel-coronavirus-covid-19-vaccines_09junio2020.pdf)

preclínica<sup>66</sup>, 40 más que dos meses antes. Una carrera por ser la primera vacuna eficaz que tiene, además de la importancia obvia en la salud mundial, unos claros intereses económicos y políticos. Hay personas expertas de la industria farmacéutica que estiman que una nueva vacuna cuesta entre 400 y 2.000 millones de dólares desde la investigación inicial hasta la producción comercial<sup>67</sup>. Sin embargo, los beneficios que pueden derivarse de una vacuna para la COVID-19 son enormes, pues la población diana son los 7.700 millones de personas que habitan el planeta. La horquilla de los precios entre las más prometedoras es muy amplia, desde los 3 euros de la vacuna de AstraZeneca-Oxford, que afirma que la comercializarán a precio de fábrica, pasando por los 10 euros de Sanofi y GlaxoSmithKline (GSK), los 17 euros de Pfizer, los 25 euros de la norteamericana de Moderna, hasta llegar a los 121 euros por tratamiento de la vacuna china de Sinopharm. Otras vacunas aún no han puesto precio a cada dosis.

**TABLA 1.3. LAS VACUNAS MÁS PROMETEDORAS EN SEPTIEMBRE 2020**

NOMBRE	EMPRESA/ INSTITUCIÓN	PAÍS PRODUCCIÓN	CARACTERÍSTICA	PRECIO/DOSIS	DOSIS
<b>ChAdOx1 nCoV-19</b>	AstraZeneca Univ. Oxford	Reino Unido	Adenovirus chimpancé genéticamente modificado	3 euros	1-2
<b>mRNA-1273</b>	Moderna	Estados Unidos	Fragmentos de ARN mensajero	30 euros	2
<b>BNT162b2</b>	BioNTech Pfizer	Alemania	Fragmentos de ARN mensajero	17 euros	2
<b>Sputnik V</b>	Gamaleya	Rusia	Adenovirus humano + proteína S	Desconocido	2
<b>CoronaVac</b>	Sinovac Biotech	China	Virus inactivado	Desconocido	1
<b>Ad5-nCoV</b>	CanSino Biologics	China	Vector adenovirus humano tipo 5	Desconocido	
<b>New Crown COVID-19</b>	Sinopharm	China	Fragmentos coronavirus inactivados	60,5 euros	2
<b>Ad26.COV2-S</b>	Johnson & Johnson	Estados Unidos	Vector adenovirus 26	Desconocido **	2
<b>NCT04537208*</b>	GSK Sanofi	Estados Unidos y Unión Europea	Proteína S basado en ADN recombinante	10 euros	2

Fuente: Elaboración propia

\*Es la única de la lista en fase 1-2 en septiembre, pero es una vacuna que se experimenta en España.

\*\*Su Director Científico ha afirmado que "suministraremos la vacuna sin fines de lucro".

66. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/novel-coronavirus-landscape-covid-19-\(3\).pdf?sfvrsn=9c18d69c\\_7&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/novel-coronavirus-landscape-covid-19-(3).pdf?sfvrsn=9c18d69c_7&download=true)

67. <https://www.accdocket.com/articles/vaccine-r-d-economic-impact-of-covid-19-pandemic.cfm>

La vacuna plantea dilemas que deberían solucionarse lo antes posible. Una de ellas es decidir cuál o cuáles serán las vacunas más efectivas, porque en la carrera por tener la primera vacuna exitosa, no todas lo serán, lo que, sumado a la presión social e intereses políticos y económicos, puede hacer que se salten algunas fases en su elaboración que son fundamentales para asegurar no sólo su efectividad, sino también su seguridad.

### FASES DE UNA VACUNA

Antes de cualquier prueba clínica en humanos, la vacuna debe superar una "fase 0" o preclínica, que incluye pruebas *in vitro* y en animales. En esta etapa, la vacuna debe demostrar que es segura y funciona en animales. Si supera esta prueba, entonces puede entrar a los estudios clínicos en humanos, que se dividen en tres fases.

**Fase 1.** En esta fase la vacuna se prueba en grupos de entre 20 y 100 personas saludables. El estudio se centra en confirmar que no represente una **amenaza para la salud**, que sea efectiva, identificar efectos secundarios y determinar cuál es la dosis adecuada.

**Fase 2.** Es un estudio a mayor escala, en el que participan varios cientos de personas. Aquí se evalúan los **efectos secundarios** más comunes en el corto plazo y cómo reacciona el sistema inmune a la vacuna.

**Fase 3.** Es un ensayo mucho más grande, en el que participan varios miles de personas voluntarias. Aquí se compara cómo evolucionan las personas que fueron vacunadas respecto a las que no. También se recolectan datos estadísticos acerca de la efectividad y seguridad de la vacuna. Esta fase también sirve como una **nueva oportunidad** para identificar otros posibles efectos secundarios, que no hayan surgido en la fase 2.

Hay ya algunas voces que alertan de que una vacuna que no supere todas las fases puede ser una vacuna que realmente no sea útil para parar el virus. El Ministerio de Salud ruso afirmaba en agosto que su vacuna Sputnik V "era segura y generaba una inmunidad duradera de dos años"<sup>68</sup>, y la registraba, cuando aún estaba en fase 2. Aunque estudios posteriores parecen demostrar que efectivamente es una vacuna

68. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/industria/covid-19-vacuna-rusa-sputnik-coronavirus-6379>

segura y con inmunidad a largo plazo, éstos se basan solamente en las fases 1 y 2<sup>69</sup>, por lo que habría que esperar a los resultados de la fase 3.

La OMS estima que la mínima eficacia de una vacuna debe ser de un 70%<sup>70</sup>. Se necesitan ensayos de suficiente alcance y duración para proporcionar pruebas fiables y asegurar la eficacia a largo plazo, la seguridad de las vacunas y el grado de protección contra los casos graves de la COVID-19, que no se basen sólo en valores serológicos<sup>71</sup>. Si no se hiciera así, y las vacunas tuvieran serios efectos secundarios, la confianza de la sociedad sobre la utilidad no sólo de esta vacuna, sino de todas ellas, podría sufrir un retroceso muy importante a nivel social y alimentaría las teorías conspirativas contra las mismas. La OMS ha promovido un ensayo internacional de las vacunas para poder analizarlas con la misma metodología<sup>72</sup>, y aunque se reduzca enormemente —entre 10 y 15— los años que se suele tardar en poner en el mercado una nueva vacuna (sobre todo gracias a las ayudas públicas), el objetivo es que se pueda asegurar su eficacia e impacto. Las vacunas son cada vez más seguras y es extremadamente difícil que puedan tener consecuencias a largo plazo. Pero por la urgencia que existe de tener en el mercado una vacuna eficaz y la gran variedad de potenciales vacunas, algunas de ellas sin pasar por los filtros de la OMS, difícilmente se podrá convencer a una parte de la sociedad de que estas vacunas no tienen efectos nocivos a largo plazo. Es imprescindible, por lo tanto, que los procesos de investigación, elaboración y distribución de las vacunas sean absolutamente transparentes para evitar un rechazo mayoritario de la sociedad.

Otra cuestión por resolver es la inequidad en el acceso, sobre todo de los países más empobrecidos, donde éste va a ser muy limitado, al menos al principio de la distribución de la vacuna. Los países más enriquecidos ya están acaparando las primeras dosis de las vacunas, sin saber a ciencia cierta cuál va a ser la capacidad de producción, ni qué países van a estar más afectados en el momento de su implementación. Estados Unidos adquirió 300 millones de dosis de la vacuna de Astrazeneca-Oxford, pero también 100 millones de la de Moderna. La Unión Europea (UE), 300 millones de la de Sanofi y GSK y 400 millones de la de Astrazeneca-Oxford. Es verdad que se han puesto en marcha algunas iniciativas para que los países más empobrecidos puedan tener acceso a estas soluciones. La OMS y dos coaliciones, como CEPI (The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) y GAVI, promueven el Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), una iniciativa mundial destinada

69. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2931866-3>

70. [https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?sfvrsn=1d5da7ca\\_5&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-target-product-profiles-for-covid-19-vaccines.pdf?sfvrsn=1d5da7ca_5&download=true)

71. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31821-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31821-3/fulltext)

72. [https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-covid-2019-solidarityvaccintrial-expandedoutline-28may.pdf?sfvrsn=2ac21701\\_2&download=true](https://www.who.int/docs/default-source/blue-print/who-covid-2019-solidarityvaccintrial-expandedoutline-28may.pdf?sfvrsn=2ac21701_2&download=true)

a colaborar con los fabricantes de vacunas de modo que los países de todo el mundo tengan un acceso equitativo a vacunas seguras y eficaces. COVAX es el pilar referente de la vacunación del ACT Accelerator (acelerador de acceso a las herramientas contra la COVID-19), cuyo objetivo es agilizar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las pruebas, tratamientos y vacunas frente a la COVID-19<sup>73</sup>. En esta iniciativa participan instituciones como la Comisión Europea, UNITAID, la Fundación Bill y Melinda Gates, el BM o el Fondo Global. Respecto a COVAX, tiene como objetivo adquirir 2.000 millones de dosis de aquí a finales de 2021 para aquellos países que no tendrían de lo contrario acceso a ella. 5 de los 76 países de renta alta que participan en esta iniciativa han prometido 1.000 millones de dólares, lo que supondría alcanzar un presupuesto de 1.700 millones de dólares si lo unimos a otras contribuciones de otros países y entidades privadas<sup>74</sup>.

También con el objetivo de acelerar la respuesta, la OMS ha promovido las iniciativas “Ensayo Clínico Solidaridad”<sup>75</sup> y “Solidaridad II”<sup>76</sup>, con las que se promueve en diferentes países el ensayo voluntario de tratamientos y estudios serológicos, respectivamente, con el fin de testar si son efectivos o no, y de conocer mejor el virus.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

Los mecanismos diagnósticos para detectar el virus son varios, pero como se verá, tienen utilidades diferentes. Los más eficaces son:

- Las pruebas RT-PCR, reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, que detecta material genético del virus en tu organismo; es decir, si estás infectado por el virus —aunque no es lo mismo que tener síntomas, estar enfermo o tener capacidad de infectar—, con una fiabilidad mayor al 90%<sup>77</sup>. Esta prueba detecta por tanto si tienes virus, pero tener una PCR negativa no significa que no puedas infectarte al día siguiente, por lo que no sirve para hacer estudios que permitan saber el riesgo de poder infectarse de una población. En las personas con un curso leve o asintomático de la infección, el pico de carga viral ocurre en los primeros 6 días y desaparece, al menos su capacidad de infectar, a los 10

73. <https://www.who.int/initiatives/act-accelerator>

74. <https://www.gavi.org/news/media-room/countries-pledge-nearly-us-1-billion-support-equitable-access-covid-19-vaccines>

75. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-clinical-trial-for-covid-19-treatments>

76. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/global-research-on-novel-coronavirus-2019-ncov/solidarity-2-global-serologic-study-for-covid-19>

77. <https://www.infosalus.com/asistencia/noticia-guia-entender-diferencias-principales-test-covid-19-20200502075935.html>

días de aparecer los síntomas<sup>78</sup>. En los casos más graves, la transmisión del virus es más larga y duradera, posiblemente hasta los 14-15 días.

- Test serológicos que detectan los anticuerpos, o sea, la respuesta de nuestro organismo a la infección. Por lo tanto, no sirve para los primeros días de la infección, ya que aún no hay una respuesta importante de nuestro organismo. Hay dos anticuerpos principales: la Ig M, que es la primera que se positiviza (a partir del día 8 de la infección) y la Ig G, que se positiviza sobre todo a partir del día 15 y que asegura una inmunidad a largo plazo<sup>79</sup>. Tener una Ig G positiva y una Ig M negativa asegura que has pasado la infección, sin importar si la PCR es positiva. Estas pruebas sí que pueden servir para hacer estudios poblacionales y conocer el riesgo que tiene una población de sufrir esta pandemia, pero son más costosas y complejas.
- Test de antígenos: al principio de la pandemia tenían escasa sensibilidad y especificidad, por lo que no se contemplaba como solución. En estos momentos hay nuevos test rápidos, como el N1-STOP-LAMP, que en un estudio realizado sirvió para identificar el 87% de las pruebas positivas cuando se utilizó para evaluar 157 muestras confirmadas. Los resultados fueron rápidos, con un tiempo medio de obtención de resultados positivos de 14 minutos para 93 de esas muestras clínicas<sup>80</sup>. La farmacéutica Abbot también tiene un test de antígenos al que se le presupone una sensibilidad del 93,3% y una especificidad del 99,4%<sup>81</sup>. Aunque es una prueba que se puede utilizar para detectar casos sospechosos algún día después del inicio de síntomas, aún está por decidir si también sirve para colectivos en los que haya mucha prevalencia, como residencias, centros educativos, etc.

La escasez a nivel mundial de medios diagnósticos y de mecanismos de protección provocó en los primeros meses de la enfermedad que los países más enriquecidos acapararan este material, en un mercadeo y subasta donde todo valía, en vez de priorizar allá donde había más necesidad, y con ello, enlentecer la transmisión de esta enfermedad a nivel mundial. Todo esto indica que falta mucho para tener una verdadera conciencia mundial sobre lo que significa salud global, y pone en cuestión la voluntad de las y los líderes mundiales de compartir beneficios y riesgos en esta pandemia.

78. [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/INTERPRETACION\\_DE\\_LAS\\_PRUEBAS.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_PRUEBAS.pdf)

79. [https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/INTERPRETACION\\_DE\\_LAS\\_PRUEBAS.pdf](https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/INTERPRETACION_DE_LAS_PRUEBAS.pdf)

80. <https://www.microbiologyresearch.org/content/journal/jmm/10.1099/jmm.0.001238?crawler=true>

81. <https://www.20minutos.es/noticia/4391755/0/test-rapido-abbott-covid-19-pruebas-quince-minutos/>

## COVID-19: EL DESAFÍO DE ELIMINAR LAS BARRERAS ECONÓMICAS QUE IMPIDEN UN ACCESO EQUITATIVO A TRATAMIENTOS Y VACUNAS

El 11 de marzo de 2020, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director Ejecutivo de la OMS declaraba la enfermedad por coronavirus COVID-19 como pandemia. Este anuncio prácticamente supuso el disparo de salida en una carrera desenfrenada para encontrar una vacuna o un tratamiento eficaz. Ese día también la Humanidad encaraba un nuevo desafío global en forma de pandemia de una gravedad y dimensiones nunca vista por nuestra generación: “o se salva todo el mundo o nadie estará a salvo”. Pero el desafío también ofrece tintes de oportunidad inesperada para transformar las reglas que han venido regulando el sistema internacional hasta convertir la salud y las tecnologías para preservarla en bienes al servicio del mercado. La Humanidad se encuentra ante la ocasión de transformar este sistema y apostar por la cooperación y la salud global. En el momento de escribir estas líneas, el mundo pendula todavía entre estas dos posibilidades.

Quizá las dos iniciativas más novedosas auspiciadas por la OMS sean, de un lado, el proyecto denominado “Acelerador del acceso a las herramientas contra la COVID-19 (ACT-acelerador)”<sup>82</sup>; y, por otro lado, “C-TAP, Covid Technology Access Pool”, un pool de patentes público y de acceso universal de tecnologías para combatir la COVID-19.

El ACT-acelerador tiene como objetivo acelerar el desarrollo y producción de nuevos medicamentos, productos de diagnóstico y vacunas contra la COVID-19 y el acceso equitativo a estos. Para su financiación, se lanzó un maratón de recaudación de fondos convocado conjuntamente por la UE, el Reino Unido, el Reino de Arabia Saudí (que además preside ahora el G-20), Noruega, Japón, Canadá, Italia (que ejercerá asimismo la próxima presidencia del G-20), Francia, España y Alemania.<sup>83</sup>

Por su parte, el pool de patentes públicas y de acceso universal de tecnologías consiste en una iniciativa importante para facilitar el acceso libre y uso de esas tecnologías a los países más empobrecidos. Sin embargo, como iniciativa voluntaria que es, no se puede decir que esté siendo respaldada por todos los estados que se esperaría que lo hicieran para alcanzar su meta. No llegan a cuarenta los países que se han adherido y son aquellos donde no se están desarrollando tecnologías para la COVID-19. Del entorno europeo, sólo participan Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Noruega y Portugal. La Federación Internacional de Fabri-

82. Para saber más consultar <https://www.who.int/es/news-room/detail/26-06-2020-act-accelerator-update>

83. En julio, el objetivo de recaudación se fijó en 31 millones y fue ampliado a finales de septiembre hasta 37.000 millones (¿puede ser que la cifra de arriba sea de 31.000 millones?), para ayudar a los países más empobrecidos. A fecha de 21 de septiembre, la recaudación reunida para el ACT-acelerador parece que no superaba los 3.000 millones de dólares.

cantes y Asociaciones Farmacéuticas (IFPMA, por sus siglas en inglés) se expresó de esta manera, con respecto al C-TAP: “Participaremos, pero no nos obliguen”.

Paralelamente, la OMS ha puesto al servicio del combate de la COVID-19 el **ensayo clínico internacional *Solidaridad***. Con esta iniciativa, la OMS aprovecha su capacidad de impulsar la colaboración y la investigación mundiales para estudiar diversas posibilidades terapéuticas. Mientras que los ensayos clínicos aleatorios suelen tardar años en diseñarse y llevarse a cabo, el ensayo “Solidaridad” reducirá el tiempo en un 80%, gracias al trabajo coordinado de cientos de profesionales médicos e investigadores de todo el mundo. Por su parte, la Comisión Europea se movilizó rápidamente desde la declaración de pandemia para asignar millones de euros para promover la investigación sobre la COVID-19, entre otras cosas a través del programa Horizonte 2020, la Iniciativa de Medicina Innovadora (IMI) y los préstamos del Banco Europeo de Inversiones (BEI). Varios gobiernos europeos también han movilizado recursos sustanciales para apoyar el desarrollo de diagnósticos, tratamientos y vacunas.

Si dirigimos la mirada a Europa, resulta muy reseñable la **Resolución del Parlamento Europeo, de 17 de abril, de acción coordinada para combatir la pandemia de la COVID-19 y sus consecuencias**<sup>84</sup> que, además de animar a los estados miembro a “impulsar sus esfuerzos de financiación rápida de la investigación en una vacuna o tratamiento”, destaca “la necesidad de apoyar medidas que favorezcan la ciencia abierta con el fin de acelerar el intercambio de datos y de resultados de investigaciones dentro de la comunidad científica, en Europa y fuera de ella; insiste en que toda investigación financiada con fondos públicos debe ser de dominio público”.

Lo cierto es que ha existido todos estos meses un contexto de fuerte presión sobre la industria farmacéutica para que aborde la revisión de las normas que rigen el modelo de I+D biomédica y farmacéutica para que se ponga decididamente el interés público<sup>85</sup> en el centro. Pero, al mismo tiempo, los gobiernos no se encuentran en situación de fuerza como para confrontar a la industria farmacéutica y sus intereses comerciales, dada la dependencia de este sector para abordar las prioridades que emanan de la COVID-19.

En el ámbito europeo, no se ha conseguido avanzar en un posicionamiento común de la UE con respecto al pool de patentes públicas y, en su lugar, se está promoviendo un sistema de compra de vacunas conjunto de la UE con algunos

84. [https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0054\\_ES.html](https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-9-2020-0054_ES.html)

85. De interés especial el editorial del Financial Times a primeros del mes de abril con el titular: “Principales fabricantes farmacéuticos bajo presión para compartir patentes”, en el que apoyaba el uso de las licencias obligatorias si llegara el caso para asegurar que vacunas o tratamientos efectivos para la Covid fueran asequibles a nivel mundial. Este editorial ha sido un shock para el sector. También a destacar una tribuna en The Guardian: “La carrera para los tratamientos para el Covid tiene un principal obstáculo: Big Pharma”.

desarrolladores, similar al que previamente se alcanzó en EE. UU. Mientras, por su cuenta, un grupo de cuatro potencias europeas (Alemania, Francia, Italia y Holanda) han creado su propia “Alianza inclusiva para la vacuna” para reforzar su papel negociador con los laboratorios farmacéuticos que están trabajando en el desarrollo de una vacuna contra el coronavirus. Su objetivo, oficialmente, es conseguir aumentar la capacidad de fabricación de posibles vacunas contra el SARS-Cov-2 y obtener el mayor número de dosis en el menor tiempo posible. Lo que está por ver es si este tipo de acuerdos no persigue también una posición ventajosa en la distribución de las futuras vacunas a sus poblaciones. Porque si algo es seguro con relación a la búsqueda de la vacuna para la COVID-19 es que cuando ésta se descubra, no habrá producción suficiente para todo el mundo.

En la arena de la gobernanza mundial, también cuando se trata de salud global o supervivencia de la Humanidad, el mango de la sartén sigue estando en manos de los países más enriquecidos y la tensión entre fuerzas opuestas pone a prueba a organismos internacionales como la OMS. De momento, las grandes potencias están mostrando una buena capacidad para nadar y guardar la ropa.

#### Y en estas apareció Remdesivir

Si alguien todavía duda de que las nuevas herramientas y recursos sanitarios para combatir la COVID-19 fueran a convertirse en un producto de lujo sólo necesita recordar un nombre: Remdesivir. Se trata de un medicamento antiviral desarrollado hace años para atacar al virus del ébola que como tratamiento para la COVID-19 ofrece un alcance muy limitado y está muy lejos de ser la cura definitiva para acabar con la pandemia. Aun así, a los pocos días de que la compañía biofarmacéutica Gilead lo colocara en el mercado, EE. UU. anunció la compra casi total de su producción para los siguientes 3 meses (el 100% de la producción que realice la farmacéutica durante el mes de julio y el 90% en agosto y septiembre. Sin embargo, lo más significativo del “fenómeno Remdesivir”, que no ha demostrado eficacia, está en el precio desmesurado que la farmacéutica le ha asignado: 2.083 euros por paciente.

Un mes más tarde, la Comisión Europea firmó un contrato con Gilead para asegurar las dosis de tratamiento de Veklury, que es el nombre comercial del Remdesivir, a partir de agosto. Bruselas habría pagado 63 millones de euros por el tratamiento aproximadamente para suministrarlo a 30.000 pacientes con síntomas graves de COVID-19, que serán financiados a través del Instrumento de Apoyo en Emergencias puesto en marcha para costear la compra de tratamientos o vacunas.<sup>86</sup>

86. <https://www.dw.com/es/la-ue-comprar%C3%A1-30000-dosis-de-remdesivir-a-gilead-para-tratar-el-covid-19/a-54365870> y [https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/comision-europea-garantiza-acceso-ue-remdesivir-tratamiento-covid-19\\_83402\\_102.html](https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/comision-europea-garantiza-acceso-ue-remdesivir-tratamiento-covid-19_83402_102.html)

El ejemplo de Veklury (Remdesivir) nos recuerda que durante la pandemia no se ha producido ningún cambio en la forma en que la propiedad intelectual se gestiona. Las empresas farmacéuticas pueden monopolizar el futuro de la COVID-19 y condicionar quién tiene acceso y quién no.

Vale la pena señalar que las empresas farmacéuticas están recibiendo millones de euros y dólares a través de acuerdos privados con algunos países y también, especialmente, a través de fondos públicos y filantrópicos. Esta financiación pública, como la de donantes a fondos para promover las iniciativas colectivas, debe dar lugar a una producción de vacunas y tratamientos que, además de ser eficaces, sean designadas como bienes públicos globales. El precio de venta no debe estar fijado por las leyes del monopolio.

A fecha de julio, se están desarrollando 149 vacunas experimentales, de las cuales 6 están en fases bastante avanzadas como para llegar augurar incluso que para finales de 2020 alguna de ellas pueda estar disponible para producción. Sobre la mesa quedan cuestiones como la eficacia de estas vacunas, la capacidad de la industria para producirlas a escala mundial y la gran pregunta: ¿a quienes llegará antes y a quienes no llegará nunca?

## LOS SISTEMAS DE SALUD

Esta pandemia ha tensionado enormemente el funcionamiento de los sistemas de salud de muchos países, incluyendo los de los países más enriquecidos, que no esperaban que las consecuencias de esta pandemia fueran tan graves para sus sistemas sanitarios.

Esta enfermedad no pasó en un primer momento por los primeros niveles de atención sanitaria. En un principio, los grandes problemas se centraron en los sistemas terciarios hospitalarios, en donde se llegaron a instaurar hospitales provisionales como en China, España o en Estados Unidos (Nueva York, en concreto). Han sido en especial las unidades de cuidados intensivos (UCI) las que se vieron saturadas e incluso superadas en varios países en su misión de atender a la población en situación más crítica. Esta saturación del sistema provocó en esos momentos que, en varios países desarrollados, como Australia<sup>87</sup>, Suecia<sup>88</sup> o España<sup>89</sup>, se llevara a cabo una política de intentar evitar el colapso del sistema, impidiendo que todas las personas

87. <https://theconversation.com/should-all-aged-care-residents-with-covid-19-be-moved-to-hospital-probably-but-there-are-drawbacks-too-143826>

88. <https://www.bbc.com/news/world-europe-52704836>

89. [https://www.eldiario.es/catalunya/familias-geriatricos-barcelona-coronavirus-diagnosticar\\_1\\_1224048.html](https://www.eldiario.es/catalunya/familias-geriatricos-barcelona-coronavirus-diagnosticar_1_1224048.html)

mayores afectadas por la COVID-19 que estaban en residencias para personas mayores fueran a los hospitales.

Hay que tener presente que un factor determinante para tomar esas decisiones ha sido el número de camas de UCI que tenía el país al comienzo de la pandemia. Mientras Alemania tiene 33 camas UCI por cada 100.000 habitantes, Estados Unidos tiene 30, España 9, y Francia y Reino Unido 7<sup>90</sup>. Como vemos por las cifras, este dato por sí solo no puede explicar todo el problema de saturación que ha habido en algunos países. Corea del Sur apenas tiene una cama más que España por cada 100.000 habitantes y sus resultados son mucho mejores. El número de camas sólo puede explicar el aumento de la crisis sanitaria una vez la pandemia se ha instaurado con fuerza en el país, por lo que tener un plan de preparación y respuesta ante las pandemias es un paso previo esencial. Por otro lado, dotar de muchas camas UCI tiene un coste. Una cama de UCI puede costar al año 584.000 euros<sup>91</sup>. Tener en España las mismas camas UCI que Alemania, que tiene en estos momentos 8.092 camas UCI<sup>92</sup>, supondría un coste anual extra de más de 5.000 millones de euros para unas camas que, una vez superada esta pandemia, no se utilizarían normalmente si se mantienen los actuales criterios de ingreso. Esta pandemia, además, ha tenido una singularidad que también ha contribuido a este colapso en los cuidados intensivos. En sus primeros meses, las personas enfermas graves por COVID-19 necesitaban una estancia media muy superior a lo que era la estancia media habitual, lo que provocaba que se necesitaran muchas más camas. En España, por ejemplo, la estancia media en marzo era de unos 28 días<sup>93</sup>, cuando normalmente el 75% de los pacientes de UCI tienen una estancia media de 5 días<sup>94</sup>. Esto suponía que, al principio de esta pandemia, se necesitaban 5 veces más camas UCI de lo habitual para cubrir todas las necesidades. Una posible solución para futuras pandemias, que no suponga un especial quebranto económico, sería establecer sistemas sanitarios más dinámicos, donde los diferentes espacios hospitalarios estuvieran preparados para tener diferentes funciones y con un personal también formado y preparado para realizar este tipo de funciones en un momento determinado.

Una vez pasada la primera crisis, cuando se estabiliza la situación de emergencia en los hospitales, es la atención primaria la que se ha hecho cargo de una gran parte del trabajo de rastreo de los posibles casos sospechosos, de los contactos, de casos

90. <https://elordenmundial.com/mapas/cuantas-camas-uci-tiene-cada-pais/>

91. <https://www.elcorreo.com/vizcaya/20140201/mas-actualidad/sociedad/cuesta-euros-201401301626.html?ref=https:%2F%2Fwww.google.com%2F>

92. [https://as.com/diarioas/2020/04/03/actualidad/1585905064\\_448015.html](https://as.com/diarioas/2020/04/03/actualidad/1585905064_448015.html)

93. <https://www.newtral.es/contagios-asintomaticos-uci-presion-asistencial/20200820/>

94. <https://www.medintensiva.org/es-pronostico-los-pacientes-medicos-segun-articulo-S0210569113001381>

confirmados y el seguimiento de los leves, una labor extra a añadir a las tareas que devienen del resto de problemas de salud. Este trabajo debe acompañarse de mucha otra actividad de salud pública, con una formación e información adecuada para que la población pueda tomar las decisiones correctas. Esto supone una nueva carga de trabajo para un colectivo que ya está al límite de sus capacidades. Y en países con sistemas frágiles, solamente se puede realizar este trabajo si anulas otras actividades esenciales en atención primaria, como el seguimiento de personas enfermas crónicas. Técnicamente el rastreo (trazabilidad de contactos) exige habilidades de comunicación y psicológicas que deben ser entrenadas y debe ir acompañada de cambios legislativos (garantizar el asilamiento), medidas de acompañamiento social (medios de vida) y espacios de aislamiento seguro (imposibilidad de asilamiento domiciliario) en personas que no pueden cumplirlo, esta es la diferencia con los países asiáticos, por no hablar de la escasez o inexistencia de rastreadores y rastreadoras en muchos lugares.

Un gran problema que ya se ha comentado es que, al tratarse de una enfermedad nueva, el conocimiento se va construyendo muchas veces en base a prueba-error, lo que provoca mucho desconcierto, tanto entre el personal sanitario como en la población general. Debemos, por tanto, añadir los problemas que han existido en generar una evidencia sólida en poco tiempo. Pero las medidas que se están tomando, como el aislamiento de los posibles casos, deben ajustarse de manera global lo antes posible, pues tienen unas enormes consecuencias económicas y sociales, tanto a nivel individual como colectivo, sobre todo en las poblaciones más vulnerables.

Un sistema sanitario efectivo contra esta pandemia, y las que vengan, debe articular una respuesta multinivel, donde la salud no sea un arma política, como ha sucedido en algunos países, sino un derecho. Una respuesta donde la salud pública cuente con recursos para poder liderar una respuesta conjunta y con una investigación asumida desde un prisma global, primando las alianzas entre los diferentes paneles investigadores, que pueda presentar evidencias lo más pronto posible. La comunicación con la población debe ser bidireccional, clara y concisa, para poder convencerla de que ésta es una situación dinámica y que algunas respuestas son susceptibles a los cambios, además de fomentar su participación en las mismas. Por último, los diferentes niveles de atención sanitaria pública deben tener los recursos, capacidades y personal suficientes para responder de una manera dinámica a los problemas de salud.

## LA PANDEMIA Y OTROS PROBLEMAS DE SALUD

Las consecuencias de la pandemia de la COVID-19 sobre los sistemas sanitarios se ven reflejadas en las consecuencias específicas para las diferentes enfermedades que han tenido en los últimos años una mayor atención internacional. Un artículo en “The

Lancet Global Health” alertaba en julio de 2020 del impacto potencial de esta pandemia en enfermos de VIH y SIDA, tuberculosis y malaria en países de renta media y baja<sup>95</sup>. En cinco años, en los países donde estas tres enfermedades supongan una alta carga de enfermedad, las muertes por VIH, tuberculosis y malaria podrían aumentar hasta en un 10%, 20% y 36%, respectivamente. El mayor impacto sobre el VIH se debería a la interrupción de la terapia antirretroviral, que puede ocurrir durante un período de alta demanda del sistema de salud. Para la tuberculosis, el mayor impacto sería la reducción en el número de diagnósticos y tratamientos adecuados de nuevos casos. En cuanto a malaria, sería sobre todo resultado de la interrupción de las campañas de distribución de mosquiteras, un elemento esencial en la prevención de esta enfermedad.

En otro artículo de la misma revista<sup>96</sup>, Peter Sands, del Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, sugiere que el impacto puede ser peor, ya que en un estudio realizado en 100 países, el 85% de los programas de VIH, el 78% de tuberculosis y el 73% de malaria se han interrumpido de alguna forma, y casi el 20% de los programas de estas tres enfermedades se han interrumpido de forma intensa o muy intensa. El propio Fondo Global advertía que se necesitaban 28.500 millones de dólares para financiar una respuesta eficaz a la COVID-19 y prevenir este impacto negativo en los países donde el VIH, la tuberculosis y la malaria suponen una alta carga de enfermedad<sup>97</sup>. Según el Informe 2020 sobre los progresos de los ODS, ya citado, la supresión de la prevención y de tratamientos de la malaria podrían generar un aumento del 23% de los casos y un aumento del 100% de las muertes para finales del año 2020 en África Subsahariana en relación con 2018. Y se estima que la interrupción de los suministros médicos durante seis meses podría provocar 500.000 muertes adicionales relacionadas con el VIH y SIDA sólo en la misma región.

También las personas con enfermedades no transmisibles (ENT) se han visto afectadas por esta pandemia. Y no solamente porque sean pacientes de riesgo. Una encuesta realizada en 155 países por la OMS en junio de 2020 mostraba el impacto negativo que había tenido la COVID-19 en los servicios de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles. El 53% de los países encuestados habían interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de la hipertensión, el 49% los servicios de tratamiento de la diabetes y sus complicaciones, el 42% los servicios de tratamiento del cáncer y el 31% los de emergencias cardiovasculares. Incluso los servicios de rehabilitación se han visto interrumpidos en el 63% de los países. Aunque el 94% de los países respondieron que habían recolocado parcial o totalmente

95. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930288-6>

96. <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2820%2930317-X>

97. [https://www.theglobalfund.org/media/9819/covid19\\_mitigatingimpact\\_report\\_en.pdf](https://www.theglobalfund.org/media/9819/covid19_mitigatingimpact_report_en.pdf)

al personal que trabajaba con las ENT en la lucha contra la pandemia, el 20% que notificó interrupciones también tuvo escasez de medicamentos o pruebas diagnósticas por lo que, además de dejar a muchos pacientes sin seguimiento, no fue tan efectivo en ese traslado de personal. Las recomendaciones de la OMS de reducir al mínimo la atención no urgente en centros sanitarios mientras se luchaba contra la pandemia pueden explicar parte de estas interrupciones. En esa misma encuesta de la OMS se refleja la inequidad que sufren las personas de los países más empobrecidos. El 72% de los países de ingresos altos informaron de que habían realizado planes de respuesta a la COVID-19 que incluían servicios para las ENT, frente al 42% de los países de ingresos bajos.

## LA GOBERNANZA EN SALUD MUNDIAL

Esta pandemia no debería de haber pillado a los gobiernos de improviso, pues se ha contado con muchos avisos de lo que se necesitaba hacer. La última vez en 2019, a través del Informe anual de la Junta de Vigilancia Mundial de la Preparación “Un mundo en peligro”<sup>98</sup>, donde se analizaba la preparación mundial para emergencias sanitarias. En este informe se presentaban siete medidas urgentes que se debían tomar para evitar una crisis sanitaria, medidas que no se habían puesto en marcha cuando apareció la COVID-19, ni en los países ni en los organismos multilaterales:

- Los jefes de gobierno deben comprometerse e invertir en el cumplimiento del Reglamento Sanitario Internacional.
- Los países y las organizaciones regionales deben dar ejemplo y cumplir los compromisos políticos y financieros para la preparación de pandemias.
- Todos los países deben construir sistemas sólidos, haciendo ejercicios de simulación multisectoriales de respuesta.
- Los países, los donantes y las instituciones multilaterales deben prepararse para lo peor e invertir en la prevención.
- Las instituciones financieras deben vincular la preparación en emergencias con la planificación de los riesgos económicos.
- Las entidades que financian la asistencia para el desarrollo deben generar incentivos e incrementar la financiación para la preparación en emergencias sanitarias.
- Las NN. UU. deben fortalecer los mecanismos de coordinación.

Esta pandemia no solamente está cambiando los parámetros técnicos y políticos de respuestas específicas a una pandemia, sino que también está moviendo, o más

98. [https://apps.who.int/gpmb/assets/annual\\_report/GPMB\\_Annual\\_Report\\_Spanish.pdf](https://apps.who.int/gpmb/assets/annual_report/GPMB_Annual_Report_Spanish.pdf)

bien acelerando, los cambios en la gobernanza mundial de salud. Estos cambios estuvieron presentes en la 73ª Asamblea Mundial de la OMS, que fue el primer gran foro global donde se debatió sobre la respuesta de la comunidad internacional ante los grandes retos actuales y futuros que nos presenta la COVID-19. La OMS, el organismo garante de la salud mundial, ha sufrido grandes críticas, así como la salida de la organización de su principal donante, Estados Unidos.<sup>99</sup>

En esta Asamblea ningún país asumió que hubiera podido cometer errores en los primeros meses de gestión de la pandemia: solamente algunos, los que estaban teniendo resultados no demasiado dramáticos, se mostraron orgullosos de sus sistemas de salud y su gestión de la lucha contra la COVID-19 (cuando hay países con sistemas de salud más fuertes y una gestión similar que han sufrido mucho más las consecuencias sanitarias por la COVID-19). En lo que había un amplio consenso era en la solicitud de una evaluación independiente sobre la gestión de la OMS de la pandemia. Algunas de estas peticiones, como la de Estados Unidos, tienen una clara intención política, para demostrar que la OMS no había cumplido su papel y que falló a la hora de obtener información clave de China. Otras, como la de la UE, parecía tener una intención de mejora y aprendizaje, aunque también pusiera en duda el funcionamiento de la OMS. Esta petición de los países más enriquecidos contrastaba con la opinión de algunos de los países más empobrecidos, que alabaron el trabajo de la OMS en sus respectivos países, asegurando que había ejercido una función vital para la contención de la pandemia.

Para reforzar la seguridad sanitaria global, que se ha visto superada por esta pandemia, se han puesto sobre la mesa dos formas diferentes de actuación, que influyen en la estructura de la gobernanza global de salud. Algunos países, los menos, han propuesto reforzar el tradicional multilateralismo entre países como solución. Sin embargo, la idea más imperante ha sido la de implementar una estrategia multiactor, involucrando a la iniciativa privada y a otras instituciones, no solamente a los gobiernos. Este cambio de modelo puede acelerar una transformación en la gobernanza mundial de la salud, donde la función de rectoría en salud global no descansa solamente en las manos de los gobiernos u organismos multilaterales (que son aquellos que tienen el mandato de asegurar la salud de su ciudadanía), sino en un conglomerado de organizaciones públicas y privadas. Esto puede o bien enriquecer la salud global al involucrar a muchos más actores que se apropian de los objetivos globales, o bien procurar una fragmentación de la misma, donde diferentes intereses —más allá de los específicos de salud— pueden influir en sus políticas.

99. <https://www.europapress.es/internacional/noticia-senador-estadounidense-asegura-trump-comunico-oficialmente-congreso-salida-eeuu-oms-20200707211501.html>

La emergencia en la acción y las críticas a la OMS cubrieron todo el tiempo de la citada Asamblea. Poco se ha hablado de la importancia de problemas básicos que han afectado a la pandemia, como la falta de CSU, incluyendo la inequidad de género, el papel de la atención primaria de salud o los problemas medioambientales, incluyendo al cambio climático. Uno de los pocos puntos en el que hubo consenso fue en el homenaje que todos los países hicieron a la labor del personal sanitario. Pero este aplauso no se concretó en ningún plan o programa que pueda cubrir la distancia que existe entre el personal existente y el necesario para cubrir las necesidades de salud. Hay una carencia general de personal sanitario, si bien, en este 2020, Año Internacional del Personal de Enfermería y de Partería, denunciamos los 9 millones de nuevos enfermeros y enfermeras que el mundo necesita para conseguir la CSU<sup>100</sup>. Hubiera sido un gran momento para comprometerse de verdad con el personal sanitario y no solamente aplaudirle.

Cuando hablamos del rol de la OMS debemos recordar que tiene un papel normativo, de apoyo y consultor. De hecho, los países no sufren penalizaciones en caso de que no cumplan con lo acordado, como puede suceder cuando no se cumple el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. La excepción pudiera ser el RSI<sup>101</sup>, que es la herramienta legal con la que se pretende dar respuesta a los riesgos para la salud pública que puedan cruzar fronteras y amenazar a la población mundial, como es el caso de la COVID-19. Lamentablemente no ha habido ningún paso para utilizarlo de esa forma, más allá de las críticas a su funcionamiento. La finalidad de este Reglamento es “prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y darle una respuesta de salud pública proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias innecesarias con el tráfico y el comercio internacionales”. Este RSI y la capacidad de respuesta que se debía tener frente a emergencias sanitarias es uno de los indicadores del ODS 3, que debían de haber mejorado claramente en los últimos cinco años, pero ni siquiera se habían recolectado los datos para valorar esa posible mejora. En estos momentos se está haciendo una revisión del funcionamiento del RSI y se espera que se cuente con un informe final en la próxima Asamblea de la OMS de 2021. Por ello, su utilidad estará limitada a mejorar la respuesta en futuras pandemias, pero seguramente no servirá para la actual de la COVID-19. Aunque hay algunos aspectos positivos en esta revisión, como la posibilidad de incorporar canales multilingües de recepción de información no oficial sobre posibles pandemias de parte de asociaciones profesionales o de la sociedad civil, no parece que exista la

100. <https://www.who.int/es/campaigns/year-of-the-nurse-and-the-midwife-2020>

101. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418\\_spa.pdf;jsessionid=682FBF9E0B7022372A438A64CA64E1A?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43983/9789243580418_spa.pdf;jsessionid=682FBF9E0B7022372A438A64CA64E1A?sequence=1)

posibilidad de que se analicen aspectos más profundos que van más allá del funcionamiento interno del RSI. Sería interesante conocer si la mención a evitar interferencias con el tráfico y comercio internacional tuvo algo que ver con el retraso en tomar esas medidas para evitar la propagación mundial, o de cómo la gestión de esta pandemia por parte de algunos países ha podido vulnerar otros derechos humanos.

La reforma de la OMS debería pasar primero por el cumplimiento de las obligaciones de los 194 países miembros. En el plan de financiación de la OMS 2020-2021, el 83% de su presupuesto es voluntario y sólo el 17% son contribuciones obligatorias, aquellas que permiten a la OMS decidir cómo gastar ese dinero y ser independiente. Estas contribuciones obligatorias están congeladas desde hace años por decisión de los países. En el bienio 2018-2019 el primer financiador de la OMS fue Estados Unidos, con alrededor de 450 millones de dólares al año, seguido de Reino Unido y en tercer lugar la Fundación Bill y Melinda Gates, con 250 millones. Cada vez más iniciativas privadas o público-privadas tienen un papel más relevante en la financiación de la OMS, y por lo tanto, en la orientación de sus prioridades. Pedir que esta institución cumpla sus funciones mientras los países no la financian debidamente, es, cuanto menos, contradictorio.

La 73ª Asamblea terminó con la Resolución 73.1. sobre la respuesta a la COVID-19<sup>102</sup>. En esta resolución se aprobaron varios asuntos relevantes:

- La intensificación de la cooperación y colaboración a todos los niveles para contener, controlar y mitigar la pandemia de la COVID-19, teniendo a la OMS y a las organizaciones de NN. UU. liderando la respuesta global.
- Acceso universal, oportuno y equitativo, y la distribución justa de todas las tecnologías y productos de salud esenciales de calidad, seguros, eficaces y asequibles, en la respuesta a la pandemia de COVID-19 como una prioridad mundial.
- Satisfacer con urgencia las necesidades de los países de ingresos bajos y medianos para superar la pandemia mediante una asistencia humanitaria y de desarrollo oportuna y adecuada.
- Solicitar a los países que tengan planes de acción nacionales multisectoriales a corto y largo plazo, sensibles a la edad, a la discapacidad y al género, promoviendo la cohesión social y tomando las medidas necesarias para garantizar la protección social, y manteniendo el funcionamiento de los sistemas de salud, proveyendo de recursos e información a la población.
- A las organizaciones internacionales les pide que apoyen a todos los países para el refuerzo de sus sistemas de salud y para que puedan responder a la pandemia y a los demás problemas de salud. Igualmente solicita que colaboren a todos los

102. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA73/A73\\_CONF1Rev1-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA73/A73_CONF1Rev1-en.pdf)

niveles para desarrollar, probar y aumentar la producción de diagnósticos, terapias, medicamentos y vacunas seguros, efectivos, de calidad y asequibles para la respuesta a la COVID-19, así como que aborden la proliferación de la desinformación.

- Al Director General de la OMS le pide que coordine, con el resto de actores, una respuesta integral y que inicie una evaluación independiente, especialmente del Reglamento Sanitario Internacional.

La OMS ha presentado informes que han sido de mucha ayuda a los países a la hora de responder a esta pandemia, como el “Plan Estratégico de Preparación y Respuesta” a la pandemia<sup>103</sup>. Ha liderado además muchas reuniones de coordinación y planificación, aceptando las evaluaciones que se le solicitaban para poder dar una respuesta global a esta pandemia y preparando unos planes de respuesta con unos indicadores que muestran el nivel de preparación de los países para responder a la pandemia<sup>104</sup>.

A pesar de lo anterior, la OMS también ha hecho afirmaciones que han podido aumentar la confusión. En el primer informe conjunto entre la OMS y China, de febrero de 2020<sup>105</sup>, se recomendaba “una vigilancia extremadamente proactiva para detectar casos de inmediato, diagnóstico muy rápido y aislamiento inmediato de casos, seguimiento riguroso y cuarentena de contactos cercanos, y un grado excepcionalmente alto de comprensión y aceptación de estas medidas por parte de la población”, algo que se ha demostrado muy importante en la lucha contra la COVID-19. Al tiempo, también se hacían afirmaciones que han demostrado no ser del todo correctas. Se consideraba que las transmisiones se daban sobre todo en el ámbito familiar —incluyendo al personal sanitario—, minimizando el papel de los entornos cerrados como impulsores de la pandemia. Aunque se afirmaba que analizaron si la COVID-19 estaba circulando de manera más amplia y sin ser detectada en la comunidad en China, no se hizo ningún comentario sobre la posibilidad de que hubiera personas enfermas asintomáticas, un elemento vital en la expansión posterior de la enfermedad. Aunque estas conclusiones eran normales debido a la necesidad de contar con alguna información que pudiera orientar las estrategias de lucha, a pesar del poco tiempo transcurrido desde el inicio, la falta de una mentalidad que permitiera entender que se estaba inmerso en un sistema complejo basado en trabajar mediante prueba-error, ha provocado reacciones negativas hacia la OMS.

103. <https://www.who.int/publications/i/item/strategic-preparedness-and-response-plan-for-the-new-coronavirus>

104. [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/wou-18-september-2020-cleared.pdf?sfvrsn=be6111c8\\_2](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/wou-18-september-2020-cleared.pdf?sfvrsn=be6111c8_2)

105. <https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

Durante estos meses también han sido controvertidas otras intervenciones de la OMS. En abril, su Director General recomendaba el uso de mascarillas médicas sólo para las personas que están enfermas y quienes las cuidan<sup>106</sup>, dado que podían dar una falsa sensación de seguridad. Meses antes, en febrero, se seguía desaconsejando aplicar restricciones de viaje o comercio a países con brotes de la COVID-19<sup>107</sup>, cuando ya se había declarado la emergencia sanitaria internacional y pocos días antes de la declaración de pandemia. No obstante, ha habido muchos más aciertos que errores en la gestión de esta pandemia y estos “errores” se basaban generalmente en experiencias anteriores. La OMS debería de haber asumido los posibles errores que se cometieron, mejorar su capacidad y velocidad en la toma de decisiones, y explicar desde el principio la posibilidad de que algunas medidas iban a ser dinámicas y cambiarían en el tiempo, adaptándose a una situación nueva y compleja.

Una OMS transparente que rinda cuentas es muy importante y totalmente necesaria, no sólo para responder a esta pandemia, sino para enfrentarse a todos los retos que existen en la salud global. La OMS debe ser independiente, profesional y participativa, para que pueda ejercer sin trabas su función en la rectoría global de salud. Debe realizar una evaluación profunda sobre los cambios que sean necesarios tanto en su estructura como en su gestión. Pero igual que se le pide a la OMS, todos los países e instituciones multilaterales deberán realizar un análisis profundo y transparente de cómo se han enfrentado internamente a la pandemia y cómo han apoyado la respuesta global, pues también deberían rendir cuentas a la ciudadanía y, sobre todo, prepararse mejor ante futuras pandemias.

## LA SOBREINFORMACIÓN, LA INFODEMIA Y LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

Estamos en la era de la información, pero eso no quiere decir que estemos mejor informados. Uno de cada tres bulos que son difundidos en Internet resultan ser de salud<sup>108</sup>. La urgencia y la importancia de esta pandemia ha provocado y sigue provocando la necesidad de crear un cúmulo de noticias, que aparecen en todos los medios de comunicación y redes sociales, noticias que deben “renovarse”, por lo que se buscan nuevas informaciones, aunque no sean exactas. En esta pandemia se debe añadir que existe una mayor demanda de información, y en los confinamientos las personas han estado buscando respuestas a través de las redes sociales e internet más que en

106. <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2020/04/04/5e877f5d21efa0e34f8b45a7.html>

107. [https://www.who.int/ith/2019-nCoV\\_advice\\_for\\_international\\_traffic\\_rev/es/](https://www.who.int/ith/2019-nCoV_advice_for_international_traffic_rev/es/)

108. <https://www.eitb.eus/es/noticias/sociedad/detalle/5397861/noticias-falsas-uno-tres-bulos-internet-es-salud/>

el propio sistema sanitario. A mediados de abril ya se habían producido más de 417 millones de tuits sobre el coronavirus<sup>109</sup>.

Está demostrado que existe una capacidad de expansión enorme de cualquier tipo de noticia referida a cómo la población se enfrenta a la COVID-19. Las noticias falsas o no contrastadas están teniendo un público muy fiel, ya que esa información es consistente con su sistema de creencias y está condicionando la respuesta global. El desconocimiento natural sobre una enfermedad que lleva solamente nueve meses con nosotros, y que ha provocado y seguirá provocando cambios en su manejo, también es un elemento que facilita que cualquier idea falsa se confunda con la realidad en una sociedad líquida que demanda respuestas inmediatas.

En una situación normal, lo lógico habría sido combatir la desinformación con las páginas de instituciones oficiales, pero en esta pandemia la desinformación también alcanza a estas instituciones, siendo a veces consideradas cómplices de oscuros acuerdos. Ha habido personal sanitario que ha apoyado alguno de esos bulos, lo que aumenta en la población una sensación de confusión. Un medio sin ánimo de lucro que pretende controlar la desinformación (maldita.es) detectó hasta finales de agosto 716 bulos sobre el coronavirus<sup>110</sup>.

También existe la desinformación “científica”. En la carrera que hemos mencionado para poder conseguir una vacuna o un tratamiento han aparecido noticias que han provocado una respuesta que no se basa completamente en las evidencias. Por ejemplo, el remdesivir es un antiviral que fue utilizado ya en la epidemia del ébola y que se está utilizando ampliamente en el mundo. Este medicamento tiene una evidencia como terapia frente a la COVID-19 bastante débil, con diferentes artículos con resultados divergentes, algunos incluso negativos<sup>111</sup>. No cura la enfermedad, aunque sí parece reducir la estancia hospitalaria de un determinado tipo de paciente: aquellos hospitalizados con COVID-19 que requieren oxígeno suplementario, pero que no están recibiendo ventilación mecánica. Este medicamento cuesta en Estados Unidos un mínimo de 2.340 dólares por 5 días de tratamiento y paciente, aunque en mercados de países empobrecidos tiene acuerdos para que ese precio se reduzca a 500 dólares<sup>112</sup>. Se estima que la farmacéutica Gilead ingresará al menos 2.000 millones de dólares por este medicamento. Otro medicamento, la hidroxicloroquina, fue utilizado en los primeros meses de la pandemia, basándose en algunos estudios de evidencia bastante débil. A mediados de julio diversos estudios mostraron que no era eficaz en

la lucha contra esta enfermedad<sup>113</sup><sup>114</sup>. No obstante, y a pesar de estas evidencias, se ha seguido utilizando y líderes populares y con muchos seguidores, como Trump en Estados Unidos<sup>115</sup> o Bolsonaro en Brasil<sup>116</sup>, han seguido avalando y defendiendo su uso, lo que ha provocado mucha confusión entre una población ávida de soluciones.

Por otro lado, no todos los estudios sobre tratamientos han tenido una base poco sólida. La dexametasona, un fármaco mucho más barato que el remdesivir, ha sido investigado en un estudio de la Universidad de Oxford con más de 6.400 pacientes, con unos resultados muy alentadores en cuanto a la reducción de la mortalidad<sup>117</sup>. Su precio es de 39 euros por 10 días de tratamiento<sup>118</sup>, lo que lo hace mucho más útil y eficiente en la lucha contra esta enfermedad.

### 3.3. La economía y la COVID-19

El BM publicó en junio de 2020 el informe “Perspectivas globales económicas”<sup>119</sup>, donde analizaba el impacto económico de la pandemia. En este informe se mencionan dos consecuencias directas en la economía. Por una parte, el impacto inmediato en la situación económica y social, tanto en los países más avanzados como sobre todo en la economía de los países más empobrecidos. Según algunos estudios, la pérdida acumulada del PIB mundial durante 2020 y 2021 por la crisis pandémica podría estar alrededor de los 9 billones de dólares, y la contracción esperada de la economía mundial sería de un 3% en 2020<sup>120</sup>. El crecimiento previsto para África de su PIB era de un 3,8% en 2020, pero finalmente va a caer un 0,8%, debido al cierre parcial de sus economías. Además, las remesas mundiales, que sostienen a varias economías de países empobrecidos, van a caer un 20%<sup>121</sup>. Las caídas en el empleo también han sido muy fuertes y aún no han terminado. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) durante el primer trimestre del año se estimó que se perdieron el 5,4%

109. <https://recyt.fecyt.es/index.php/EPI/article/view/epi.2020.may.08/49782>

110. <https://maldita.es/malditobulo/2020/08/26/coronavirus-bulos-pandemia-prevenir-virus-covid-19/>

111. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31022-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31022-9/fulltext)

112. <https://www.forbes.com/sites/greatspeculations/2020/07/01/what-remdesivir-pricing-means-for-gilead-stock/>

113. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2019014>

114. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-tratamiento-hidroxicloroquina-cura-covid-19-1858>

115. <https://elpais.com/sociedad/2020-07-28/trump-insiste-en-defender-el-uso-de-la-hidroxicloroquina-a-pesar-de-que-la-agencia-federal-de-medicamentos-no-lo-avala.html>

116. <https://cnnespanol.cnn.com/video/mito-hidroxicloroquina-bolsonaro-brasil-coronavirus-evangelicos-nick-paton-walsh-inhs-pkg/>

117. [https://www.recoverytrial.net/files/recovery\\_dexamethasone\\_statement\\_160620\\_final.pdf](https://www.recoverytrial.net/files/recovery_dexamethasone_statement_160620_final.pdf)

118. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/dexametasona-precio-usos-farmaco-cura-covid-19-2550#:~:text=El%20precio%20del%20dexametasona%20es,para%20los%20pacientes%20con%20coronavirus.>

119. <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/33748/9781464815539.pdf>

120. <https://www.imf.org/~media/Files/Publications/WEO/2020/April/English/text.ashx?la=en>

121. [https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/tz/Documents/finance/Economic\\_Impact\\_Covid-19\\_Pandemic\\_on\\_EastAfrican\\_Economies.pdf](https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/tz/Documents/finance/Economic_Impact_Covid-19_Pandemic_on_EastAfrican_Economies.pdf)

de las horas de trabajo mundiales (equivalente a 155 millones de empleos a tiempo completo) en relación con el cuarto trimestre de 2019. En el segundo trimestre estas pérdidas de horas de trabajo se estimaba que alcanzarían el 14% en todo el mundo (equivalente a 400 millones de empleos a tiempo completo)<sup>122</sup>.

Por otra parte, las consecuencias a largo plazo que pueden debilitar las expectativas de crecimiento en el futuro son debidas sobre todo a tres motivos: la caída en la inversión por la elevada incertidumbre, el elevado número de personas que pueden quedarse sin empleo y la potencial ruptura de vínculos comerciales y de suministros a nivel mundial. Para evitar el daño que puede provocar esta situación, el BM propone que las y los decisores políticos consideren tres prioridades: asegurar los servicios públicos esenciales, mantener el sector privado y dar dinero directamente a la población. Si se trabaja en estas tres direcciones el BM considera que se regresará antes a una situación de creación de empleo y desarrollo sostenible. También habla de dos periodos. El primero de mitigación, donde lo esencial es el apoyo específico a los hogares y a los servicios esenciales del sector público y privado, permaneciendo alerta para contrarrestar las posibles interrupciones financieras. Y un segundo periodo de recuperación, con una retirada progresiva de dinero público y una progresiva atención a los retos del futuro desarrollo, focalizando el nuevo capital hacia los sectores de desarrollo post pandemia.

Para tener éxito en esta estrategia, el BM considera que los países necesitarán reformas que permitan que el capital y la mano de obra se ajusten relativamente rápido a la nueva realidad, acelerando la resolución de posibles disputas, reduciendo las barreras regulatorias y reformando lo que considera "costosos subsidios, los monopolios y las empresas estatales protegidas que han enlentecido el desarrollo". Sin embargo, no menciona los monopolios privados que pueden afectar a la evolución de esta pandemia, ni a las consecuencias que han tenido y están teniendo los modelos económicos que se apoyan en la debilidad de la respuesta mundial.

NN. UU., por su parte, en su Marco de actuación para una respuesta socioeconómica inmediata a la COVID-19, propone cinco líneas de trabajo<sup>123</sup>:

1. asegurar que los servicios de salud esenciales sigan estando disponibles y proteger los sistemas de salud;
2. ayudar a las personas a hacer frente a la adversidad, mediante la protección social y los servicios básicos;

122. [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms\\_749399.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/briefingnote/wcms_749399.pdf)

123. <https://unsdg.un.org/sites/default/files/2020-04/UN-framework-for-the-immediate-socio-economic-response-to-COVID-19.pdf>

3. proteger el empleo, apoyar a las pequeñas y medianas empresas y a las y los trabajadores del sector informal mediante programas de recuperación y respuesta económica;
4. orientar el aumento necesario del estímulo fiscal y financiero para que las políticas macroeconómicas funcionen para las personas más vulnerables y fortalecer las respuestas multilaterales y regionales; y
5. promover la cohesión social e invertir en sistemas de respuesta y resiliencia dirigidos por la comunidad.

Hay pocos análisis en profundidad de cómo el actual sistema económico ha afectado a la expansión de esta pandemia cuando, como en el caso de algunas de las empresas farmacéuticas, la iniciativa privada puede poner sus intereses económicos por encima del bien común. Tampoco se ha analizado demasiado la inequidad económica que se está acelerando durante esta pandemia. Mientras la mayor parte de las personas sufren consecuencias económicas en estos meses, las personas más ricas han visto crecer su riqueza durante la pandemia. Algo parecido sucedió durante la crisis financiera de 2008. Entre 2010 y 2020, la riqueza de las y los multimillonarios de EE. UU. aumentó un 80,6%, más de cinco veces el aumento medio de la riqueza de los hogares estadounidenses. Pero en esta pandemia se ha incrementado aún más esta brecha. En Estados Unidos, entre el 18 de marzo y el 10 de abril de 2020, más de 22 millones de personas perdieron sus trabajos. Durante el mismo tiempo, la riqueza de las y los multimillonarios estadounidenses aumentó en 282.000 millones de dólares, un aumento de casi el 10%<sup>124</sup>.

### 3.4. Los aspectos sociales y la COVID-19

La infección por SARS-COV-2 puede afectar a cualquier persona en el mundo y en ese sentido es una enfermedad universal. Sin embargo, los estudios realizados hasta la fecha demuestran que se concentra y es más letal entre la población más desfavorecida<sup>125</sup> que, además, tendrá menos acceso a diagnósticos y medidas de prevención o terapéuticas oportunas y de calidad. Los determinantes sociales de la salud hacen que los grupos sociales más desfavorecidos a menudo padezcan más afecciones y enfermedades crónicas, que los ponen en riesgo de enfermar gravemente y morir por la COVID-19. En un estudio del Imperial College de Londres se estima que el quintil más pobre tiene un 32% más de posibilidades de morir por esta pandemia que el

124. <https://ips-dc.org/billionaire-bonanza-2020/>

125. [https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim\\_036\\_hector-hernandez\\_mortalidad-por-covid-19\\_0.pdf](https://web.crim.unam.mx/sites/default/files/2020-06/crim_036_hector-hernandez_mortalidad-por-covid-19_0.pdf)

quintil más rico<sup>126</sup>. A nivel mundial, en aquellos países con sistemas de salud frágiles —que suelen ser además los países más empobrecidos—, es mayor la posibilidad de morir por retrasos en el diagnóstico y tratamiento de ésta, y por otros problemas de salud. Las personas desfavorecidas socialmente, muchas de las cuales viven día a día en la economía informal, sufren y sufrirán en mayor medida las consecuencias económicas y sociales derivadas de las medidas de limitación de movimiento y aislamiento para contener esta pandemia.

Poco, salvo consideraciones generales, se menciona del papel de la mujer en la pandemia. Por una parte, representan el 70% del personal sanitario, según la OMS, pero este porcentaje no se traduce en una representación femenina adecuada en las instituciones donde se deciden las estrategias contra la COVID-19, según un artículo de “The Lancet”<sup>127</sup>. En el último informe de Global Health 50/50, un colectivo sin ánimo de lucro que promueve la igualdad de oportunidades en el campo de la sanidad, muestra cómo en el mundo más del 70% de los puestos de dirección de organizaciones sanitarias los ocupan hombres<sup>128</sup>.

Las mujeres son también las que asumen de forma predominante los cuidados de la familia, en este caso especialmente de las personas ancianas, pero también de los niños y niñas, de las personas enfermas y de las personas con discapacidad. Además, su debilidad económica se acentúa con la crisis financiera causada por la enfermedad, algo que tendrá que ser considerado en las medidas económicas que se tomen en el futuro.

A lo anterior se añade que en tiempos de precariedad económica e inestabilidad social, la violencia de género aumenta en el ámbito doméstico, situación que se agrava por el confinamiento. Según Wan Fei, fundador de una asociación antiviolencia en Jingzhou, en la provincia de Hubei (China), las denuncias por maltrato se triplicaron en el mes de febrero y el 90% de los casos estaban relacionados con la COVID-19<sup>129</sup>. Este aumento de la violencia es algo que se está dando en todo el mundo, aunque en muchos países se desconoce la magnitud. El periódico “The Guardian” mostraba algunos ejemplos de aumentos de peticiones de ayuda por parte de mujeres en riesgo de violencia durante los primeros meses de esta pandemia en países como Brasil, con un aumento del 40%-50% o Chipre, con un incremento del 30%<sup>130</sup>. En Sudá-

frica se recibieron 2.300 llamadas de solicitud de ayuda relacionadas con la violencia de género en los primeros cinco días de confinamiento<sup>131</sup>

También en el ámbito laboral se ha incrementado la inequidad de género. La tasa de desempleo aumentó mucho más rápidamente entre las mujeres que entre los hombres en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), aumentando un 3,3% en abril (hasta el 9,1%) en comparación con un aumento del 2,6% (hasta el 7,9%) entre los hombres<sup>132</sup>.

Cuál es y va a ser el impacto que va a tener esta pandemia y las medidas que se están tomando para combatirla en relación al género es algo que debe ser analizado sin demora, para poder tomar las medidas oportunas y proteger los derechos de la mitad de la población mundial.

Y en este apartado, no podemos olvidar la situación de las personas mayores, que son las que doblemente están viéndose afectadas por esta pandemia. Por una parte, porque es la población con mayor riesgo de sufrirla y, por otra, porque las medidas de contención tomadas en la mayor parte de los países provocan que muchas de ellas, que viven en situación de vulnerabilidad y aisladas, sean quienes más sufran los efectos negativos de ese aislamiento social. La situación de las personas mayores que viven en residencias en los países más avanzados debe de contar con un análisis muy profundo e identificar qué medidas, tanto físicas como psicoafectivas, son necesarias para que nuestras personas mayores no sólo sobrevivan a esta pandemia, sino que tengan también una vida de calidad.

### 3.5. La ecología y la COVID-19

La relación entre ecología y salud existe desde el principio de la humanidad, y es muy amplia y compleja. Aspectos sobre cómo la presión de la población mundial y nuestras políticas y economías afectan a la supervivencia del planeta, o cómo los cambios ecológicos pueden afectar a la salud, son dos de las grandes relaciones entre la ecología y la salud. Muchas enfermedades, como vemos en el siguiente cuadro, están relacionadas con el cambio climático, y esta pandemia no es una excepción.

126. <https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/mrc-gida/2020-05-12-COVID19-Report-22.pdf>

127. [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(20\)30526-2/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(20)30526-2/fulltext)

128. <https://globalhealth5050.org/wp-content/uploads/2020/03/Power-Privilege-and-Priorities-2020-Global-Health-5050-Report.pdf>

129. <https://muraldegenero.com/las-pandemias-si-saben-de-generos/>

130. [https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence?CMP=Share\\_iOSApp\\_Other](https://www.theguardian.com/society/2020/mar/28/lockdowns-world-rise-domestic-violence?CMP=Share_iOSApp_Other)

131. <https://www.globalcitizen.org/en/content/gender-violence-covid-19-lockdown-south-africa/>

132. <https://www2.staffingindustry.com/row/Editorial/Daily-News/World-OECD-reports-record-rise-in-unemployment-due-to-Covid-19-restrictions-54085>

GRÁFICO 1.4. IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN LA SALUD



Fuente: Centre for Disease Control, Estados Unidos

La mayor parte de los virus que existen en el planeta no tienen capacidad patógena para el ser humano, pero existen aún multitud de virus y bacterias que son aún desconocidas, y aunque sólo una pequeña proporción tengan capacidad patógena, el riesgo a nivel mundial es considerable. La deforestación es una posible causa de la expansión de estos patógenos desconocidos<sup>133</sup>. Incluso el deshielo debido al cambio climático puede liberar virus desconocidos de 15.000 años de antigüedad, que están actualmente contenidos en los glaciares<sup>134</sup>. Según la OMS, la pérdida de la biodiversidad puede afectar negativamente a la salud humana si los ecosistemas no alcanzan a satisfacer las necesidades sociales. A pesar de haber una mayor concienciación mundial sobre este problema, la situación no está mejorando lo suficiente en los últimos años. La plataforma IPBES (Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services) sostiene que tres cuartas partes del medio terrestre y el 66% del marino han sido alterados significativamente por la actividad humana<sup>135</sup>. Entre 2010 y 2015 se perdieron 32 millones de hectáreas de bosque primario o en recuperación en los trópicos, y un millón de especies se encuentran en peligro de extinción.

Esta pandemia proviene de una zoonosis, enfermedades que provienen de los animales. Las zoonosis no son enfermedades nuevas, ni siquiera las zoonosis por el coronavirus. En el mundo hay actualmente más de 200 zoonosis, que enferman a

alrededor de mil millones de personas y provoca millones de muertes cada año<sup>136</sup>. Respecto a esta pandemia, ya en 2015 se advertía de que había un grupo de coronavirus circulantes de murciélago, similar al SARS, que mostraban potencial para provocar una epidemia en la población<sup>137</sup>. Parece que en los últimos años el número de nuevas zoonosis ha aumentado y su extensión en la población también. Desde 1940 hasta 2004, de las 335 enfermedades infecciosas emergentes, hubo 202 nuevas zoonosis detectadas, el 60% del total<sup>138</sup>. De 1998 a 2008 se detectaron 30 nuevos patógenos, de los que 22 provenían de animales. Hay investigadores, como Rob Wallace, que afirman que la COVID-19 no es un accidente aislado. Sugiere que este aumento de zoonosis viene favorecido directamente por la forma en que la agroindustria está promoviendo una ganadería intensiva, donde miles de animales viven juntos, lo que ayuda a la dispersión de las enfermedades infecciosas y al aumento de su virulencia<sup>139</sup>.

Pero las consecuencias para el medio ambiente no se deben solamente a la pandemia, sino a las consecuencias de la respuesta a la misma. Las medidas de confinamiento general que se han establecido en la mayoría de los países para luchar contra la COVID-19 han generado que se pararan o ralentizaran muchas actividades económicas y que se consiguiera la mayor caída en la emisión de CO<sub>2</sub> de la que se tiene registro en la historia. Una disminución de entre el 4% y el 7%<sup>140</sup>, rompiendo la tendencia de aumentar más de un 1% estas emisiones entre 2017 y 2018<sup>141</sup>. La demanda global de energía, según la Agencia Internacional de la Energía, cayó un 3,8% en el primer trimestre de 2020 y se espera una reducción del 6% a finales de año, comparable a toda la demanda energética de la India. Solamente las energías renovables aumentaron su producción, ya que han sido las últimas a las que se aplicaban restricciones<sup>142</sup>. Desde febrero, los satélites de la NASA han detectado caídas de entre el 20% y el 30% de las emisiones de dióxido de nitrógeno (otro gas que provoca el efecto invernadero) en algunos países como Italia, China o Estados Unidos.

No obstante, para la Directora Ejecutiva del Programa de las NN. UU. para el Medio Ambiente, Inger Andersen, esta disminución de emisión de CO<sub>2</sub> es temporal, porque es debida "a una aguda desaceleración económica y a un importante sufrimiento humano"<sup>143</sup>, y posiblemente se recuperen una vez terminada la crisis. De

133. <http://www.fao.org/3/a0789s03.html>

134. <https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.01.03.894675v1.full>

135. <https://doi.org/10.5281/zenodo.3553579>

136. <http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc61/zoonotic-diseases.html>

137. <https://www.nature.com/articles/nm.3985>

138. <https://www.nature.com/articles/nature06536>

139. <https://www.resumenlatinoamericano.org/2020/03/27/covid-19-la-agroindustria-esta-dispuesta-a-poner-en-riesgo-de-muerte-a-millones-de-personas/>

140. <https://www.nature.com/articles/s41558-020-0797-x>

141. <https://iopscience.iop.org/article/10.1088/1748-9326/ab57b3#erlab57b3f1>

142. <https://www.iea.org/reports/global-energy-review-2020/global-energy-and-co2-emissions-in-2020#abstract>

143. <https://news.un.org/es/story/2020/04/1472482>

hecho, Greenpeace denunciaba la destrucción de políticas medioambientales en España con la excusa de la reactivación económica<sup>144</sup>.

Las posibles consecuencias ambientales de las medidas de protección contra la COVID-19 también deben ser tenidas en cuenta. WWF alertaba de que, si solamente se desecharan incorrectamente el 1% de las mascarillas y guantes, se dispersarían en la naturaleza 40.000 kg de residuos al mes<sup>145</sup>.

Se ha constatado que la salud planetaria y la humana están estrechamente relacionadas, y no podemos tener una visión cortoplacista en las soluciones que se implementen, pues el futuro de todas las personas depende de ello.

### 3.6. Conclusión

Aunque se preveía que el mundo podría sufrir una gran pandemia durante este periodo de tiempo, nadie se esperó realmente los efectos que ha causado la COVID-19. Esta pandemia nos ha mostrado la necesidad de mejorar el trabajo conjunto en la búsqueda de soluciones globales. La salud mundial no se puede fragmentar y menos en un mundo tan globalizado. También ha mostrado la fragilidad de un sistema económico basado principalmente en la búsqueda de la máxima rentabilidad a corto plazo, de un comercio deslocalizado o de la relación bidireccional de la salud con la economía, el medio ambiente y los aspectos sociales. La iniciativa franco-alemana, que presentaron ambos países para mejorar la salud mundial<sup>146</sup>, se orienta en este sentido. Fortalecer la arquitectura nacional y global de salud, y tener en cuenta la biodiversidad, eran sus ejes principales, pero desgraciadamente no menciona los aspectos económicos y sociales que, como se ha visto, se relacionan directamente con la salud.

La población mundial ha sido una mera receptora de medidas durante esta pandemia. Su participación en la búsqueda de soluciones ha sido escasa, más allá de valorar su comportamiento cívico. La salud global no debe ser exclusivamente seguridad sanitaria. Muchos otros elementos, como los determinantes sociales y comerciales de la salud, tienen mucho peso en la inequidad en el acceso a los sistemas sanitarios y en la mala salud de las personas, y tienen su origen en asuntos globales, como puede ser el sistema económico internacional actual.

A finales de marzo se hizo viral en Twitter una frase que se relacionó rápidamente con la situación de crisis mundial debido a la COVID-19. Una frase que resume el

144. <https://es.greenpeace.org/es/sala-de-prensa/comunicados/greenpeace-denuncia-la-destruccion-de-politicas-ambientales-con-la-excusa-de-la-reactivacion-economica-post-covid/>

145. <https://www.wwf.it/scuole/?53500%2FNello-smaltimento-di-mascherine-e-guanti-serve-responsabilita>

146. <https://cl.ambafrance.org/Declaracion-franco-alemana-Fortalecer-la-arquitectura-multilateral-en-materia>

sentir de gran parte de la población mundial: “No queremos volver a la normalidad, porque la normalidad era el problema”<sup>147</sup>. La nueva normalidad que se promulga es un término que implica unos cambios en la forma de entender la ecología, la economía, las relaciones sociales y la salud. Todas ellas están íntimamente relacionadas y debemos de cambiar los modelos sanitarios, económicos, políticos, incluso sociales, que están determinando nuestras vidas, establecer estrategias que se basen en los derechos humanos antes que en otro tipo de intereses y promover respuestas globales, equitativas y comunes a corto, medio y largo plazo. Un desarrollo adecuado de los ODS puede ser un buen punto de partida para conseguirlo.

147. <https://www.odi.org/blogs/16815-covid-19-we-won-t-get-back-normal-because-normal-was-problem>

## CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Los datos del CAD de 2019 se construyen desde dos metodologías diferentes, “cash flow” y “grant equivalent”. Como norma en este informe utilizaremos la nueva metodología, la de “grant equivalent” —equivalente de donación— si bien en ocasiones recurriremos a la de “cash flow” para ver tendencias y comparaciones históricas, en cuyo caso avisaremos.

- En 2019 la AOD de los miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) de la OCDE totalizó 152.780 millones de dólares, lo que supone un aumento del 1,4% respecto a 2018. Si utilizamos el método “cash flow” para medir la ayuda, observamos que esta se sitúa en 147.373 millones de dólares, lo que representa una caída del 1,3% (1.915 millones de dólares)
- La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,30% de la renta nacional bruta (RNB), manteniéndose la tendencia de los últimos 10 años, muy lejos del compromiso del 0,7%. Al igual que en 2018, sólo cinco países del CAD, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido y Suecia, cumplieron con el objetivo del 0,7%.
- La Unión Europea (UE) y sus Estados miembros siguen siendo en conjunto el principal donante mundial y en 2019 asignaron a cooperación 84.335 millones de dólares en ayuda oficial al desarrollo, lo que supone el 55,2% del total de la AOD del CAD.
- La ayuda destinada a personas refugiadas en países donantes disminuye un 2%, representando el 6,7% del total de las AOD del CAD y el 8,9% de la UE.
- España se mantiene en el puesto 13 en cuanto a volumen de AOD y en el puesto 21 porcentualmente, a la cola de los donantes tradicionales, detrás de Hungría.
- Los 22.518 millones de dólares destinados a salud representan el 12,91% del total de la AOD, un 6,5% menos que en 2018.

- Se mantienen básicamente las prioridades sectoriales y geográficas de la AOD en salud para el conjunto de donantes, aunque haya mucha heterogeneidad entre ellos. La lucha contra enfermedades de transmisión sexual, que incluye el VIH/sida, sigue siendo el componente más financiado en la cooperación en salud.
- La pandemia ha evidenciado la ausencia de unos mecanismos de respuesta rápida globales que puedan dar solución a las necesidades de la población mundial, mostrando un mundo más fragmentado que unido. Se corre el riesgo de que una seguridad sanitaria basada prioritariamente en la tecnología sea el único elemento en las prioridades globales de salud en los próximos años, dejando el resto de los problemas de salud fuera de la agenda mundial.

#### ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS

Las cifras desagregadas de AOD que presenta públicamente el 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 2019 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2018.

## 1. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA AL DESARROLLO TOTAL DEL CAD

### 1.1. Grant Equivalent: La nueva metodología de cómputo de la AOD

Anunciamos en el informe de 2018 que el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) estaba cambiando la forma de computar la AOD.

La AOD puede adoptar la forma de donaciones o préstamos en condiciones favorables. Hasta 2018 las donaciones y los préstamos se valoraban siguiendo el sistema de medición *cash flow* —flujo de caja—, que tiene como principio computar los flujos reales de efectivo del año, y registrar los reembolsos en los años en que se iba devolviendo el crédito. La nueva métrica se basa en el *Grant Equivalent* —“donación equivalente”—, una fórmula más compleja que consiste en computar el elemento de donación implícito en cada una de las operaciones como reflejo del esfuerzo del donante, contabilizando tanto el principal como los intereses, pero descontándose del

valor que representan en el año de reporte. El razonamiento es que el dinero de hoy vale más que la perspectiva de la misma cantidad en el futuro y, por consiguiente, esa suma de dinero en el futuro puede ser reducida a su valor actual aplicando una tasa de descuento. Es decir, se aplica el valor de mañana al dinero de hoy. Si el valor de los reembolsos que esperamos recibir en el dinero de hoy es inferior a la cantidad extendida hoy, entonces la diferencia representa una “donación” que se denomina “grant equivalent” si se expresa como un valor monetario, o “grant element” si se expresa como un porcentaje del valor del préstamo.

Las subvenciones tienen un “grant element” del 100%, ya que se proporcionan en su totalidad como “donación”. Por el contrario, un préstamo ofrecido en condiciones de mercado tiene un “grant element” del 0%. Sin embargo, esto se convierte en un porcentaje positivo si el prestamista añade un elemento de concesionalidad.

Esta nueva forma de medir tiene sus pros y sus contras. Según el CAD mide mejor el esfuerzo de los donantes, ya que se consigue una comparación más realista de préstamos y subvenciones. Además, se incentiva más intensamente la utilización de subvenciones y préstamos en condiciones muy favorables, y así apoyar la movilización de recursos para apoyar los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>1</sup>. Pudiendo ser cierto, habría que analizar el papel de la ayuda reembolsable, mucha de ella condicionada por los intereses de los propios donantes. En resumen, el “grant equivalent” es una estimación, según el valor actual del dinero, de cuánta es la donación asociada al préstamo a lo largo de la vida de una transacción financiera, en comparación con una transacción en condiciones de mercado.

Esta nueva métrica no permite las series históricas de flujos de AOD, por lo que para establecer comparaciones recurriremos si el dato lo precisa a la metodología tradicional de *cash flow*, aunque las cifras de referencia se presentarán con la nueva métrica de *Grant Equivalent*.

### 1.2. La AOD del CAD

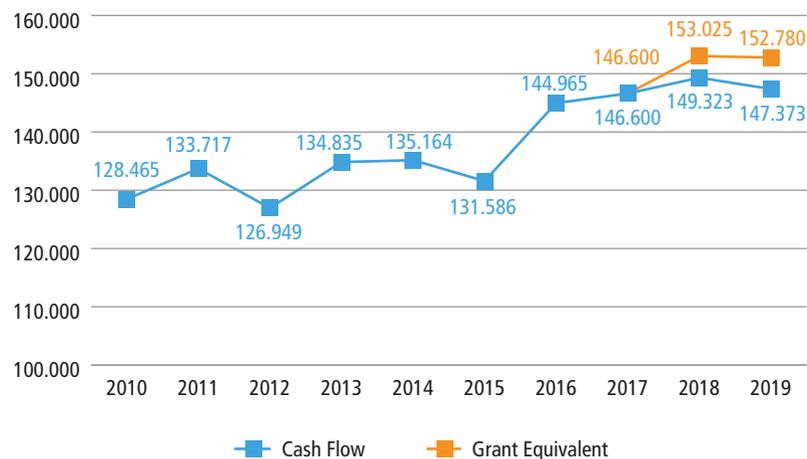
Iniciamos el análisis de los datos comentando que este informe deja fuera los fondos destinados a luchar contra la pandemia en el mundo, dado que lo que analizamos son los datos de 2019 y 2018, si bien hemos incluido un pequeño estudio de la respuesta internacional a la pandemia, que se suma al análisis realizado en el primer capítulo. Será el próximo año cuando podremos estudiar con más detenimiento cual ha sido la respuesta internacional a la lucha contra la pandemia.

1. <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/modernisation-dac-statistical-system.htm>

El comportamiento de la AOD del CAD, dependiendo de si se tiene en cuenta la antigua forma de computar o la nueva, es bastante relevante en cuanto a sus cifras totales, como se puede observar en el gráfico 2.1. Con la nueva métrica se incrementa un 3,5% la AOD; es decir, 5.400 millones de dólares. En 2018 la aplicación de la nueva métrica supuso un incremento del 2,4%.

Para analizar la tendencia es importante mantener el histórico por lo que utilizaremos los datos resultantes de aplicar la métrica de cash Flow. En 2019 la AOD alcanza los 147.373 millones de dólares, un 1,3% menos que en 2018, lo que equivale a casi 2.000 millones menos. Este descenso de la ayuda supone un cambio de tendencia tras tres años de crecimiento continuado. Si utilizamos la nueva métrica del grant equivalent, la ayuda apenas se reduce en 245 millones; es decir, un 0,14%.

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

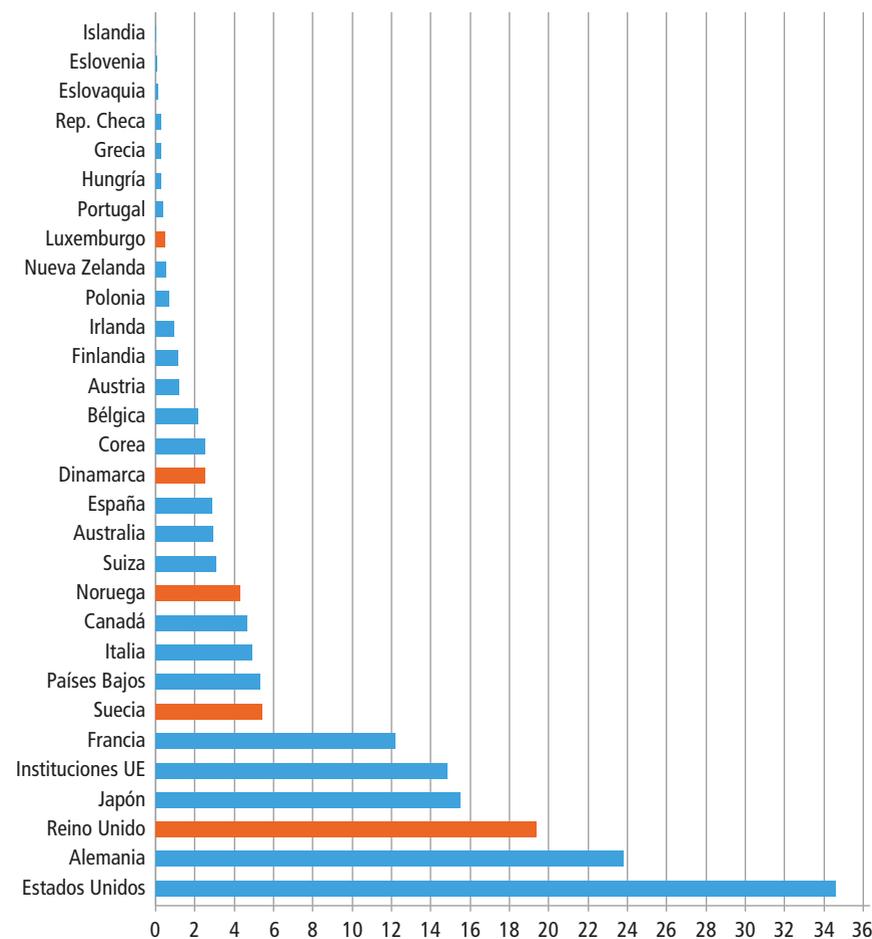


Fuente: OCDE, varios informes

Siguiendo con el sistema "cash Flow", al desglosar la AOD por países, vemos que cinco países, Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Francia y Japón, aportan el 68,2% de toda la AOD del conjunto del CAD, lo que claramente puede llegar a condicionar el comportamiento global del resto de países. Destacan las cifras de Estados Unidos que con 33.889 millones de dólares suponen el 33% de toda la AOD del CAD. Le sigue Alemania con 23.729 millones y Reino Unido con 19.343 millones de dólares. Francia con 11.980 millones y Japón con 11.639 millones de dólares cierran este reducido grupo de países del CAD que superan los seis mil millones de

dólares anuales en AOD. Estas aportaciones importantes cuantitativamente, no pueden ocultar que falta mucho camino por hacer. De hecho, de estos cinco donantes, solamente el Reino Unido cumple con el compromiso del 0,7%. El resto no lo cumple, produciéndose grandes diferencias entre el 0,6% de Alemania, y el 0,16% de Estados Unidos. Al comparar con 2018, vemos que el comportamiento es dispar. Mientras que Japón incrementa los fondos para la AOD en 2019, los otros cuatro países la disminuyen, aunque sea levemente.

**GRÁFICO 2.2. AOD 2019 EN MILLARDOS DE DÓLARES**

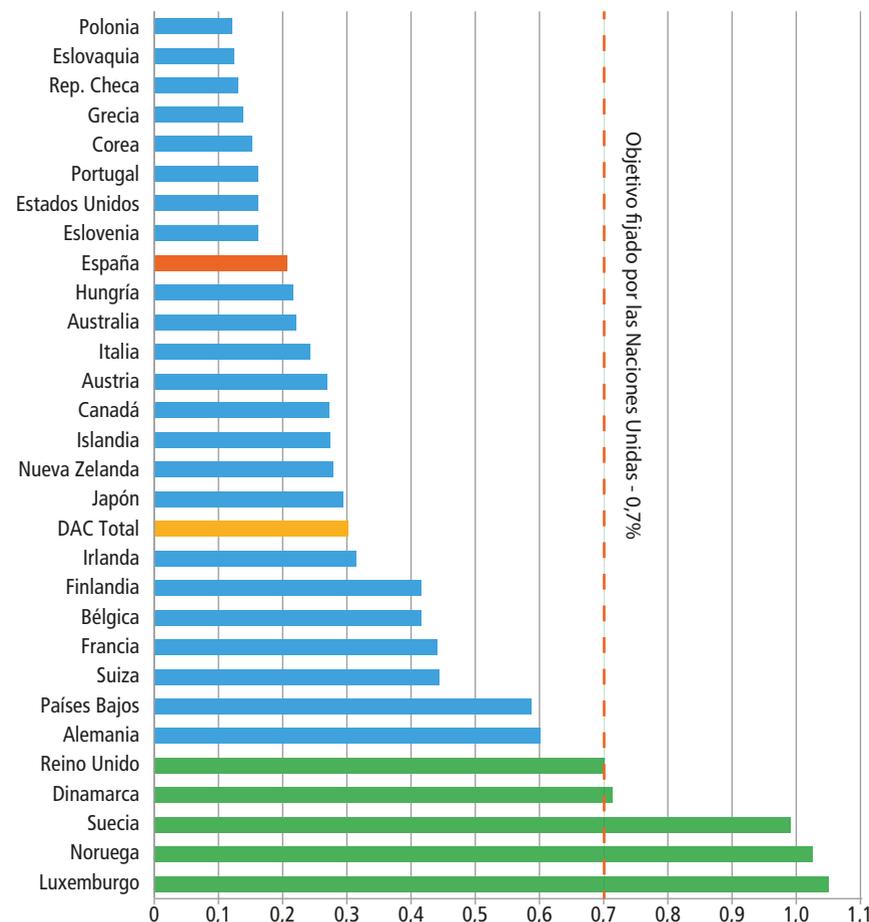


Fuente: OCDE, 2019.

Si analizamos los datos de 2019 en base al *grant equivalent*, la AOD de Japón se ve incrementada en un 24,94%, casi 4.000 millones más. El comportamiento del resto de los países que más donan apenas ven alterado sus datos: EE.UU el 2,10%, Francia un 1,61%, Alemania el 0,32% y Reino Unido el 0,11%. Si se añade a este análisis la AOD española, se observa que se beneficia sustancialmente viendo incrementada su aportación en un 8,08% lo que equivale a 234 millones de dólares.

Si en vez de cifras absolutas se analiza el esfuerzo global que han realizado el conjunto de los países del CAD en cooperación, se observa que en 2019 se destinó el 0,30% de la RNB, una décima menos de lo destinado en 2018, manteniendo la tendencia que desde 2010 sitúa la media del esfuerzo de los países del CAD en la franja del 0,29% y 0,32%. No solamente las cifras actuales, sino también la tendencia en los últimos 10 años, cuestionan las declaraciones públicas y los compromisos internacionales firmados por los dirigentes políticos para incrementar la AOD hasta alcanzar el 0,7%. Una cifra que proviene de un compromiso adquirido por última vez en la tercera Conferencia sobre la financiación para el Desarrollo de las Naciones Unidas en Adís Abeba en julio de 2015<sup>2</sup> y aparece como meta 17.2 de los ODS. No se observa entre los países que integran el CAD ningún movimiento creíble hacia una planificación realista que garantice alcanzar el 0,7% en 2030, lo que nos hace ser bastante pesimistas en cuanto a la posibilidad de conseguir este objetivo. Se debe añadir que hay muchas dudas sobre cómo la pandemia del COVID-19 va a afectar al cumplimiento de esta meta, si se va a reducir la ayuda, debido a la posible crisis económica, o va a aumentar, al darse cuenta los donantes que la cooperación no solo es necesaria para reducir las inequidades, sino que en un mundo globalizado no tiene sentido aplicar estrategias exclusivamente locales. Si los países del CAD destinaran el 0,7% a cooperación al desarrollo, el desembolso actual sería de 354.748 millones de dólares, 202.713 millones más que los asignados en 2019.

GRÁFICO 2.3. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2019



Fuente: OCDE, 2019.

Reino Unido (0,7%), Dinamarca (0,71%), Suecia (0,99%), Noruega (1,02%) y Luxemburgo (1,05%) repiten como los únicos países que en 2019 cumplieron el objetivo del 0,7%. Por encima del 0,5% se sitúan Alemania, que en 2016 alcanzó el 0,7%, por los desembolsos destinados a la población refugiada, y ahora está en el 0,60%; y Países Bajos, que tradicionalmente destinaba el 0,7% y ahora se queda en el 0,59%. Todos los países que destinan más del 0,6% son Estados miembros de la UE, salvo Noruega. Completan la lista de países que estarían por encima de la me-

2. [http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares69d313\\_es.pdf](http://unctad.org/meetings/es/SessionalDocuments/ares69d313_es.pdf)

dia Bélgica, Finlandia, Francia, Irlanda y Suiza; es decir, un total de 12 países de los 29 que integran el CAD.

Por debajo del 0,2% se mantienen ocho países, algunos tan importantes como Estados Unidos (0,16%) o Corea del Sur (0,15%). La brecha entre los siete países del CAD cuyo esfuerzo está por encima del 0.6% y los 22 restantes se mantiene en el tiempo, lo que confirma la ausencia de una estrategia orientada a cubrir el objetivo del 0,7%.

La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en 2019, según el cómputo de *grant equivalent* (GE), asciende a 2.586,56 millones de euros, lo que equivale al 0,21% en términos de AOD sobre la renta nacional bruta. Respecto a 2018, se produce un incremento del 7,47%; es decir, de 179,74 millones de dólares. España incrementa ligeramente su porcentaje, pasando del 0,20% al 0,21%, muy lejos aún tanto de la media del CAD, que es del 0,30%, como de la de la UE que es del 0,47%, y por supuesto del 0,7%. Con estos datos España se mantiene en el puesto 13 en cuanto a volumen de AOD GE y en el puesto 21 del porcentaje de AOD GE sobre la RNB con respecto a los países miembros del CAD.

Es bastante improbable que los 24 países que aún no han alcanzado el 0,7% vayan a tomar una decisión política como la que tomó Reino Unido, la de decretar por ley el 0,7% para cooperación. La ruta hacia el 0,7% necesita de un proceso realista de incrementos parciales y creíbles. Las tendencias actuales no van por ese camino, y como se ha comentado anteriormente habrá que ver cómo influye la pandemia del COVID 19 en el incremento o descenso de la AOD de los países más enriquecidos del planeta.

La Unión Europea y sus Estados miembros son en conjunto el principal donante mundial. En 2019 destinaron 84.335 millones de dólares a ayuda oficial al desarrollo, lo que supone un 55,2% del total de la AOD del CAD<sup>3</sup>. La ayuda conjunta de la UE y de sus Estados miembros representó el 0,46 % de la renta nacional bruta de la UE, ligeramente por debajo del 0,47 % de 2018. Esta cifra es sensiblemente menor a los 87.930 millones del año anterior, pero porcentualmente está muy por encima de la media del conjunto del CAD.

Hay algunos intentos de la UE para armonizar la AOD de sus Estados miembros con planes y estrategias conjuntas de cooperación, como el Consenso alcanzado en 2017 en las instituciones europeas sobre la cooperación y el desarrollo<sup>4</sup>. Pero parece que, para la implementación de esas políticas. Muchas veces priman otros intereses

3. <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-data/ODA-2019-detailed-summary.pdf>

4. <https://www.consilium.europa.eu/media/24011/european-consensus-for-development-st09459en17.pdf>

individuales de cada país, más allá de los propios de la cooperación al desarrollo. Ese Consenso nació con “*el propósito de proporcionar el marco para un enfoque común de la política de desarrollo que será aplicado por las instituciones de la UE y los Estados miembros*”, pero donde también asume que hay que “*respetar las distintas funciones y competencias de cada uno*”, lo que puede llevar a divergencias importantes, tanto en los procesos para alcanzar los objetivos propuestos, como en los propios objetivos de desarrollo.

La respuesta que este Consenso pretende dar ante la Agenda 2030 se basa en:

- Una acción más fuerte y efectiva de la UE en un mundo cambiante.
- Una respuesta de desarrollo europea, que se base en la erradicación de la pobreza y la coherencia de políticas
- Basada en unos valores determinados: democracia, el estado de derecho, la universalidad e indivisibilidad de los derechos humanos y las libertades fundamentales, el respeto de la dignidad humana, los principios de equidad (mencionando expresamente la de género) y solidaridad y el respeto de los principios de la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional

Pero estos buenos deseos no se ven realmente implementados en la práctica. Los intereses nacionales siguen primando en las estrategias de cooperación de cada país. E instrumentos como el Fondo Europeo para el Desarrollo Sostenible (EFSD), que nació para “*ayudar a crear empleos y oportunidades económicas, abordar las causas socioeconómicas de la migración y contribuir al logro de los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas*”<sup>5</sup>, recibe críticas porque se considera que puede ser una herramienta que se utilice para “*taponar*” la migración de personas vulnerables a Europa, quedándose esta migración en terceros países<sup>6</sup>.

Tampoco es buena noticia que un 17% de las operaciones de AOD fueran destinadas a préstamos, un instrumento que puede ser más beneficioso para el donante que para el receptor. En su conjunto, los préstamos bilaterales soberanos se incrementaron en un 5,7% en comparación con 2018. La OCDE sugiere que este incremento puede ser debido a que los donantes pueden haber trasladado sus programas de préstamos a países de ingresos más bajos, países con una mayor dificultad para devolverlos. Los países que registraron los mayores incrementos en términos reales de préstamos soberanos fueron Italia (38%), España (37%), Corea (21%), Japón (14%) y Francia (12%).

Sin contar con los efectos futuros de la pandemia, la tendencia de los últimos años a una cierta estabilidad de la AOD en el CAD no nos puede hacer ser optimis-

5. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2019/637893/EPRS\\_BRI\(2019\)637893\\_EN.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/BRIE/2019/637893/EPRS_BRI(2019)637893_EN.pdf)

6. <http://www.economiccritica.net/?p=9550>

tas en cuanto al cumplimiento del compromiso del 0,7% para 2030. Falta una mayor coherencia de políticas y que haya una menor diferencia del compromiso en AOD por parte de los países que pertenecen al CAD, especialmente entre los europeos. También es necesaria la búsqueda de un consenso mínimo en aspectos como transparencia, eficiencia, coherencia e impacto con los países que no son del CAD, pero que trabajan en cooperación internacional.

No solamente se necesita un incremento en la cantidad de la ayuda, hasta alcanzar el 0,7% del PIB del conjunto de donantes, sino que hay que analizar cuidadosamente la calidad de la misma, qué se computa como cooperación al desarrollo y sobre qué parámetros se define el desarrollo. No parece lógico que parte de la ayuda esté ligada a intereses comerciales de los propios países donantes, supeditando el impacto, la efectividad y la eficiencia de las acciones de desarrollo a los beneficios políticos o económicos de los donantes. La cooperación al desarrollo es una herramienta que debe contribuir a cerrar las brechas existentes en el mundo, y esto debe ser su objetivo final, y no limitar flujos migratorios a base de recompensas en terceros países, pues se traslada el problema de un país a otro. A pesar de la pandemia, que va a obligar a cambios a corto plazo en todos los sectores sociales, incluidos el de cooperación y salud, se necesita sustentar el trabajo en la cooperación en una visión a más largo plazo, donde las personas, el mantenimiento del planeta, los derechos humanos y la equidad sean los ejes principales que sustenten todas las acciones.

### 1.3. Distribución de la AOD en 2019

La AOD creció en 18 países del CAD, destacando los aumentos de países que tradicionalmente no destinan mucho presupuesto a AOD como Hungría, que vuelve a subir y este año lo hace en un 14,5%, Finlandia el 18,2%, Corea del Sur el 13,9% Grecia un 11% y Noruega el 9,7%. Al analizar las causas vemos que el aumento en Grecia es debido al incremento de la cooperación con personas refugiadas en su país, un aspecto que venimos denunciando como una asignación incorrecta a cooperación internacional. En el caso de Finlandia el aumento es debido sobre todo a un crecimiento de las inversiones para el desarrollo en entidades del sector privado. Los otros países que incrementan la ayuda lo hacen a través de aumentos de la ayuda bilateral, como es el caso de España que aumenta la AOD un 4% por la ayuda bilateral a África subsahariana. Por el contrario, la ayuda cayó en 11 países, especialmente en Holanda (4,1%), Polonia (7,7%), Portugal (5,4%), Suecia (4,8%) y Eslovaquia (4%), en algunos casos debido al menor gasto en personas refugiadas.

A nivel geográfico se incrementa ligeramente la ayuda bilateral a África en un 1,3%, hasta alcanzar los 37.000 millones de dólares. Los países de bajos ingresos

recibieron 27.000 millones de dólares, lo que representa un aumento del 0,4% en términos reales en comparación con 2018. Los flujos netos de ayuda bilateral a los países menos adelantados repuntaron un 2,6% hasta alcanzar la cifra de 33.000 millones de dólares. Los países de ingresos medios bajos recibieron 29.000 millones de dólares, lo que representa un incremento del 3,8%. Los países de ingresos medio altos ven disminuir la AOD un 9%, hasta los 14.000 millones de dólares. Y, sin embargo, los flujos netos de AOD hacia los países de ingresos altos, que son quienes tienen más posibilidades de ser autosuficientes ascendieron a 76 millones de dólares. Esta distribución tiene su explicación en los vínculos históricos que los países donantes tienen con los países beneficiarios de ayuda.

El compromiso con los ODS recuerda a todos los países donantes la necesidad de alcanzar el 0,7%, si bien no parece tarea fácil viendo que la tendencia de los últimos años apenas ha sufrido modificaciones, habiéndose estabilizado el conjunto de los países del CAD en torno al 0,30%. No está de más recordar que el compromiso del 0,7%<sup>7</sup> se estableció el 24 de octubre de 1970 en Naciones Unidas con el objetivo de cumplirlo en 1975, fecha en la que la AOD se situó en el 0,36% del producto nacional bruto (PNB)<sup>8</sup>. Han pasado 50 años, ha sido ratificado en al menos tres conferencias mundiales y a fecha de hoy únicamente cinco países destinan el 0,7 a cooperación. En este tiempo los fondos que se destinan a cooperación han crecido de manera muy importante, pero porcentualmente estamos por debajo de 1975. Indicios de que la tendencia cambie y los países apliquen una hoja de ruta que los lleve a destinar el 0,7% en 2030 no hay. ¿Falta interés? ¿Voluntad política? ¿Es cuestión de prioridades?

En cuanto al esfuerzo que realizan los países que no son miembros del CAD en materia de cooperación, cabe destacar Turquía que, al igual que en 2018, destinó en 2019 más del uno por ciento, concretamente el 1,15%, siendo el país del mundo entre los que se tiene datos que más porcentaje destina a cooperación. Otros países que no son del CAD y que en el pasado eran grandes donantes como los Emiratos Árabes Unidos, disminuyen su aportación a la cooperación en un 41%, debido a la reducción de sus préstamos bilaterales. Israel también disminuye un cuarto de su ayuda, concretamente el 26,1% por reducciones en su programa de ayuda.

7. [https://undocs.org/en/A/RES/2626\(XXV\)](https://undocs.org/en/A/RES/2626(XXV))

8. <http://www.eurosur.org/futuro/fut78.htm>

TABLA 2.1.- AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2016 – 2019. DESEMBOLSOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES (LOS AÑOS 2018 Y 2019 SE ANALIZAN TAMBIÉN EN BASE AL GRAN EQUIVALENT-GE\*, LA NUEVA FORMA DE MEDICIÓN)

AOD Neta	2016		2017		2018		2018 GE		2019		2019 GE	
	Monto	% AOD / PIB										
Australia	3.278,00	0,27	2.957,00	0,23	3.118,58	0,23	3.118,58	0,23	2.949,00		2.949,00	0,22
Austria	1.635,00	0,42	1.230,00	0,3	1.175,18	0,26	1.178,14	0,26	1.208,00		1.211,00	0,27
Bélgica	2.300,00	0,5	2.204,00	0,45	2.361,02	0,43	2.293,65	0,43	2.211,00		2.177,00	0,42
Canadá	3.930,00	0,26	4.277,00	0,26	4.616,40	0,28	4.654,77	0,28	4.514,00		4.673,00	0,27
Rep. Checa	260,00	0,14	272,00	0,13	322,57	0,14	322,57	0,14	306,00		306,00	0,13
Dinamarca	2.369,00	0,75	2.401,00	0,72	2.568,43	0,72	2.581,64	0,72	2.534,00		2.546,00	0,71
Finlandia	1.060,00	0,44	1.054,00	0,41	982,76	0,36	982,76	0,36	1.144,00		1.126,00	0,42
Francia	9.622,00	0,38	11.363,00	0,43	12.504,25	0,43	12.154,53	0,43	11.980,00		12.176,00	0,44
Alemania	24.736,00	0,7	24.681,00	0,66	25.886,46	0,61	24.985,12	0,61	23.729,00		23.806,00	0,60
Grecia	369,00	0,19	317,00	0,16	282,26	0,13	28.226,00	0,13	308,00		308,00	0,14
Hungría	199,00	0,17	149,00	0,11	190,49	0,14	190,49	0,14	317,00		317,00	0,22
Islandia	59,00	0,28	69,00	0,29	80,81	0,31	80,81	0,31	67,00		67,00	0,27
Irlanda	803,00	0,32	808,00	0,3	928,22	0,31	928,22	0,31	935,00		935,00	0,31
Italia	5.087,00	0,27	5.734,00	0,29	4.900,10	0,24	5.005,21	0,24	4.733,00		4.900,00	0,24
Japón	10.417,00	0,2	11.475,00	0,23	10.063,58	0,28	14.167,07	0,28	11.639,00		15.507,00	0,29
Corea del Sur	2.246,00	0,16	2.205,00	0,14	2.417,14	0,15	2.350,82	0,15	2.575,00		2.521,00	0,15

AOD	2016		2017		2018		2018 GE		2019		2019 GE	
	Monto	% AOD / PIB										
Luxemburgo	391,00	1	424,00	1	473,04	0,98	473,04	0,98	474		474	1,05
Países Bajos	4.966,00	0,65	4.955,00	0,6	5.616,35	0,61	5.616,35	0,61	5.292,00		5.292,00	0,59
Nueva Zelanda	447,00	0,25	436,00	0,23	556,04	0,28	556,04	0,28	559,00		559,00	0,28
Noruega	4.380,00	1,12	4.123,00	0,99	4.257,22	0,94	4.257,22	0,94	4.292,00		4.292,00	1,02
Polonia	663,00	0,15	674,00	0,13	753,69	0,14	762,82	0,14	669		684	0,12
Portugal	343,00	0,17	378,00	0,17	341,37	0,17	389,81	0,17	344		373	0,16
Eslovaquia	106,00	0,12	113,00	0,12	133,32	0,13	133,32	0,13	129		129	0,12
Eslovenia	81,00	0,19	76,00	0,16	83,3	0,16	83,30	0,16	86		86	0,16
España	4.278,00	0,35	2.415,00	0,19	2.580,84	0,20	2.873,88	0,20	2.662,00		2.896,00	0,21
Suecia	4.894,00	0,94	5.512,00	1,01	5.843,20	1,04	5.844,19	1,04	5.396,00		5.397,00	0,99
Suiza	3.582,00	0,53	3.097,00	0,46	3.090,50	0,44	3.094,17	0,44	3.089,00		3.093,00	0,44
Reino Unido	18.053,00	0,7	17.940,00	0,7	19.454,78	0,70	19.402,80	0,70	19.343,00		19.365,00	0,70
EE UU	34.412,00	0,19	35.261,00	0,18	33.740,94	0,17	34.261,32	0,17	33.889,00		34.615,00	0,16
<b>Total países CAD</b>	<b>144.965,00</b>	<b>0,32</b>	<b>146.600,00</b>	<b>0,31</b>	<b>149.323,00</b>	<b>0,31</b>	<b>153.024,90</b>	<b>0,31</b>	<b>147.373,00</b>		<b>152.780,00</b>	<b>0,30</b>

Fuente: OCDE – CAD

TABLA 2.2. AOD DE PAÍSES NO MIEMBROS DEL CAD

	2016		2017		2018		2019	
	Monto	% AOD / PIB						
Bulgaria	68,00	0,13	62,00	0,11	69,00	0,11	65,00	0,10
Chipre							45,00	0,21
Croacia	41,00	0,07	50,00	0,09	55,00	0,10		
Emiratos Árabes Unidos	4.241,00	1,21	4.595,00	1,31	4.188,00	1,03	2.236,00	0,55
Estonia	43,00	0,19	42,00	0,17	49,00	0,16	42,00	0,13
Israel	351,00	0,11	342,00	0,10	434,00	0,12	278,00	0,07
Letonia	30,00	0,11	32,00	0,11	34,00	0,10	34,00	0,10
Lituania	57,00	0,14	59,00	0,13	59,00	0,11	58,00	0,11
Malta	21,00	0,20	26,00	0,22	31,00	0,23	40,00	0,29
Rumania			220,00	0,11	252,00	0,11	251,00	0,10
Rusia	1.258,00	0,10	1.194,00	0,08	1.036,00	0,06		
Taiwán			319,00	0,06	337,00	0,06	302,00	0,05
Turquía	6.488,00	0,76	8.143,00	0,95	8.562,00	1,10	8.652,00	1,15
<b>TOTAL</b>	<b>12.598,00</b>		<b>15.084,00</b>		<b>15.106,00</b>		<b>12.003,00</b>	

Fuente: OCDE – CAD

#### 1.4. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

La ayuda en 2019 a personas refugiadas en países donantes sigue siendo relevante en el conjunto de la AOD, 10.200 millones de dólares, aunque disminuye un 2% en relación con 2018.

Seguimos considerando que, aun siendo un gasto necesario, incluir estas partidas para la atención de personas refugiadas en países donantes como AOD, supone un sesgo importante pues no se trata de AOD genuina, dado que los fondos permanecen en los países donantes, muchas veces a costa de reducir el importe de la ayuda que realmente se destina a los países donde está el origen de los problemas. Para dos países, Grecia e Italia, esta partida supone más del 20% del total de su ayuda, y para cuatro países al menos el 10%: Islandia (19%), Alemania (13,1%), Canadá (10,2%) y España (10%). Hay que destacar la importancia de este gasto en un gran donante como Alemania que, si no imputara ese gasto como AOD, pasaría de consignar un 0,6% a 0,52%. En el caso de España esta partida ha supuesto 289 millones en 2019, 19 millones más que en 2018. Este tipo de ayuda, más allá del debate sobre si de-

biera o no computar como AOD, debería hacerse con fondos complementarios y en ningún caso a costa de restar fondos a la Ayuda Oficial al Desarrollo.

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

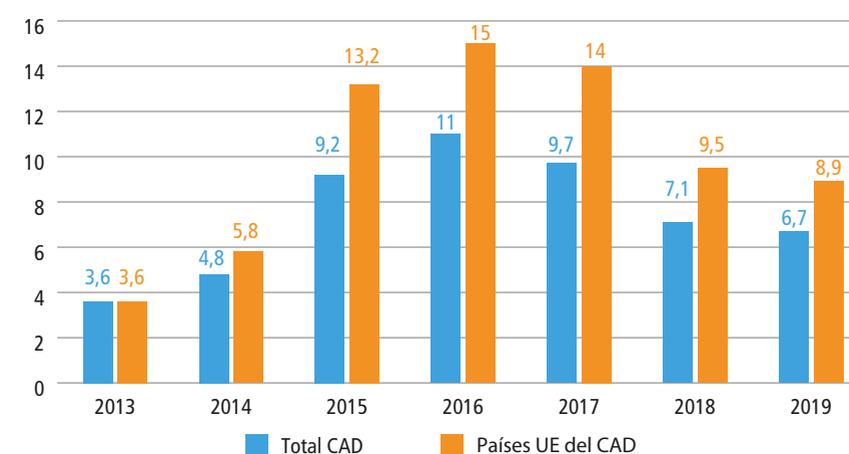
	2014	2015	2016	2017	2018 (p)	2019 (p)
<b>Total CAD</b>	5.950	12.428	16.416	14.111	10.769	10.243
<b>Países UE del CAD</b>	4.382	9.718	12.343	11.565	8.228	7.519

Fuente: Datos OCDE-CAD

Los fondos destinados a atender a personas refugiadas en los países donantes tuvieron su mayor desembolso en 2016, momento en el que se presupuestó de manera insuficiente la atención a más de 800.000 refugiados que llegaron en 2015 y 2016 a Europa. Como podemos ver en la tabla 2.3, desde 2016 esta partida va disminuyendo de manera sensible, si bien la disminución para 2019 es relativamente pequeña, de apenas un 5%, lo que se explicaría por la ausencia de respuesta por parte de Europa a un problema que corre el riesgo de cronificarse.

Dentro del conjunto de países donantes, es en la Unión Europea donde se produce un mayor gasto para personas refugiadas. En 2019 la UE destinó un 8,9% a la atención a personas refugiadas, 0,6 puntos porcentuales menos que en 2018. Pero si lo comparamos con el conjunto del CAD, se observa como este tipo de gasto en la Unión Europea es 2,2 puntos porcentuales mayor que el conjunto de donantes; esa diferencia del 2,2% supone 1.860 millones de dólares.

GRÁFICO 2.4. GASTOS REFUGIO EN PAÍSES DONANTES COMO % DE AOD NETA TOTAL 2013-2019



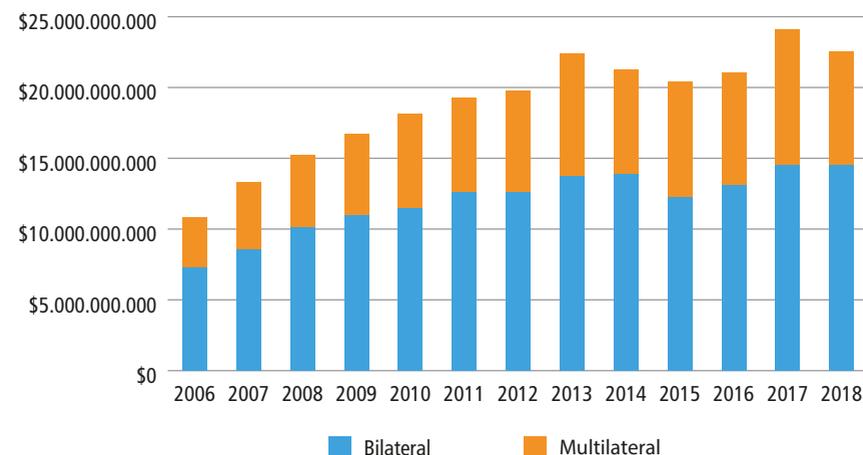
Fuente: Datos OCDE-CAD

La crisis provocada por la pandemia es una oportunidad para reflexionar sobre el modelo de AOD que mejor sirve a los intereses del desarrollo sostenible y sus objetivos. Venimos diciendo durante muchos años que la ayuda condicionada a intereses económicos o políticos de los países donantes no es la más eficaz, ni la que mayor impacto tiene. La AOD se debe centrar, tal y como propone la Agenda 2030, realmente en las personas y el planeta con una visión de sostenibilidad en el tiempo de las acciones, más allá de objetivos cortoplacistas de beneficios inmediatos para los países donantes, como puede ser la utilización de la AOD como herramienta en negociaciones comerciales. Siguen vigentes nuestras apreciaciones respecto a la necesidad de clarificar qué se puede computar como cooperación, qué partidas se pueden incluir y quiénes pueden ser los actores del desarrollo, especificando su papel. Aspectos como cooperación en materia de seguridad, fronteras o en operaciones militares, o el papel de la iniciativa privada en el desarrollo a nivel local y global merecen al menos una reflexión para definir cómo pueden contribuir al desarrollo sostenible. A todo esto debemos añadir que, en estos momentos de crisis mundial debido a la pandemia de la COVID-19, se corre el riesgo evidente de que una seguridad sanitaria basada en avances tecnológicos se convierta en el único eje de la cooperación global en salud, dejando de lado otros problemas que son igual de “globales”, pero que en los países enriquecidos no tengan esa sensación de urgencia o tengan soluciones. La gestión de los sistemas sanitarios, incluyendo la atención primaria de salud, el auge de las enfermedades crónicas y de otras enfermedades infecciosas como puede ser la hepatitis, la inequidad de género en salud o el cambio climático y la salud no se pueden ignorar en las próximas estrategias mundiales de salud.

## 2. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

En 2018 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD disminuyó un 6,5% respecto del año anterior, rompiendo con la tendencia al alza iniciada en 2015. Concretamente se destinaron a salud 22.518 millones de dólares, 1.573 millones menos que en 2017. Este descenso se ha producido básicamente en la ayuda multilateral, pues la bilateral apenas se reduce en 15 millones de dólares. Esta caída sitúa la AOD en salud en el 12,91%, reduciéndose casi un punto porcentual, aunque mantiene un nivel de importancia que está en consonancia con la que debe tener la salud en el conjunto de la ayuda.

**GRÁFICO 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)**

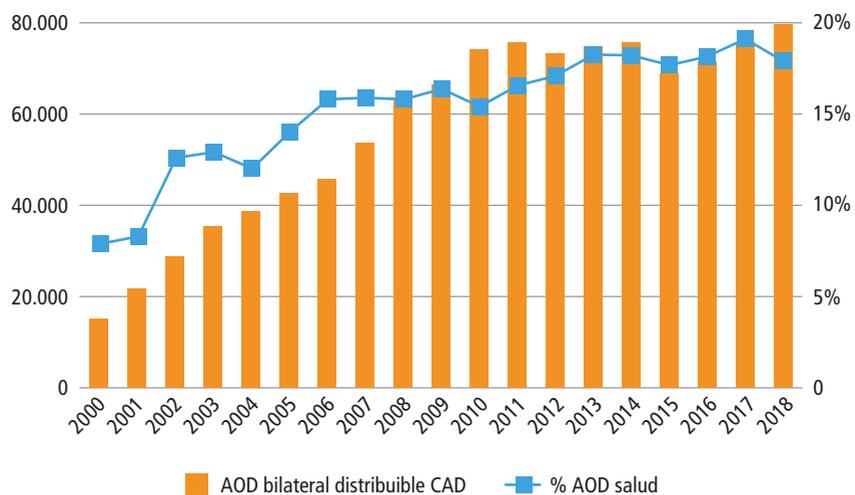


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Si analizamos la AOD bilateral distribuible destinada al sector salud, es decir la ayuda que los países pueden elegir donde enviarla, vemos que en cifras absolutas se mantiene similar a 2017, situándose en 14.535 millones de dólares lo que supone una reducción de poco más de 15 millones. Porcentualmente la ayuda destinada a salud representa el 18,24%, un punto por debajo de lo destinado en 2017. A pesar de que sigue siendo un porcentaje que demuestra la importancia que este sector tiene para el conjunto de países donantes, estas cifras indican que la AOD distribuible en salud ha perdido peso y no ha crecido tanto como el conjunto de la AOD distribuible. Es evidente que estas cantidades no son suficientes para poder cumplir los retos que supone el compromiso del ODS 3 en salud, retos a los que tendremos que añadir los efectos de la pandemia de la COVID-19.

Si comparamos la cooperación española con el CAD, lo primero que llama la atención es el bajo porcentaje que España destina a AOD bilateral distribuible, el 10,7%, lo que equivale a 7,6 puntos menos que la media del CAD que, como hemos visto, se sitúa en el 18,2%. También hay que destacar que la ayuda bilateral distribuible en salud vuelve a disminuir en 2018, aunque sea ligeramente, alejándonos del 14,77% que se destinó en 2014, lo que podría ser una referencia razonable.

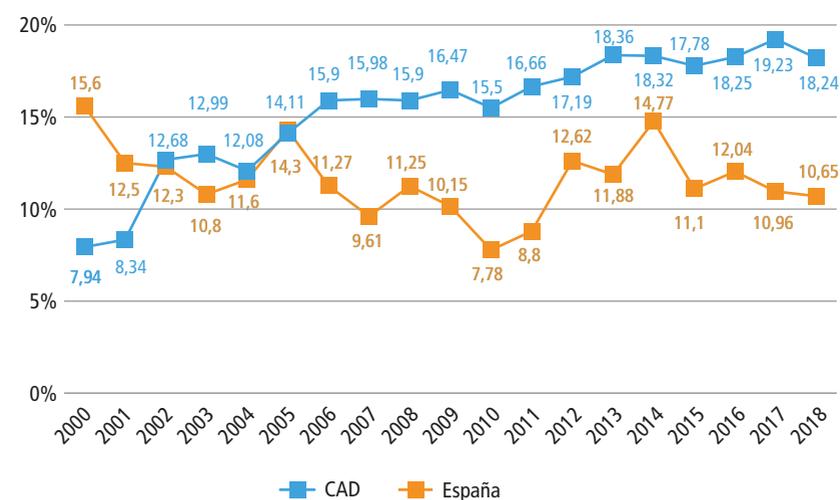
**GRÁFICO 2.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)**



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

Con estas cifras España, tal y como se ve en el siguiente gráfico, mantiene la brecha que tiene con el conjunto de los países donantes del CAD en cuanto a cooperación en salud, a pesar de la reducción que se ha producido en el conjunto de donantes. El desafío para la cooperación española pasa por aproximarse a la media de los países del CAD tomando como objetivo, en el corto plazo, la referencia de 2014; es decir, situarnos en el 15%.

**GRÁFICO 2.7. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADO A SALUD. COMPARATIVA CAD-ESPAÑA**

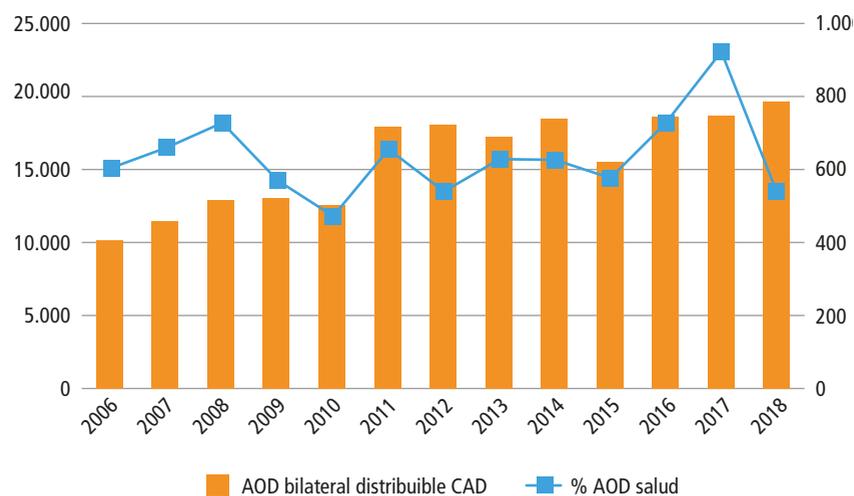


Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System

Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, destinaron a AOD en 2018 la cantidad de 19.664 millones de dólares, lo que supone un incremento del 4,9% respecto a 2017. En lo que respecta a salud, se produce un descenso del 41,6%, rompiendo la tendencia de los últimos años al crecimiento. Los 542 millones de dólares destinados a salud, son la cifra más baja desde 2010. La combinación de este descenso y del aumento de la AOD total supone que el porcentaje que las instituciones europeas destinan a la salud pase del 5% en 2017 a un pírrico 2,75% en 2018, el porcentaje más bajo desde que incorporamos este análisis en 2006. La brecha con la media de lo que destinan los países del CAD se agranda llegando a los 10 puntos porcentuales. Es difícil entender esta constante falta de interés por parte de las instituciones europeas hacia la cooperación sanitaria, cuando es evidente que es uno de los sectores más relevantes para el desarrollo humano y el cumplimiento de los ODS, objetivos con los que la Unión Europea está firmemente comprometida<sup>9</sup>.

9. [https://ec.europa.eu/info/strategy/international-strategies/sustainable-development-goals/eu-and-united-nations-global-framework\\_es](https://ec.europa.eu/info/strategy/international-strategies/sustainable-development-goals/eu-and-united-nations-global-framework_es)

**GRÁFICO 2.8. DESEMBOLSOS DE AOD EN SALUD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS EN BASE A LA AOD TOTAL**



Fuente: Creditor Reporting System

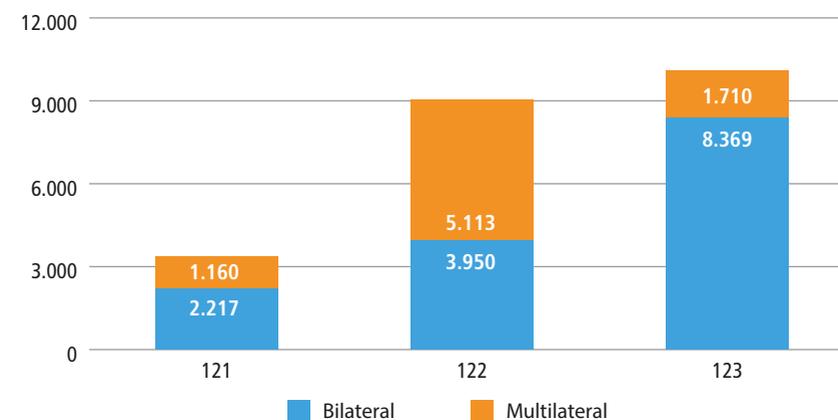
### 3. DESAGREGACIÓN SUBSECTORIAL Y GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD DEL CAD

#### 3.1. DISTRIBUCIÓN SUBSECTORIAL 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 2018 con el 44,76% del total destinado a salud, alcanzando los 10.078 millones de dólares, lo que supone un descenso del 5,8%; es decir, de 624 millones respecto a 2017. El 83% de los fondos consignados a SSyR se destina por la vía bilateral y solamente un 17% va por la vía multilateral. Salud básica recibe 9.062 millones de dólares, un 40% del total de la ayuda en salud, bajando el presupuesto de 2017 en 1.446 millones. Al contrario que la salud reproductiva, la salud básica volvió a recibir más dinero por la vía multilateral, un 56,4%, que por la vía bilateral. En tercer lugar está la salud general con 3.377 millones de dólares, el único subsector que aumenta su presupuesto, concretamente

un 17% lo que equivale a 495 millones. Esta asimetría entre sectores se repite en los últimos años, lo que parece indicar una orientación estratégica por parte del conjunto de donantes hacia unos determinados subsectores.

**GRÁFICO 2.9. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN AÑO 2018 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**



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

Si se desglosa en sectores y subsectores CRS, tal y como aparece en el gráfico 2.9, se observa una dinámica similar a la que se describió en 2019, donde las diferentes partidas mantienen una cierta continuidad en cuanto a la diferencia que hay entre ellos, si bien hay alguna excepción como la *nutrición básica* o la *lucha contra enfermedades infecciosas* (códigos 12240 y 12250 respectivamente) que han incrementado de forma considerable sus partidas en los últimos años. Esta continuidad en las tendencias en el desglose sectorial del conjunto de donantes no responde en principio, a ninguna política concreta que haya sido publicada, pero muestra que los intereses y/o hábitos de los países donantes se mantienen en el tiempo.

Como en los últimos años, en salud general sigue destacando el componente de *política sanitaria y gestión administrativa* (12110), que además de ser el más financiado dentro de este grupo, es el que más aumenta en 2018. Sus cifras absolutas se incrementan en un 14,4%, y supone casi el 60% de toda la salud general. Pero las cifras absolutas enmascaran la enorme variabilidad que ha habido en este subsector por parte de los países del CAD. En 2018 se ha visto un enorme retroceso en

TABLA 2.4. DESEMBOLOS BRUTOS DE AOD TOTAL EN SALUD DE LOS PAISES DEL CAD POR SECTORES Y SUBSECTORES CRS  
(EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	%
<b>121</b>	<b>2.379,4</b>	<b>2.235,7</b>	<b>2.527,5</b>	<b>2.219,0</b>	<b>2.407,7</b>	<b>2.736,0</b>	<b>2.175,3</b>	<b>2.605,7</b>	<b>2.881,1</b>	<b>3.376,8</b>	<b>15,0</b>
12110	1.830,0	1.609,9	1.793,2	1.556,9	1.610,1	1.916,8	1.388,1	1.765,7	1.766,1	2.021,3	59,9
12181	72,5	109,7	110,3	86,8	95,0	110,1	81,4	117,0	130,6	117,1	3,5
12182	170,9	194,1	257,1	271,0	328,0	306,1	284,9	288,2	496,9	680,1	20,1
12191	306,0	322,1	367,0	304,2	374,5	403,0	420,9	434,8	487,6	558,3	16,5
<b>122</b>	<b>5.917,0</b>	<b>6.669,5</b>	<b>6.626,7</b>	<b>7.275,7</b>	<b>9.205,1</b>	<b>8.374,7</b>	<b>9.057,4</b>	<b>8.932,7</b>	<b>10.508,0</b>	<b>9.062,8</b>	<b>40,2</b>
12220	1.770,6	2.316,3	2.397,6	2.625,7	3.225,7	2.884,7	2.823,8	2.646,0	3.062,7	2.854,9	31,5
12230	366,2	386,0	343,2	347,7	389,0	329,9	360,3	468,8	653,5	420,7	4,6
12240	409,2	365,1	408,1	564,9	939,4	935,0	861,7	856,1	986,1	972,2	10,7
12250	1.289,7	1.058,8	1.167,9	978,3	1.325,6	1.297,8	2.250,8	1.983,7	2.385,8	1.934,9	21,4
12261	54,1	64,7	84,9	118,4	166,6	130,8	82,0	100,6	166,3	136,9	1,5
12262	1.435,3	1.602,4	1.347,3	1.765,1	1.966,0	1.894,4	1.775,3	1.888,4	2.061,2	1.759,7	19,4
12263	504,7	787,1	784,6	773,6	1.086,1	779,9	754,4	870,6	1.065,1	877,5	9,7
12281	87,1	89,1	93,0	102,2	106,9	122,1	149,1	118,4	127,2	106,1	1,2
<b>130</b>	<b>8.552,2</b>	<b>9.233,6</b>	<b>10.164,6</b>	<b>10.312,6</b>	<b>10.773,6</b>	<b>10.124,5</b>	<b>9.217,3</b>	<b>9.481,8</b>	<b>10.702,7</b>	<b>10.079,0</b>	<b>44,8</b>
13010	277,5	274,4	307,1	398,0	356,9	432,9	289,9	234,8	331,8	290,6	2,9
13020	1.173,2	1.257,8	1.444,0	1.505,5	1.689,6	1.787,5	1.763,7	1.684,7	1.730,9	1.700,6	16,9
13030	520,0	491,8	585,1	732,6	753,3	893,2	858,1	668,4	808,3	1.045,1	10,4
13040	6.569,5	7.201,0	7.796,2	7.628,9	7.904,3	6.927,3	6.193,9	6.784,0	7.685,1	6.914,4	68,6
13081	12,0	8,6	32,2	47,7	69,6	83,5	111,7	109,9	146,7	128,3	1,3
<b>Totales</b>	<b>16.848,5</b>	<b>18.138,8</b>	<b>19.318,7</b>	<b>19.807,3</b>	<b>22.386,4</b>	<b>21.235,2</b>	<b>20.450,0</b>	<b>21.020,2</b>	<b>24.091,8</b>	<b>22.518,5</b>	

Fuente: Creditor Reporting System

Japón en el subsector de política sanitaria, compensado por el importante aumento de Alemania, Australia, Austria y Holanda. Si vemos el conjunto de la AOD en salud, el subsector de política sanitaria y gestión administrativa recibe casi un 9% del total de la ayuda, 1,6 puntos porcentuales más que en 2017.

En salud básica la tendencia se mantiene respecto a 2017. La AOD de este subsector está bastante más repartida, destacando tres componentes que acaparan gran parte de la financiación. El primero de ellos sigue siendo la *atención sanitaria básica* (12220) que obtuvo el 31,5% de todos los fondos destinados a la salud básica, nueve puntos más que el año anterior. Le sigue el *control de enfermedades infecciosas* (12250) con un 21,4% casi dos puntos más que en 2017. El componente que más se incrementa proporcionalmente es el de la *lucha contra la malaria* que con un 19,4% sube casi nueve puntos, muy cerca de recuperar el porcentaje destinado en 2016.

La *salud sexual y reproductiva* mantiene su enorme peso en el conjunto del sector salud. En este subsector el 68,6% de la AOD se destina a la *lucha contra enfermedades de transmisión sexual*, que incluye el vih/sida (13040), manteniendo prácticamente la misma importancia de los últimos años. Atención en salud reproductiva (13020) consigna el 16,8% y queremos poner en valor que el tercer componente más financiado sea planificación familiar (13030) con un 10,4%.

El comportamiento de las instituciones europeas, Comisión Europea y Secretaría del Consejo Europeo, es diferente al que realizan los países del CAD. Salud básica es el subsector más financiado por las instituciones europeas, recibiendo el 69,8% de los fondos; por el contrario, programas / políticas sobre población y salud reproductiva apenas recibe el 4,3% de los fondos destinados a salud, mientras que para el CAD es el subsector más financiado. Salud general representa el 25,9% mientras que para el CAD supone el 15%.

TABLA 2.5 DESEMBOLOS BRUTOS DE AOD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS  
(EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	%
<b>AOD 121</b>	112,8	108,2	145,9	145,9	181	140	25,9
<b>AOD122</b>	422,7	403,2	335,4	483,4	597	378	69,8
<b>AOD130</b>	96,4	119,0	98,2	108,4	150	24	4,3
<b>Total Salud</b>	<b>631,9</b>	<b>630,4</b>	<b>579,5</b>	<b>732,3</b>	<b>928,2</b>	<b>541,7</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Creditor Reporting System

La asignación de fondos que realizan las instituciones europeas a los principales subsectores de salud debería revisarse ya que no se justifica el escaso protagonismo que tiene el componente de programas / políticas sobre población y salud reproductiva si tenemos en cuenta que engloba la salud sexual y reproductiva, planificación familiar y la lucha contra enfermedades transmisibles.

### 3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

Si se analiza la distribución geográfica de la AOD en salud, se observa de nuevo un aumento importante del volumen de ayuda no asignada geográficamente a un país; concretamente el 22,19%, casi dos puntos porcentuales más que en 2017. En la AOD general la ayuda no especificada asciende al 24,01%, cifra muy similar a 2017 que fue de 23,87%. Si bien en 2017 hubo un aumento del volumen de la ayuda multilateral que podría explicar este dato, no pasa lo mismo en 2018. Puede que la explicación esté en que el porcentaje de ayuda multilateral que va a fondos globales aumente y se reduzcan fondos que vayan destinados a dos o tres países. Pero también puede ser que no se haga todo el esfuerzo posible para desglosar correctamente este tipo de ayuda. Que no se precise el destino de algo más de una quinta parte de toda la AOD en salud dificulta bastante el análisis geográfico de la misma.

África, el continente que alberga las mayores carencias, recibe casi un 34% de la AOD total lo que equivale a 59.128 millones de dólares, un incremento de mil millones de dólares respecto a 2017. En lo que respecta a salud, África es también el continente que más dinero recibe, casi un 55% del total, 12.383 millones de dólares. De esta ayuda, 11.937 millones van a África subsahariana, que es la región que tiene los peores indicadores de salud del mundo.

Asia, la segunda región que más AOD recibe, 50.704 millones de dólares, ve disminuir los fondos en 1.446 millones. Gran parte de esta reducción, 942 millones, son imputables a salud, que pasa de recibir 4.860 millones en 2017 a 3.918 millones de dólares en 2018.

La AOD destinada a América aumentó un 8% en relación con 2017, pasando de 10.751 millones de dólares a 11.633 millones, apenas el 6,7% del total de la ayuda a pesar de ser la región con más inequidades del planeta. La AOD destinada a salud disminuyó 117 millones, un 13,4%, situándose en 758 millones, el 3,37% del total de la ayuda en salud.

Por último, hay que mencionar que Europa ve disminuir su AOD total en un 10,8%, algo más de mil millones de dólares, y su AOD sanitaria en un 40%, lo que equivale a 178 millones. Como curiosidad apuntar que los 267 millones de dólares consignados en salud, superan lo destinado a América del Sur.

**TABLA 2.6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2018 (DESEMBOLSOS BRUTOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES).**

		TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
<b>África</b>		<b>59.128,60</b>	<b>33,91%</b>	<b>12.383,22</b>	<b>54,95%</b>
	Norte de África	5.598,79		113,60	
	África subsahariana	50.222,55		11.937,57	
	África, regional	3.307,26		332,05	
<b>América</b>		<b>11.633,03</b>	<b>6,67%</b>	<b>758,74</b>	<b>3,37%</b>
	América Central y del Norte	5.288,04		505,55	
	América del Sur	5.537,00		169,10	
	América, regional	807,99		84,09	
<b>Asia</b>		<b>50.704,14</b>	<b>29,08%</b>	<b>3.918,50</b>	<b>17,39%</b>
	Lejano Oriente	11.375,39		964,47	
	Asia central y del sur	24.068,17		2.300,32	
	Oriente Medio	14.111,36		551,88	
	Asia, regional	1.149,22		101,83	
<b>Europa</b>		<b>8.663,99</b>	<b>4,97%</b>	<b>267,04</b>	<b>1,19%</b>
<b>Oceanía</b>		<b>2.376,69</b>	<b>1,36%</b>	<b>206,03</b>	<b>0,91%</b>
<b>No especificado</b>		<b>41.861,33</b>	<b>24,01%</b>	<b>5.000,33</b>	<b>22,19%</b>
<b>Totales</b>		<b>174.367,78</b>		<b>22.533,86</b>	

Fuente: Creditor Reporting System

Es previsible que 2020 esté muy condicionado por la evolución de la pandemia de la COVID-19. En esta lógica, dado el problema tan extraordinario al que nos enfrentamos, es esperable un incremento sustancial de los recursos destinados a cooperación en general y a salud en particular, y ello sin desatender los problemas actuales. Hay factores de base, como la resiliencia de un sistema de salud que explica en parte los problemas que se tienen con la pandemia y hay que abordarlos desde la cooperación. Después de unos años de implementación de la Agenda 2030, tanto la distribución sectorial de la AOD como la geográfica debería ir enfocada a lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), principal meta que todos los países han adquirido en salud. Al igual que viene ocurriendo en años anteriores, la lucha contra enfermedades específicas como el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis reciben más del 42% del total de la AOD sanitaria del CAD, prácticamente igual que cuando acabaron los Objetivos de desarrollo del milenio (ODM) en 2015. Si la cobertura sanitaria universal tiene que ser la prioridad en los próximos años en la salud, el crecimiento de la AOD en salud debería ir determinado por aquellos componentes sectoriales que de verdad sean necesarios en cada país para fortalecer su sistema público de salud.

## 4. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL EN FAVOR DE UNA VIDA SANA Y BIENESTAR PARA TODOS

Este Plan de Acción<sup>10</sup>, cuyo objetivo es acelerar el cumplimiento de los ODS relacionados con la salud se analizó en el informe de 2019. 12 organismos multilaterales se comprometieron a colaborar y a alinear sus esfuerzos de forma conjunta con las prioridades y necesidades de los países, a acelerar los progresos aprovechando nuevas formas de colaboración, a adoptar enfoques innovadores y a rendir cuentas de su contribución al logro de dichos progresos de una manera más transparente y comprometida.

Los siete ámbitos de aceleración de este Plan son:

- a. Una atención primaria de salud eficaz y sostenible es la piedra angular para alcanzar las metas de los ODS relacionadas con la salud y avanzar en los demás ámbitos de aceleración.
- b. La financiación sostenible de la salud permite a los países reducir la necesidad insatisfecha de servicios y las dificultades financieras derivadas de los pagos directos mediante el establecimiento y el fortalecimiento progresivo de sistemas destinados a movilizar recursos adecuados para la salud y gastarlos mejor para aumentar la ratio costo eficacia.
- c. Participación de la comunidad y la sociedad civil aportando experiencias y perspectivas al conocimiento comunitario, a la elaboración de políticas y a la formulación de respuestas sanitarias basadas en los derechos, la rendición de cuentas y el principio de no dejar a nadie atrás.
- d. Abordar los determinantes de la salud vital para crear un entorno propicio para la salud y el bienestar para todos y garantizar que no se deje a nadie atrás.
- e. Garantizar la disponibilidad de servicios de salud y ayuda humanitaria en los entornos frágiles y vulnerables y responder de manera eficaz a los brotes de enfermedades requiere una coordinación multisectorial, la planificación y financiación a largo plazo, el intercambio de información y el fortalecimiento de la gobernanza del sistema de salud y de la capacidad del personal.
- f. Investigación y desarrollo, innovación y acceso, elementos esenciales para aumentar la calidad y eficiencia de los productos y servicios sanitarios.
- g. Datos y salud digital fundamentales para comprender las necesidades sanitarias, diseñar programas y políticas, orientar las inversiones y las decisiones en materia de salud pública y medir los progresos.

10. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312005/WHO-DCO-2018.3-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

El primer informe de progreso se publicó el 15 de septiembre de 2020<sup>11</sup>, En el mismo se describen los avances realizados en los cuatro objetivos marcados en el Plan de Acción, a saber:

- Mayor colaboración: Una docena de países han identificado prioridades claras de acción para acelerar el progreso hacia los ODS relacionados con la salud bajo los auspicios del Plan de Acción, con muestras de interés de muchos más países. La demanda de apoyo conjunto de los países se centra inicialmente en la atención primaria de salud (APS) y en la financiación sostenible de la salud.
- Acelerar los progresos en los ODS: Se ha establecido grupos de trabajo globales para cada uno de los siete temas del acelerador de Plan y la igualdad de género. Los primeros resultados a través de estos grupos de trabajo incluirían unos enfoques a nivel regional y mundial y de las agencias signatarias mejor alineados para fortalecer la APS; una mejor comprensión y una colaboración más profunda en el financiación de la salud, incluida la coordinación y alineación de la financiación de las respuestas al COVID-19; aprendizaje entre pares entre agencias sobre igualdad de género y COVID-19; y una mayor conciencia sobre cómo las agencias trabajan con las comunidades y la sociedad civil, incluso en contextos frágiles. El COVID-19 ha estado muy presente en este informe, y los grupos de trabajo del acelerador están adaptando su apoyo para asegurar que sea relevante para los países en el contexto de la pandemia.
- Mayor alineación: Se están utilizando cinco enfoques para la alineación: (i) institucionalizar el Plan de Acción dentro de cada agencia signataria para asegurar un compromiso a largo plazo con su implementación; (ii) alineación entre las agencias a través de un modelo operativo que especifique qué agencia participará en qué nivel de implementación, qué se hará en los diferentes niveles y cómo se hará; (iii) alineación con el proceso de reforma de las Naciones Unidas para los signatarios del Plan de acción global (GAP por su siglas en inglés) que son Organismos de las Naciones Unidas, (iv) alineación de las políticas y enfoques financieros y operativos para abordar los cuellos de botella operativos que impiden una colaboración más estrecha a nivel mundial / regional o a nivel de país; y (v) fortalecer enfoques dentro de las agencias del Plan de Acción, que promuevan, estimulen e institucionalicen una colaboración más sólida entre estas agencias.
- Rendición de cuentas: se están sentando las bases para medir y contabilizar el progreso en el marco del GAP. Estos constarán de cuatro componentes: un plan de trabajo para 2020 basado en los cuatro compromisos; un marco de seguimien-

11. Stronger collaboration, better health: 2020 progress report on the Global Action Plan for Healthy Lives and Wellbeing for All. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

to más formal y sistemático para orientar la presentación de informes a partir de 2021; una valoración de la evaluabilidad que se publicará en el tercer trimestre de 2020 en preparación para una evaluación independiente en 2023; y seguir trabajando en 2020 para establecer hitos intermedios para las metas de los ODS relacionados con la salud.

Es difícil poder juzgar en este momento este Plan, pues apenas se han puesto los cimientos del trabajo futuro. No obstante, ya se han generado algunas dudas en parte de la sociedad civil. En julio de 2020 un grupo de trabajo de la plataforma de la sociedad civil “Iniciativa Kampala” publicó un informe, “Watch the GAP”<sup>12</sup> (juego de palabras entre vigilar la brecha y vigilar el Global Action Plan), donde recogía las debilidades que le encuentra, entre las que destaca la ausencia de una financiación específica, o la promoción de un cambio cultural dentro de la arquitectura de salud existente hacia una colaboración más decidida y sistemática entre las 12 agencias y con los países”. En cuanto a la participación de la sociedad civil en la elaboración del plan, afirman que la consulta ha llegado tarde, en junio de 2019, y se desconoce los criterios aplicados a la hora de incorporar algunas opiniones y otras no. También ven preocupante la dificultad de medir el éxito o fracaso de este Plan y como este enfoque multiactor hace que las entidades privadas lucrativas tengan un peso aún por determinar en las decisiones que se tomen en la salud mundial.

## 5. LA RESPUESTA INTERNACIONAL A LA PANDEMIA COVID-19

El apoyo a los sistemas de salud más débiles, que pueden colapsar a medida que los hospitales y otros proveedores de salud se saturan, es crucial en la lucha contra la pandemia, por no hablar de las consecuencias socioeconómicas que pueda tener en los países empobrecidos. Sin embargo, los datos que existen no invitan al optimismo. Incluso sin la pandemia, la salud mundial no tenía una financiación óptima, y ahora pueden visibilizarse las carencias en los medios técnicos, materiales y humanos que sufren muchos sistemas de salud. A nivel de cooperación sanitaria mundial, existe una concentración de la ayuda en salud en pocas manos, lo que puede determinar muy fácilmente las prioridades mundiales y los modelos de salud que subyacen con esa ayuda. En 2018, un país, una organización filantrópica y una asociación público privada —los Estados Unidos, El Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Malaria y

12. [https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2020/07/Watch-the-GAP\\_A-critical-civil-society-perspective-on-the-development-potential-impact-and-implementation-of-the-GAP\\_July-2020.pdf](https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2020/07/Watch-the-GAP_A-critical-civil-society-perspective-on-the-development-potential-impact-and-implementation-of-the-GAP_July-2020.pdf)

la Tuberculosis y la Fundación Bill y Melinda Gates— representaron más de la mitad del total de la ayuda en salud. La AOD total destinada a la lucha contra enfermedades infecciosas (incluida la malaria y la tuberculosis) alcanzó en 2018 los 6.000 millones de dólares, una cantidad insuficiente que no puede verse reducida por el efecto de la pandemia. En 2018, esta cifra ya había disminuido un 16% debido a que algunos donantes redujeron su financiación para algunas de las enfermedades como es el caso del ébola.

El CAD publicó un manifiesto conjunto<sup>13</sup> en abril sobre esta pandemia global, donde destacaba la importancia de la cooperación internacional y el compromiso para responder de forma inmediata, así como a medio y largo plazo, incluyendo posibles tratamientos y vacunas cuando estén disponibles, además de la necesidad de promover el fortalecimiento de los sistemas de salud. Para responder a este problema mundial también fomenta la colaboración con bancos multilaterales, el sector privado y la sociedad civil.

Si bien se trata de un manifiesto general, se deben puntualizar algunos de sus compromisos. No asume ningún presupuesto extraordinario, que podría salir, por ejemplo, de acelerar el compromiso de los países con el 0,7%. Tampoco entra en una reflexión de lo que puede suponer (en términos de beneficios y de perjuicios) el fundamentar la respuesta en esa estrategia multiactor, que se está solapando con la estrategia multilateral y que parecen condenadas a convivir al menos durante un tiempo. Hay que ver además qué papel juegan los diferentes actores, si se propone y se define claramente que la gobernanza recaiga principalmente en los gobiernos, o de qué manera se pueden integrar instituciones tan dispares. Si bien éstas pueden acordar alcanzar los mismos objetivos finales, pueden tener formas muy diferentes de querer alcanzarlos, lo que puede llegar a condicionar el resultado a largo plazo. Por ejemplo, el que la estrategia en salud tenga un componente lucrativo o no puede tener consecuencias en la equidad del acceso al sistema sanitario.

Por último, el compromiso para asumir el acceso a medicamentos y vacunas para todas las personas va a depender de qué vacuna o vacunas sean las eficaces. Incluso para esta emergencia el modelo económico que subyace es que el mercado manda y la iniciativa privada puede imponer los precios que considere. La competencia es buena en sí misma, aunque haya más de 100 iniciativas que luchan por ser “la vacuna”, algunas muy parecidas entre sí.

Por otro lado, debido al interés de los países más ricos, que han sido afectados de manera sorpresiva por una enfermedad infecciosa emergente, existe el riesgo real de que la “seguridad sanitaria” sea el elemento central y prioritario de toda la coo-

13. <http://www.oecd.org/dac/development-assistance-committee/DAC-Joint-Statement-COVID-19.pdf>

peración en salud en los próximos años. Una seguridad basada principalmente en los avances tecnológicos que proporcionarían empresas privadas o público privadas, que podría dejar de lado aspectos esenciales para la mejora de la salud mundial, como el refuerzo del sistema público de salud, la atención primaria de salud y sus componentes, la promoción de la salud o la participación comunitaria.

### HACIA UNA UNIÓN EUROPEA DE LA SALUD EN MEDIO DE LA PANDEMIA COVID-19

#### Dr. Remco van de Pas

Investigador senior Instituto Medicina Tropical de Amberes,  
y vicepresidente de la Red Medicus Mundi Internacional-Salud para Todos

Una pregunta que se ha repetido frecuentemente durante la pandemia del Covid-19 ha sido: ¿por qué la Unión Europea (UE), sus instituciones y los Estados Miembros reaccionaron tan tarde y de manera tan incoherente a la pandemia? Esta reacción tardía incluye el cierre de las fronteras internas de la UE y los problemas de distribución de material médico y del equipo de protección personal, como las mascarillas. Cada país sigue teniendo enfoques muy diferentes de salud pública para contener esta pandemia vírica. Inicialmente, también la cooperación para el desarrollo, la compra y distribución de una vacuna parecía convertirse en una prioridad nacional más que en un esfuerzo europeo coordinado.

Para responder a esta pregunta, uno debe darse cuenta de que, dentro de la UE, la gobernanza de los sistemas de salud y las funciones esenciales de salud pública siguen estando dentro del mandato formal de los estados. La UE tiene una competencia jurídica limitada en relación con la salud, lo que explica su limitada respuesta a la pandemia<sup>14</sup>.

Sin embargo, nueve meses después de la pandemia, vemos enérgicos llamamientos a instaurar un enfoque más europeizado, coordinado e institucionalizado para hacer frente a las emergencias sanitarias. En septiembre de 2020, la presidenta de la Comisión Europea, Von der Leyen, abogó por una Unión Europea de la Salud en su discurso sobre el estado de la Unión ante el Parlamento Europeo. Como ginecóloga de formación, propuso reforzar la Agencia Europea de Medicamentos y los Centros Europeos para el Control de Enfermedades, y construir una Autoridad para la Investigación y Desarrollo Biomédico Avanzado (BARDA en sus siglas en inglés). Apoyado por Italia, se convocará una Cumbre Mundial de la Salud en 2021<sup>15</sup>. Además, según el presidente de la Comisión Eu-

14. Townend, D.M.R., et al. 2020 'What is the Role of the European Union in the COVID-19 Pandemic?', *Medicine and law* 39(2), 249-268. [https://www.researchgate.net/publication/342562899\\_What\\_is\\_the\\_Role\\_of\\_the\\_European\\_Union\\_in\\_the\\_COVID-19\\_Pandemic](https://www.researchgate.net/publication/342562899_What_is_the_Role_of_the_European_Union_in_the_COVID-19_Pandemic)
15. State of the Union Address by President von der Leyen at the European Parliament Plenary. 16 Sept 2020. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/SPEECH\\_20\\_1655](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/SPEECH_20_1655)

ropea, la ampliación de competencias enumeradas en los Tratados de la Unión Europea se debatirá en la Conferencia del Futuro de la UE. Esta idea fue compartida por un grupo de líderes sanitarios y políticos, incluidos excomisarios europeos, que a principios de octubre presentaron un Manifiesto para una Unión Europea de la Salud, que insta a la UE a crear una competencia sanitaria básica en los Tratados europeos<sup>16</sup>.

A nivel internacional, la UE hizo una firme declaración política al organizar una conferencia virtual para comprometer y recaudar los fondos necesarios para cubrir las "brechas de financiación inmediatas" en la investigación de vacunas. La conferencia se organizó un día después de que el presidente Trump anunciara la suspensión de la financiación estadounidense a la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, en una resolución negociada por la UE el 19 de mayo, los Estados miembros de la OMS encargaron a la OMS que se ocupara de "ampliar la capacidad mundial de fabricación y distribución de vacunas, pruebas diagnósticas y tratamientos" mediante el uso de tratados internacionales y normas comerciales existentes<sup>17</sup>.

A medida que la pandemia de COVID-19 entra en una fase de larga duración, la UE y sus Estados Miembros están en condiciones de contener conjuntamente el virus y comenzar a recuperarse estructuralmente mediante la inversión en el desarrollo de sistemas públicos de salud fuertes y resilientes, tanto dentro de la Unión Europea, como en países de ingresos bajos y medios. Desde el punto de vista financiero, la UE debe trabajar por una financiación y una reforma sostenibles de la OMS, lo que incluye garantizar la autonomía y la legitimidad pública mundial de la organización. El financiamiento sostenible y predecible a largo plazo conduce a una planificación sostenible de los recursos humanos con personal que puede implementar las reformas y cumplir con lo que se exige de la OMS, como el liderazgo y la orientación normativa para funciones esenciales de salud pública en la contención de emergencias sanitarias, como puedan ser las pandemias futuras<sup>18</sup>.

Por último, todavía existe incertidumbre sobre el futuro presupuestado de cooperación al desarrollo de la UE para su programa 2020-2027. En estos momentos es necesario resolver temas urgentes como puede ser las hambrunas, el

16. Kyriakides S. Health Politics Beyond COVID-19 – Time for a European Health Union. DG SANTE. 2 Oct 2020 [https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2019-2024/kyriakides/announcements/health-politics-beyond-covid-19-time-european-health-union\\_en](https://ec.europa.eu/commission/commissioners/2019-2024/kyriakides/announcements/health-politics-beyond-covid-19-time-european-health-union_en)
17. Namely the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health. See: Brozowski, A. and Foote, N. 2020. 'EU backs WHO as its members agree to independent probe of COVID-19 outbreak', *Euractiv*, 19 May. <https://www.euractiv.com/section/coronavirus/news/eu-backs-who-as-its-members-agree-to-independent-probe-of-covid-19-outbreak/>
18. Susan Bergner, Remco van de Pas, Louise van Schaik, Maïke Voss. Upholding the World Health Organization. Next Steps for the EU SWP Comment 2020/C 47, October 2020, <https://www.swp-berlin.org/en/publication/upholding-the-world-health-organization/>

empobrecimiento y las necesidades humanitarias en las economías más frágiles a raíz de la crisis del covid-19, pero estos problemas también se van a ver incrementados por los impactos cada vez más notorios de la crisis climática. Es importante que la UE proporcione fondos suficientes para abordar las emergencias humanitarias en Oriente Medio y el continente africano, mientras que a la vez deben considerar seriamente posponer o incluso cancelar la carga creciente de la deuda de varios países de bajos ingresos<sup>19</sup>. La dignidad humana debe prevalecer sobre las necesidades de seguridad sanitaria mundial. Y la UE debe vivir y actuar de acuerdo con sus valores.

19. Ambrose S. In the midst of the pandemic, why is the IMF still pushing austerity on the Global South? Open Democracy. 13 October 2020. <https://www.opendemocracy.net/en/economy/midst-pandemic-why-imf-still-pushing-austerity-global-south/>

La Unión Europea, probablemente el actor internacional más influyente, ha mostrado unas importantes debilidades en la gestión de esta pandemia, a pesar de haber intentado generar una respuesta común. Al principio de la pandemia cada país miraba más sus intereses como país que los conjuntos, generando diferentes estrategias de lucha contra la pandemia. Así vimos como Holanda, Reino Unido y Suecia, decidieron intentar conseguir la inmunidad de rebaño con medidas poco estrictas, mientras que otros países decidían poner medidas de aislamiento y distanciamiento social más duras. Ni siquiera había una definición compartida de lo que significaba caso. Bélgica decidió computar entre las personas fallecidas de COVID-19 a los casos sospechosos que fallecían en las residencias de personas ancianas y domicilios sin prueba diagnóstica realizada<sup>20</sup>. Este caos fue progresivamente dando paso a una mayor coordinación entre los países, pero sin dar sensación de que hubiera una respuesta europea homogénea a la crisis provocada por esta pandemia.

En junio de 2020, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC por sus siglas en inglés), estableció un marco de seguimiento y evaluación de la respuesta al COVID-19 en el Área Económica Europea, UE y Reino Unido<sup>21</sup>. En este marco se establecieron los siguientes objetivos: (i) conocer la situación epidemiológica de COVID-19, incluida la propagación geográfica, la intensidad en la población general y la carga de morbilidad —en general y en áreas geográficas o grupos demográficos específicos; (ii) saber cómo funcionan las intervenciones no farmacéuticas y medidas de respuesta de salud pública al COVID-19; (iii) qué efectos

20. <https://elpais.com/sociedad/2020-04-19/belgica-el-pais-con-mas-muertos-por-habitantes.html>

21. European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring and evaluation framework for COVID-19 response activities in the EU/EEA and the UK – 17 June 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

han supuesto la relajación o mejora de intervenciones específicas sobre la epidemiología de COVID-19; (iv) poder establecer unos Indicadores de alerta temprana de una mayor transmisión de COVID-19 en áreas geográficas o demográficas específicas; y (v) sobre qué áreas clave se pueden mejorar la preparación, la vigilancia, la prevención y el control.

El 21 de julio las y los líderes de la UE alcanzaron un acuerdo para un Plan de recuperación para Europa<sup>22</sup>, que la dotó de un nuevo instrumento de recuperación, con un presupuesto de 750.000 millones de euros. Este Plan pretende:

- Ayudar a la recuperación de los Estados miembros, promocionando las reformas necesarias en diversos sectores, incluyendo la salud, para invertir en las prioridades comunes de la UE, en particular la resiliencia ecológica, digital y social, lo que ayudará a crear puestos de trabajo y un crecimiento sostenible, y buscando una transición justa hacia la neutralidad climática
- Relanzar la economía y apoyar la inversión privada, relanzando sectores considerados clave y apoyando la solvencia de las empresas viables
- Aprender de la experiencia de la crisis, con un refuerzo de la respuesta europea a desastres y, sobre todo, con un nuevo programa de salud que haga frente a las amenazas transfronterizas, que asegure que las medicinas y cualquier material sanitario esté disponible y sea accesible, reforzando los sistemas de salud.

Preocupa que esta enorme cantidad de dinero pueda llevar a decisiones equivocadas, solamente porque hay dinero. Así, la UE ha comprado ya 300 millones de vacunas de la farmacéutica AstraZeneca, otros 300 millones de Sanofi, y está en conversaciones con varias más. La financiación proporcionada se considera un anticipo de las vacunas que realmente comprarán los Estados miembros<sup>23</sup>, pero no indican el precio que se ha pagado por ello, ni si hay un acuerdo sobre el precio final que se pagará por ellas. Ese acaparamiento de vacunas y otros materiales sanitarios, puede provocar, como se decía en el capítulo anterior, los países que realmente necesiten las vacunas en el momento de su implantación deban esperar a que se fabriquen más, pues las primeras estarían ya comprometidas. Y en el supuesto de que Europa realmente las necesitara, la población de la UE es de 446 millones, por lo que si solamente una de las vacunas es eficaz, no habría para toda la población, y su distribución podría dar pie a grandes tensiones entre los países.

Europa necesita reflexionar sobre su coherencia interna y apostar por desarrollar todo su potencial como agente de cambio en el mundo. Es muy interesante que se

22. [https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/recovery-plan-europe\\_es](https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/health/coronavirus-response/recovery-plan-europe_es)

23. [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip\\_20\\_1680](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_1680)

apunte la oportunidad de cambiar la visión de futuro hacia una visión más ecológica y donde la salud europea y mundial tenga el peso que se merece. Lo cierto es que los procesos para cambiar la realidad se parecen demasiado a los que se utilizaban en la vieja normalidad, y los países distan mucho de tener una visión conjunta de Europa equitativa, justa y ecológica.

## LA COOPERACIÓN DESARROLLO EN LAS NEGOCIACIONES FINALES DEL MARCO DE FINANCIACIÓN PLURIANUAL 2021-2027 DE LA UE

### Kasia Lemanska

EU Policy Advisor  
Aidsfonds

Desde mayo de 2018, la UE está negociando su presupuesto 2021-2027, también llamado Marco de Financiación Plurianual (MFF, por sus siglas en inglés). Las negociaciones se han prolongado debido a las posiciones divergentes en una variedad de temas tanto entre los Estados miembros, como entre éstos y el Parlamento Europeo (PE). Los principales escollos son el nivel del presupuesto total de la UE tras el Brexit y las prioridades clave, con el Parlamento pidiendo mucha más ambición de la que el Consejo Europeo está dispuesto a financiar. Lamentablemente, la acción exterior no ocupaba un lugar muy destacado en el programa de las y los negociadores, al menos hasta que la pandemia de COVID-19 nos arrastró a todos.

El MFF está dividido en capítulos, que estructuran el presupuesto según las principales prioridades políticas. La financiación de la acción exterior se encuentra dentro del capítulo 6, "Vecindad y el mundo", y debe desembolsarse a través de instrumentos de financiación, en particular el Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional (NDICI, por sus siglas en inglés) y el Instrumento de Ayuda Humanitaria.

El NDICI nace de la fusión de la mayoría de los actuales instrumentos de desarrollo independientes, como el Fondo Europeo de Desarrollo, el Instrumento de Cooperación para el Desarrollo y el Instrumento Europeo para la Democracia y los Derechos Humanos. Cuando la Comisión Europea publicó el reglamento del NDICI en 2018, la sociedad civil convergió en torno a dos preocupaciones principales: una posible reducción de los recursos destinados a la ayuda al desarrollo y el riesgo de que el NDICI consolidara una tendencia que se había reforzado en el marco del presupuesto actual, a saber, la utilización de la AOD para promover los objetivos políticos internos de la UE (migración y seguridad, así como intereses comerciales).

No hay una respuesta definitiva a ninguna de estas preocupaciones, ya que las negociaciones están en curso. Lo que sabemos, sin embargo, es la posición de las respectivas instituciones que determinará el resultado final. Aunque el

Consejo Europeo es el negociador más frugal, su propuesta de julio de 2020 incrementó el presupuesto de acción exterior hasta el 9,2% del MFF (en comparación con el 8,9% actual)<sup>24</sup>. Esto no es mucho si tenemos en cuenta las ambiciones geopolíticas de la Comisión, pero no es un mal resultado dado que la UE pierde el 15% de sus recursos debido al Brexit.

En lo que se refiere específicamente al NDICI, en 2018 la Comisión Europea propuso un presupuesto de 78.900 millones de euros, y mientras que el Parlamento pidió un aumento de 3.500 millones de euros, el Consejo fijó su propia posición en 70.800 millones de euros. El PE, en una resolución adoptada tras la Cumbre del Consejo Europeo, declaró que no acepta el acuerdo político alcanzado sobre el MFF 2021-2027 y señaló el NDICI como uno de los quince programas insignia para los que quiere más financiación. Sin embargo, si finalmente aumenta el NDICI, es probable que dicho aumento sea marginal. Es decepcionante, por supuesto, sobre todo si tenemos en cuenta lo poco que se ha avanzado en la implementación de los ODS, el deterioro de los derechos humanos en todo el mundo, el debilitamiento del multilateralismo y la crisis de la COVID-19. Sin embargo, dado el contexto político y económico, podría haber sido peor.

La ayuda humanitaria, por otro lado, no se ha visto afectada por los recortes, sin duda debido al impacto de la COVID-19. Su presupuesto se mantendrá al menos al nivel propuesto por la Comisión en mayo de 2018 (9.760 millones de euros). Lo que se está negociando ahora son los 5.000 millones de euros adicionales que podrían concederse con cargo al Fondo de Recuperación para la COVID-19 de la UE.

En cuanto a una posible instrumentalización de la ayuda de la UE vinculada a frenar la migración o avanzar en otras prioridades internas, aspectos como la asignación de al menos el 10% del presupuesto del NDICI para temas relacionados con la migración, el lenguaje sobre la condicionalidad de la ayuda, el aumento de la flexibilidad y la expansión del Fondo Europeo para el Desarrollo Sostenible (mezcla y garantías) en el reglamento del NDICI, apuntan a una desvinculación de los principios de la eficacia de la ayuda. Dicho esto, al menos el 92% del presupuesto del NDICI podrá ser financiado por el CAD, posiblemente más si el Parlamento logra aumentar la proporción, y el Consejo y el Parlamento han mejorado sustancialmente la propuesta de la Comisión sobre el NDICI (por ejemplo, en relación con la erradicación de la pobreza).

En lo que respecta al ámbito de la salud global, el compromiso de destinar el 20% del presupuesto al desarrollo humano, recogido en el Programa para el Cambio de la UE, ha sido incorporado en el NDICI, lo que significa que el 20% de la AOD de la UE se destinará a salud, educación y protección social. La nueva Comisaria de Asociaciones Internacionales, Jutta Urpilainen, quiere ir más allá,

24. <https://www.cgdev.org/blog/eus-new-budget-europes-recovery-expenditure-its-long-term-ambitions>

de manera que el 20% sea el porcentaje mínimo que se podrá destinar a desarrollo humano. Sin embargo, es difícil saber si la UE hará mucho más en materia de salud global. En el actual marco de financiación multianual, sólo catorce países han elegido la salud como una prioridad sectorial. El grueso de la financiación para el sector salud se canaliza a través de iniciativas globales de salud, multilaterales y partenariados. No obstante, es posible que haya más recursos a través de las dotaciones nacionales ahora que la pandemia de la COVID-19 ha puesto al descubierto la debilidad de los sistemas de salud. Además de la probable redefinición de las prioridades de salud pública en el marco de la cooperación internacional de la UE, la Comisión se muestra firme en su empeño por mejorar la cooperación intersectorial, lo que es de esperar mejore la eficiencia de las acciones en el ámbito de la salud de la UE. A falta de una estrategia de salud global actualizada, la sostenibilidad del apoyo de la UE a la salud sigue siendo motivo de preocupación, especialmente en un momento en que la ayuda al desarrollo está cada vez más politizada.

## CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- En 2019, la AOD española aumentó en 178 millones de euros, alcanzando el 0,21% de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje muy alejado del 0,30% de la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), del 0,47% de la media de los países de la Unión Europea (UE) y del compromiso del 0,7% adquirido hace 50 años en el seno de las Naciones Unidas (NN. UU.).
- La Cooperación Española ha destinado a salud 63,6 millones de euros, lo que representa un exiguo 2,39% del total de la AOD, un porcentaje muy por debajo de la media del conjunto de países donantes del CAD, que se sitúa en el 12,91%. El gasto en salud proporciona igualdad de oportunidades, es el gran igualador en particular para los países de renta baja y emergentes, donde el acceso a servicios de salud básicos suele ser escaso. La salud debe ser una prioridad real de una cooperación que demanda un incremento sustancial y sostenido de recursos.
- La cooperación descentralizada ascendió a 320,3 millones de euros, aumentando un 10,2% respecto a 2018. Crece tanto la cooperación procedente de las Comunidades Autónomas (CC. AA.) —4,8%— como la procedente de las Entidades Locales (EE. LL.) —22,1%—. Lo destinado a salud han sido 28,1 millones de euros, lo que supone el 8,79% del total desembolsado.
- Del total destinado por Cooperación Española a salud, 63,6 millones, el 44,1%, procede de la cooperación descentralizada. A pesar de seguir siendo muy heterogénea y con mucha variabilidad de un año para otro, la cooperación autonómica asigna un peso importante al sector salud como demuestra el hecho de que en 2019 representara el 11,4%, porcentaje muy próximo a lo que destina la media de los países del CAD.

- La **pandemia de la COVID-19 ha afectado de manera singular a España, y ha mostrado las costuras de nuestro sistema sanitario, económico y de protección social. Además de nuestras debilidades estructurales en personal sanitario, en material de protección, y la falta de un plan de respuesta ante pandemias, el hecho de no tener una unidad política que permita tener una gobernanza conjunta en todas las instituciones públicas ha debilitado enormemente nuestra capacidad de respuesta.**

## 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 AOD elaborados por la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible (DGPOLDES) de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC), así como de 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 siguientes<sup>1</sup>: 121, 122, 123 y 130, que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica, enfermedades no transmisibles (ENT), y políticas y programas de población y salud reproductiva, respectivamente.

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 de Salud de la Cooperación Española”, la **AOD bilateral** es la AOD 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 Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y de la administración de las CC. AA., 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.

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

- 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 Fondo Europeo de Desarrollo (FED). 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 correspondiente<sup>2</sup>. 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 anteriores<sup>3</sup>.
- La **AOD multilateral** o bilateral canalizada vía Organismos Multilaterales de Desarrollo (OMUDES) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través 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.

## 2. DATOS GENERALES DE LA AOD EN 2019

La AOD desembolsada por España en 2019 alcanzó los 2.661.018.461 de euros, lo que supone el 0,21% de la RNB, un incremento bruto de 178 millones y un aumento porcentual del 7,15% respecto a 2018. Lo ejecutado en 2019 son 59 millones menos de lo presupuestado en la Comunicación 2019 2.720 millones—, que tenía por

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.

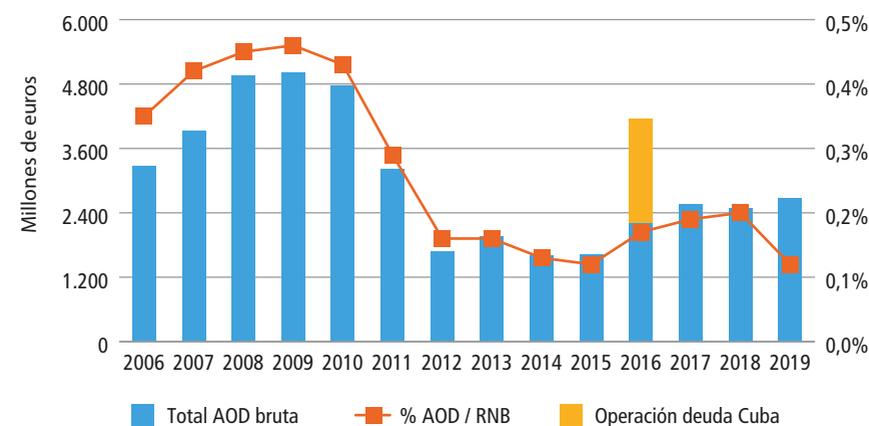
lema “Recuperar la política de Cooperación para el Desarrollo” del MAEUEC. Si tenemos en cuenta el punto de partida de la Cooperación Española, tras una década de recortes, es evidente que estamos ante un incremento muy insuficiente que, una vez más, nos aleja de la senda del compromiso internacional del 0,7% y del adquirido por el Gobierno de Pedro Sánchez de destinar a cooperación al finalizar la legislatura el 0,5% de la RNB. La Coordinadora de ONGD de España (CONGDE) propone en su Informe “Presupuestos Generales del Estado 2021. En la senda de los compromisos<sup>4</sup>, que la AOD española alcance en 2021 los 3.500 millones de euros y que se refuerce el trabajo de la AECID con unos recursos que alcancen los 450 millones de euros, que se dividirían en 300 millones para programas específicos y 150 millones de euros para el trabajo de las ONGD. A este ritmo de crecimiento, se necesitarían 15 años para cumplir el compromiso del 0,5% al final de la legislatura.

Importante conocer cómo la actual pandemia de la COVID-19 puede afectar al futuro de la cooperación. Crisis anteriores han golpeado con fuerza este sector, siendo uno de los que más recortes aplica. Las noticias que nos llegan desde algunas CC. AA. y Ayuntamientos no son muy halagüeñas. Sirvan a modo de ejemplo el anuncio del Ayuntamiento de Oviedo que, tras dos décadas destinando el 0,7% a cooperación, ha decidido eliminar la AOD en 2020<sup>5</sup>; o los presupuestos presentados por la Junta de Andalucía para este año, con un recorte del 42% en cooperación al desarrollo<sup>6</sup>. La crisis del coronavirus está en el trasfondo de éstos y otros recortes que puedan darse en cooperación. Ante una crisis global se requiere aplicar soluciones globales y una de las políticas que mejor puede contribuir a aportar soluciones globales es la cooperación internacional para el desarrollo.

Como en años anteriores, se siguen recibiendo devoluciones de préstamos antiguos que se computaban como AOD. El monto por reembolsos asciende a 248.515.772 euros, 80 millones menos que el año anterior (el 9,3% del total destinado a AOD en 2019). Como venimos repitiendo en los últimos años, si bien es positivo que los reembolsos aparezcan en los presupuestos, deberían computarse como partidas extraordinarias.

4. <https://coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/2020/07/PROPUESTA-PGE-Coordinadora-Jul2020.pdf>  
 5. <https://www.europapress.es/asturias/noticia-codopa-critica-supresion-subsuenciones-proyectos-cooperacion-internacional-oviedo-20200914141446.html>  
 6. <https://www.emartv.es/2020/05/28/recortes-politicas-cooperacion-internacional/#.X4g0H9Azbc5>

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA Y DEL PORCENTAJE SOBRE LA RNB, 2006-2019

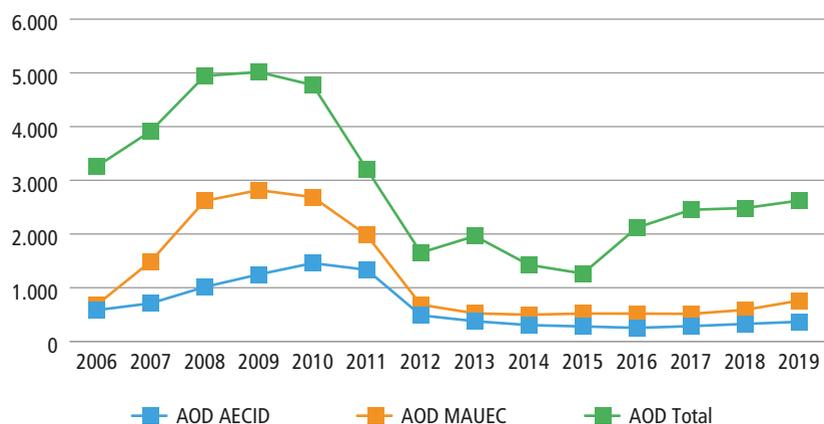


Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPODES

Observando el gráfico que nos muestra la evolución de la Cooperación Española, nos ratificamos en que el futuro no se puede ver con demasiado optimismo. Aunque desde 2016 hay un crecimiento del porcentaje de la RNB destinada a AOD, éste es demasiado pequeño en su evolución como para asegurar el cumplimiento del compromiso del 0,7%. Solamente en 2016, y por una operación puntual y extraordinaria de cancelación de deuda con Cuba que no debiera haberse computado como AOD, la Cooperación Española tuvo un crecimiento notable en los últimos diez años. Por hacer una lectura optimista, respecto a 2015 —año en el que la AOD toca suelo, con un 0,12%—, en 2019 la ayuda sube 11 puntos porcentuales, si bien dudamos que nos sitúe en la senda del compromiso internacional del 0,7%, ratificado una vez más por España<sup>7</sup>.

7. [http://www.aecid.es/ES/Paginas/Sala%20de%20Prensa/Noticias/2015/2015\\_07/17-addisabeba.aspx](http://www.aecid.es/ES/Paginas/Sala%20de%20Prensa/Noticias/2015/2015_07/17-addisabeba.aspx)

**GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN Y COMPARATIVA DEL PRESUPUESTO DE AOD TOTAL Y DEL PRESUPUESTO GESTIONADO POR EL MAEUEC Y EL ASIGNADO A LA AECID, 2006-2019**



Fuente: Elaboración propia

La AOD lleva una década que apenas se acerca al 0,20%, prolongando y persistiendo en la agonía del sistema de cooperación. España continúa a la cola de los países donantes, con una caída acumulada del 70% desde el año 2009 y del 90%, específicamente, en los fondos para acción humanitaria (AH). Utilizando un símil médico podríamos decir que la cooperación técnica, cuya responsabilidad principal recae en la AECID, entró en coma y no responde a estímulo alguno. Por más que crezca la AOD —1.358 millones en los últimos cinco años—, la principal institución ejecutora de la cooperación técnica ni se inmuta, ni se emociona. Está plana, atenazada por una normativa que constriñe sus posibilidades de gestionar un presupuesto, aunque sea exiguo, y una estructura organizativa desfasada y poco práctica. Si pudiéramos hacer un electroencefalograma a la agencia, veríamos que su sistema nervioso central arroja poca actividad. Y aunque esto fuera cierto, que lo es, no ha sido el argumento manejado por los diferentes gobiernos para constreñir la AECID, sino la incapacidad de diseñar un buen plan de acción con que impulsar la política de cooperación.

Lo mismo podríamos decir del MAEUEC; las políticas se defienden peleando los presupuestos y la política de cooperación lleva huérfana demasiado tiempo. De ahí que nos ilusionemos de nuevo con el discurso de un gobierno de coalición, que se declara competente para llevar a cabo la reforma que el sistema de cooperación requiere y para dotarla con un presupuesto del 0,5% de la RNB al final de la legislatura.

## LA REFORMA DEL SISTEMA DE COOPERACIÓN ESPAÑOLA

Casi nadie discute que el mundo de hoy es muy distinto al que conocíamos previo a la pandemia y al que existía cuando se creó el sistema de cooperación internacional. En este tiempo la agenda internacional ha evolucionado y no nos referimos únicamente a la inclusión de temas nuevos, como el cambio climático, o ahora la urgencia de la COVID-19, sino al hecho de que sea cada vez menos sólida, estable, concreta y persistente, para revelarse más líquida e inestable. Este cambio no es ajeno a la incorporación de nuevos actores al sistema de cooperación, que aportan otra mirada al desarrollo, más compleja y heterogénea.

Tenemos un sistema de cooperación que no funciona; pero tal y como anuncio la Ministra de Asuntos Exteriores, hay un Gobierno que se declara con “ambición reformista y sensibilidad social”, rasgos esenciales para afrontar con ambición y rigor la profunda reforma que el sistema de cooperación requiere, rediseñando su arquitectura institucional y dotándolo de los medios y el marco normativo que necesita para operar adecuadamente.

La reforma, aparte del consenso de todos los actores, debe incluir, entre otras cuestiones, una nueva Ley de Cooperación Internacional, una reforma en profundidad de la AECID, una mayor integración de los distintos actores de cooperación y el 0,5% por ciento de la RNB para 2023; es decir, un plan que incluya medidas legislativas, presupuestarias y administrativas.

Previo a todo ello, para que la reforma tenga éxito, es prioritario saber qué alcance se le quiere dar y cuál es el modelo de desarrollo que se quiere, modelo que por el momento no ha sido ni debatido ni consensado. Así pues, toca definir el “para qué” de la reforma. El modelo de cooperación que surja debe responder a los retos que reclama el futuro e inspirarse en criterios de eficacia y calidad entre los que destacamos una dirección política y estratégica fuerte; recursos humanos y capacidades técnicas apropiadas; presupuesto suficiente e instrumentos para una buena ejecución; buena disposición para coordinar e integrar sensibilidades distintas; capacidad para generar impacto y ser innovador.

Centrándonos en la reforma propiamente dicha, compartimos en un porcentaje muy elevado la propuesta que ha elaborado el Grupo de Trabajo de Capacidades y Recursos del Consejo de Cooperación y que titula “Un nuevo sistema de cooperación al desarrollo para hacer realidad la Agenda 2030”. El documento parte de un diagnóstico participado y consensado por la mayoría de los actores que ven en este ejercicio una oportunidad única para devolver a España a la escena internacional.

De todos los aspectos que toca es básico detenernos en lo que podrían ser sus pilares, como es el caso de la AECID, principal institución ejecutora de la cooperación técnica y hoy en el limbo jurídico tras derogarse la Ley de Agencias, que lleva tiempo atenazada por una normativa que constriñe sus posibilidades de gestionar un presupuesto —aunque sea exiguo—, y una estructura organi-

zativa desfasada y poco práctica. Es hora de apostar por dotar a la Agencia del estatus jurídico de una entidad pública con ley propia, lo que sería más adecuado a la especificidad de una institución cuyo principal propósito es la acción internacional para desarrollo.

Importante será también analizar qué encaje tendrá la cooperación descentralizada si se persigue el propósito deseado de que puedan participar de iniciativas conjuntas, compartir liderazgos, conocimientos y experiencias. Más allá de la aportación de recursos e iniciativas que promueve, la cooperación descentralizada apuesta por prioridades y modelos de acción y gestión a veces diferentes a los propios de la cooperación que realiza la Administración General del Estado (AGE), muy apreciadas y bien valoradas por la mayoría de los actores no estatales.

Otro de los pilares del sistema debe ser la cooperación financiera, que reclama una profunda revisión tanto en su propósito como en su modo de operar, excesivamente dispersa y, en consecuencia, desaprovechada. Urge la creación (o refundación) de una institución para la gestión del conjunto de los fondos que hoy operan en campos afines, aun cuando los fondos se mantengan diferenciados de acuerdo con sus objetivos específicos, así como dotarla de los recursos técnicos adecuados para que pueda operar en el ámbito del desarrollo.

Necesario también el regreso al sistema multilateral que tan buenos resultados procuró a España en la época del Presidente Zapatero. Ahora bien, resolviendo las deficiencias observadas en su momento, como la diversidad de instituciones responsables, la falta de coordinación efectiva entre ellas y la ausencia de una visión estratégica concertada a nivel estatal. Es en este espacio, el del multilateralismo, en el que deben proponerse y gestionarse los bienes públicos globales y tratar los grandes temas que preocupan como los derechos humanos, el clima y el medio ambiente, la sostenibilidad de la deuda, la igualdad de género, migraciones o la paz, por poner algunos ejemplos.

En lo financiero, la AOD lleva una década que apenas se acerca al 0,20%, prolongando y acentuando la agonía del sistema de cooperación. Es el momento de que el gobierno de coalición haga valer el compromiso realizado en su pacto de gobierno de destinar al final de legislatura el 0,5% del presupuesto a cooperación. A fecha de hoy, España continúa a la cola de los países donantes con una caída del 70% desde el año 2009 y del 90%, específicamente, en los fondos para AH.

Finalmente comentar la necesidad de revisar todo lo concerniente al capital humano de la cooperación española, claramente infradotada de personal técnico; si bien, el problema no es sólo la cantidad, sino también la adecuada definición del perfil de competencias que se requieren para cada uno de los puestos, sean estos técnicos o directivos. Y habría que añadir la necesidad de acometer las modificaciones legislativas necesarias para garantizar una política de recursos humanos acorde a los tiempos, capaz de retener el capital humano y frenar su fuga.

## LA AGENDA 2030 EN ESPAÑA

El 25 de septiembre de 2015 en la sede de NN. UU., en Nueva York, 193 países, entre los que estaba España, adoptaron un acuerdo multilateral y global, la Agenda 2030, para avanzar hacia un desarrollo sostenible e inclusivo.

La Agenda 2030 recoge una nueva visión del desarrollo, que integra lo económico, lo social y lo medioambiental a través de 17 objetivos de desarrollo sostenible (ODS), 169 metas, 232 indicadores y con una duración establecida de 15 años, hasta el año 2030. La Agenda supone un compromiso que interpela a todos los países, y no sólo a los países más empobrecidos, respondiendo así a la necesidad de diseñar una nueva gobernanza mundial que permita hacer del crecimiento un verdadero desarrollo sostenible inclusivo.

En 2017 España crea el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, cuya reunión inaugural fue el 23 de octubre del mismo año<sup>8</sup>. En junio de 2018 el Consejo de Ministros aprueba el “Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030”<sup>9</sup>, con una participación de todos los Ministerios, y otros actores como CC. AA., EE. LL. y organizaciones sociales. Este Plan recoge los mecanismos de gobernanza que se necesitan desarrollar, así como una descripción de la situación de cada uno de los ODS en España, los actores involucrados y la relevancia de la evaluación y la rendición de cuentas. También desarrolla las denominadas políticas “palanca”, políticas con capacidad de acelerar la implementación de los ODS como vimos en el Informe de 2018.

A principios de 2020 se conforma el gobierno de coalición y se crea la Secretaría de Estado para la Agenda 2030 dependiente del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, con Ione Belarra Urteaga como su primera Secretaria de Estado. Se eleva así el nivel de gobernanza de la Agenda y se trabaja en la elaboración y presentación del Informe de Progreso 2020<sup>10</sup> “Reconstruir lo común. Implementación de la Agenda 2030 en España”. El informe describe los avances y progresos realizados entre 2019 y 2020 en la consecución de los ODS, incluyendo la respuesta que se ha desarrollado para hacer frente a las consecuencias de la COVID-19. Y lo pretende hacer, según sus palabras, mediante una mejor gobernanza, y un enfoque multinivel y multiactor.

El Informe de Progreso 2020 presenta los avances que se han producido en las nueve políticas palanca propuestas, que se corresponden con políticas prioritarias que han desempeñado un papel muy relevante a la hora de canalizar los esfuerzos hacia el avance de la Agenda 2030. Una de estas políticas es la de

8. [http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/NotasDePrensa/Paginas/2017\\_NOTAS\\_P/20171023\\_NOTA132.aspx](http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/NotasDePrensa/Paginas/2017_NOTAS_P/20171023_NOTA132.aspx)

9. <http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/PLAN%20DE%20ACCION%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACION%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf>

10. [https://www.agenda2030.gob.es/recursos/docs/Informe\\_de\\_Progreso\\_2020\\_Reconstruir\\_lo\\_Comun\\_.pdf](https://www.agenda2030.gob.es/recursos/docs/Informe_de_Progreso_2020_Reconstruir_lo_Comun_.pdf)

Cooperación al Desarrollo, que incluye la mención a los esfuerzos realizados desde España en la lucha frente a la COVID-19, tanto a nivel gubernamental como de otras instituciones públicas descentralizadas y de la sociedad civil, así como la elaboración de la “Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación Española a la Crisis de la COVID-19”, como marco de actuación y de apoyo a los países socios, en diferentes líneas, bajo la premisa de “no dejar a nadie atrás”:

- Fortalecer la sanidad pública para salvar vidas (ODS 3, ODS 17) a través del refuerzo de los recursos para el sistema sanitario y la investigación médica en un esfuerzo coordinado de los niveles de Gobierno central y autonómico. Incluye la coordinación de la respuesta sanitaria en el marco de la UE.
- Mantenimiento del empleo y protección a las personas trabajadoras (ODS 8, ODS 5, ODS 1, ODS 10).
- Apoyar el tejido productivo (ODS 8 y ODS 9), a través de líneas de avales del Instituto de Crédito Oficial (ICO).
- Construir un escudo social para el ejercicio de derechos (ODS 1, ODS 2, ODS 4, ODS 5, ODS 6, ODS 7, ODS 10, ODS 11, ODS 16, ODS 17) mediante diversas medidas, como la puesta en marcha del ingreso mínimo vital, una moratoria en el pago de las hipotecas, la inclusión de un Plan de Contingencia contra la violencia de género ante la crisis de la COVID-19, medidas en el ámbito educativo, etc.
- Protección de las personas extranjeras no comunitarias, mediante la Orden SND/421/2020 (las autorizaciones de estas personas fueron prorrogadas automáticamente con el fin de aportar la debida seguridad jurídica).
- Medidas para garantizar la liquidez y el aumento de los recursos de las AA. PP.
- Ayudar a salvar vidas también fuera de nuestras fronteras (ODS 17), donde España se ha sumado al grupo líder de la alianza internacional de Aceleración del Acceso a Herramientas para la COVID-19 “ACT-Accelerator”, contribuyendo con 75 millones de euros a la Coalition for Epidemic Preparedness Innovations (CEPI), para el desarrollo de la vacuna y con 50 millones de euros a GAVI (la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización) para su distribución universal, una vez esté disponible.

Se trata de un buen punto de partida, que deberá ser evaluado en un futuro inmediato para contrastar si esas medidas han sido suficientes, si se han desarrollado adecuadamente, de qué forma se están estableciendo canales de diálogo para que estas medidas y su implementación sean una respuesta consensuada de todos los actores del país, y no solamente del Gobierno.

En materia de cooperación destacan tres ámbitos de actuación:

1. Articulación de una política multilateral para el desarrollo sostenible reforzada, coherente y eficaz.
2. Dar un impulso al ODS 17, promoviendo el refuerzo de las alianzas tanto internas como externas.

3. Mejorar la coherencia de políticas, participando en la “Recomendación del Consejo sobre Coherencia de las Políticas para el Desarrollo Sostenible de la OCDE”; en recomendaciones sobre la coherencia entre las políticas de apoyo a la internacionalización empresarial y de cooperación para el desarrollo en el marco del proceso del “Plan de Acción Nacional de Empresas y Derechos Humanos”; y la incorporación de una nueva métrica a partir de 2020 para contabilizar todos los flujos a nivel internacional que contribuyen al desarrollo sostenible, el denominado “Total Official Support for Sustainable Development” (TOSSD).
4. Propone también unas reformas institucionales y normativas que están previstas en 2021, fortaleciendo la AECID, buscando también una mayor integración del sistema institucional de la Cooperación Española y la aprobación de una nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo Global Sostenible, que busque el cumplimiento del 0,5% para cooperación en 2023. Unas cifras que deberían de cambiar enormemente las dinámicas que se están produciendo en los últimos años, logrando destinar para cooperación en cuatro años más del doble de lo que se destinó en 2019.

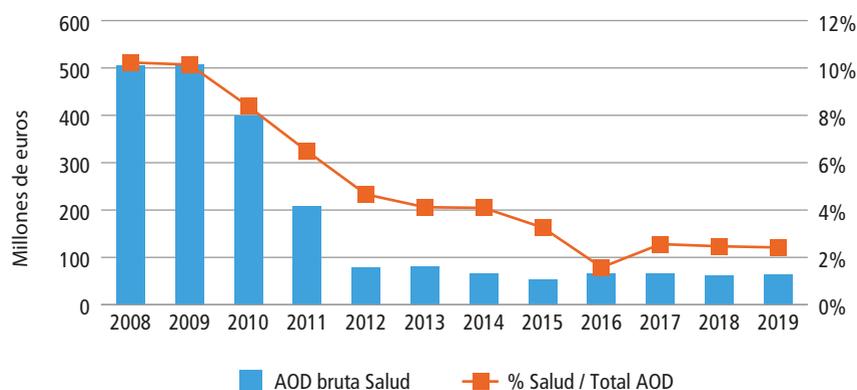
## 3. AOD EN SALUD EN 2019

### 3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2019

De los 2.661.018.461 de euros destinados a AOD en 2019, solamente se destinaron a salud 63.640.458 euros, 2,3 millones más que en 2018, lo que supone un incremento del 3,7%. A pesar de este aumento, la AOD destinada a salud apenas alcanza el 2,39%, muy lejos del 12,91% de media que los países del CAD invierten en salud. Esto significaría que, para acercarnos a la media de nuestros países vecinos, deberíamos quintuplicar el porcentaje que destinamos a salud.

Si se analiza la tendencia, vemos que no se trata de un problema coyuntural, sino estructural, como se desprende del gráfico 3.3. En 2008 lo consignado a salud por la Cooperación Española superaba el 10% de la AOD; en 2010 apenas alcanza el 8%; y en los últimos años apenas supera el 2%. Si se hubiera destinado a salud en 2019 el 10% de la AOD, se hubieran destinado 263 millones de euros a cooperación sanitaria. Si lo destinado a salud se aproximara al porcentaje medio de los países del CAD, esta cifra se incrementaría hasta alcanzar los 340 millones de euros, un 81% más de lo destinado en 2019.

**GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2019**



Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

Para conocer realmente cuál es la importancia del sector de la salud en el conjunto de la AOD es necesario compararlo con el resto de los sectores. Este ejercicio lo hacemos mediante el análisis de la ayuda bilateral distributable, que es aquella en la que el donante decide el destino de los fondos, y por lo tanto, expresa mejor la voluntad del donante respecto a su distribución sectorial. En este análisis debemos tener en cuenta que la AOD distributable ha disminuido enormemente en los últimos años, tanto en sus cifras absolutas como en su peso en el total de la ayuda española. En 2009 representaba el 50% del total de la AOD; en 2019 su peso se reduce al 17%. Desde 2014 no supera el 20% y muestra el escaso margen de maniobra que tiene la cooperación sanitaria española para determinar sus prioridades.

La tabla 3.1 muestra cómo en los últimos años, y 2019 no es una excepción, la salud está entre los 5 sectores que más financiación recibe bilateralmente. En 2019, la salud baja del 10,85% al 9,59%, y sin embargo, pasa del quinto al cuarto puesto por la enorme bajada que sufre el sector del agua y saneamiento, sector que tiene muchas implicaciones con la salud y que baja del 11,3% al 4,3%. El sector más financiado a través de esta vía sigue siendo el de gobernabilidad (28,51%), pero este año seguido del multisectorial, con 25,81%. Educación (11,01%) precede al sector salud, que a su vez está por encima de agricultura y ganadería (8,05%). En este análisis se debe tener en cuenta que el sector 430 multisectorial no aparece desagregado por sectores, por lo que puede afectar al peso que tiene realmente en la Cooperación Española cada sector.

Es importante también conocer qué actores conforman la cooperación sanitaria. En la tabla 3.2 se muestra la desagregación por canales y actores de la AOD en salud. El primer hecho que debemos destacar, y que marca una gran diferencia con respec-

**TABLA 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DISTRIBUIBLE POR SECTORES, 2015-2019**

Sectores CAD	2015		2016		2017		2018		2019	
	Monto €	%								
110 Educación	34.292.990	10,99%	44.263.217	14,85%	44.435.638	10,35%	50.752.583	12,57%	49.785.793	11,01%
120+130 Salud	34.592.476	11,08%	44.260.690	14,85%	47.054.258	10,96%	43.791.501	10,85%	43.334.935	9,59%
140 Agua y saneamiento	21.970.847	7,04%	20.717.189	6,95%	17.078.993	3,98%	45.613.481	11,30%	19.422.577	4,30%
150 Gobernabilidad y sociedad civil	87.966.674	28,19%	71.996.627	24,15%	109.457.313	25,49%	113.244.812	28,05%	128.871.451	28,51%
160 Otros servicios e infraest. sociales	32.538.167	10,43%	23.356.421	7,84%	25.255.759	5,88%	22.406.133	5,55%	21.704.928	4,80%
210 Transporte y almacenamiento	665.111	0,21%	1.033.053	0,35%	8.651.336	2,02%	6.687.180	1,66%	4.692.388	1,04%
220 Comunicaciones	249.843	0,08%	108.891	0,04%	834.013	0,19%	593.566	0,15%	426.859	0,09%
230 Generación y suministro de energía	8.997.355	2,88%	8.189.671	2,75%	8.634.661	2,01%	5.182.468	1,28%	2.776.850	0,61%
240 Servicios financieros	1.931.058	0,62%	7.158.380	2,40%	10.186.820	2,37%	3.565.661	0,88%	12.386.133	2,74%
250 Empresas y otros servicios	558.867	0,18%	849.182	0,28%	1.607.323	0,37%	2.102.625	0,52%	1.975.792	0,44%
311 Agricultura y ganadería	41.629.458	13,34%	43.545.589	14,61%	42.882.604	9,99%	34.319.467	8,50%	36.374.457	8,05%
312 Bosques	732.287	0,23%	254.662	0,09%	584.065	0,14%	479.367	0,12%	1.095.297	0,24%
313 Pesca	1.954.282	0,63%	1.815.662	0,61%	1.492.479	0,35%	1.068.646	0,26%	1.109.464	0,25%
321 Industria	3.661.189	1,17%	3.292.723	1,10%	4.248.008	0,99%	4.445.376	1,10%	3.524.072	0,78%
322 Minería y recursos minerales	11.829	0,00%	19.220	0,01%	19.772	0,00%	6.400	0,00%	9.154	0,00%
323 Construcción	205.465	0,07%	27.265	0,01%	17.871	0,00%	25.512	0,01%	149.450	0,03%
331 Políticas y regulaciones comerciales	870.822	0,28%	1.188.567	0,40%	694.306	0,16%	975.472	0,24%	811.481	0,18%
332 Turismo	5.886.759	1,89%	2.822.740	0,95%	6.567.601	1,53%	7.389.458	1,83%	6.111.745	1,35%
410 Medioambiente	33.351.074	10,69%	23.103.152	7,75%	99.333.189	23,14%	60.376.793	14,95%	116.678.843	25,81%
430 Multisectorial	312.066.551	100%	298.068.023	100%	429.342.700	100%	403.760.528	100%	451.993.334	100%
Total AOD bilateral distributable	687.206.258		2.520.928.561		895.495.165		887.183.137		938.194.799	
Total AOD bilateral	1.626.718.815		4.150.718.999		2.560.259.016		2.483.376.674		2.659.878.746	

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

to a 2018, es que en 2019 no hay diferencia entre la AOD neta y la AOD bruta. Esto significa que en 2019 no se han producido reembolsos en salud derivados de préstamos anteriores. En 2018 los reembolsos ascendieron a 41 millones, por lo que la aportación neta apenas alcanzó los 20 millones.

En 2019 el 64,1% de los fondos son canalizados a través de la ayuda bilateral, 2,6 puntos porcentuales menos que en 2018. La ayuda multilateral se mantiene prácticamente estable, reduciéndose apenas un 0,64% para situarse en el 4%. La ayuda multilateral absorbe estas reducciones y crece hasta alcanzar el 31,9% del total. Importante destacar que España sigue creciendo en las denominadas “contribuciones voluntarias”; éstas suben 3 puntos porcentuales situándose en el 14% de toda la ayuda multilateral. El resto de la ayuda multilateral, 20,3 millones de euros, se destina a las contribuciones obligatorias que tiene España con organismos internacionales. Este crecimiento de apenas 2,8 millones de euros es claramente insuficiente para ganar influencia en los organismos multilaterales y en la definición de las políticas globales en salud.

Como ya es tradicional en España, el financiador que más aporta a la cooperación sanitaria sigue siendo el MAEUEC, con una cifra muy similar a 2018. Concretamente destina 33,9 millones de euros si sumamos todos los mecanismos de financiación: multilateral, multilateral y bilateral. Esta cifra supone un 53,3% del total de la ayuda destinada al sector salud en 2019, 2,4% menos que en 2018. Las CC. AA. son el segundo financiador más importante con una aportación de 24,8 millones de euros, el 39% de toda la ayuda en salud, e incrementando su peso respecto a 2018 en 3,2 puntos porcentuales. En tercer lugar, aparecen las EE. LL. con 3,3 millones de euros, el 5,3% del total. Entre los tres suman el 97,6% de toda la ayuda sanitaria española, lo que cuestiona el rol que juegan otros actores como el Ministerio de Sanidad, que tiene la representación en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluyendo la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que, con 646.000 euros, tiene una aportación residual del 1% de la AOD sanitaria española, apenas 82 mil euros más que las universidades. Por otro lado, al no producirse reembolsos en salud en 2019, desaparece del mapa de instituciones financieras el Ministerio de Industria, Comercio y Turismo, manteniéndose el Ministerio de Defensa con una aportación de 322.391 euros.

En un marco como el de los ODS, cuya transversalidad afecta a múltiples actores, el papel del Ministerio de Salud en la cooperación sanitaria no debería ser tan débil. Y no solamente en el aspecto de financiación, sino especialmente en cuestiones de gobernanza y en aspectos técnicos y de conocimiento para promover, por ejemplo, sistemas de salud equitativos y accesibles donde la atención primaria juegue un papel esencial.

La pandemia ha descubierto que nuestro sistema público de salud debe mejorar si pretende, como es de esperar, asegurar la cobertura sanitaria universal (CSU). A pesar del margen de mejora, España puede ofrecer experiencias exitosas y positivas en el trabajo en salud que pueden servir, analizando realidades concretas, a otros países. Las principales debilidades evidenciadas en el sistema público de salud por la actual pandemia, que tienen que ver con la ausencia de un plan de preparación ante desastres, la insuficiencia de recursos tanto económicos como humanos o su débil conexión con otros sectores, no le invalida como un sistema de los más eficaces y equitativos del planeta.

TABLA 3.2. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD, 2019

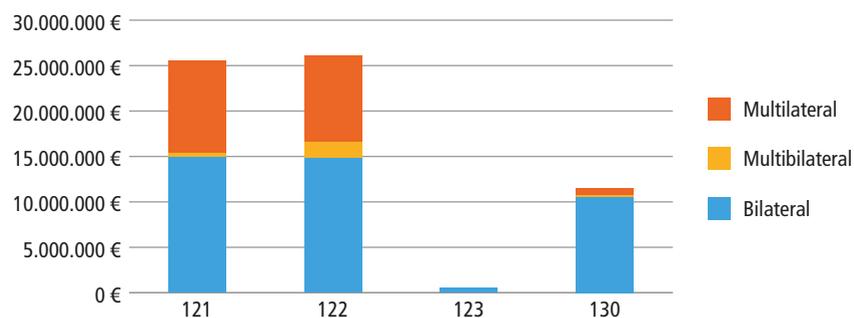
Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €	
<b>Total AOD salud Bruta: 63.640.458 € 100%</b>  <b>Neta: 63.640.458 €</b>	AOD bilateral Bruta: 40.790.380 € 64,1 %  Neta: 40.790.380 €	No reembolsable 40.790.380 €	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y Cooperación	14.467.584	
			Ministerio de Defensa	322.391	
			Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social	146.652	
			CC. AA.	21.914.183	
			EE. LL.	3.376.139	
			Universidades	563.431	
		Reembolsable 0 €		0	
	AOD multilateral 2.544.554 € 4 %			Ministerio Asuntos Exteriores, UE y Cooperación	1.144.554
				Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social	500.000
				CCAA	900.000
AOD multilateral 20.305.524 € 31,9% Contribuciones obligatorias: 17.471.383 € Contribuciones voluntarias: 2.834.141 €			Ministerio Asuntos Exteriores, UE y Cooperación	18.321.383	
			CC. AA.	1.984.141	

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2019 publicados por DGPOLDES

Si analizamos la distribución de la cooperación sanitaria en base a los cuatro subsectores determinados para salud —salud general, salud básica, salud reproductiva y ENT—, podemos observar que el canal bilateral es el preferido para aplicar fondos a los cuatro subsectores, monopolizando lo destinado al subsector de ENT (123). En

el caso de la salud sexual y reproductiva (SSyR, 130), la ayuda bilateral representa el 92%, para salud general (121) y para salud básica (122) el porcentaje se sitúa en el 58% y 57% respectivamente. La ayuda multilateral aparece de forma relevante tanto en la salud general como en la básica con un 39,5% y un 36,3%, respectivamente. La ayuda multilateral tiene una presencia reducida, en salud básica supone solamente un 6,9% del total, en salud general un 2,1% y en SSyR un 1,7%.

**GRÁFICO 3.4. DISTRIBUCIÓN AOD SALUD SECTORIAL POR CANALES, 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIE

En 2019 la ayuda multilateral rompe la tendencia a la baja de los dos años anteriores y aumenta en 2.724.916 euros, hasta situarse en 20.305.524 euros, un incremento del 15,4% respecto a 2018. Desde 2013 no se destinaban más de 20 millones de euros multilateralmente. Este aumento, aunque pequeño, debería simbolizar el comienzo de una tendencia que llevara a incrementar progresivamente la cooperación multilateral, dentro de un crecimiento generalizado de la cooperación sanitaria. En 2010 se destinaron 211 millones de euros a salud por la vía multilateral.

La ayuda multilateral del MAEUEC se centra exclusivamente en financiar a tres agentes. El principal receptor de este tipo de ayuda es el Fondo Financiero Internacional para la Inmunización —IFFIm<sup>11</sup> en sus siglas en inglés—, con 9,4 millones de euros, la misma cifra que está recibiendo desde 2016. La OMS recibe 8,3 millones de euros, aumentando en 2,2 millones lo recibido en 2018, lejos aún de los 23,3 millones entregados en 2009. Finalmente, el Fondo de Población de las NN. UU. —FNUAP— vuelve a recibir una pequeña aportación de 500.000 euros. La ayuda multilateral a salud se completa con la aportación de 1.658.674 euros hecha por las CC. AA. a la OMS.

En los próximos años, y debido a la búsqueda de soluciones conjuntas para luchar contra la pandemia de la COVID-19 y futuras pandemias, sería recomendable que la ayuda multilateral en salud creciera de forma importante. Hay muchas iniciativas multilaterales, muy diferentes entre sí, y convendría analizar qué apuesta realiza la Cooperación Española, para lo que sería conveniente definir los principios que deben guiar la decisión.

En cuestiones de gobernanza en salud global, la Cooperación Española debe apostar por una OMS renovada; es decir, una OMS con un liderazgo fuerte y creíble en salud global, que promueva la atención primaria, que defienda la salud pública frente a las acciones potencialmente dañinas que otras entidades llevan a cabo, como en el campo del acceso a medicamentos esenciales y los derechos de propiedad intelectual; con procesos claros y coherentes de interacción transversal entre sus departamentos relevantes en temas específicos; con rigurosa transparencia en los procesos, con capacidad para capturar el compromiso de los Estados miembros con la salud pública, y de reconocer y aceptar el valor de interés público de las organizaciones de la sociedad civil.

El presupuesto total previsto de la OMS para el bienio 2020-2021 se reduce a 3.378 millones de dólares<sup>12</sup>, 1.000 millones menos que en el bienio 2018-2019, sin contar con el efecto que la pandemia puede ocasionar. Si España mantiene el presupuesto de 2019, su aportación sería únicamente el 0,27%, cifra que nos parece insuficiente para fortalecer la OMS y poder influir en las grandes decisiones sobre la salud mundial que se deberán tomar en el futuro más próximo.

11. The International Finance Facility for Immunization.

12. <https://www.who.int/about/finances-accountability/budget/WHOPB-PRP-19.pdf?ua=1>

TABLA 3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR, 2016-2019, EN EUROS

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2016	2017	2018	2019
<b>MAEUEC</b>	<b>NACIONES UNIDAS</b>	<b>9.299.855 €</b>	<b>9.054.318 €</b>	<b>6.171.762 €</b>	<b>8.846.383 €</b>
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo AgrícolaFIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola				
	FNUAP - Fondo de Población de NNUUFNUAP - Fondo de Población de NNUUFNUAP - Fondo de Población de NNUU				500.000 €
	OMS - Organización Mundial de la SaludOMS - Organización Mundial de la SaludOMS - Organización Mundial de la Salud	9.299.855 €	9.054.318 €	6.171.762 €	8.346.383 €
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDAONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDAONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA				
	PNUD - Programa de NNUU para el DesarrolloPNUD - Programa de NNUU para el DesarrolloPNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo				
	UNICEF - Fondo de NNUU para la InfanciaUNICEF - Fondo de NNUU para la InfanciaUNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia				
	WFP - Programa Mundial de AlimentosWFP - Programa Mundial de AlimentosWFP - Programa Mundial de Alimentos				
	UNRWA				
	<b>OTROS ORGANISMOS</b>	<b>9.475.000 €</b>	<b>9.475.000 €</b>	<b>9.475.000 €</b>	<b>9.475.000 €</b>
	AIM - Alianza Internacional de MicrobicidasAIM - Alianza Internacional de MicrobicidasAIM - Alianza Internacional de Microbicidas				
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosisGFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosisGFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis				
	IAVI - Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDAIAVI - Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDAIAVI - Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA				
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la InmunizaciónIFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la InmunizaciónIFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000 €	9.475.000 €	9.475.000 €	9.475.000 €
	IPPF - Federación Internacional de Planificación FamiliarIPPF - Federación Internacional de Planificación FamiliarIPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar				
	OIM - Organización Internacional de las MigracionesOIM - Organización Internacional de las MigracionesOIM - Organización Internacional de las Migraciones				

	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de MedicamentosUNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos				
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e InmunizaciónGAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización				
	<b>SUBTOTAL MAEC</b>	<b>18.774.855 €</b>	<b>18.529.318 €</b>	<b>15.646.762 €</b>	<b>18.321.383 €</b>
<b>MEH</b>	<b>INSTITUCIONES FINANCIERAS</b>				
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco MundialBM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial				
	BAfD - Banco Africano de DesarrolloBAfD - Banco Africano de Desarrollo				
	BASD - Banco Asiático de DesarrolloBASD - Banco Asiático de Desarrollo				
	<b>UNION EUROPEA</b>				
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrolloComisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo				
	FED - Fondo Europeo de DesarrolloFED - Fondo Europeo de Desarrollo				
	<b>SUBTOTAL MEH</b>				
<b>MSSSI</b>	OMS - Organización Mundial de la SaludOMS - Organización Mundial de la Salud				
	SUBTOTAL MSPSI				
<b>CC.AA.</b>	OMS - Organización Mundial de la Salud	485.678 €		1.658.846 €	1.658.674 €
	ACNUR			75.000 €	125.467 €
	UNRWA			200.000 €	
	UNRISD				200.000 €
	<b>SUBTOTAL CC.AA</b>	<b>485.678 €</b>		<b>1.933.846 €</b>	<b>1.984.141 €</b>
<b>TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD</b>		19.260.533 €	18.529.318 €	17.580.608 €	20.305.524 €

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

**TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR, 2014-2019**

ORGANISMOS RECEPTORES	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>GFATM</b>						
<b>FNUAP</b>	1.500.000 €	200.000 €	500.000 €	100.000 €	600.000 €	200.000 €
<b>OPS</b>			250.000 €	300.000 €	297.000 €	300.000 €
<b>UNICEF</b>	2.809.000 €	2.100.000 €		50.000 €		900.000 €
<b>DNDi</b>						
<b>MMV - Medecines for Malaria Venture</b>						
<b>UNRWA</b>	24.000 €	900.000 €	100.000 €	758.000 €	650.000 €	
<b>OMS</b>	1.000.000 €	1.500.000 €	810.500 €	2.441.420 €	1.000.000 €	644.554 €
<b>OIEA</b>						
<b>PNUD</b>						
<b>CEDEAO</b>						
<b>ONUSIDA</b>						
<b>Banco Mundial</b>						
<b>OEA - Organización de Estados Americanos</b>		180.000 €				
<b>ACNUR</b>						
<b>ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito</b>	100.000 €	170.000 €				500.000 €
<b>OEI - Organización de Estados Iberoamericanos</b>						
<b>UE</b>						
<b>Programa de Voluntarios de Naciones Unidas</b>						
<b>BID</b>						
<b>SEGIB</b>						
<b>MSF</b>						
<b>FAO</b>	250.000 €		200.000 €		300.000 €	
<b>SICA</b>				200.000 €		
<b>UNITAID</b>				500.000 €		
<b>TOTAL</b>	<b>5.683.000 €</b>	<b>5.050.000 €</b>	<b>1.860.500 €</b>	<b>4.349.420 €</b>	<b>2.847.000 €</b>	<b>2.544.554 €</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

La ayuda multilateral, al igual que en 2018, vuelve a descender, quedándose en 2,5 millones de euros, cifra muy alejada de los 32 millones destinados en 2010 y de los 197 millones de 2009, cuando se apostaba muy fuerte por el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM, por sus siglas en inglés). Respecto a 2018 supone un descenso de un 10,7%, que se produce tanto en la partida destinada al FNUAP como a la OMS, y, sobre todo, a la desaparición de los apoyos que se dieron en 2018 tanto a la Agencia de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo (UNRWA), de 650.000 euros, como a la FAO, de 300.000 euros. En 2019 el primer receptor de este tipo de ayuda es UNICEF con 900.000 euros, y debemos destacar también la aportación a la Oficina de las NN. UU. contra la Droga y el Delito (ONDUC), con 500.000. Esta 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.

### 3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud

Este es el segundo año que se incorporan ENT como subsector del CAD referido a salud, pero como ya pasaba en 2018, la aportación española en la lucha contra estas enfermedades es residual; en concreto, supone solamente el 0,81% de total de la ayuda sanitaria, y aunque es verdad que crece respecto a 2018, sigue sin estar realmente presente en las políticas de cooperación sanitaria, a pesar de ser un problema de salud fundamental, tal y como se ha visto en el capítulo 1 de este Informe.

Con respecto a los otros tres sectores tradicionales, si bien se mantienen las tendencias de los últimos años, las diferencias entre salud básica y salud general se acortan mucho. La salud básica es el sector más financiado, con un 40,99%, pero la salud general tiene prácticamente el mismo peso, un 40,22%. Más lejos se encuentra la SSyR, que alcanza el 17,99%, creciendo 0,5 puntos respecto a 2018.

Tampoco hay grandes variaciones en cuanto a la relevancia de los componentes CRS dentro de cada subsector respecto a 2018. En el subsector "salud general" sigue destacando el componente de política sanitaria y gestión administrativa (código CRS 12110), al que se destinó el 27,10% del total de la AOD en salud, subiendo los 7 puntos que bajó en 2018 y recuperando el primer puesto en cuanto al componente CRS más financiado en el conjunto de la salud. Las partidas destinadas a investigación médica (código CRS 12182) mantienen su porcentaje, un 8,07% del total de la ayuda en salud, por el 8,45% de 2018. Los servicios médicos (código CRS 12191) alcanzan el 4%, 0,2 puntos porcentuales menos que el año anterior y la enseñanza y

formación médicas (código CRS 12181) se queda en un 1,03% del total de la AOD sanitaria española.

En el subsector de salud básica volvemos a destacar la financiación de la atención sanitaria básica (código CRS 12220), que desciende un puesto y se coloca como el segundo componente CRS que más dinero recibe en el conjunto de la salud, con un 21,96%. La nutrición básica (código CRS 12240) es el segundo componente en importancia dentro de la salud básica y alcanza el 11,17% del total de la AOD sanitaria. Ninguno del resto de componentes alcanza el 5%, pero queremos destacar al componente de control de enfermedades infecciosas (código CRS 12250), que aunque en 2017 fue el más financiado, en 2019 mantiene la tendencia de 2018 de tener una aportación residual en el conjunto de la cooperación sanitaria española, suponiendo el 1,85% del total. Es de esperar que en 2020 este componente tenga un mayor peso, no solamente en la cooperación española, sino en el conjunto de donantes.

En cuanto a la SSyR sigue siendo la atención en salud reproductiva el único subsector con un cierto peso en la Cooperación Española, con un 14,46%, lo que la mantiene, al igual que en los últimos años, como el tercer componente más financiado en el conjunto de la salud. El resto de los componentes de este sector (planificación familiar, la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, donde se incluye el VIH/SIDA, políticas de población y formación de personal en salud reproductiva) tienen una financiación residual, de menos del 1% cada uno de ellos.

Es positivo que la Cooperación Española concentre sus esfuerzos en unos pocos componentes para buscar una mayor eficacia, impacto y previsibilidad debido a su reducido presupuesto en salud. Pero el crecimiento que se debería dar en la cooperación sanitaria tiene que plantear no solamente mantener un peso en componentes prioritarios, sino analizar qué otros componentes, que ahora son menores en sus prioridades, deberían de aumentar su importancia para ayudar a cumplir el ODS 3.

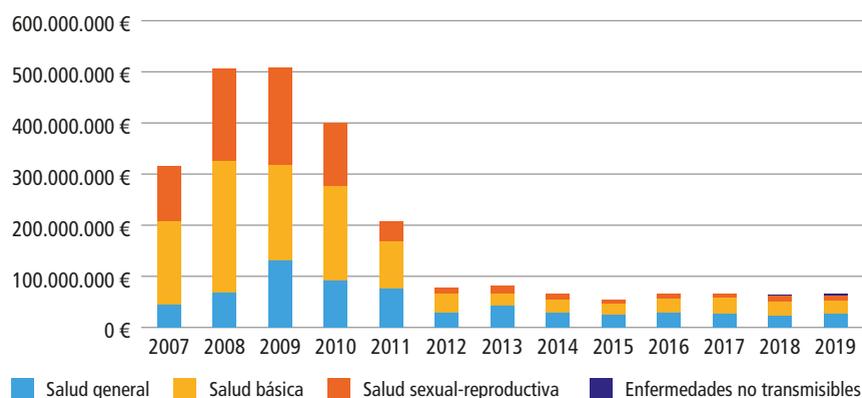
**TABLA 3.5. DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD POR CANALES Y SUBSECTORES CAD/CRS, 2019**

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
<b>121</b>	<b>14.910.555 €</b>	<b>550.000 €</b>	<b>10.130.524 €</b>	<b>25.591.079 €</b>	<b>40,21%</b>
12110	6.615.076 €	500.000 €	10.130.524 €	17.245.600 €	27,10%
12181	653.504 €			653.504 €	1,03%
12182	5.087.950 €	50.000 €		5.137.950 €	8,07%
12191	2.547.879 €			2.547.879 €	4,00%
12196	6.146 €			6.146 €	
<b>122</b>	<b>14.814.520 €</b>	<b>1.794.554 €</b>	<b>9.475.000 €</b>	<b>26.084.074 €</b>	<b>40,99%</b>
12220	4.188.901 €	314.010 €	9.475.000 €	13.977.911 €	21,96%
12230	2.149.234 €			2.149.234 €	3,38%
12240	7.105.989 €			7.105.989 €	11,17%
12250	226.260 €	950.000 €		1.176.260 €	1,85%
12261	404.066 €			404.066 €	0,63%
12262	0 €	488.045 €		488.045 €	0,77%
12263	0 €	42.500 €		42.500 €	0,07%
12281	740.070 €			740.070 €	1,16%
<b>123</b>	<b>517.976 €</b>	<b>0 €</b>	<b>0 €</b>	<b>517.976 €</b>	
12310	40.989 €			40.989 €	
12330	138.267 €			138.267 €	
12340	72.992 €			72.992 €	
12350	265.728 €			265.728 €	
12382				0 €	
<b>130</b>	<b>10.547.329 €</b>	<b>200.000 €</b>	<b>700.000 €</b>	<b>11.447.329 €</b>	<b>17,99%</b>
13010	317.037 €			317.037 €	0,50%
13020	9.001.052 €		200.000 €	9.201.052 €	14,46%
13030	259.961 €	200.000 €	500.000 €	959.961 €	1,51%
13040	447.318 €			447.318 €	0,70%
13081	515.212 €			515.212 €	0,81%
13096	6.750 €			6.750 €	
<b>TOTAL</b>	<b>40.790.380 €</b>	<b>2.544.554 €</b>	<b>20.305.524 €</b>	<b>63.640.458 €</b>	<b>100%</b>

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

El gráfico 3.5. nos muestra la evolución a lo largo de los últimos 13 años de los subsectores de la AOD. A primera vista se puede observar el radical recorte de presupuesto que han sufrido todos los subsectores del CAD desde 2010 y la insuficiente recuperación de los últimos años para revertir esta tendencia. Esta reducción es especialmente más importante en la SSyR, que pasó de ser el segundo componente más financiado —cuando la Cooperación Española destinaba muchos más recursos a salud, entre 2007 y 2010—, a ser con diferencia el que menos recursos recibe, exceptuando a las ENT, que, como ya hemos comentado, es un subsector nuevo y escasamente financiado. En apenas diez años esta reducción ha supuesto que se destinen, en 2019, 16 veces menos recursos a la SSyR que en 2009. En el mismo periodo de tiempo los presupuestos para la salud básica son 7 veces menos y para la salud general 5 veces menos.

**GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2019**



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPODES

### 3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud

Como en anteriores ediciones, al analizar la distribución geográfica de la cooperación sanitaria, debemos de advertir que la gran cantidad de AOD en salud que no tiene asignación geográfica puede distorsionar el análisis final. En 2019 esta cifra alcanza el 40,43%, que si bien baja dos puntos respecto a 2018, sigue siendo muy elevada.

En 2019 la ayuda en salud canalizada hacia África aumenta en más de 5 millones de euros y su peso asciende hasta el 35% del total de la ayuda, creciendo 7 puntos porcentuales respecto a 2018. La partida destinada a África Subsahariana es la que más crece, 3,2 millones de euros más, y continúa siendo el área geográfica específica más financiada en salud. El Norte de África también crece, 1,9 millones de euros, un 24% más que en 2018. Destacar que la pequeña cantidad que no está especificada, 33.391 euros, tienen como destinatarias a entidades locales, y parecen más errores en el registro que un presupuesto no especificado en iniciativas multipaís que, con esas cantidades, no tendría mucho sentido.

América disminuye en 1,3 millones de euros su AOD sanitaria y es especialmente América del Sur la que absorbe la mayor parte de esta reducción. El descenso de casi 250.000 euros para América Central y Caribe se ve equilibrado con el incremento en la partida de “No especificado” en la región, que aumenta 279.000 euros. América Central sigue siendo la mayor receptora americana de cooperación sanitaria española, con algo más de 7,2 millones de euros.

Como América, Asia también disminuye su presupuesto en salud, hasta alcanzar los 262.931 euros, lo que supone un descenso de más de 450.000 euros. Esta tendencia a la baja, que también se dio en el año anterior, hace que en 2019 la cooperación sanitaria destinada a Asia disminuyera un 63%. Es el Sur de Asia el que recibe casi toda la ayuda sanitaria española en la región asiática, salvo 9.000 euros que se destinan a Asia Oriental. En 2019, Oriente Medio disminuye su presupuesto en AOD en salud en casi 600.000 euros. Destacar además que Europa desaparece completamente como destino de recursos de este sector.

Parece que hay una cierta estabilidad en cuanto a las prioridades geográficas españolas, si bien no sabemos si se debe a una planificación ordenada, y a medio y largo plazo de su cooperación en salud. En cualquier caso, consideramos muy positivo el hecho de que la región de África Subsahariana, que es donde mayores problemas de salud existen, sea el primer destino de la Cooperación Española sanitaria.

En el V Plan Director de la Cooperación Española 2018-2021 se definieron 21 países prioritarios para la acción de la Cooperación Española, que serían los que más peso deberían tener en la cooperación sanitaria, aparte de la ayuda no especificada geográficamente, que, como hemos visto, tienen un gran peso en este sector, más del 41%.

TABLA 3.6. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD, 2019

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2019	%
<b>ÁFRICA</b>	<b>22.482.533 €</b>	<b>35,33%</b>
Norte de África	3.420.690 €	
África Subsahariana	19.027.892 €	
No especificado	33.951 €	
<b>AMÉRICA</b>	<b>12.518.746 €</b>	<b>19,67%</b>
América Central y Caribe	7.255.995 €	
América del Sur	4.586.573 €	
No especificado	676.178 €	
<b>ASIA</b>	<b>262.931 €</b>	<b>0,41%</b>
Asia Oriental	9.480 €	
Asia Central	0 €	
Sur de Asia	253.452 €	
No especificado		
<b>OCEANÍA</b>		<b>0,00%</b>
<b>ORIENTE MEDIO</b>	<b>2.648.586 €</b>	<b>4,16%</b>
<b>EUROPA</b>		<b>0,00%</b>
<b>PVD No Esp.</b>	<b>25.727.662 €</b>	<b>40,43%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>63.640.458 €</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

En 2019, el 78,3% del total de ayuda sanitaria especificada geográficamente se ha destinado al conjunto de los países prioritarios, donde unimos a los países asociación y los países de cooperación avanzada. Este porcentaje disminuye más de 7 puntos respecto a 2018, que son asimilados en el conjunto de países que no son prioritarios para la Cooperación Española, y que suponen más de una quinta parte del total. Este aumento puede ser debido al incremento del peso de la salud descentralizada y, por lo tanto, a sus prioridades. Si ésta fuera la causa, sería necesario, como se viene indicando reiteradamente en ediciones previas de este Informe, que unos actores como las CC. AA. y las EE. LL. —que suponen el 44% del total de la ayuda sanitaria española—, tuvieran una mayor involucración a la hora de determinar las prioridades de la Cooperación Española y así mejorar su coherencia.

TABLA 3.7. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD EN FUNCIÓN DE LAS PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL V PLAN DIRECTOR, 2019

PRIORIDADES V PLAN DIRECTOR	AOD SALUD 2019	%
<b>Países de asociación</b>	27.701.956 €	74,83%
<b>Países de cooperación avanzada</b>	1.279.112 €	3,46%
<b>Otros países</b>	8.036.602 €	21,71%
<b>TOTAL Especificada</b>	37.017.669 €	100%
<b>No Especificada</b>	26.622.789 €	

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

En el análisis según los niveles de renta de los países receptores, se observa que, en 2019, del presupuesto asignado geográficamente, más del 27,5% se destina a países menos avanzados (PMA), un aumento de 1,8% respecto al año anterior. Concretamente, suponen 1,7 millones más que en 2018 y mantienen por segundo año consecutivo una tendencia al crecimiento, rompiendo la inercia negativa que empezó en 2014. Que la cooperación española mantenga su apuesta por los PMA, que son los que como ya se ha apuntado más problemas de salud tienen, destinándoles más de un 20% del total de la ayuda sanitaria, es una noticia muy positiva, a la que hay que dar el valor que merece.

En 2019 se sigue reduciendo el monto destinado al grupo de países de renta media-baja, casi un millón de euros, lo que supone un 6,5% menos que en 2018. Por el contrario, los países de renta media-alta, que tienen mayores capacidades para solventar sus problemas, aumentan de nuevo su presupuesto en 1,9 millones. El peso de este último grupo de países ha pasado de un 6,35% del total en 2018 al 9,26% en 2019. Pero si quitamos del análisis los países no especificados, su peso aumenta hasta el 16%. Consideramos que, entre los países de renta media, la prioridad se debe orientar hacia los de renta media-baja, por lo que, aunque en su conjunto consideramos a la Cooperación Española bien orientada geográficamente, debería de analizar mejor sus prioridades en los países de rentas medias.

**TABLA 3.8. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES, 2019**

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2019	%
<b>PMA</b>	17.524.166 €	27,54%
<b>Otros de renta baja</b>	8.040 €	0,01%
<b>Renta media-baja</b>	13.593.107 €	21,36%
<b>Renta media-alta</b>	5.892.357 €	9,26%
<b>No especificado</b>	26.622.789 €	41,83%
<b>TOTAL</b>	<b>63.640.458 €</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPODES

Si se analizan los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2019, se puede ver que repiten 8 y solamente cambian Burkina Faso y Mauritania, que sustituyen a Bolivia y Nicaragua. Esta continuidad en el tiempo es positiva, en tanto en cuanto ayuda a mejorar la predictibilidad de la cooperación sanitaria española y permite a los países receptores tener una planificación a medio y largo plazo, que hace que el trabajo en salud sea más eficiente y con mayor impacto. Mozambique, Malí y Guatemala siguen siendo los 3 primeros países receptores de la cooperación en salud española, y suponen el 15,5% de toda la ayuda sanitaria. Si sumamos el monto de los 10 países que más AOD sanitaria reciben, supone el 61% del total de esta ayuda, una vez hemos separado del análisis la ayuda no especificada, lo que indica una cierta concentración de dicha cooperación.

**TABLA 3.9. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2019**

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2019	CATEGORÍA V PLAN DIRECTOR
<b>Mozambique</b>	3.876.559 €	Asociación
<b>Mali</b>	3.328.017 €	Asociación
<b>Guatemala</b>	2.703.017 €	Asociación
<b>El Salvador</b>	2.188.898 €	Asociación
<b>Palestina</b>	2.019.187 €	Asociación
<b>Población saharauí</b>	1.948.377 €	Asociación
<b>Burkina Faso</b>	1.739.477 €	Otros países
<b>Perú</b>	1.674.540 €	Asociación
<b>Etiopía</b>	1.654.909 €	Asociación
<b>Mauritania</b>	1.550.461 €	Asociación

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPODES

En estos momentos, en los que la pandemia de la COVID-19 y sus efectos ocupan la mayor parte de las políticas en España, es necesaria una reflexión sobre el papel que la Cooperación Española debe tener ante esta crisis y ante futuras pandemias. La política de cooperación al desarrollo española ha sido considerada durante las anteriores crisis como una política prescindible, acaparando porcentualmente los mayores recortes entre las diferentes políticas españolas. Pero en un mundo globalizado, donde las amenazas y soluciones traspasan cualquier frontera, es necesaria más que nunca una apuesta por una cooperación eficaz y con impacto, que luche para reducir las inequidades y que se base en un enfoque de derechos. Porque, como ya se ha visto en el capítulo 1, no solamente las enfermedades infecciosas amenazan la salud de las personas en todo el planeta. La diabetes, la hepatitis o el cáncer son problemas mundiales que afectan también a España, que están afectando tanto a países enriquecidos como a los más empobrecidos, y cuyas soluciones tienen componentes nacionales y globales. Si España quiere tener alguna relevancia en las discusiones de salud global, la Cooperación Española tiene que aumentar enormemente su presupuesto, a la vez que su calidad y sus recursos.

En salud sería necesario que el principio rector que debe dirigir las políticas de salud, tanto dentro del país como en el mundo, sea el derecho a la mejor salud posible por parte de todas las personas. Para ello deberíamos, dentro de los principios de los ODS, tener una visión multidimensional de la salud y trabajar los determinantes sociales y comerciales de la salud. Es decir, dentro del sistema sanitario, priorizar una salud pública, que tenga como objetivo conseguir la cobertura sanitaria universal (CSU), y esté preparada para responder a posibles nuevas amenazas a través de una seguridad sanitaria global, que proteja de forma equitativa a todas las personas del planeta. No podemos olvidarnos de la importancia de implicar a las comunidades y personas en la tarea de mejorar su salud, a través de una participación real y efectiva, y de basar las políticas de salud en la evidencia y en la equidad. Finalmente, tampoco podemos olvidar que debemos establecer mecanismos de evaluación periódicos, que permitan analizar y comprender las consecuencias derivadas de las acciones que realiza la cooperación sanitaria española y solventar las desviaciones que pueden aparecer en el objetivo de mejorar la salud de todas las personas. Pero todas las políticas y estrategias no pueden implementarse si no se dispone de los recursos adecuados. Unos recursos que deben empezar en una asignación presupuestaria adecuada, pero que también deben incluir recursos humanos y técnicos suficientes para responder ante los grandes retos que significa conseguir el derecho a la mejor salud posible para todas las personas.

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

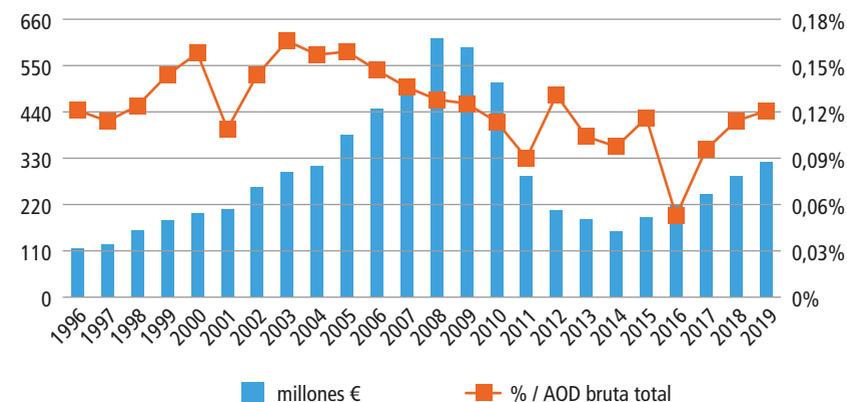
### 4.1. La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada española se mantiene como un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan el resto de los países donantes y cuyas ventajas no se ha sabido poner en valor, como su flexibilidad para poder asumir necesidades de poblaciones —que queden fuera de las grandes políticas— o la proximidad de la ciudadanía con las diferentes realidades que coexisten en el mundo. Este tipo de cooperación engloba la de las CC. AA.) y de las EE. LL.).

Su evolución nos muestra un comportamiento muy irregular, como vemos en el gráfico 3.6. La cooperación descentralizada tuvo un crecimiento espectacular y sostenido en los primeros 15 años, hasta 2008. A partir de 2009 y hasta 2014, la AOD descentralizada experimentó un drástico retroceso que la situó en ese último año en unos presupuestos por debajo incluso de 1998. En 2015 y hasta la fecha, la cooperación descentralizada volvió a una tendencia positiva al incrementar progresivamente sus presupuestos, pero seguimos en cifras muy alejadas de las cantidades destinadas en 2008 o 2009. En la gráfica también llama la atención la gran variación que ha tenido el peso de la AOD descentralizada en el conjunto de la AOD española. Este porcentaje está muy condicionado por los posibles recortes o incrementos de la cooperación estatal, como pasó en 2016 con la operación de cancelación de deuda con Cuba del Gobierno de España, que afectó de manera muy relevante al peso final de la cooperación descentralizada, como podemos observar en el gráfico.

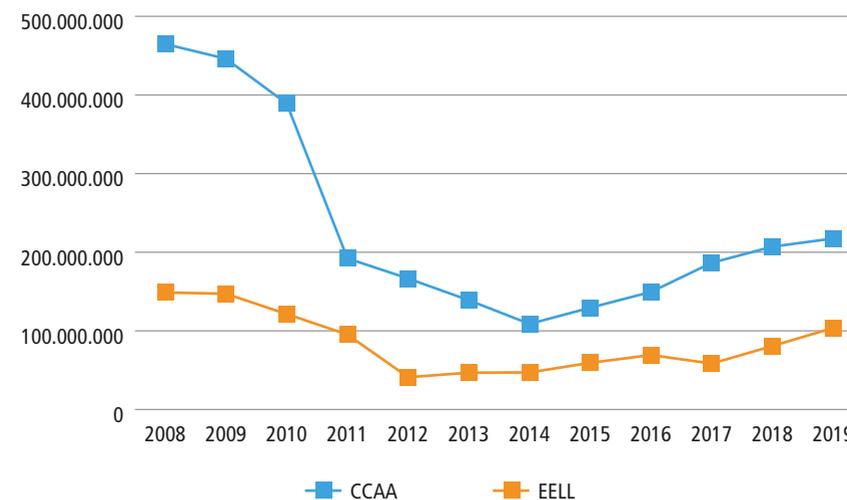
Si se desglosa por actores, se puede ver que la evolución desde 2008 de las CC. AA. y EE. LL. tiene unas tendencias similares, de descenso hasta 2013 y luego de crecimiento, pero sin llegar a las cifras de 2008 o 2009. En 2019 ambas cooperaciones crecen, pero no lo han hecho con la misma intensidad. La cooperación autonómica ha aumentado, en 2019, 10,3 millones, un 5% más que en 2018. La cooperación local, que es el 33% de toda la cooperación descentralizada, creció bastante más, 22,9 millones, un 28,9% más.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CC. AA.+EE. LL.) EN ESPAÑA 1996-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

GRÁFICO 3.7. EVOLUCIÓN DE LA AOD DE CC. AA. Y EE. LL., 2008-2019



Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPI

En la tabla 3.10. podemos ver el desglose de la cooperación de las CC. AA., el actor que supone el 67% de la cooperación descentralizada. En esta tabla se observa que en 2019 todas las CC. AA. han destinado fondos a cooperación, incluida Canarias, que el año anterior no destinó dinero a cooperación y que se vuelve a incorporar a la AOD autonómica con casi un millón de euros.

De nuevo, como en informes previos, hemos de destacar que el crecimiento autonómico no es uniforme. En 2019 es la cooperación catalana la que disminuye enormemente sus presupuestos, 4 millones de euros menos que en 2018, seguida de País Vasco y Extremadura, con un descenso cercano a 1,5 millones de euros cada una. Otras 5 CC. AA. disminuyen el dinero que destinan a AOD: Baleares, Castilla-La Mancha, Castilla y León, La Rioja y Murcia.

**TABLA 3.10. AOD DESCENTRALIZADA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS, 2017- 2019**

CCAA	AOD 2017	AOD 2018	AOD 2019	Dif 2019 -2018
Andalucía	35.155.161	54.228.518	57.436.328	3.207.811
Aragón	2.620.853	1.235.256	3.634.699	2.399.443
Asturias	4.187.446	3.499.046	4.513.744	1.014.698
C. Valenciana	16.846.601	19.834.861	28.606.109	8.771.249
Canarias	420.000	0	969.157	969.157
Cantabria	857.104	1.941.871	2.060.468	118.597
Castilla y León	4.589.522	4.659.442	4.414.390	-245.052
Castilla-La Mancha	2.492.972	3.021.434	2.835.819	-185.615
Cataluña	29.438.862	33.436.862	29.511.448	-3.925.414
Extremadura	13.336.255	9.624.107	8.194.952	-1.429.155
Galicia	4.811.027	5.486.107	6.606.027	1.119.920
Illes Balears	7.182.939	6.534.420	5.530.712	-1.003.708
La Rioja	1.462.800	1.620.431	1.546.639	-73.792
Madrid	2.631.866	3.638.530	4.042.719	404.188
Murcia	363.104	360.044	30.743	-329.301
Navarra	7.002.211	8.408.642	9.376.553	967.911
País Vasco	53.181.328	49.578.803	48.115.948	-1.462.855
<b>TOTAL</b>	<b>186.580.050</b>	<b>207.108.373</b>	<b>217.426.454</b>	<b>10.318.081</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

Las nueve restantes incrementan sus partidas de AOD en 2019, destacando el aumento de 8,7 millones de la Comunidad Valenciana, seguida de los 3,2 de Andalucía. Queremos destacar el aumento intenso y constante que está teniendo en esta Comunidad en los últimos años. En 2016 este incremento fue de 8 millones, de 6,5 millones en 2017 y de 3 millones más en 2018 que, sumados a los 8,7 millones de

2019, hace un aumento total de 26,2 millones en apenas 4 años, cuando en 2015 su cooperación apenas alcanzaba los 2 millones. También podemos destacar Madrid, que continúa con su lento crecimiento aunque, con 4 millones de euros, aún está lejos de la posición que debiera asumir por el peso que tiene dentro del conjunto de la administración descentralizada.

En cuanto a las cifras absolutas de cooperación autonómica, el primer puesto lo consigue este año la AOD andaluza, con más de 57 millones de euros, seguida de País Vasco con 48. Cataluña y Comunidad Valenciana ocupan el tercer y cuarto puesto, con 29,5 y 28,6 millones, respectivamente. La suma de estas 4 CC. AA. suponen el 75% de toda la AOD autonómica.

## 4.2. La AOD descentralizada en salud

En 2019 la suma de la cooperación sanitaria de ambos actores (CC. AA. y EE. LL.) alcanzó los 28.174.464 euros, disminuyendo un 4,3%, esto es, 1,3 millones de euros menos que en 2018. Este dato supone cambiar la tendencia positiva de aumentar las cantidades destinadas a salud. Las cifras de AOD sanitaria de 2019 suponen solamente un 9% del total de la AOD conjunta entre CC. AA. y EE. LL., cuando en 2018 era del 10,67%. Aun así, este porcentaje está mucho más cercano a la media del conjunto de donantes del CAD —del 12,91%— que la media española, que recordemos es del 2,39%. Es importante que la salud no siga perdiendo peso entre los diferentes actores de la Cooperación Española y se acerque a las cifras medias del conjunto de donantes.

Hemos de destacar que, a pesar del descenso en sus cifras absolutas, la AOD descentralizada incrementa el peso que tiene dentro de la cooperación sanitaria española y supone ya el 44,1% de su total. Estas cifras nos deben obligar a reflexionar sobre el papel que debe jugar cada uno de los actores en la definición de prioridades de la Cooperación Española.

Si analizamos las cantidades destinadas a cooperación sanitaria descentralizada en su conjunto, uniendo las cantidades destinadas por cada gobierno autonómico y las cantidades de sus instituciones locales (Ayuntamientos, Diputaciones, etc.), es el conjunto de las instituciones andaluzas las que destacan sobre el resto, con más de 8,3 millones de euros destinados a salud. Le siguen el conjunto de las instituciones catalanas, con más de 6,6 millones, y ya mucho más lejos Navarra, con 2,7 millones de euros, y Comunidad Valenciana, con 2,3 millones. Sin embargo, País Vasco, a pesar de ser la 5ª Comunidad que más destina a salud, sigue con su tendencia a la baja, con apenas 1,8 millones de euros.

TABLA 3.11. AOD DESCENTRALIZADA TOTAL EN SALUD, 2017-2019

CCAA+EELL	AOD salud 2017	AOD salud 2018	AOD salud 2019	Diferencia 19 - 18
Andalucía	2.895.000	4.148.621	8.328.935	4.180.314
Aragón	540.910	911.630	663.338	-248.292
Asturias	649.761	67.743	426.231	358.488
Baleares	704.091	612.093	824.607	212.514
C. Valenciana	1.188.569	3.750.008	2.325.832	-1.424.176
Canarias		439.520	225.925	-213.596
Cantabria	60.000	320.639	153.796	-166.843
Castilla y León	536.112	783.637	567.207	-216.430
Castilla-La Mancha	401.953	377.632	659.579	281.947
Cataluña	5.363.773	9.576.623	6.603.509	-2.973.114
Extremadura	1.891.586	1.266.381	491.831	-774.549
Galicia	503.458	732.712	1.061.898	329.186
La Rioja	177.201	174.624	280.897	106.273
Madrid	565.243	1.027.047	1.022.862	-4.185
Murcia	122.361	87.632	20.000	-67.632
Navarra	2.175.552	2.684.548	2.705.500	20.952
País Vasco	3.358.706	2.499.596	1.812.515	-687.081
<b>TOTAL</b>	<b>21.134.276</b>	<b>29.460.687</b>	<b>28.174.464</b>	<b>-1.286.223</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

La distribución de la salud descentralizada desde el punto de vista de los subsectores es algo diferente a la distribución estatal. Aunque aquí es también la salud básica la que absorbe la mayor parte de la AOD sanitaria (40,6%), existe una mayor distancia con la segunda, que es la salud general (33,7%). La SSyR alcanza un porcentaje más alto que la estatal, concretamente el 24,1%, y el nuevo subsector de ENT, como pasaba en el conjunto de la Cooperación Española, tiene un papel residual con un 1,47%. Tal y como se viene señalando en ediciones anteriores, podemos afirmar que la cooperación descentralizada tiene una distribución correcta, aunque sigue sin haber un equilibrio entre los 3 sectores principales.

En cuanto a los componentes CRS, su distribución es bastante diferente a la de 2018. La atención en salud reproductiva ha pasado del segundo al primer puesto en cuanto a cuál es el componente de salud más financiado, con un 21,8%. Le siguen la nutrición básica (20%), las políticas sanitarias (15%) y la investigación médica (12%). Extraña, sin embargo, que un componente tradicionalmente muy financiado, como es la atención en salud básica —que alcanzaba en 2018 un 29,08%—, se quede en 2019 en el quinto puesto, con un 9%. Estos 5 componentes CRS suponen el 77,8% de toda la AOD sanitaria descentralizada.

TABLA 3.12. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES Y COMPONENTES CRS, 2019

CAD	CRS		AOD 2019	%
<b>121</b>		<b>Salud general</b>	<b>9.495.978 €</b>	<b>33,70%</b>
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva.	4.246.377 €	15,07%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	40.996 €	0,15%
	12182	Investigación médica	3.490.363 €	12,39%
	12191	Servicios médicos	1.718.242 €	6,10%
<b>122</b>		<b>Salud básica</b>	<b>11.464.532 €</b>	<b>40,69%</b>
	12220	Atención sanitaria básica	2.544.112 €	9,03%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.839.789 €	6,53%
	12240	Nutrición básica	5.629.683 €	19,98%
	12250	Control enfermedades infecciosas	1.014.882 €	3,60%
	12261	Educación sanitaria	128.163 €	0,45%
	12262	Control de la malaria		0,00%
	12263	Control de la Tuberculosis		0,00%
	12281	Formación personal sanitario	307.903 €	1,09%
<b>123</b>		<b>ENT</b>	<b>415.251 €</b>	<b>1,47%</b>
	12310	Control ENT general	40.989 €	0,15%
	12320	Control consumo de tabaco		
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	61.089 €	0,22%
	12340	Promoción de la salud mental	49.525 €	0,18%
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	263.648 €	0,94%
	12382	Investigación en prevención y control ENT		
<b>130</b>		<b>SSyR</b>	<b>6.798.703 €</b>	<b>24,13%</b>
	13010	Pol. población y Gestión admva.	160.787 €	0,57%
	13020	Atención en S.R.	6.141.584 €	21,80%
	13030	Planificación Familiar	8.711 €	0,03%
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	322.318 €	1,14%
	13081	Formación RRHH en población y SR	165.304 €	0,59%
<b>TOTAL</b>			<b>28.174.464 €</b>	<b>100%</b>

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

En lo que respecta a la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, queremos destacar que en 2019 se ha disminuido en casi dos millones de euros la partida no especificada geográficamente respecto a 2018. No obstante, sigue siendo una partida muy importante en el conjunto de esta AOD, ya que supone casi el 22% del total. La distribución de la cooperación sanitaria especificada geográficamente es en 2019 bastante similar a la AOD estatal, siendo África Subsahariana la subregión mundial que más dinero recibe para salud, concretamente 9,1 millones de euros, casi 4 millones más que 2018. Le siguen América Central, con 5,7 millones, y América del Sur, con 2,7 millones de euros. Oriente Medio crece un poco, hasta los 2,3 millones, y el Sur de Asia recibe una aportación residual, del 0,82% del total.

**TABLA 3.13. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, 2019**

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2019	%
<b>ÁFRICA</b>	10.958.155 €	38,89%
Norte de África	1.790.096 €	
África Subsahariana	9.134.108 €	
No especificado	33.951 €	
<b>AMÉRICA</b>	8.464.896 €	30,04%
América Central y Caribe	5.692.312 €	
América del Sur	2.772.584 €	
No especificado		
<b>ASIA</b>	232.055 €	0,82%
Asia Oriental		
Asia Central		
Sur de Asia	232.055 €	
No especificado		
<b>OCEANÍA</b>		0,00%
<b>ORIENTE MEDIO</b>	2.330.958 €	8,27%
<b>EUROPA</b>		0,00%
PVD No Esp.	6.188.399 €	21,96%
<b>TOTAL</b>	<b>28.174.464 €</b>	

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SEICIPIC

#### 4.2.1. LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

En 2019 la cooperación autonómica ha financiado 2.470 acciones de cooperación, de las cuales 219 (el 8,8% del total de acciones) son de salud. Las CC. AA. han desembolsado 24.798.325 euros en cooperación sanitaria, lo que supone el 88% de toda la AOD en salud descentralizada.

En la tabla 3.14. se puede observar cómo en 2019 existe un descenso en las cantidades destinadas a salud por parte de la cooperación autonómica de 544.522 euros respecto al año anterior. En concreto, las CC. AA. destinaron a la cooperación sanitaria 24,8 millones de euros, un ligero descenso del 3,7%. Esto también supone un descenso en el peso que la salud tiene en el conjunto de la cooperación autonómica, pasando del 13,3% en 2018 al 11,44% en 2019. No obstante, este porcentaje sigue estando relativamente cerca del peso que el conjunto de donantes destina a salud, y es mucho mayor que el peso que tiene en el conjunto de la Cooperación Española.

Sin embargo, no todas las CC. AA. se comportan de la misma forma. Si hablamos de cifras absolutas, 6 de las 17 CC. AA. concentran el 82% de toda la ayuda en salud autonómica. Son Andalucía y Cataluña —que destacan enormemente del resto, con 7,2 millones y 6,3 millones, respectivamente—, Navarra, Comunidad Valenciana, País Vasco y Galicia.

Esta variabilidad también sigue siendo la norma en la evolución de cada cooperación sanitaria autonómica. En 2019, 6 CC. AA. bajan sus presupuestos, destacando los importantes descensos de Cataluña y C. Valenciana, a pesar de ser dos de las que más aportan en cifras absolutas. Las otras 10 CC. AA. lo incrementan, destacando el aumento de 3,1 millones de euros de la cooperación andaluza. Queremos destacar que Canarias, que no había destinado nada a salud en los últimos años, en 2019 realiza una aportación al sector que, sin ser muy relevante, esperamos que signifique un cambio de tendencia. Estas enormes variaciones anuales de las partidas presupuestarias dentro de cada Comunidad no ayudan a mejorar la planificación, rendición de cuentas, la sostenibilidad o el impacto de las acciones, ni en los países receptores ni en las instituciones donantes.

Si se analiza el interés que supone el sector en cada Comunidad Autónoma a través del peso que tiene la salud respecto a la AOD general, se puede ver que existen algunas diferencias importantes si se compara con las cifras absolutas destinadas a salud (cifras que pueden estar sesgadas por la magnitud de los presupuestos que gestiona cada una de ellas). Hay 7 CC. AA. que superan la barrera del 15% de AOD destinado al sector sanitario, siendo Navarra donde este sector tiene más peso, con el 25,7%. Le sigue Madrid, con el 22,41%; Cataluña, con el 21,48%; Canarias, con un 18,7%; la Rioja, con el 18,1%; Aragón con 16,6%; y Galicia, con un 15,29%.

Castilla-La Mancha se queda muy cerca del 15%, destinando a salud un 14,97%. Extraña el poco peso que tiene la salud en dos CC. AA. muy implicadas con la cooperación, como son la Comunidad Autónoma vasca, que destina a salud un 2,98%, y Extremadura, que destina un 4,7%.

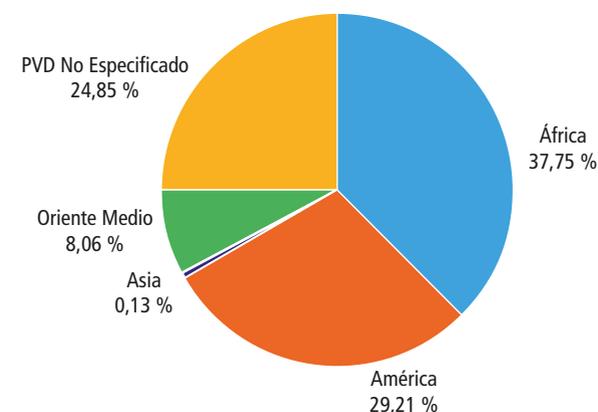
**TABLA 3.14. AOD EN SALUD DE LAS CC. AA., 2017-2019**

CCAA	AOD salud 2017	AOD salud 2018	AOD salud 2019	% AOD a salud
Andalucía	2.543.411 €	3.722.232 €	7.250.697 €	12,62%
Aragón	499.031 €	296.934 €	603.388 €	16,60%
Asturias	642.243 €		261.000 €	5,78%
Baleares	704.091 €	276.847 €	824.607 €	14,91%
C. Valenciana	1.160.725 €	3.388.811 €	1.937.348 €	6,77%
Canarias			181.933 €	18,77%
Cantabria	60.000 €	320.639 €	139.379 €	6,76%
Castilla y León	362.999 €	628.099 €	435.108 €	9,86%
Castilla-La Mancha	285.000 €	169.733 €	424.396 €	14,97%
Cataluña	5.321.240 €	9.239.499 €	6.339.830 €	21,48%
Extremadura	1.827.720 €	1.149.367 €	351.831 €	4,73%
Galicia	490.061 €	689.069 €	1.010.226 €	15,29%
La Rioja	30.400 €	160.594 €	280.897 €	18,16%
Madrid	550.243 €	807.821 €	905.802 €	22,41%
Murcia	39.634 €			
Navarra	1.903.569 €	2.305.491 €	2.416.075 €	25,77%
País Vasco	2.784.912 €	2.187.711 €	1.435.808 €	2,98%
<b>TOTAL</b>	<b>11.958.459 €</b>	<b>25.342.847 €</b>	<b>24.798.325 €</b>	<b>11,44%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

El análisis de la asignación de la AOD autonómica en salud según el área geográfica es similar al conjunto de la cooperación descentralizada, ya que las CC. AA. son el actor más relevante en esta cooperación. África es el continente que más AOD sanitaria recibe, seguida de América, Oriente Medio y Asia. África Subsahariana es la subregión más financiada, y como ya se ha indicado anteriormente, parece una buena orientación, ya que es donde mayores problemas de salud existen. Los países no especificados suponen un porcentaje bastante elevado, el 29,21% del total de la AOD en salud, pero aún lejos del porcentaje del conjunto de la Cooperación Española.

**GRÁFICO 3.8. AOD AUTONÓMICA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, 2019**



Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

Si analizamos los componentes CRS de la cooperación autonómica en salud, observamos que la atención en salud reproductiva es el más financiado, con un 23%, seguido de la nutrición básica, con casi un 20%. El tercer y cuarto componente más financiado pertenecen al subsector "salud general" y son el apoyo a políticas sanitarias, con un 16%, y la investigación médica, con un 14%. Extraña que componentes tradicionalmente financiados por la cooperación autonómica tengan tan poco peso en 2019, como la atención sanitaria básica y las infraestructuras básicas.

**TABLA 3.15. AOD AUTONÓMICA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES CRS, 2019**

CAD	CRS		AOD 2019	%
<b>121</b>		<b>Salud general</b>	<b>8.665.054 €</b>	<b>34,94%</b>
	12110	Pol. sanitaria y gestión admva.	3.978.515 €	16,04%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	32.242 €	0,13%
	12182	Investigación médica	3.490.363 €	14,07%
	12191	Servicios médicos	1.163.934 €	4,69%
<b>122</b>		<b>Salud básica</b>	<b>9.553.847 €</b>	<b>38,53%</b>
	12220	Atención sanitaria básica	1.820.848 €	7,34%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.436.161 €	5,79%
	12240	Nutrición básica	4.954.048 €	19,98%
	12250	Control enfermedades infecciosas	995.882 €	4,02%
	12261	Educación sanitaria	88.231 €	0,36%
	12262	Control de la malaria		
	12263	Control de la tuberculosis		
	12281	Formación personal sanitario	258.678 €	1,04%
<b>123</b>		<b>ENT</b>	<b>311.737 €</b>	<b>1,26%</b>
	12310	Control ENT general		
	12320	Control consumo de tabaco		
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	61.089 €	
	12340	Promoción de la salud mental		0,00%
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	250.648 €	
	12382	Investigación en prevención y control ENT		
<b>130</b>		<b>SSyR</b>	<b>6.267.687 €</b>	<b>25,27%</b>
	13010	Pol. población y gestión admva.	133.787 €	0,54%
	13020	Atención en S.R.	5.719.854 €	23,07%
	13030	Planificación Familiar	8.711 €	0,04%
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	284.405 €	1,15%
	13081	Formación RRHH en población y SR	120.931 €	0,49%
<b>TOTAL</b>			<b>24.798.325 €</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES

#### 4.2.2. LA AOD DE EE. LL. EN SALUD

En 2018 el conjunto de las EE. LL. españolas financiaron 2.459 acciones de cooperación, de las cuales 301 se destinaron a salud, un 12,2% (4 puntos más que la cooperación autonómica). En 2019 las EE. LL. destinaron a este sector 3,3 millones, unos 800.000 euros menos que en 2018, y rompen la tendencia alcista de los últimos años. Esta reducción de las cifras absolutas también tiene su repercusión en el peso que tiene la salud en la AOD de las EE. LL. Así, la salud pasó de ser en 2018 el 5,1% del total de la AOD al 3,26% en 2019. Este peso, aun siendo mayor que en el conjunto de la Cooperación Española, está muy alejado de lo que destinan tanto el conjunto de donantes del CAD como la cooperación autonómica.

La ayuda que las EE. LL. destinan a salud es muy heterogénea, y es lógico, pues suele dedicarse a iniciativas pequeñas (las acciones de AOD sanitaria de las EE. LL. tienen una media de gasto de 10.963 euros), que no suelen tener excesiva continuidad. Pero eso no explica las enormes variaciones en cuanto a las cantidades destinadas a este sector cada año por cada una de las EE. LL. De las 10 EE. LL. que más se comprometieron con la salud en 2019, sólo 5 de ellas estaban en el mismo listado de 2018: los Ayuntamientos de Málaga, Pamplona (que es de los pocos que se mantiene en esta lista varios años seguidos), Valencia, Albacete y Bilbao.

La suma de las partidas destinadas por las 10 EE. LL. que más dinero han destinado a salud suponen el 75,6% de toda la ayuda en salud de las EE. LL. Las otras 65 EE. LL. que destinaron un presupuesto a la cooperación sanitaria se reparten el 24,4% restante. Estos datos corroboran la enorme dispersión de la ayuda sanitaria de las EE. LL. Deberían promoverse iniciativas que permitieran unir los esfuerzos de estas entidades, lo que ayudaría tanto a mantener una ayuda sanitaria más constante —en forma de apoyos plurianuales para el sector de la salud— como a la previsibilidad de esa ayuda, sin perder su esencia de apostar por una cooperación más cercana que la estatal.

TABLA 3.16. EE. LL. QUE MÁS AOD DESTINARON A SALUD EN 2019

EE. LL.	AOD salud 2019
Ayto. Sevilla	387.496 €
Ayto. Málaga	249.189 €
Ayto. Pamplona	247.425 €
Ayto. Valencia	217.529 €
Ayto. Albacete	207.183 €
Ayto. Bilbao	158.016 €
Ayto. Oviedo	117.844 €
Dip. Cáceres	117.000 €
Ayto. Polinyà	113.326 €
Dip. Jaén	110.477 €

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

La cooperación descentralizada, tanto autonómica como local, tiene el reto de seguir siendo un referente en la cooperación sanitaria española en la era post COVID-19. La cooperación sanitaria es una aportación que las CC. AA. y las EE. LL. deben seguir realizando en la lucha por conseguir la mejor salud posible para todas las personas. Esta cooperación debe crecer de forma constante y coordinada, tanto internamente como con el resto de actores de la cooperación. Los ODS y la CSU deben ser sus principios guía. No podemos olvidar que debe seguir aumentando su calidad, tal y como ya se propuso hace 10 años en nuestro “Decálogo de trabajo de la cooperación descentralizada en salud” en el Informe de 2010<sup>13</sup>. La cooperación descentralizada es un actor fundamental para asegurar la participación activa de la población en el trabajo de los ODS —especialmente del ODS 3 de salud— y en la mejora del conocimiento sobre la relación del entorno local y global.

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

### 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, más recientemente, el Reino Unido y Alemania. En 2019 cumplen con el 0,7% Luxemburgo, Noruega, Suecia, Dinamarca y Reino Unido que es el único país que lo hace por Ley.

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 los países que no cumplen) ha renovado su compromiso de destinar el 0,7% a AOD, la última de más relevancia en agosto de 2015 con la aprobación de la declaración final de la Cumbre de Addis Abeba sobre la financiación del desarrollo. Ahora, 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 2019 en el 0,21%. 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 ha hecho el Reino Unido cuya AOD en 2007 y 2008 era inferior a la española. Frente a la adversidad económica, los ingleses apostaron por incrementar la AOD, convirtiendo la cooperación en una política de Estado, mientras que España la ha desmantelado y no es capaz de recuperarla.

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 casi una década con la cooperación.

## 5. LA PANDEMIA DE COVID-19

El 31 de enero de 2020 se detectó el primer caso de COVID-19 en España, en concreto en las islas Canarias, pero hasta el 24 de febrero no se detectó el primer caso en la península, pasando a finales de febrero España al nivel 1 de contención. La cifra de casos detectados en España fue creciendo de forma considerable, pero constante, hasta el día 9 de marzo, cuando las cifras se descontrolaron, especialmente en la Comunidad de Madrid. Un día antes, el 8 de marzo, esta Comunidad notifica 28 casos nuevos diagnosticados, pero un día más tarde esta cifra asciende hasta los 267<sup>14</sup>, un 950% más de nuevos casos en un solo día (cuando hasta ese momento los casos totales diagnosticados desde el comienzo de la pandemia en Madrid habían sido de 202). Debido a este hecho, el día 9 de marzo España pasa a un nivel de contención reforzada y la Comunidad de Madrid decide cerrar toda actividad educativa. El viernes 13 de marzo, dos días después de que la OMS declarara la COVID-19 oficialmente como pandemia, se anuncia que se declara el estado de alarma<sup>15</sup>, cuando ya hay 4.200 casos y 120 muertes debidos a este virus en todo el país.

Durante esos días, y ante un escenario mundial cada vez más complejo, la falta de material de prevención y diagnóstico (mascarillas, trajes de protección, test PCR...) y el descontrol que existe en la compra de estos insumos a nivel nacional e internacional, provoca la respuesta del Gobierno, y el 10 de marzo se centralizan todas las compras de material sanitario<sup>16</sup>. Un material que fue claramente insuficiente para proteger al personal de salud durante las primeras semanas de la pandemia, y que fue un elemento esencial para colocar en abril a España, según el Centro Europeo para

14. [https://www.eldiario.es/politica/comunidad-madrid-detecto-coronavirus-disparaban\\_1\\_6032367.html](https://www.eldiario.es/politica/comunidad-madrid-detecto-coronavirus-disparaban_1_6032367.html)

15. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-espana-declara-estado-alarma-por-covid-1823>

16. [https://www.boe.es/diario\\_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3434](https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2020-3434)

la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC, en sus siglas en inglés), como el país con mayor porcentaje de personal sanitario infectado del mundo, con un 20% de los casos totales infectados hasta ese momento pertenecientes a este colectivo —35.295 profesionales sanitarios infectados a 21 de abril—. Una cifra que ha seguido subiendo en los siguientes meses, 51.000 a 2 de julio<sup>17</sup> y 73.000 a 29 de octubre, pero descendiendo en esta última fecha su peso hasta el 6,2% del total de personas contagiadas (porque éstas últimas crecieron mucho más).

Desde el 15 de marzo, día que comienza el estado de alarma, se establece el confinamiento general de la población y la suspensión de las actividades no esenciales para intentar controlar la pandemia en España. Ese día en España había 7.793 casos y 292 fallecidos, y las autoridades sanitarias veían necesario asumir esas medidas tan drásticas, siendo el primer país que las tomaba. A partir de ese momento, y dado el retraso de un par de semanas entre la toma de decisiones y la visualización de la efectividad de las medidas, el número de casos se duplica cada pocos días. El 26 de marzo se computan 9.159 nuevos casos, el mayor número alcanzado en la primera ola. El 31 de marzo se alcanzan los 931 muertos para un total de 8.189 desde el principio de la pandemia. A partir de ese momento, las cifras de nuevos casos empiezan a bajar, aunque las muertes no se estabilizan realmente hasta finales de abril, cuando se contabilizan un total de 24.543 muertes, lo que significa que en este mes mueren el doble que en marzo. No es hasta el 27 de abril que se empiezan a relajar algunas de las medidas, permitiendo a los menores de 14 años salir a pasear. El 29 de abril se anuncia un desconfinamiento asimétrico para las CC. AA. en 4 fases, que termina a finales de junio.

A partir de entonces, las CC. AA. toman de forma prioritaria el control de la gestión de la pandemia y se establecen unos mecanismos de coordinación para valorar en conjunto la evolución de la pandemia. Las medidas de distanciamiento y de uso de mascarillas se mantienen, pero los casos vuelven a crecer rápidamente debido a la relajación de las medidas y a que parte de la población empieza también a relajar las medidas de seguridad individuales que deberían seguir respetando. En agosto vuelve a haber discrepancias entre alguna CC. AA., como Madrid, y el Gobierno de España sobre cómo gestionar la pandemia, lo que provoca mucha confusión en la población. Además, algunos tribunales no permiten que las CC. AA. tomen algunas medidas, dado que no se está en el estado de alarma. Finalmente, el 25 de octubre, se vuelve a aprobar un estado de alarma, que ha sido prorrogado por 6 meses<sup>18</sup>. Este último estado de alarma en principio no contempla medidas de confinamiento individual,

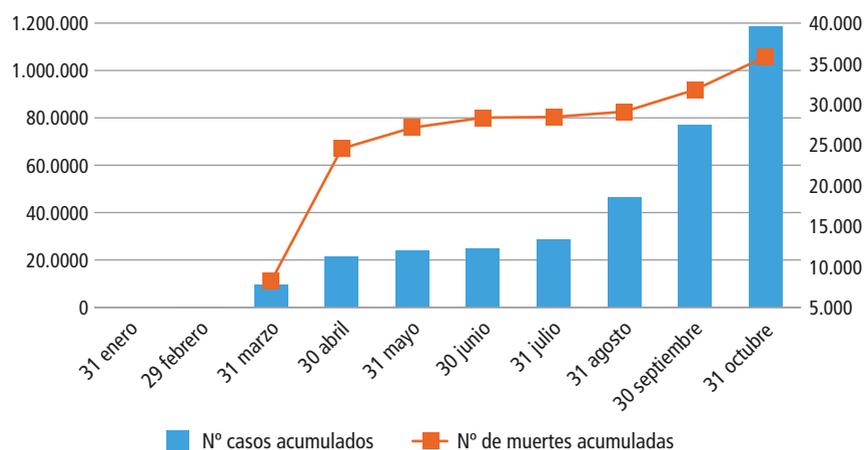
17. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina/covid-19-espana-suma-mas-sanitarios-infectados-que-italia-y-francia-juntos-4071>

18. <https://www.lamoncloa.gob.es/covid-19/Paginas/estado-de-alarma.aspx>

sino que establece un toque de queda entre las 23.00h. y las 06.00h. de la mañana, limitación de la movilidad entre las provincias y CC. AA., y limitación de aforos, siendo las CC. AA. las que deben ir modulando estas medidas.

Las muertes, como vemos en el siguiente gráfico, también se estabilizan entre abril y agosto, pero a partir de ese mes, las defunciones vuelven a crecer, aunque de una forma mucho menos intensa que el número de casos. En abril, el 13,74% de los casos diagnosticados fallecían, mientras que en el mes de octubre ese porcentaje bajaba al 0,98%. En esta diferencia no sabemos el peso que pueden tener diferentes explicaciones, como las carencias diagnósticas del principio de la pandemia, la posibilidad de que sea una cepa menos mortal, si las medidas de protección individual y colectiva han tenido su efecto o el peso que ha tenido el mejor manejo de los y las pacientes por parte del personal sanitario.

**GRÁFICO 3.9. EVOLUCIÓN DE CASOS Y MUERTES ACUMULADAS POR COVID-19 EN ESPAÑA**



Fuente. Elaboración propia

En agosto, algunas personalidades científicas españolas pidieron en un artículo de la revista "The Lancet" una evaluación independiente del sistema sanitario y de cuidados sociales, que analice la gobernanza y la toma de decisiones sobre la pandemia<sup>19</sup>, para poder estar preparados ante otras olas y otras pandemias. El 21 de septiembre se vuelve a insistir y se indica que hay tres requisitos. El primero es la urgencia: la evaluación debe comenzar de inmediato e informar periódicamente hasta el final de

19. [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31713-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31713-X/fulltext)

la pandemia. En un país donde las tensiones políticas son altas, el segundo requisito es el apoyo generalizado de partidos políticos, asociaciones científicas, profesionales de la salud, pacientes, cuidadoras y cuidadores, la sociedad civil y la sociedad en su conjunto. El tercer requisito es un compromiso firme por parte del Gobierno Central y los gobiernos regionales de escuchar las recomendaciones propuestas en la evaluación y actuar en consecuencia. Ninguno de estos requisitos se ha cumplido a la fecha de escribir este capítulo.

España ha sido uno de los países más afectados en la primera ola de la pandemia, y no solamente en el número de casos y muertes. Habría que reflexionar sobre las circunstancias sanitarias, sociales y económicas que han contribuido a que España sea más vulnerable, y de qué modo las inequidades se han amplificado en estos tiempos de pandemia, para poder dar una respuesta efectiva a la pandemia. La enorme cantidad de muertes en residencias, casi un 60% de todas las muertes notificadas hasta el 3 de noviembre en España<sup>20</sup>, nos debe hacer reflexionar sobre la situación de éstas, y qué medidas de seguridad se han tomado y deberían tomarse para que no se repita este hecho. Pero España tiene más problemas sociales, que la pandemia ha intensificado. En 2018, España tenía al 26,1% de su población en riesgo de pobreza o exclusión social<sup>21</sup>, siendo una de las tasas más altas de Europa, a lo que se suma que es uno de los países más desiguales de Europa, si comparamos los ingresos entre sus cuantiles superior e inferior<sup>22</sup>. En julio de 2020, Philip Alston, Relator Especial de la ONU sobre Pobreza Extrema y Derechos Humanos, afirmó que la COVID-19 expuso graves defectos en los programas de lucha contra la pobreza en España<sup>23</sup>, y que a pesar de los esfuerzos positivos del Gobierno en la lucha contra la pobreza durante la COVID, como el ingreso mínimo vital, se necesitan reformas profundas y disminuir las trabas burocráticas para aumentar la cobertura de estos programas, con el objetivo de que estos programas alcancen a todas las personas que los necesitan.

También merece la pena reflexionar sobre el modelo económico que rige en España y las bases que lo sustentan. Un modelo que no es específico del país, sino que es el modelo aceptado mundialmente, que se basa principalmente en el beneficio inmediato y en la búsqueda del mayor crecimiento posible. Esto ha provocado la deslocalización de empresas, lo que ha dificultado poder tener productos necesarios en las situaciones de emergencia. Y en el caso de España tenemos que añadir el

20. <https://www.rtve.es/noticias/20201103/radiografia-del-coronavirus-residencias-ancianos-espana/2011609.shtml>

21. [https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tepsr\\_lm410](https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&plugin=1&language=en&pcode=tepsr_lm410)

22. <https://ec.europa.eu/eurostat/tgm/table.do?tab=table&init=1&language=en&pcode=tessi180&plugin=1>

23. <https://chrgj.org/wp-content/uploads/2020/07/Alston-Spain-Statement-FINAL-EN.pdf>

impacto económico debido a nuestra estructura productiva. La economía española entró en recesión en el segundo trimestre del año tras registrar un desplome del PIB del 18,5% entre abril y junio<sup>24</sup>. Una economía que depende tanto del turismo —un 12,3% de su PIB— ha condicionado las medidas de restricción de personas que venían de fuera, dado que era difícil limitar de manera importante el acceso en verano.

Las vulnerabilidades de un buen sistema sanitario, como el español, también se han puesto de manifiesto en esta pandemia. La situación de partida a nivel asistencial no era la mejor. La ratio de camas de cuidados intensivos en España<sup>25</sup>, esencial en el manejo de la pandemia de COVID-19, era tres veces menor que en Alemania, y el número de camas hospitalarias en funcionamiento era de 297 por cada 100.000 habitantes (311<sup>26</sup> en 2010), cuando la media en Europa es de 500. El personal sanitario ha sido insuficiente para hacer frente a la pandemia, un personal que apenas ha tenido descanso en estos 7 meses de pandemia, no sólo laboral sino psicológico, debido a la permanente situación de estrés. En un estudio publicado en agosto de 2020, donde se analizaba a 1.422 profesionales de la sanidad que trabajaron con pacientes en contacto con la COVID-19, se concluía que el 56,6% presentaban síntomas de trastorno por estrés postraumático; el 58,6% trastorno de ansiedad; el 46% trastorno depresivo; y el 41,1% se sentía agotado emocionalmente<sup>27</sup>. Ha habido algunas iniciativas muy interesantes para poder hacer frente a las carencias de personas cualificadas en algunas de las especialidades clave, como el “Plan de contingencia para los servicios de medicina intensiva frente a la pandemia COVID-19”, elaborado por las sociedades científicas SEMICYUC, representante de los y las especialistas en medicina intensiva, crítica y unidades coronarias, y SEEIUC, representante de la enfermería intensiva y unidades coronarias, y que buscan no sólo un buen manejo de pacientes en estado crítico y de la organización necesaria en las instituciones sanitarias, sino que proponen que, en caso de extrema necesidad, exista un proceso de formación de personal sanitario que no es especialista en dos áreas fundamentales: medicina o enfermería de cuidados intensivos y control de infecciones<sup>28</sup>. Ha habido también algunas iniciativas europeas para poder enfrentarse a esta necesidad de personal de cuidados intensivos. de las que desconocemos si España se ha beneficiado, como la financiación por parte de la Comisión Europea de 2,5 millones de euros para la formación de un grupo multidisciplinar de profesionales sanitarios y sanitarias, que

24. <https://www.epdata.es/datos/impacto-economico-coronavirus-graficos/523>

25. [https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119\\_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD](https://read.oecd-ilibrary.org/view/?ref=119_119689-ud5comtf84&Title=Beyond%20Containment:Health%20systems%20responses%20to%20COVID-19%20in%20the%20OECD)

26. <https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>

27. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7432016/>

28. <https://www.medintensiva.org/es-pdf-50210569120300954>

apoyen y asistan a las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) en momentos de necesidad debido a la pandemia de COVID<sup>29</sup>-19.

Y es que esta pandemia ha provocado que mientras la carga de trabajo en algunos servicios, y posteriormente en la atención primaria, se haya desbordado, otros servicios se han encontrado con mucho menos trabajo, no por falta de pacientes, sino porque no accedían al servicio, mayoritariamente por miedo a contagiarse con el virus SARS CoV2. En un artículo publicado en la Revista Española de Cardiología, se alertaba del riesgo de aumento de la morbimortalidad debido a una reducción importante de la actividad asistencial, terapéutica y diagnóstica en muchos centros sanitarios durante la epidemia. Los y las pacientes que sufrían un infarto de miocardio tenían un retraso en la atención e incluso hubo un número muy importante de pacientes con infarto que no llegaron a demandar atención sanitaria<sup>30</sup>.

El papel de la atención primaria en la gestión de la pandemia también debe destacarse. En un primer momento, la atención primaria no fue contemplada realmente como parte de una posible solución, sino como un posible foco de infección, y los esfuerzos se centraron en la atención hospitalaria. El 14 de abril “Redacción Médica” publicaba que, al menos, 700 centros de atención primaria fueron cerrados en España durante el primer mes de la pandemia<sup>31</sup>. Parte del personal seguía atendiendo, aunque fuera telefónicamente a pacientes, pero otra parte fueron trasladados a hospitales de campaña, como sucedió en Madrid. No conocemos el impacto que este cierre del primer nivel de atención ha podido tener en la salud de la población por la falta de atención de otras patologías, sobre todo en el exceso de mortalidad que ha sufrido España en esos meses, y que se detalla en el capítulo 1. Una vez pasada la primera ola de la pandemia, la atención primaria sí que fue tenida en cuenta como la puerta de entrada al sistema de los pacientes con COVID-19, pero hubo reducción sustancial de los contactos presenciales y su sustitución por la atención telefónica. En otros países, como el Reino Unido, el medio recomendado de contacto con pacientes es la videoconferencia, ya que aporta mayor capacidad de interrelación, contacto y diagnóstico que el teléfono, pero en España la ausencia de videocámaras en los centros de salud y el escaso acceso a banda ancha ha impedido implementar esta solución. Posteriormente se incorporó la figura del personal rastreador, con el objetivo de poder hacer un seguimiento y control más individualizado de los casos. Sin embargo, la falta de personal, formación y planificación homogénea sobre sus

29. [https://ec.europa.eu/luxembourg/news/coronavirus-commission-approves-funding-training-health-care-professionals-intensive-care-skills\\_fr](https://ec.europa.eu/luxembourg/news/coronavirus-commission-approves-funding-training-health-care-professionals-intensive-care-skills_fr)

30. [https://www.recintervcardiol.org/es/?option=com\\_content&view=article&id=344&catid=26](https://www.recintervcardiol.org/es/?option=com_content&view=article&id=344&catid=26)

31. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/medicina-familiar-y-comunitaria/coronavirus-la-crisis-sanitaria-cierra-700-centros-de-atencion-primaria-5168>

capacidades y funciones, teniendo a veces que utilizar a unidades militares, ha debilitado su respuesta. No es fácil encontrar una fuente oficial que indique el número exacto de rastreadores, a lo que debemos añadir que una parte no trabaja a tiempo completo. Cada Comunidad Autónoma ha decidido cuántos rastreadores tiene y esa enorme variabilidad se puede observar en la siguiente tabla, donde extraña la escasa capacidad de rastreo de la que se han dotado CC. AA. con un número importante de casos, como pueden ser País Vasco o Madrid.

**TABLA 3.17. N° RASTREADORES POR CC. AA., OCTUBRE 2020**

CCAA	N° habitantes	Rastreadores	Tasa cada 100.000 hab
Andalucía	8.414.240	8.183	97,3
Aragón	1.319.291	400	30,3
Asturias	1.022.800	2.554	249,7
Baleares	1.149.460	340	29,6
C. Valenciana	5.003.769	1.543	30,8
Canarias	2.153.389	500	23,2
Cantabria	581.078	158	27,2
Castilla y León	2.399.548	990	41,3
Castilla-La Mancha	2.032.863	676	33,3
Cataluña	7.675.217	2.300	30,0
Extremadura	1.067.710	400	37,5
Galicia	2.699.499	6.000	222,3
La Rioja	316.798	134	42,3
Madrid	6.663.394	1.100	16,5
Murcia	1.493.898	400	26,8
Navarra	654.214	224	34,2
País Vasco	2.207.776	333	15,1
<b>TOTAL</b>	<b>46.854.944</b>	<b>26.235</b>	<b>55,99</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de diversos medios de información

No se conoce tampoco la causa de por qué existe variabilidad en la capacidad de rastreo, esto es, en el número de contactos identificados por caso positivo. En el Informe 50 del Instituto Carlos III "Situación de COVID-19", de 28 de octubre, se puede observar cómo en las tres últimas semanas previas al Informe, en Cantabria, por cada

positivo en COVID-19, se contactaba con entre 3 y 12 personas, y sin embargo, en las dos Castillas, este número está entre 0 y 2<sup>32</sup>.

Además de esta situación excepcional, no podemos olvidarnos que, de base, existe una crónica desatención de recursos para el primer nivel de atención, que apenas gasta el 14% del presupuesto total en salud, cuando desde 2018 hay un compromiso para alcanzar el 20% del gasto sanitario<sup>33</sup>.

Quizás el hecho más diferenciador respecto a nuestros países vecinos sea el continuo desplazamiento en la gobernanza de la gestión de esta pandemia. En un primer momento, las CC. AA. e incluso algunas EE. LL. tomaban medidas sanitarias individuales, situación que cambió completamente con el primer estado de alarma, que centralizó toda la capacidad de gobernanza. Una vez acabado, las CC. AA. asumieron de nuevo la gobernanza en las medidas a tomar, como el tipo de pruebas o el tipo de confinamiento perimetral. Existe el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de España, como elemento coordinador con el Ministerio de Sanidad y el resto de CC. AA., pero es muy difícil de imponer una medida que supere las competencias de cada una. Por ejemplo, los datos que se están utilizando son diferentes entre CC. AA. y en algunas los rastreos son muy exhaustivos, mientras que en otras no lo son porque no han invertido en esta actividad. Estas segundas CC. AA. podrían mostrar menos casos, pero sería por una mayor debilidad en la búsqueda activa de los mismos. Sería muy necesaria la permanencia en el tiempo de una sola cabeza de mando en la definición de las políticas durante la evolución de la pandemia.

En resumen, es necesario una unidad política que permita un sistema de salud más dinámico, que pueda dar las respuestas que la población pueda demandar en todo momento de forma equitativa; con una gestión unificada de la lucha contra la pandemia basada en la evidencia; con el fortalecimiento del sistema público de salud y el refuerzo de la atención primaria como ejes primordiales; y con un trabajo multisectorial basado en los principios de los ODS, donde al menos la salud, sus determinantes sociales y comerciales, junto a la ecología, estén presentes y coordinen sus esfuerzos.

32. [https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2050\\_28%20de%20octubre%20de%202020.pdf](https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documents/INFORMES/Informes%20COVID-19/Informe%20COVID-19.%20N%C2%BA%2050_28%20de%20octubre%20de%202020.pdf)

33. <https://www.redaccionmedica.com/secciones/parlamentarios/triple-acuerdo-para-que-el-20-del-gasto-sanitario-vaya-a-atencion-primaria-4982>

## VALORACION DE LA ESTRATEGIA COVID DE LA COOPERACION ESPAÑOLA

La “Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación Española a la Crisis de la COVID-19. Afrontando la crisis para una recuperación transformadora”, que se aprobó en Consejo de Ministros en julio de 2020, es resultado de una iniciativa que brinda a todos los actores la oportunidad de contribuir a tejer un relato comprensivo y de impacto en el medio y largo plazo. Su primer acierto, por tanto, es plantear una respuesta elaborada desde el diálogo y participación de todos los actores.

El segundo acierto está en plantear en el diagnóstico global la existencia de un mundo cada vez más incierto, en el que la crisis sanitaria y socioeconómica generada por la pandemia de la COVID-19 no hace sino ahondar en los grandes problemas ya identificados como son la desigualdad, el deterioro ambiental, los conflictos y crisis humanitarias o los procesos de degradación democrática. El acierto en el diagnóstico hace más coherente el necesario equilibrio en el trabajo a medio y largo plazo que plantea la Estrategia y aporta sentido a las prioridades que se plantean: salvar vidas y reforzar los sistemas de salud pública; proteger y recuperar derechos y capacidades; y preservar y transformar los sistemas socioeconómicos, recuperar el tejido productivo y reforzar la gobernabilidad democrática.

Plantear trabajar sobre las consecuencias de la pandemia y sobre las causas profundas de los grandes problemas entrelazados que van más allá de la COVID-19 es de una ambición admirable que conlleva desafíos complejos que van también más allá de las posibilidades que en estos momentos brindan unos recursos económicos claramente limitados, inferiores a los que se requerirían para hacer efectivos los propósitos planteados en la Estrategia. Como también son limitados los instrumentos disponibles para desarrollar las acciones multiactor que se requieren y que deberían facilitar la conexión entre la ciencia, la investigación y la salud, tanto en cooperación como en acción humanitaria.

Centrándonos en los aspectos sanitarios de la estrategia, las organizaciones que elaboramos este informe, aplaudimos que se considere la salud un derecho universal que, además, debe ser provisto en condiciones de equidad, así como que se considere a las futuras vacunas y tratamientos contra la COVID-19 un bien público global. En consecuencia, como reiteradamente venimos reclamando, la acción en salud se centra en respaldar el refuerzo de los sistemas públicos de salud, como garantía de cobertura y acceso universal, y en plantear la atención primaria como pilar esencial de esos sistemas, por ser el nivel de atención más accesible para las personas en situación de vulnerabilidad. También consideramos importante que la Estrategia reconozca y procure poner remedio, como denunciábamos en su momento desde la campaña sobre recursos humanos sanitarios, al alarmante déficit de trabajadores y trabajadoras sanitarias en el mundo en desarrollo —18 millones de aquí a 2030— y se plantee reforzar su formación y contratación para garantizar la continuidad de los servicios de atención a la pandemia y a otras emergencias sanitarias.

Más allá de la pandemia, en el mundo hay otras enfermedades que matan a millones de personas cada año. En 2019 murieron 690 mil personas de VIH/SIDA, 405 mil de malaria, 1,4 millones de tuberculosis y 1,4 millones de hepatitis, por poner sólo algunos ejemplos. El avance de la pandemia hace necesario concretar compromisos para no abandonar la lucha contra éstas y otras enfermedades, cuya atención tendrá una doble dificultad: las sinergias fatales con los efectos de la pandemia y la detracción de recursos. España destina apenas un 3% de la AOD a salud cuando la media del CAD es el 13%.

En cuanto al enfoque humanitario, nos parece muy pertinente que el objetivo principal sea el de “salvar vidas” y que se plantee la conveniencia de emprender acciones multisectoriales de respuesta de emergencia para hacer frente a la expansión de la pandemia y a sus efectos. Obligada la referencia al compromiso con la localización en la línea del “Grand Bargain” y que la respuesta a la pandemia se haga utilizando el nexo humanitario y en el marco de la Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026, lo que permitirá abordar, además de la salud, cuestiones tan necesarias como la nutrición, la seguridad alimentaria, el acceso al agua y saneamiento e higiene, medios de vida, etc.

Otro de los aciertos de la Estrategia es su apuesta por el multilateralismo en un momento en el que es necesario reforzar el sistema multilateral, reclamando una mayor presencia de la Cooperación Española en los organismos y foros internacionales. Como lo es también la apuesta por la gobernanza mundial, tal y como se demuestra al apoyar decididamente a la OMS para que lidere la respuesta de salud pública mundial contra la pandemia, sin que ello suponga tener que renunciar a promover la inaplazable reforma de la institución para que cumpla con su misión de promover la “salud para todas las personas” desde un enfoque de derechos.

Ahondando en esta perspectiva multilateral, celebramos que España sea parte activa de los mecanismos y alianzas que dinamizan y coordinan los esfuerzos internacionales para garantizar y hacer accesible el acceso a diagnósticos, tratamientos y vacunas, como es el caso de su presencia en GAVI y CEPI. Entre las preocupaciones, garantizar un acceso universal y equitativo a las futuras vacunas, así como la tibieza con la que se trata la transferencia de conocimiento más allá de las fases de prevención y la ausencia de referencias a promover políticas de propiedad intelectual que apuesten por licencias abiertas, compartidas y no exclusivas, especialmente en lo que concierne a resultados fruto del dinero público.

Finalmente destacamos lo acertado de incluir a la ciudadanía, otorgándole un rol activo, reclamando su movilización ciudadana desde la responsabilidad y solidaridad frente a problemas compartidos. Es fundamental que haya una actividad continuada de sensibilización y educación por parte de todos y todas, ya que es la única forma de que las personas con capacidad de decisión se comprometan con los objetivos que plantea la Estrategia.

## CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

- En 2020, la pandemia de la COVID-19 se superpone a la frágil situación en la que se encuentran muchos países afectados por la violencia, conflictos y emergencias climáticas. Todas las necesidades humanitarias siguen siendo, al menos, tan urgentes como lo eran antes de la COVID-19 y no podemos ignorarlas.
- La respuesta a esta pandemia no debe hacerse a costa de dejar desatendidos a los millones de personas afectadas por crisis humanitarias, sino que debe hacerse con fondos adicionales. Aunque es importante financiar de manera adecuada el Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19, esto no puede ser a expensas de los fondos destinados a otras crisis humanitarias.
- Hasta finales de octubre, el Plan Global de Respuesta Humanitaria lanzado por NN. UU. sólo había recibido 3.390 millones de dólares de los 9.490 millones solicitados, lo que equivale al 35,7% de los fondos requeridos.
- En la última década han crecido de manera importante el número y complejidad de conflictos, lo que ha llevado a que casi se doblara el número de personas desplazadas hasta alcanzar los 70 millones de personas; sin embargo, los fondos destinados a la Acción Humanitaria (AH) se han reducido en 600 millones en 2019, situándose en los 24.730 millones de dólares.
- Como dato positivo hay que mencionar el incremento de 2.000 millones de dólares en los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU., que han alcanzado los 17.525 millones. No obstante, este importante crecimiento sólo ha permitido reducir ligeramente la brecha entre los fondos solicitados por NN. UU. y los recibidos, que ha pasado de cubrir el 60% de los llamamientos al 63%.

- En 2019, el importe destinado a la AH por parte de la Cooperación Española en su conjunto ha sido de 62 millones de euros, el 2,35% de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) total; aunque representa un ligero crecimiento con relación a 2018, se mantiene como un sector residual dentro de dicha Cooperación.
- El crecimiento más importante se ha dado en la cooperación descentralizada, que crece un 30%, pasando de 14,7 millones en 2018 a 20,5 en 2019. El principal incremento se da en las Entidades Locales (EE. LL.), que han pasado de asignar 1,5 millones de euros a 5,7, mientras que las Comunidades Autónomas (CC. AA.) han pasado de 13,2 millones de euros a 14,7.
- En cuanto a la distribución sectorial de la AH, no ha habido grandes cambios. La protección y la ayuda de emergencia son los principales sectores, seguidos por la ayuda alimentaria y la salud, que se sitúa como el cuarto sector con algo más de 6 millones de euros.
- Por último, la distribución geográfica de la AH sigue teniendo como región prioritaria a Oriente Medio, seguida de África, que crece ligeramente con respecto a 2018. No obstante, África es el continente que sufre el mayor número de conflictos y tiene las mayores necesidades humanitarias y, sin embargo, sólo recibe el 23% de los fondos destinados a AH.

## 1. INTRODUCCIÓN

En la última década ha crecido de manera importante el número de conflictos, que además se han complejizado y prolongado en el tiempo, a lo que se suma el cambio climático que amplifica la inestabilidad social y política<sup>1</sup>. Todo ello ha llevado a que se doblara el número de personas desplazadas tanto dentro de sus fronteras como fuera. Según datos del Alto Comisionado de las Naciones Unidas (NN. UU.) para los Refugiados (ACNUR)<sup>2</sup>, en 2019 el número de personas refugiadas alcanzaba los 25 millones, mientras que el número de personas desplazadas internas superaba ligeramente los 45 millones y la mayor parte de estos 70 millones de personas buscan refugio en sus regiones de origen, en el Sur global.

En 2019, unos 200 millones de personas se vieron afectadas por crisis humanitarias, y de éstas, según la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de NN. UU. (OCHA, por sus siglas en inglés)<sup>3</sup>, casi 100 millones de personas necesitaron

1. SIPRI, Climate Change, Peacebuilding and Sustaining Peace; Policy Brief, June 2019. [https://www.sipri.org/sites/default/files/2019-06/pb\\_1906\\_ccr\\_peacebuilding\\_2.pdf](https://www.sipri.org/sites/default/files/2019-06/pb_1906_ccr_peacebuilding_2.pdf)  
 2. Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2019. ACNUR.  
 3. Global Humanitarian Overview 2020. OCHA.

ayuda externa para cubrir sus necesidades básicas. Como en años anteriores, la respuesta de la comunidad internacional fue marcadamente insuficiente, pero mientras en 2018 aumentaba de forma importante la financiación destinada a la ayuda humanitaria, en 2019, al aumento de las necesidades humanitarias, se ha respondido con un descenso de la financiación.

La ayuda internacional humanitaria que se reporta en el sistema de seguimiento financiero de OCHA ascendió a 24.730 millones de dólares en 2019, un descenso de casi 600 millones con respecto a 2018. El único dato positivo es que la financiación a través de los llamamientos de NN. UU. se incrementó en 2.260 millones de dólares con respecto a 2018.

El continente africano sigue siendo el más afectado por crisis humanitarias, ya sean motivadas por conflictos o por desastres naturales relacionados con el cambio climático, como la sequía o las inundaciones.

Ocho países del Sur de África tuvieron que declarar el estado de emergencia por la sequía y la devastación que causaron los ciclones Idai y Kenneth: Angola, Botsuana, Lesoto y Namibia, debido a la sequía, y las islas Comoros, Malawi, Mozambique y Zimbabue, por el impacto de los ciclones. Las consecuencias de ambas emergencias se vieron agravadas por la inestabilidad política y la situación de pobreza en la que vive una parte importante de la población. Todo esto llevó a casi 12 millones de personas a una situación de inseguridad alimentaria severa.

En África del Este, los conflictos, la violencia y los shocks climáticos hicieron que aumentaran las necesidades humanitarias, y el número de personas que huyeron de sus hogares alcanzara los 17,5 millones. En Somalia y Etiopía, la falta de lluvias en los últimos dos años, junto al conflicto armado que asola Somalia desde hace décadas y la violencia reciente en Etiopía, llevó a que más de 12 millones de personas necesitaran asistencia humanitaria.

Mientras, en Sudán del Sur y en Sudán se produjeron fuertes inundaciones, que agravaron las crisis humanitarias que viven estos dos países. Las inundaciones de 2019 afectaron a casi un millón de personas en Sudán del Sur, lo que se sumó a los 7,2 millones de personas que siguen necesitando ayuda humanitaria. Por su parte, en Sudán, el agravamiento de la inestabilidad política y la crisis económica elevó a 8,5 millones el número de personas que necesitaron ayuda humanitaria en 2019.

Al tiempo, el Noreste de Nigeria, la zona del lago Chad, la República Democrática del Congo y la República Centroafricana siguen sufriendo algunas de las crisis humanitarias más prolongadas y graves del mundo, con 45 millones de personas que necesitaron ayuda y protección en 2019. A esto se suman los brotes de epidemias de sarampión, cólera y ébola. Especialmente preocupantes han sido el brote de ébola en la provincia de Kivu Norte, en la R.D. del Congo —que en julio de 2019 fue declara-

da emergencia de salud pública de importancia internacional<sup>4</sup>—, y el brote de cólera de Burundi, de junio de 2019.

La violencia política e interétnica y las inundaciones han contribuido al agravamiento de la situación en Burkina Faso, Malí y Níger. El conflicto y la violencia en Burkina han llevado al país a sufrir una de las crisis humanitarias de crecimiento más rápido en 2019, con más de medio millón de personas desplazadas durante ese año, cifra que casi se ha doblado en 2020. De forma paralela, en Malí la precaria situación humanitaria se agravó en 2019 por el aumento de la violencia en el Centro y Norte del país, así como por las inundaciones. En Níger dichas inundaciones agravaron la inseguridad alimentaria y la malnutrición.

Oriente Medio sigue siendo la región más afectada por conflictos armados e inestabilidad política, con un incremento en desastres naturales como inundaciones, sequías y tormentas de polvo y arena, con Siria y Yemen como los países más afectados y que más preocupan. Así, en 2019, el conflicto armado en Siria entró en su noveno año y sigue afectando a millones de personas en la región; Jordania acoge a casi 700.000 personas refugiadas sirias; mientras, en Siria, 11,7 millones de personas requirieron ayuda humanitaria, de los cuales 6,1 millones son personas desplazadas internas. A pesar de lo anterior, Yemen sigue siendo la peor crisis humanitaria, en la que el conflicto, la violencia y el colapso económico han llevado a 24 millones de personas a requerir asistencia humanitaria.

Asia sigue siendo la región más afectada por desastres naturales. En 2019, 55 millones de personas requirieron ayuda humanitaria, produciéndose 5.300 muertes. Además, la región acoge a 3,3 millones de personas refugiadas y alberga el mayor campo de personas refugiadas en Cox Bazar, Bangladesh.

En cuanto a las consecuencias de la sequía que afectó especialmente a Afganistán y Paquistán, ésta llevó en este último país a más de un millón de personas a requerir ayuda humanitaria. Mientras, en Afganistán, a esta sequía se sumó el agravamiento del conflicto, que dura ya décadas, lo que llevó a unos 9 millones de personas a depender de la ayuda humanitaria para cubrir sus necesidades básicas.

Y en América Latina y el Caribe, las consecuencias de los desastres naturales, como inundaciones, sequías y tormentas, se sumaron a la violencia y el conflicto que golpea a algunos países de la región, como Colombia, Venezuela, Haití y la región de Centroamérica en general, llevando a cientos de miles de personas a huir de sus hogares. En 2019 había 8 millones de personas desplazadas, de las que muchas requerían ayuda humanitaria.

4. OMS: <https://www.who.int/ihr/procedures/statement-emergency-committee-ebola-drc-july-2019.pdf>

Por último, en Europa, la crisis humanitaria de Ucrania y la respuesta humanitaria a la llegada de personas refugiadas y migrantes a sus costas, siguen sin ser resueltas. Por un lado, Ucrania sigue afrontando las consecuencias de seis años de conflicto en el Este del país, con 3,4 millones de personas que requieren asistencia humanitaria y protección para su supervivencia. Por otro, el fuego en el campo de refugiados de Moria (Grecia) a comienzos de septiembre ha venido a ejemplificar de nuevo dramáticamente la ausencia de la debida respuesta humanitaria por parte de las políticas europeas de migración, asilo y refugio.

En todo caso, este 2020 queda ineludiblemente marcado por la pandemia de la COVID-19, que añade una nueva crisis de consecuencias imprevisibles y agrava la frágil situación en la que se encuentran los países afectados por crisis humanitarias.

## 2. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN LA AGENDA INTERNACIONAL

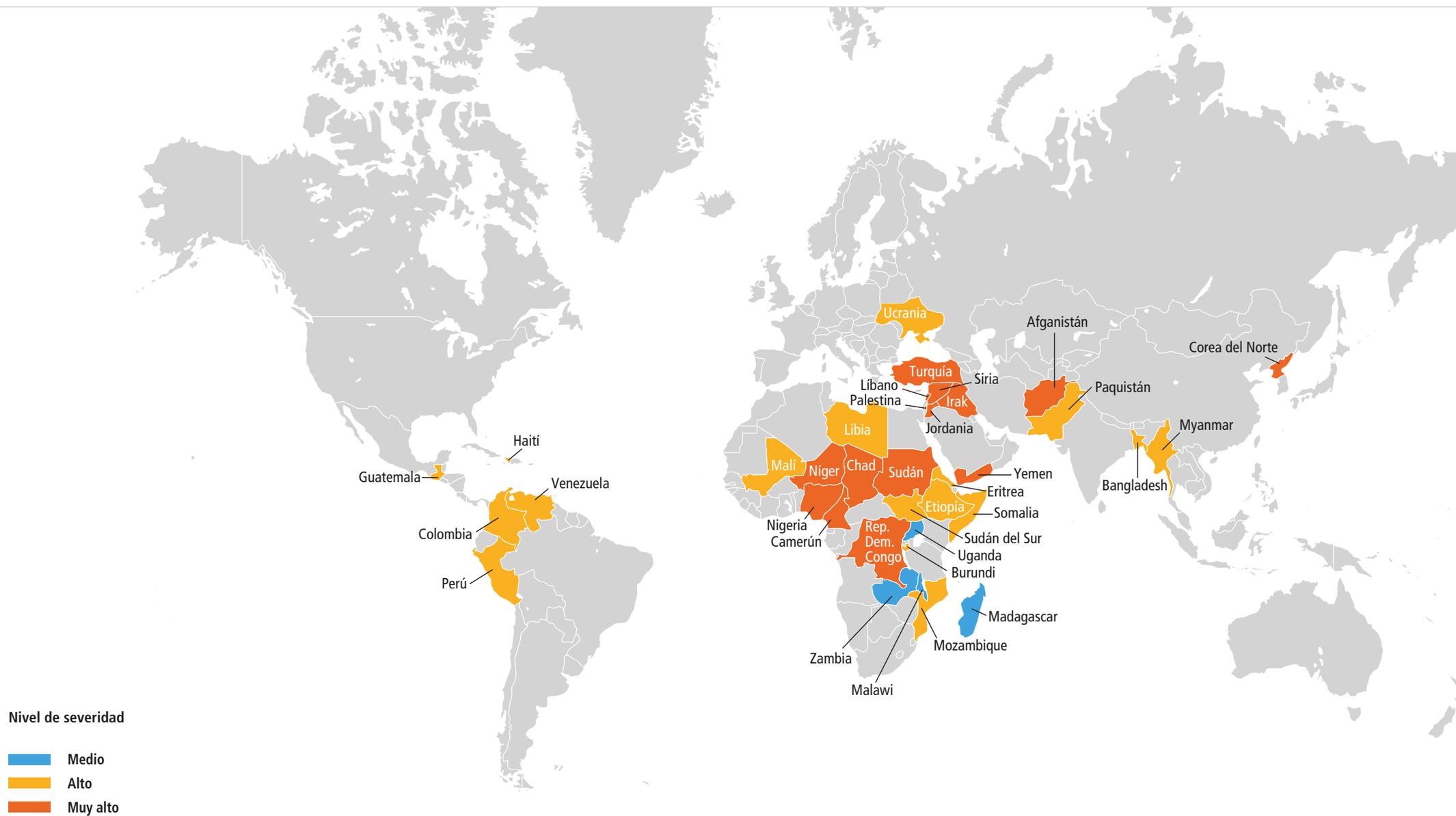
### 2.1. El impacto de la COVID-19 en las crisis humanitarias

Todos los países están expuestos a los efectos sanitarios y socioeconómicos de la COVID-19, pero en países frágiles y afectados por conflictos las consecuencias son mucho más graves porque la pandemia se superpone a otras crisis humanitarias y vulnerabilidades estructurales. Por ejemplo, en algunas zonas del Cuerno de África la llegada de la pandemia se suma a las consecuencias de las inundaciones y la sequía de 2019, a nuevos desplazamientos de población y a la peor plaga de langosta de los últimos 25 años.

Está claro que la respuesta a la COVID-19 exige un esfuerzo adicional muy importante, pero este esfuerzo no debe ser a costa de dejar desatendidas a millones de personas afectadas por crisis humanitarias que coexisten con la pandemia.

El cierre de fronteras, la suspensión del transporte de pasajeros por carretera y la cancelación de vuelos han dificultado enormemente el trabajo de las organizaciones humanitarias, que en países como la R.D. del Congo dependen de los corredores aéreos para trasladar material y personal a las zonas más necesitadas. La cancelación y restricción de vuelos internacionales también dificulta la llegada de material y de personal humanitario internacional. Aunque las negociaciones con gobiernos y con NN. UU. han permitido que se abrieran corredores humanitarios, y se fueran normalizando los vuelos internacionales, las organizaciones siguen teniendo dificultades para acceder a determinados países y enviar tanto el material como el personal necesario. Además, existe una escasa homogeneización de los requerimientos de aislamiento,

GRÁFICO 4.1. MAPA DE CRISIS HUMANITARIAS POR NIVEL DE SEVERIDAD EN 2019



Fuente: Development Initiatives, Global Humanitarian Assistance Report 2020

test diagnósticos y medidas de cuarentena entre los países, lo que dificulta la movilidad de materiales y recursos humanos necesarios para la asistencia humanitaria.

Por su parte, las organizaciones humanitarias han tenido que reorientar y modificar sus intervenciones, priorizando los programas que son absolutamente esenciales, a la vez que aseguran que el personal sanitario está protegido contra el virus y no se convierte en vector del mismo.

Los servicios clave han sido reducidos o suspendidos y las consecuencias de la desestructuración de los sistemas de salud son incalculables sobre los programas de enfermedades transmisibles y no transmisibles en localizaciones especialmente débiles. El acceso a la salud se ha reducido drásticamente, con especial impacto en las mujeres y las niñas, y se han cancelado campañas de vacunación, lo que está llevando a que surjan otros brotes de enfermedades. En contextos con sistemas de salud muy frágiles, preocupa el aumento de los brotes de epidemias y las consecuencias que pueden tener la cancelación de las campañas de vacunación en la salud de la población. Según NN. UU., en Afganistán se han reportado casos de polio en zonas que llevaban dos décadas sin ellos, mientras que Chad sufre una epidemia de sarampión. Como ha advertido el Consejo Económico y Social de NN. UU. (ECOSOC), *“No podemos cometer el mismo error que durante la crisis del ébola, cuando murieron más personas a causa del sarampión que por ébola”*.

A medida que las economías se desploman, cada vez más personas se enfrentan a la inseguridad alimentaria. La epidemia de la COVID-19 llega en un momento en el que el número de personas que sufren inseguridad alimentaria severa en el mundo ha aumentado casi un 70% en los últimos cuatro años, debido al impacto del cambio climático, los conflictos y las perturbaciones socioeconómicas<sup>5</sup>.

Países como Afganistán, Etiopía, Haití, Nigeria, la R.D. del Congo, Siria, Sudán del Sur, Sudán, Venezuela o Yemen, envueltos en crisis humanitarias, no tienen recursos suficientes para responder de forma adecuada al coronavirus a la vez que responden a la inseguridad alimentaria y a la vulnerabilidad de la población.

Aunque la pandemia del coronavirus está afectando a las respuestas de emergencia en las comunidades vulnerables de todo el mundo, los campos de personas refugiadas y las zonas que acogen a población desplazada interna son los que más preocupan. No podemos olvidar que, desgraciadamente, 2019 ha vuelto a marcar un récord histórico con 70 millones de personas desplazadas en sus países de origen o en países vecinos.

5. ECOSOC, Reunión del Segmento sobre Acción Humanitaria, 11 de junio de 2020.

6. WFP, COVID-19, Level 3 Emergency - External Situation Report, # 12; August 2020.

Las condiciones de vida, normalmente muy precarias en estos campos, se han convertido en casi imposibles desde la llegada de la pandemia, pues al hacinamiento y al limitado acceso a letrinas y puntos de agua, se suma la reducción de servicios básicos, como los de salud, y de los repartos de alimentos y otros productos por la restricción de movimiento impuesto por la pandemia al personal humanitario. Se teme que la reducción de servicios de salud sexual y reproductiva (SSyR) lleve a un aumento de embarazos no deseados, complicaciones en el parto y abortos. Lo que sí se ha producido ya es un aumento de la violencia de género.

En este contexto, las organizaciones humanitarias avisan contra el desvío de fondos de programas humanitarios hacia iniciativas para responder a la COVID-19. Lo que se precisa no es reducir los programas, sino aumentarlos, porque las respuestas humanitarias siguen infra financiadas; incluso sin tener en cuenta el impacto de la COVID-19, éstas han crecido de forma importante en 2020. Sólo en la región del Sahel hay 4,5 millones de personas refugiadas o desplazadas internas y 12 millones de personas sufren inseguridad alimentaria, la cifra más alta en una década (cifra que según OCHA podría doblarse por el impacto de la COVID-19<sup>7</sup>). Sin embargo, a finales de octubre de 2020, sólo se había recibido, de media, el 40% de los fondos solicitados en los Planes de Respuesta Humanitaria para la región.

Otro aspecto preocupante de la pandemia es el aumento de la violencia contra el personal sanitario que trabaja en la lucha contra la COVID-19<sup>8</sup> y contra el personal humanitario, por ser percibidos como los transmisores del virus. Aunque no se trata de un fenómeno nuevo, en 2019 se produjeron más de 1.200 incidentes violentos<sup>9</sup> contra infraestructuras, vehículos y personal sanitario (más de 500 personas resultaron heridas y 151 fallecieron); y sólo entre marzo y mayo de 2020 se produjeron 265 incidentes violentos contra el personal sanitario relacionados con la pandemia de la COVID-19.

La reunión del Segmento sobre Acción humanitaria de ECOSOC, que tuvo lugar el 11 de junio, en la que se abordó la situación humanitaria en el mundo, acordó una serie de recomendaciones:

- El acceso es crítico para una respuesta efectiva. Los gobiernos deben facilitar la provisión de la ayuda humanitaria y eliminar las restricciones sobre material y personal humanitario.

7. <https://www.unocha.org/story/humanitarian-needs-rise-sahel-amid-COVID-19>

8. <http://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2020/06/2020-Jan-May-Fact-Sheet-COVID-19-and-Conflict.pdf>

9. Safeguarding Health in Conflict; Health Workers at Risk: Violence against Health Care, 2019 report. Safeguarding Health in Conflict Coalition.

- Es imperativo asegurar el respeto y cumplimiento del derecho internacional, incluido el derecho humanitario, los derechos humanos y el derecho del refugiado.
- Es importante reforzar la participación comunitaria y la respuesta desde lo local; las organizaciones locales, y especialmente las organizaciones de mujeres, deben ser uno de los pilares de la respuesta, que a su vez debe ser flexible y adaptarse a las necesidades locales.
- La mitigación, respuesta y prevención de la violencia de género debe ser una prioridad.
- La salud mental y el apoyo psicosocial debe ser una parte integral de la respuesta.
- Es importante seguir financiando el fortalecimiento de los servicios de salud. Existe una gran preocupación por los efectos que puede tener la pandemia en otras enfermedades, especialmente la tuberculosis, el VIH y la malaria.
- Hay que hacer más para atender las necesidades de las personas desplazadas, por su elevada vulnerabilidad a la COVID-19 y a los efectos de la misma. Es crítico invertir en preparación, basada en datos y análisis de dónde se localizarán las mayores necesidades, para mitigar así el impacto en la población más vulnerable.

Como se recordó en la reunión, todas las necesidades humanitarias siguen siendo, al menos, tan urgentes como lo eran antes de la COVID-19 y no podemos ignorarlas. Es importante financiar de manera adecuada el plan de respuesta humanitaria global, pero como ya se ha indicado, no puede ser a expensas de los fondos de otras operaciones humanitarias.

#### PLAN GLOBAL DE RESPUESTA HUMANITARIA A LA COVID-19

El 25 de marzo, el Secretario General de NN. UU. lanzó un plan global de respuesta humanitaria de 2.010 millones de dólares para luchar contra la COVID-19 en contextos humanitarios, a la vez que pedía a los Estados miembro que siguieran financiando los demás programas. A finales de octubre el llamamiento había crecido hasta casi 10.000 millones de dólares, lo que muestra la magnitud de las necesidades.

Desde sociedad civil se ha planteado de forma reiterada que se necesitan fondos adicionales para responder a la pandemia de la COVID-19 y no reorientar los recursos disponibles en base al presupuesto aprobado para 2020, que es lo que se está haciendo.

La respuesta por parte de los países donantes y las instituciones internacionales está siendo decepcionante. Desde la Unión Europea (UE), el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (CAD), el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el

Banco Mundial (BM) se habla mucho de reorientar los fondos ya comprometidos y nada sobre la necesidad de comprometer fondos adicionales.

La UE ha anunciado que va a asignar 15.641 millones de euros de ayuda reprogramada (502 millones a respuesta urgente a necesidades humanitarias, 2.858 millones de euros para fortalecimiento de los sistemas de salud y 12.281 millones para abordar las consecuencias económicas y sociales de la pandemia); en ningún momento se habla de fondos adicionales. Por su parte, la respuesta del CAD (es decir, del conjunto de los países donantes) no ha sido mucho mejor, a pesar de las buenas palabras: “estamos ante una crisis que exige una respuesta fuerte, coordinada, inclusiva y coherente a escala mundial, por lo que la cooperación internacional y multilateral es ahora más importante que nunca”. De nuevo, nada se dice de la necesidad de fondos adicionales, sino simplemente de cumplir con los compromisos de asignación de fondos ya suscritos.

No es de extrañar que de los 9.490 millones de dólares que se solicita en el Plan de respuesta, a finales de octubre tan solo se hayan recibido 3.390 millones, el 35,7% de los fondos, siendo EE. UU. el principal donante con 836 millones de dólares, seguido por Alemania con 334 millones, la Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea (ECHO, por sus siglas en inglés) con 265 millones, Reino Unido con 254 millones, Japón con 183 millones y Arabia Saudí con 160 millones de dólares. Aunque son cantidades muy importantes, siguen siendo muy inferiores a las que una crisis de esta magnitud exige.

## 2.2. 20 aniversario de la Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de NN. UU. sobre Mujeres, Paz y Seguridad

En octubre de 2020 se cumplió el 20 aniversario de la Resolución 1325 aprobada por el Consejo de Seguridad de NN. UU. en la que, por primera vez, se reconoce la importancia de la participación de las mujeres en cualquier proceso de paz, así como los efectos de la guerra sobre las mujeres y la contribución de éstas a la resolución de conflictos y a la paz sostenible.

La resolución 1325 se basa en cuatro pilares:

1. El papel de las mujeres en la prevención de conflictos.
2. La participación de las mujeres en la consolidación de la paz.
3. La protección de los derechos de las mujeres durante los conflictos y después de ellos.
4. Las necesidades especiales de las mujeres en el momento de la repatriación y el reasentamiento, así como para la rehabilitación, la reintegración y la reconstrucción después de los conflictos.

Desde su aprobación, se han adoptado varias resoluciones que la complementan y que se focalizan, unas en la necesidad de que las mujeres participen de forma activa y efectiva en el establecimiento y la consolidación de la paz, y otras en la violencia sexual relacionada con los conflictos, así como la explotación y los abusos sexuales.

A pesar de los muchos compromisos e iniciativas globales y regionales que se han ido tomando a lo largo de estos 20 años, el propio Secretario General de NN. UU. ha reconocido que la implementación de la agenda está muy lejos de ser satisfactoria.

El número de mujeres que participan en procesos formales de establecimiento de la paz sigue siendo bajo y la mayoría de los acuerdos de paz no incluyen disposiciones sobre género que respondan de forma suficiente a las necesidades de las mujeres en los ámbitos de la seguridad y la consolidación de la paz. Además, la falta de compromiso político por parte de los Estados con la implementación de la Agenda Mujeres, Paz y Seguridad va acompañada de una infrafinanciación de dicha agenda y unos planes nacionales poco ambiciosos.

Por ello, cuando se van a cumplir 20 años de la adopción de la resolución 1325, el Secretario General de NN. UU. ha pedido a sus organismos, los Estados miembro y otros actores que adopten las medidas necesarias para:

1. Responsabilizar al personal directivo de la aplicación de la agenda sobre las mujeres y la paz y la seguridad mediante la reunión de datos específicos, el análisis conjunto, la planificación estratégica y una mayor visibilidad.
2. Permitir, facilitar y asegurar la participación significativa de las mujeres en los procesos de paz, en la aplicación de los acuerdos de paz y en todos los procesos de adopción de decisiones relacionadas con la paz y la seguridad.
3. Condenar públicamente las violaciones de los derechos humanos y la discriminación, y prevenir todas las formas de violencia por razón de género, en particular contra las defensoras de los derechos humanos.
4. Aumentar el número y la influencia de las mujeres que integran el personal unificado de las misiones de mantenimiento de la paz y los servicios de seguridad nacional.
5. Garantizar el acceso de las mujeres a la seguridad y los recursos económicos.
6. Financiar la agenda sobre las mujeres y la paz y la seguridad e invertir en las promotoras de la paz.

Por último, desde sociedad civil se proponen cinco medidas para avanzar en las áreas clave de la Agenda Mujeres, Paz y Seguridad.

1. Adoptar medidas decisivas para prevenir los conflictos, poner fin a la violencia y evitar las crisis, entre otras cosas, abordando los factores que impulsan los conflictos y la inestabilidad en función del género.

2. Asegurar la participación plena, equitativa y significativa de las mujeres en todos los aspectos de la paz y la seguridad.
3. Defender la legitimidad de la labor de todos los defensores y defensoras de los derechos humanos y los y las constructoras de la paz, así como su papel en la promoción de la paz y la seguridad, y prevenir y abordar eficazmente los ataques contra ellos y ellas.
4. La igualdad de género y los derechos humanos de todas las mujeres y niñas, incluido el acceso a una salud y unos derechos sexuales y reproductivos amplios, deben ser fundamentales para el mantenimiento de la paz y la seguridad internacionales.
5. Además de garantizar la aplicación por parte de los Estados miembros, es necesario promover la rendición de cuentas en todo el sistema de NN. UU. en lo que respecta a la aplicación del programa de la Agenda Mujeres, Paz y Seguridad.

Por su parte, los gobiernos de Finlandia y España han firmado la iniciativa conjunta “Commitment 2025 on Women’s Inclusion in Peace Processes” para alcanzar la participación plena y efectiva de las mujeres en todos los procesos de paz en 2025. Para ello acuerdan 10 medidas concretas relacionadas con el aumento del número de mujeres en puestos clave, una mayor financiación y el apoyo a mujeres constructoras de paz y mediadoras, entre otras. Ambos países se comprometen a implementar estas medidas en los próximos 5 años, a la vez que invitan a los demás países miembro de NN. UU. a que se sumen a dicha iniciativa. Queda por ver cuántos países se sumarán a la misma y hasta qué punto la comunidad internacional es capaz de pasar del compromiso a la acción.

### **2.3. El Triple Nexo: Acción Humanitaria-Desarrollo-Paz. Una oportunidad con retos por afrontar**

El aumento en los últimos años de las necesidades humanitarias debido a la complejidad de las crisis que se prolongan en el tiempo, los desplazamientos forzados y los conflictos, ha sido determinante para que la comunidad internacional avanzara hacia un nuevo marco de respuesta más global e integrador que incluyera además de la acción humanitaria y el desarrollo, la dimensión de la paz.

El enfoque del triple nexo parte del reconocimiento de que las crisis humanitarias pueden estar causadas, o verse afectadas, por acciones políticas que fomentan la desigualdad e incrementan la vulnerabilidad y el conflicto. Por tanto, un enfoque integral que tenga en cuenta el nexo entre lo humanitario, el desarrollo y la paz, puede ser una oportunidad para abordar estas causas más profundas. De esta manera, la

reducción de la vulnerabilidad y el trabajo hacia la paz se convierten en componentes fundamentales para un desarrollo sostenible.

Aunque el enfoque de triple nexo es relativamente nuevo, la preocupación por abordar la vulnerabilidad de las personas y las comunidades que se enfrentan a una emergencia no lo es. Los enfoques de Reducción del Riesgo de Desastres (RRD) y de Vinculación entre Ayuda de Emergencia, Rehabilitación y Desarrollo (VARD) supusieron los primeros esfuerzos para vincular la respuesta humanitaria con el desarrollo a través de la reducción de las vulnerabilidades, la mejora de la resiliencia y la reducción de riesgos futuros.

La primera Cumbre Humanitaria Mundial de 2016 y la Agenda para la Humanidad que surge de la misma, marcan el camino para avanzar en el vínculo entre acción humanitaria, desarrollo y paz. Durante la misma, el Secretario General de NNUU pidió superar la división entre los diferentes actores implicados en la construcción de la paz, la acción humanitaria y el desarrollo para responder de manera efectiva a los grandes retos humanitarios a los que nos enfrentamos. Se trata no sólo de responder a las necesidades humanitarias inmediatas, sino también de reducir dicha necesidad de asistencia a largo plazo.

Desde entonces, tanto NN. UU. como la UE, han dado importantes pasos para la puesta en práctica del triple nexo. Desde NN. UU., “Una Nueva Forma de Trabajar” (“A New Way of Working”), liderada por su Secretario General, junto al BM y la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), busca “trascender la división entre lo humanitario y el desarrollo” y fomentar los partenariados entre aquellos actores vinculados a lo humanitario, el desarrollo y la paz, para la consecución de los llamados “resultados colectivos”, sin olvidar la importancia de una financiación plurianual conjunta<sup>10</sup>.

La UE lleva años incorporando, con más o menos éxito, el nexo entre acción humanitaria y desarrollo en el abordaje de crisis complejas; no se trata sólo de buscar una mejor coordinación de actores, sino de mejorar la eficacia de la ayuda, respondiendo mejor a las necesidades de las poblaciones afectadas. Tras la Cumbre Humanitaria Mundial se incorporó la paz como tercer componente de dicho nexo. Desde entonces, se ha dotado de un marco político para su implementación en el que destacan tres Conclusiones<sup>11</sup> del Consejo de la UE:

- La “Conclusiones del Consejo para poner en práctica el nexo entre lo humanitario y el desarrollo”, adoptadas en mayo de 2017, en las que se reconoce la interrelación entre pobreza, conflicto, fragilidad y desplazamientos forzados, y por tanto, la necesidad de abordarlos de forma integral y coherente.

10. UN, Commitment to Action: Transcending Humanitarian-Development Divides. World Humanitarian Summit, 2016.

11. <https://www.consilium.europa.eu/es/policies/humanitarian-aid/>

- Las “Conclusiones del Consejo sobre un Planteamiento estratégico de la resiliencia en la acción exterior de la UE”, adoptadas en noviembre de 2017, que hacen hincapié en la importancia de la anticipación, la preparación y la prevención, y sobre la integración de la resiliencia en los programas y presupuestos de la acción exterior de la UE.
- Y las “Conclusiones del Consejo sobre el enfoque integrado de los conflictos y crisis exteriores”, adoptadas en enero de 2018, en las que se reiteran los vínculos entre desarrollo sostenible, acción humanitaria y prevención de conflictos, y consolidación de la paz.

Por último, el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) aprobó en febrero de 2019 la “Recomendación sobre el Nexo entre Acción Humanitaria, Desarrollo y Paz”<sup>12</sup>. En ella se aboga por priorizar la prevención, invertir en desarrollo y responder a las necesidades humanitarias, poniendo a las personas en el centro de la respuesta, desarrollando las capacidades locales y nacionales, y asegurando una financiación previsible, flexible y plurianual.

Para las organizaciones de la sociedad civil, el triple nexo puede ser una oportunidad para responder mejor a las necesidades humanitarias y de desarrollo de las personas, especialmente en contextos de crisis complejas que se prolongan en el tiempo, pero también presenta dudas, especialmente en torno al concepto de paz. Cómo definen las organizaciones de la sociedad civil la paz y qué elementos la componen difiere de cómo la entienden y abordan los gobiernos<sup>13</sup>.

Para las ONG el trabajo en temas de paz implica trabajar con las comunidades entorno a la resolución de conflictos, reconciliación, construcción de la cohesión social o de la paz a nivel comunitario; mientras, para muchos Estados, la paz está más vinculada a un proceso político para su mantenimiento, su construcción o a la dimensión de la seguridad humana. A esto se suma que, cada vez más, la paz está vinculada a la seguridad y a medidas antiterroristas, lo que es un motivo de preocupación para las ONG, ya que en un entorno así desaparecen los principios humanitarios.

Aunque en teoría los Estados, tanto donantes como receptores de ayuda, hablan del respeto a los principios humanitarios, la realidad es que en muchas ocasiones hay una instrumentalización de la ayuda, que se intenta poner al servicio de objetivos políticos o de seguridad.

12. CAD Recommendation on the Humanitarian, Development and Peace Nexus. OCDE: <https://legalinstruments.oecd.org/public/doc/643/643.en.pdf>

13. NGO Perspectives on the EU’s Humanitarian – Development-Peace Nexus; Report 2019. VOICE.

También preocupa el concepto de “resultados colectivos” del enfoque “Nueva Forma de Trabajar” de NN. UU., por las implicaciones que puede tener de cara a la independencia de las organizaciones, ya que mientras unos pueden interpretar el concepto como la búsqueda de complementariedad entre los diferentes mandatos y actores, otros lo ven como una oportunidad para incorporar las respuestas humanitarias dentro de agendas políticas y de seguridad más amplias.

De ahí que para la plataforma de organizaciones humanitarias VOICE (Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies), la implementación del triple nexo requiere:

- Situar las necesidades de las personas en el centro de cualquier respuesta.
- Participación activa y significativa de los actores locales y nacionales desde un primer momento, incluidas las ONG.
- Aumentar la planificación y financiación multianual de las actividades humanitarias e introducir un sistema de modificadores por crisis en las actividades de cooperación para el desarrollo.
- Mejorar el enfoque de resiliencia comunitaria.
- Respetar y promover el Derecho Internacional Humanitario y los principios humanitarios.
- Fomentar los procesos de aprendizajes para avanzar en la implementación del triple nexo y en un mayor compromiso a largo plazo.

Para la sociedad civil, el enfoque del triple nexo no puede ser un proceso de arriba abajo, dirigido por gobiernos e instituciones internacionales, sino un proceso más pausado, de abajo arriba, que cuente desde el inicio con la participación efectiva de las personas, las comunidades directamente afectadas y aquellas organizaciones e instituciones que están en primera línea. Además, no impone un modelo único de actuación, sino que se adapte a la realidad de cada contexto, contando con todos los actores y con los recursos necesarios. Sólo así se podrá trabajar de forma efectiva.

### 3. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

En 2019, la ayuda humanitaria internacional que se reporta a través del sistema de seguimiento financiero (Financial Tracking Service, FTS, por sus siglas en inglés) de OCHA<sup>14</sup> ascendió a 24.730 millones de dólares<sup>15</sup>, una cifra que supone un descenso de casi 600 millones de dólares con respecto a 2018. Analizando las aportaciones de donantes y sector privado, los recortes se han producido en la financiación de gobiernos e instituciones europeas, a pesar del continuo aumento de las necesidades.

Como elemento positivo, hay que mencionar el incremento de 2.260 millones de los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU. con respecto a 2018. Por el contrario, la financiación fuera de los llamamientos se ha reducido en 2.800 millones de dólares, pasando de 10.055 millones en 2018 a 7.250 millones en 2019. Por tanto, un año más la financiación de la AH sigue siendo insuficiente para cubrir las necesidades humanitarias en el mundo, quedándose de nuevo en torno al 60%.

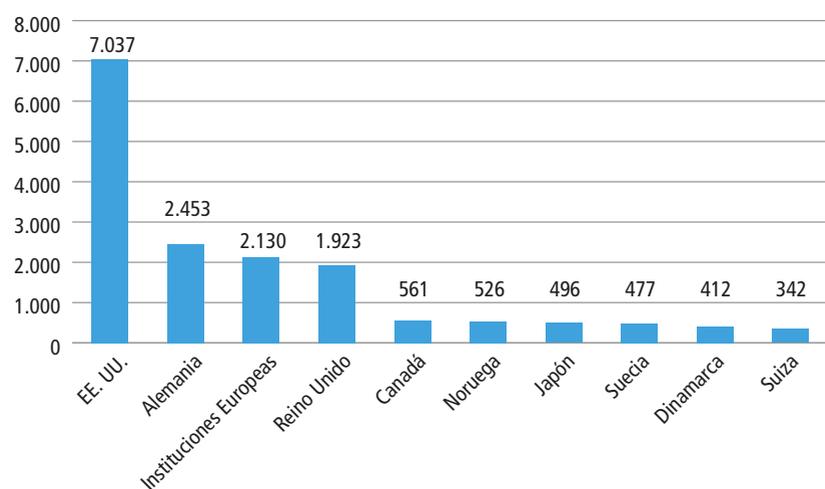
Si analizamos quiénes son los principales donantes, vemos que se trata de un pequeño grupo de países. Si bien todos han reducido ligeramente su financiación con respecto a 2018, tres países, EE. UU., Alemania y Reino Unido, aportan algo más del 50% de la financiación, mientras que las instituciones europeas son el tercer donante por volumen.

---

14. Esta cifra incluye tanto los fondos asignados a OCHA, la agencia de NN. UU. que coordina una parte importante de la ayuda humanitaria internacional, como aquellos gestionados directamente por donantes y ONG. Quedan fuera de este cómputo los fondos gestionados por algunos donantes, así como por algunas ONG, como Médicos sin Fronteras, y parte de la financiación del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

15. 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, quedando fuera algunos países donantes y agencias.

GRÁFICO 4.2. PRINCIPALES DONANTES DEL CAD EN 2019<sup>16</sup> (EN MILLONES DE DÓLARES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE/CAD

Entre los países que no son miembros del CAD y que más aportan a la AH están Arabia Saudí, que destinó unos 1.300 millones de dólares, y Emiratos Árabes Unidos, que contribuyó con 600 millones. En cuanto a este último, aunque se trata de una cantidad importante, supone una reducción del 70% con respecto a 2018, cuando consignó 2.100 millones.

Por otra parte, si se analiza la proporción de la Renta Nacional Bruta (RNB) que destinan estos donantes a la AH, es decir, el esfuerzo real que hace cada país, los principales donantes del CAD son Dinamarca y Noruega, que destinan algo más del 0,1% de su RNB, mientras que EE. UU. estaría a la cola, con el 0,03% de su RNB.

En cuanto a la canalización de fondos se repiten los patrones de años anteriores. El 62% se hizo a través de las agencias humanitarias de NN. UU., seguidas de lejos por las ONG, que recibieron el 17% de los fondos, y el sistema de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR), con el 8%.

16. Datos preliminares 2019 reportados al CAD de la OCDE, que recogen las aportaciones tanto de los países miembros del CAD como de algunos países no miembros.

TABLA 4.1. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL EN 2019

Vía de canalización	Total millones de dólares
<b>Agencias de NN. UU.</b>	15.375
<b>ONG</b>	4.354
<b>Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja (CICR)</b>	2.002
<b>Gobiernos</b>	305
<b>Organismos intergubernamentales</b>	126
<b>Instituciones financieras</b>	34
<b>Organizaciones privadas</b>	153

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

La canalización a través de actores locales ha disminuido notablemente. Los principales recortes se han dado en la financiación a gobiernos, que se ha reducido en un 50%, pasando de algo más de 600 millones de dólares en 2018 a apenas 300 millones en 2019, mientras que la financiación vía ONG ha aumentado ligeramente, pasando de 275 a 306 millones de dólares.

Como recoge el informe independiente sobre el Grand Bargain (acuerdo entre los principales donantes y proveedores de ayuda humanitaria, que tiene como objetivo mejorar la eficacia de dicha ayuda)<sup>17</sup>, pocas son las organizaciones y países firmantes que han alcanzado el compromiso de destinar en 2020 al menos el 25% de la financiación humanitaria a entidades locales y nacionales. De las 63 entidades firmantes, tan solo 11 han alcanzado o superado el objetivo del 25%: CAFOD, ActionAid, IFRC, Christian Aid, el Fondo de Población de las NN. UU. (UNFPA, por sus siglas en inglés), el Fondo de las NN. UU. para la Infancia (UNICEF), ACNUR, el Programa de las NN. UU. para el Desarrollo (PNUD), OCHA y los gobiernos de Alemania y Eslovenia.

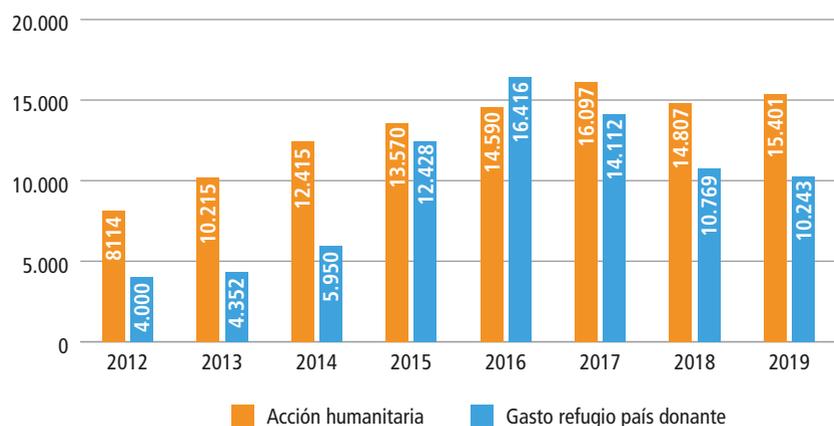
Los datos recogidos por OCHA confirman que del total de los fondos destinados a AH, en 2019 sólo se canalizaron directamente a través entidades locales 985 millones de dólares, lo que supone algo menos del 4% del total de fondos, muy lejos del objetivo del 25% indicado.

Por otro lado, se mantiene la tendencia general a la reducción 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, aunque se trata de un ligero descenso, pasando de 10.769 millones de dólares en 2018

17. Grand Bargain Annual Independent Report 2020. Humanitarian Policy Group-Overseas Development Institute (HPG-ODI).

a 10.243 millones en 2019. Este descenso sitúa este tipo de gasto en los países donantes del CAD por debajo de la financiación que estos mismos países destinan a la AH y que en 2019 alcanzó los 15.401 millones de dólares.

**GRÁFICO 4.3. GASTOS REFUGIO EN PAÍSES CAD FRENTE A LA FINANCIACIÓN DE AH**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD

## 4. LA AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS

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 NN. UU.

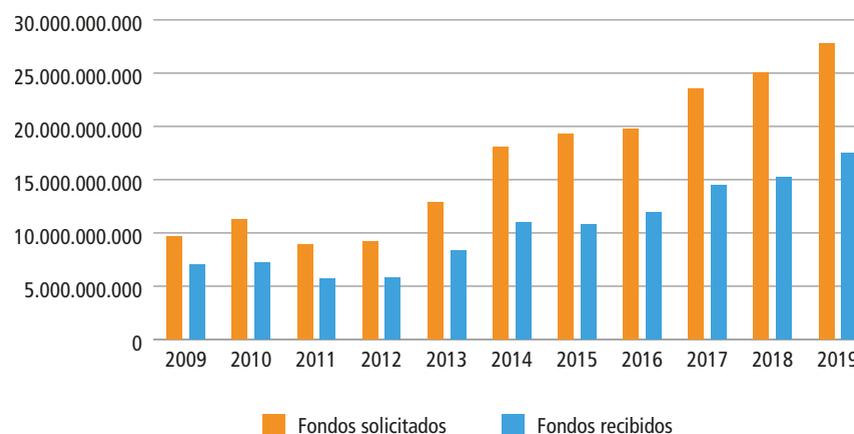
**TABLA 4.2. AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NN. UU., 2019**

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	Porcentaje del total
Planes estratégicos de respuesta	17.525	92,30%
Fondos comunes	1.461	7,70%
<b>TOTAL</b>	<b>18.986</b>	<b>100%</b>

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

Los fondos coordinados de NN. UU. permiten asegurar que los Planes Estratégicos de Respuesta de sus diferentes agencias humanitarias sean financiados de forma predecible y en tiempo, principalmente a través del Programa Mundial de Alimentos (PMA), UNICEF, ACNUR, la Agencia para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo (UNRWA, por sus siglas en inglés) y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

**GRÁFICO 4.4. FINANCIACIÓN LLAMAMIENTOS DE NN. UU. 2009-2019**

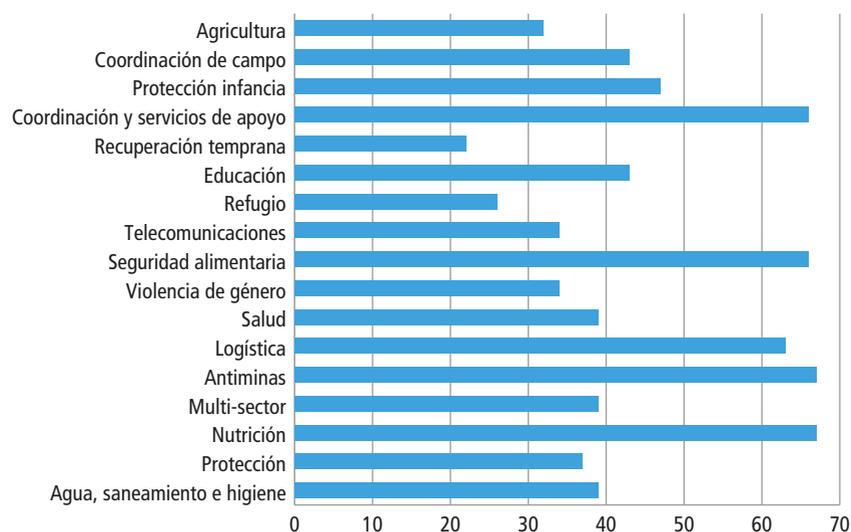


Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA

En 2019 OCHA realizó un llamamiento para los Fondos Coordinados de NN. UU. que ascendió a 27.824 millones de dólares para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta (SRP, en sus siglas en inglés) y atender así las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por las diferentes crisis. Del total de fondos requeridos, se recibieron 17.525 millones de dólares, un incremento de algo más de 2.000 millones de dólares con respecto a 2018, que sin embargo sólo ha permitido que se cubran el 63% de los fondos solicitados. Aunque en términos porcentuales se trata de un pequeño incremento con respecto a 2018, si se analiza la serie histórica se trata de un incremento relevante, ya que no se alcanzaba este porcentaje desde 2013, lo que podría indicar un cambio de tendencia.

Al analizar la distribución de dichos fondos por sectores, vemos que un año más la salud se encuentra entre los sectores que reciben menos del 40% de los fondos solicitados. De aquellos sectores directamente relacionados con ésta como agua, saneamiento e higiene, protección y nutrición, sólo el sector de la nutrición recibe casi el 70% de los fondos solicitados en los llamamientos realizados por NN. UU.

GRÁFICO 4.5. PORCENTAJE DE FINANCIACIÓN POR SECTORES EN 2019



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

Los fondos recibidos se canalizaron a través de 36 llamamientos, 32 nacionales y 4 regionales. África, el continente con las mayores necesidades, realizó el mayor número de llamamientos, 21, pero fue el segundo receptor de fondos, por detrás de Oriente Medio, con 7.106 millones de dólares, lo que supone el 56% de los fondos solicitados. Aunque sólo se realizaron 7 llamamientos para Oriente Medio, éstos respondieron a lo que se solicitó y recibieron más fondos, ya que alcanzaron el 64,5% de lo solicitado, lo que equivale a 9.487 millones.

Los tres llamamientos que se realizaron en América Latina recibieron sólo el 47% de los fondos solicitados, en torno a 500 millones de dólares, mientras que Asia realizó 4 llamamientos, que recibieron 971 millones (el 67% de los fondos solicitados) y Europa uno, para Ucrania, que recibió el 53% de lo solicitado.

Los Planes Estratégicos de Respuesta<sup>18</sup> 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: Yemen, Siria, Sudán del Sur, Somalia, R.D. del Congo, Bangladesh, Irak, Etiopía y Sudán.

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

TABLA 4.3. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE RESPUESTA HUMANITARIA EN 2019

País receptor	Total en millones de dólares
Yemen	3.646
Plan Refugiados de Siria	2.332
Siria	2.120
Sudán del Sur	1.147
Somalia	892
R.D. Congo	713
Bangladesh	688
Irak	656
Etiopía	641
Sudán	602

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

Si se compara la financiación recibida en 2019 con la de 2018, aumentan de forma importante los fondos destinados a Yemen, que pasan de 2.500 a 3.600 millones de dólares, mientras que Siria se mantiene en torno a los 2.100 millones, bajando el Plan de Refugiados de Siria para los países de la región de 2.800 a 2.300 millones. Sudán del Sur, Somalia, R.D. del Congo, Etiopía y Sudán ven descender ligeramente la financiación que reciben, mientras que aumenta también ligeramente la destinada a Irak.

En cuanto a la diferencia entre los fondos solicitados y los recibidos, de los 36 llamamientos, 12 recibieron menos del 50% de los fondos solicitados, preocupando especialmente los llamamientos regionales de Burundi, R.D. del Congo y Sudán del Sur, así como los de Corea del Norte, Haití, Paquistán y Venezuela, que recibieron menos del 35% de los fondos solicitados. Mientras, Afganistán, Bangladesh, Irak, Myanmar, Palestina y Yemen recibieron más del 70% de los fondos solicitados.

En relación con los Fondos Comunes que gestiona OCHA, en 2019 ha recibido 1.461 millones de dólares, un incremento de casi 200 millones que se ha producido, sobre todo, en los Fondos Comunes a nivel país.

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

Ayuda humanitaria	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<b>Fondo Central de respuesta a emergencias - CERF</b>	426	480	491	463	478	442	424	503	545
<b>Fondos Comunes a nivel país - CBPF</b>	453	441	373	427	549	694	673	780	916
<b>TOTAL Fondos Comunes de NN. UU.</b>	<b>879</b>	<b>922</b>	<b>864</b>	<b>890</b>	<b>1.027</b>	<b>1.136</b>	<b>1.097</b>	<b>1.283</b>	<b>1.461</b>

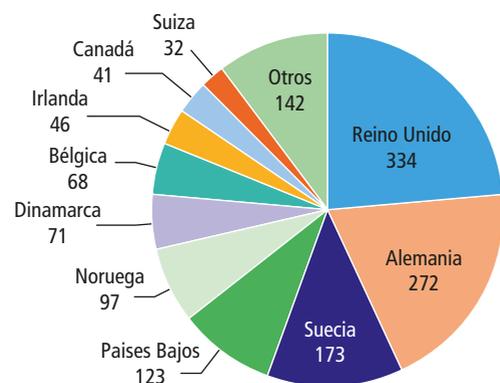
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA

Estos Fondos Comunes alimentan el Fondo Central de Respuesta de Emergencia (CERF, por 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. Lamentablemente, sigue faltando un enfoque más estratégico, que permita responder de manera adecuada a emergencias que pueden convertirse en crisis más graves a medio plazo.

Los mayores contribuyentes a estos fondos fueron, una vez más, países de la UE, con el Reino Unido, Alemania Suecia, Países Bajos y Noruega como principales donantes.

**GRÁFICO 4.6. PRINCIPALES DONANTES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES) 2019**



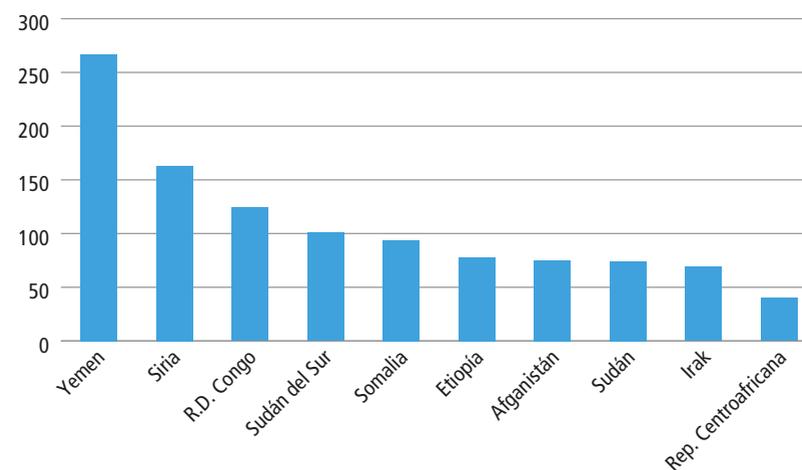
Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA

De nuevo EE. UU., el primer donante de ayuda humanitaria por volumen es el décimo donante de los Fondos Comunes de NN. UU., por detrás de países mucho más pequeños como Bélgica o Irlanda.

Un mayor compromiso de los donantes con el Grand Bargain debería llevar a un incremento de la financiación de los Fondos Comunes, ya que son una herramienta clave para dotar de mayor financiación y apoyo a los actores locales y nacionales; sin embargo, los datos disponibles indican que, más que aumentar, se está produciendo un descenso de los fondos destinados a organizaciones y gobiernos nacionales.

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos asignados, las crisis humanitarias de Yemen, Siria, R.D. del Congo, Sudán del Sur y Somalia han sido las principales receptoras de fondos, concentrando el 51% del total.

**GRÁFICO 4.7. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES) EN 2019**



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

Estos ocho países, Yemen, Siria, R.D. del Congo, Sudán del Sur, Somalia, Etiopía, Afganistán, Sudán, Irak y la República Centroafricana han estado desde hace seis años entre los principales receptores de financiación y tres de ellos, R.D. del Congo, Sudán y Somalia, reciben asistencia humanitaria desde hace 18 años. Todos estos países sufren crisis humanitarias complejas vinculadas a conflictos, a crisis políticas y a fenómenos climáticos extremos, lo que se suma a la pobreza extrema en la que vive una parte importante de su población. Por ello es probable que sigan requiriendo ayuda humanitaria en los próximos años.

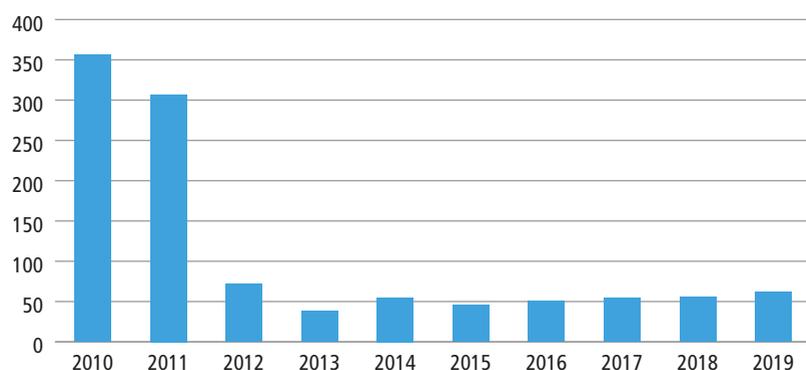
## 5. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

### 5.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2019

En 2019 la AH de la cooperación española en su conjunto (Administración General del Estado —AGE—, CC. AA., EE. LL. y universidades) ha experimentado un ligero incremento con relación a 2018, manteniéndose la tendencia de los últimos años de pequeños crecimientos, hasta situarse en 62 millones.

A pesar de las repetidas promesas de un verdadero aumento de la AH, como muestra el gráfico 4.9, la ayuda destinada a este sector sigue siendo testimonial, manteniéndose a la cola de los donantes.

GRÁFICO 4.8. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A AH



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

La Ayuda destinada a AH como porcentaje de la AOD total representó el 2,35%, lo que supone un ligero incremento con respecto a 2018, aunque muy lejos tanto de la media del CAD del 11% como del objetivo de la nueva Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española de situarla en al menos el 10% de la AOD española en 2022<sup>19</sup>.

La llegada en 2020 de la crisis de la COVID-19 ha puesto de manifiesto la debilidad de la cooperación española, y especialmente de la Acción Humanitaria, tras casi una década de infrafinanciación. Para responder a este desafío, se ha puesto en marcha la estrategia de la Cooperación española para dar respuesta a la crisis de la

COVID-19<sup>20</sup>, que tiene el potencial de situar la AH en el camino de la recuperación, tanto en términos de financiación como de refuerzo de la Oficina de Acción Humanitaria. En el próximo informe podremos analizar si realmente la respuesta humanitaria ha estado a la altura de las necesidades y ha alcanzado el 10% de los fondos habilitados para esta estrategia.

### 5.2. Canalización de los fondos

En 2019 se han canalizado 37.372.357 euros por la vía bilateral y 24.614.094 euros por la vía multilateral, asignando de este modo por tercer año consecutivo más fondos por la vía bilateral que multilateral; queda por ver si, una vez aumenten los fondos asignados a AH, se mantiene este cambio de tendencia o si, por el contrario, los incrementos se realizarán por la vía multilateral como ya ocurrió en el pasado.

Importante señalar que sigue sin canalizarse fondos por la vía multilateral, a pesar de que desde NN. UU. se recuerda insistentemente la importancia de la financiación multilateral y la apuesta que hace la Estrategia de Acción Humanitaria por recuperar la financiación multilateral, algo que las ONG vienen pidiendo desde hace años.

#### 5.2.1. LA ACCIÓN HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos canalizados a través de la vía bilateral se incrementaron en un 10% en 2019, pasando de 33,7 a 37,3 millones de euros, aunque en términos porcentuales se mantiene en el 60% de la AOD destinada a AH. Las ONGD españolas siguen siendo la principal vía de canalización de fondos, con algo más del 50%. En 2019 se consolida el aumento de la financiación de las ONGD internacionales, que recibieron 9,9 millones, lo que supone el 26,6% de los fondos.

19. Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026.

20. Estrategia de Respuesta Conjunta de la Cooperación española a la crisis del COVID-19

**TABLA 4.5. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH POR VÍA DE CANALIZACIÓN EN 2018 Y 2019**

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2018		2019	
Entidades públicas del país donante	2.995.293 €	8,88%	1.530.091 €	4,09%
Entidades públicas de otro país donante (cooperación delegada)			24.994 €	0,07%
Entidades públicas del país socio				
ONGD internacionales	9.858.425 €	29,23%	9.953.512 €	26,63%
ONGD del país donante	18.147.013 €	53,80%	18.762.338 €	50,20%
ONGD del país socio	1.680.000 €	4,98%	2.635.000 €	7,05%
Otras ENL del país donante	110.442 €	0,33%	103.207 €	0,28%
Otras ENL del país socio				
Universidades públicas del país donante	20.039 €	0,06%	4.427 €	0,01%
Partenariados público-privados	400.000 €			
Redes				
Otras entidades	516.717 €	1,53%	4.352.073 €	11,65%
Entidades con ánimo de lucro en el país socio			6.716 €	0,02%
Entidades con ánimo de lucro en el país donante				
<b>TOTAL</b>	<b>33.727.929 €</b>		<b>37.372.358 €</b>	

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, de nuevo se incrementan los fondos canalizados a través de ONG nacionales, pasando de 1,6 millones en 2018 a 2,6 millones en 2019, lo que supone el 7% de la financiación bilateral. Aunque se trata de un paso importante, en línea con el compromiso de destinar un porcentaje creciente de la AH a actores locales —recogido en la Estrategia de Acción Humanitaria ya citada—<sup>21</sup>, sigue lejos del compromiso adquirido en el Grand Bargain de asignar al menos el 25% de la financiación directa a actores locales y nacionales antes de 2020.

### 5.2.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTIBILATERAL

La ayuda multilateral ha subido de nuevo en 2019, situándose en 24.614.094 euros, aunque en términos porcentuales se mantiene estable en el 40%. Si analizamos las vías de canalización de los fondos, NN. UU. es prácticamente el único receptor, con

21. Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026.

el 99% de los fondos, aunque no podemos olvidar que quien decide a qué agencia, país y programa se destinan estos fondos es el país donante y no NN. UU.

La nueva Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española reconoce la necesidad de reducir las contribuciones finalistas, uno de los compromisos del Grand Bargain adquiridos por la Cooperación Española. Si este compromiso se cumple, esto debería llevar a un aumento de los fondos destinados a mecanismos multilaterales, como los Fondos Comunes de NN. UU. y especialmente al CERF.

### 5.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria

De nuevo, África y Oriente Medio reciben el 57% de los fondos, reflejo del elevado número de crisis humanitarias que se viven en estas dos regiones y el enorme impacto que tienen en sus poblaciones.

**TABLA 4.6. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A AH POR REGIONES**

Región	2019	%
África del Norte	4.551.215 €	7,34%
África Subsahariana	9.694.602 €	15,64%
África, no especificado	226.283 €	0,37%
América Central y Caribe	2.579.691 €	4,16%
América Latina, no especificado	310.000 €	0,50%
América del Sur	4.057.842 €	6,55%
Asia, no especificado		
Asia Central		
Asia del Sur	1.047.409 €	1,69%
Asia Oriental	501.800 €	0,81%
Europa	702.584 €	1,13%
Oceanía		
Oriente Medio	18.501.169 €	29,85%
PVD, no especificado	19.813.857 €	31,96%
<b>TOTAL</b>	<b>61.986.452 €</b>	<b>100%</b>

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

Tras el descenso de 2018, crece ligeramente la financiación destinada al continente africano, tanto en África Subsahariana como África del Norte. A pesar de dicho incremento, el continente con las mayores necesidades humanitarias sólo recibe el

23% de los fondos destinados a AH, siendo los campamentos saharauis, Malí, Mozambique y Níger los principales receptores de financiación. El análisis del número de proyectos y la financiación recibida muestra que, de los 47 proyectos financiados, 26 —algo más de la mitad— recibieron entre 1.800 y 8.000 euros, unas cantidades que difícilmente permiten responder de forma adecuada a las necesidades humanitarias.

Oriente Medio se mantiene como el principal receptor de fondos, con casi el 30% de la ayuda humanitaria española, aunque descienden ligeramente los fondos con relación a 2018, cuando se situó en máximos históricos con casi 20 millones de euros. Siria, Palestina y Líbano vuelven a estar entre los principales receptores de fondos. Sin embargo, mientras los fondos destinados a Siria y Palestina han crecido de forma importante —un 60% en el caso de Siria y un 25% en el caso de Palestina—, los fondos destinados a Líbano han descendido un 25%.

TABLA 4.7. PRINCIPALES RECEPTORES DE AH ESPAÑOLA EN 2019

Países	2019
Siria	8.250.151 €
Palestina	5.547.683 €
Población saharauí	4.515.156 €
Líbano	3.893.335 €
Mali	2.199.896 €
Mozambique	1.770.470 €
Níger	1.689.588 €
Venezuela	1.642.619 €
Colombia	1.517.619 €
Nigeria	1.490.387 €

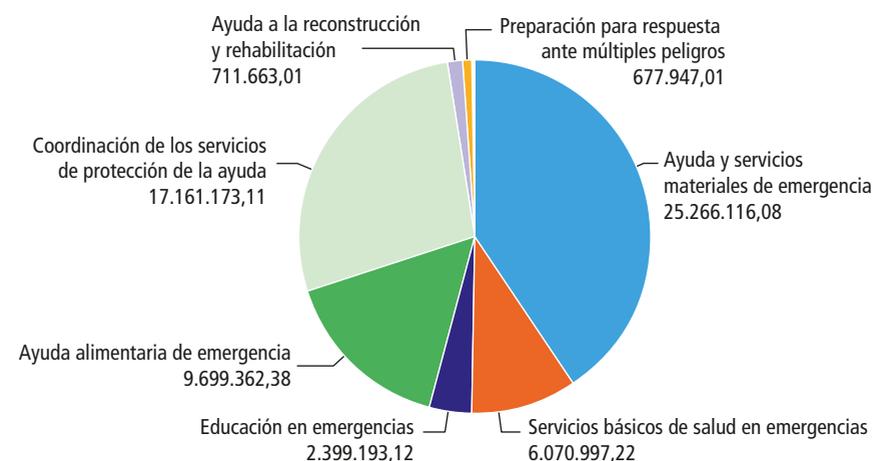
Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

En cuanto a América Latina, Venezuela y Colombia son los principales receptores de fondos para afrontar las necesidades humanitarias de los 7 millones de personas que requieren asistencia en Venezuela y de los 5 millones de personas desplazadas internas en Colombia y los 1,9 millones de personas con necesidades, categoría en la que se incluye a personas refugiadas y migrantes venezolanas, población colombiana retornada y comunidades de acogida.

## 5.4. La Acción Humanitaria por sectores

Analizando la distribución sectorial de la ayuda, se aprecia que los sectores priorizados han sido coordinación de los servicios de protección, servicios materiales de emergencia, ayuda alimentaria y salud, que recibieron el 94% de los fondos.

GRÁFICO 4.9. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES CRS 2019



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

En particular, los sectores CRS (sectores de destino de un proyecto de ayuda) “Coordinación de los servicios de protección de la ayuda” y “Ayuda y servicios materiales de emergencia” siguen siendo los dos sectores que reciben más financiación, el 41% de los fondos el primero y el 28% el segundo.

Por su parte, la “Ayuda alimentaria de emergencia”, un sector muy directamente relacionado con la salud, se mantiene como el tercer receptor de fondos, con el 16%, seguido de “Servicios básicos de salud en emergencias”, con el 10% de los fondos, un porcentaje en línea con el que destinan otros donantes.

## 5.5. La Acción Humanitaria por agentes

La AGE sigue siendo el principal agente financiador de la AH, aportando el 67% de los fondos, y dentro del mismo, el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC), que aporta la casi totalidad de los fondos (41.416.610

euros), subiendo ligeramente con relación a 2018. La financiación del Ministerio de Defensa casi desaparece, pasando de unos 2,5 millones de euros a apenas algo más de 7.000 euros.

**TABLA 4.8. AOD ESPAÑOLA PARA AH POR AGENTES EN 2019**

Agentes	Total	%
AGE	41.424.401	67
CC. AA.	14.798.647	24
EE. LL.	5.753.016	9
Universidades	10.388	0
<b>TOTAL</b>	<b>61.986.452 €</b>	<b>100</b>

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

En cuanto a los demás agentes (CC. AA., EE. LL. y universidades), tal y como se analiza en el siguiente apartado, sube ligeramente la financiación por parte de las CC. AA., mientras que las EE. LL. recogen una importante subida, que casi cuadruplica los fondos aportados en 2018, pasando de 1,5 millones, a 5,7 millones en 2019.

## 5.6. La Acción Humanitaria descentralizada

En términos globales, la AOD destinada a la AH representa el 6% del total de la AOD descentralizada. Aunque en términos porcentuales desciende cuatro décimas con respecto a 2018, en términos absolutos aumenta de forma importante.

Los fondos destinados para AH por parte de la cooperación descentralizada (CC. AA., EE. LL. y universidades) aumentaron un 30% en 2019, pasando de 14,7 millones de euros a 20,5 millones, situándola por encima de los 20 millones de euros por primera vez desde 2010.

Aunque tanto las CC. AA. como las EE. LL. han aumentado su presupuesto, han sido estas últimas las que han aportado un mayor crecimiento, que contrasta con las fuertes caídas de 2018.

En el caso de las CC. AA., éstas aumentaron su aportación en 1,5 millones de euros, si bien 2019 muestra una imagen con altibajos. Así, seis gobiernos autonómicos incrementan los fondos que destinan a AH, mientras que siete reducen su financiación. Las principales CC. AA. por volumen de financiación, Andalucía, Comunidad Valenciana y País Vasco, han incrementado estos fondos, siendo especialmente relevante la subida de Andalucía (que ha pasado de 3,8 millones de euros en 2018 a 5,8 millones en 2019, aportando el 39% de la AOD de las CC. AA.), así como la

del gobierno valenciano (que pasa de 1,6 millones a 2,5 millones de euros). Aragón, Castilla y León, Madrid y País Vasco, también experimentan subidas, aunque menos importantes.

Entre las comunidades que reducen su financiación preocupa especialmente Asturias, que ha pasado de asignar 1,18 millones de euros a cero euros. El resto de Comunidades, Baleares, Cataluña, Castilla-La Mancha, Extremadura, La Rioja y Navarra, sufren pequeños descensos que pueden deberse tanto a un problema en el envío o cómputo de los montos, como a una decisión política de reducir la financiación destinada a AH.

**TABLA 4.9. AH POR CC. AA.**

CC. AA.	2018	%	2019	%
<b>Andalucía</b>	3.848.848	28,99	5.885.286	39,77
<b>Aragón</b>			117.891	0,80
<b>Asturias</b>	1.183.000	8,91		
<b>Baleares</b>	546.749	4,12	440.000	2,97
<b>Canarias</b>				
<b>Cantabria</b>	50.000	0,38	50.000	0,34
<b>Cataluña</b>	796.889	6,00	726.330	4,91
<b>Castilla-La Mancha</b>	190.400	1,43	60.000	0,41
<b>Castilla y León</b>			81.000	0,55
<b>Comunidad Valenciana</b>	1.695.600	12,77	2.581.650	17,45
<b>Extremadura</b>	1.094.949	8,25	913.300	6,17
<b>Galicia</b>	229.675	1,73	110.108	0,74
<b>La Rioja</b>	130.000	0,98	90.076	0,61
<b>Madrid</b>	405.999	3,06	624.229	4,22
<b>Murcia</b>	32.500	0,24		
<b>Navarra</b>	418.000	3,15	240.000	1,62
<b>País Vasco</b>	2.652.419	19,98	2.878.777	19,45
<b>TOTAL</b>	<b>13.275.029 €</b>	<b>100%</b>	<b>14.798.647 €</b>	<b>100%</b>

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

En cuanto a la financiación de las EE. LL., aunque en términos globales crece de manera importante, dichos incrementos se concentran en seis CC. AA.: Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Canarias, Cataluña, Madrid y País Vasco, siendo estas

últimas cuatro las que acumulan los mayores crecimientos, que van desde los 800.000 euros de Canarias hasta los 1,4 millones de euros del País Vasco. Mientras, los des-censos son, en general, pequeños, excepto en el caso de las EE. LL. de Aragón, que pasaron de algo más de 370.000 a 10.000 euros.

TABLA 4.10. AH POR EE. LL.

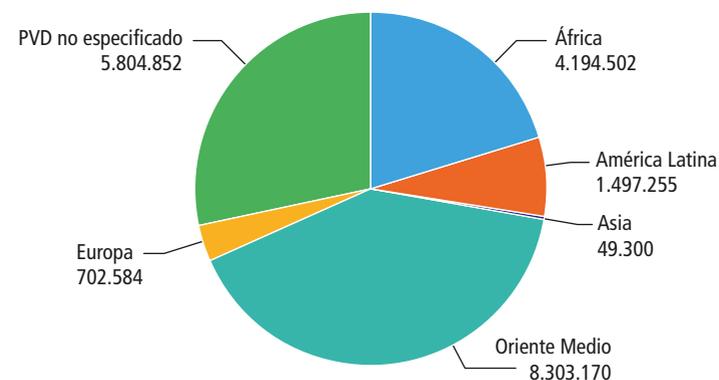
EE. LL.	2017	2018	2019
Andalucía	16.045	135.000	574.184
Aragón		371.954	10.000
Asturias	25.000		128.000
Baleares	6.632	76.632	6.632
Canarias		24.000	850.000
Cantabria			
Cataluña	200.410	25.181	938.546
Castilla-La Mancha	26.320	14.000	23.000
Castilla y León	43.798	144.077	101.149
Comunidad Valenciana	23.757	172.546	10.700
Extremadura			
Galicia	11.252	25.240	11.376
La Rioja			
Madrid	2.113.350	37.000	1.499.526
Murcia	14.100	66.000	
Navarra	84.000	99.500	92.814
País Vasco	86.860	334.170	1.507.089
<b>TOTAL</b>	<b>2.651.524 €</b>	<b>1.525.300 €</b>	<b>5.753.016 €</b>

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

Por último, en cuanto a la distribución geográfica de la AH descentralizada, Oriente Medio, con el 40% de los fondos, y África, con el 20%, son las principales receptoras de financiación, seguida de lejos por América Latina, con el 7%.

No obstante, es posible que los porcentajes cambien ligeramente una vez se asigne un país de destino a los 5,8 millones de euros, casi el 30% de los fondos, para los que no se ha especificado ninguno.

GRÁFICO 4.10. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR REGIONES



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

Al analizar los países a los que se destinan los fondos se observa una gran dispersión en la financiación, especialmente en el continente africano, donde se concentran las mayores necesidades humanitarias. Dos datos sorprenden: el elevado número de países que se financian —17— y la reducida financiación que reciben algunos de ellos —en concreto, 8 países reciben entre 6.000 y 36.000 euros—, de nuevo unas cantidades testimoniales cuando se trata de responder a una crisis humanitaria.

## 6. EN FOCO

### EL SISTEMA SANITARIO PALESTINO: ATACADO POR LA COVID-19 Y DEBILITADO POR 50 AÑOS DE CONFLICTO Y OCUPACIÓN

En 2020 hablar del conflicto palestino puede resultar repetitivo. Desde hace décadas esta pequeña porción de tierra juega un papel importante en los equilibrios geopolíticos de la zona de Oriente Medio y suscita indignación debido a las violaciones de derechos humanos contra la población palestina. El problema es exactamente éste: el trato que recibe la población palestina crea indignación en vez de políticas concretas para producir cambios significativos.

No era necesaria la pandemia de COVID-19 para que países como España casi se olvidasen de la situación en Cisjordania y en la Franja de Gaza. No lo han logrado tampoco años de recogida de testimonios y pruebas por parte de asociaciones locales, ONG internacionales y agencias de NN. UU., que han levantado varias veces la

voz para exigir una respuesta de la comunidad internacional con respecto a las violaciones. De hecho, desde terreno, resulta difícil describir en qué medida la ocupación crónica y del conflicto prolongado afecta negativamente a cada aspecto de la vida cotidiana de la población palestina.

Desde hace más de 50 años las políticas implementadas por las autoridades israelíes han fragmentado el territorio de Cisjordania y aislado la Franja de Gaza, actuando de manera discriminatoria con respecto a la población palestina y comprometiendo derechos básicos, como la libertad de movimiento de personas y el acceso a agua potable. A la combinación entre ocupación, conflicto y fragmentación del tejido social, se suma el consecuente empeoramiento de la crisis de la economía palestina, que en los últimos años ha registrado una disminución del Producto Interior Bruto (PIB) per cápita y un aumento de la pobreza<sup>22</sup>. Al mismo tiempo, continúa el uso desproporcionado de violencia hacia la población, que viola los derechos básicos del ser humano, entre ellos, el derecho a la salud. Además, la fragilidad del sistema de salud palestino, que no logra consolidar un plan de desarrollo orgánico debido a la fragmentación geográfica, política e institucional<sup>23</sup>, es ahora aún más evidente con la crisis de la COVID-19, que ha reflejado una profunda desproporción entre la demanda de servicios sanitarios y la oferta de los mismos.

Médicos del Mundo trabaja en Territorio Ocupado Palestino desde 2006, apoyando las comunidades más vulnerables en el ejercicio del derecho a la salud, a través del refuerzo de la atención primaria, salud sexual y reproductiva, salud mental integral, atención a la violencia de género, y en respuesta quirúrgica ante emergencias bélicas. A pesar de los altos niveles de exposición a la violencia política cronicada, a la pobreza y al desempleo, y otros factores de riesgo para las condiciones de salud mental, y aunque la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya definido la salud mental y el bienestar psicosocial como un componente esencial de la salud<sup>24</sup>, en el territorio palestino existe un elevado estigma en relación a la salud mental, lo que dificulta que se le dé una respuesta adecuada, existiendo un infraregistro<sup>25</sup>.

22. Ibid.

23. Country Cooperation Strategy for WHO and the Occupied Palestinian Territory 2017-2020. WHO.

24. Investing in Mental health: Evidence for Action. WHO, 2013.

25. 31 Llosa A, Casas G, Thoman H, Mairal A, Grais R, Moro M. Short and longer-term psychological consequences of Operation Cast Lead: documentation from a mental health programme in the Gaza Strip. *Conflict and Health*. 2012;6:8. also, Long-term psychological effects of the 2012 Israeli offensive on Gaza on Palestinian children and parents. Gaza: Gaza Community Mental Health Programme; 2013.

En Cisjordania hemos asistido en los últimos años a una política sistemática de demoliciones de viviendas palestinas<sup>26</sup> y de ataques de colonos/as israelíes<sup>27</sup>. Al mismo tiempo, se ha intensificado la construcción de asentamientos israelíes ilegales en el Área C de Cisjordania que, según los acuerdos internacionales de Oslo de 1993, es un territorio designado para la creación del futuro estado de Palestina. La mayoría de las comunidades beduinas con las cuales trabajamos viven precisamente en esta área, lo que implica una vida bajo la constante amenaza de sufrir en cualquier momento un desalojo, desplazamiento forzoso o demolición del hogar. Nuestros proyectos con las comunidades beduinas en Cisjordania se llevan a cabo con el objetivo de reforzar la resiliencia y mitigar los efectos de la violencia política en el bienestar psicosocial de las personas y comunidades afectadas. El testimonio de las mujeres beduinas con las que Médicos del Mundo trabaja demuestra que la salud mental y el bienestar psicosocial siguen siendo una prioridad.

Por su parte, la Franja de Gaza permanece bajo bloqueo militar por tierra, mar y aire desde 2007, que según NN. UU. representa un “castigo colectivo” y que, además de una violación del derecho internacional, representa una grave crisis humanitaria. La imposibilidad de salir y entrar en la franja ha convertido este lugar en una cárcel a cielo abierto, afectando gravemente al derecho a la salud de la población y dificultando extremadamente el acceso a servicios sanitarios vitales en hospitales y clínicas fuera de la Franja<sup>28</sup>. Según un informe de NN. UU., se estimaba que la Franja de Gaza sería inhabitable en el año 2020<sup>29</sup>. Hoy en día dos millones<sup>30</sup> de personas viven en una superficie de 363 km<sup>2</sup>. La realidad del bloqueo, junto a una tasa de desempleo que alcanza más del 50% —más de 80% en el caso de las mujeres—<sup>31</sup>, y una situación donde el 53% de la población vive por debajo de la línea de pobreza<sup>32</sup>, contribuyen al aumento de personas que necesitan servicios de todo tipo, incluyendo el apoyo psicosocial. Además, teniendo en cuenta que la OMS estima que los trastornos mentales se duplican en las poblaciones después de las emergencias<sup>33</sup>, los traumas psicológicos

26. OCHA in oPt, Data on demolition and displacement in the West Bank: <https://www.ochaopt.org/data/demolition>

27. OCHA in oPt, Settler-related violence: <https://www.ochaopt.org/page/settler-related-violence>

28. The Labyrinth of Health in Gaza. MdM Report, 2019.

29. Report of United Nations Conference on Trade and Development (UNCTAD) on the assistance to Palestinian people, 2018.

30. Population in 2019. Palestinian Centre Bureau of Statistics: <http://www.pcbs.gov.ps/Downloads/book2497.pdf>

31. Labour Force Survey Preliminary Results, First quarter, January-March 2020. Palestinian Centre Bureau of Statistics.

32. UNCTAD, September 2019: <https://unctad.org/en/pages/newsdetails.aspx?OriginalVersionID=2180>

33. 10 facts on mental health; fact 4. Geneva: WHO, 2014 ([http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/mental\\_health\\_facts/en/index3.html](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/en/index3.html), accessed 5 September 2017)

derivados de la violencia en Gaza, las guerras de 2008-2009 y 2014, y la respuesta militar a las Grandes Marchas del Retorno en 2018, han afectado a varios cientos de miles de gazatíes, en particular los niños y niñas, que requieren apoyo psicosocial y de salud mental a corto y largo plazo para la recuperación<sup>34</sup>. En este contexto, Médicos del Mundo ha reforzado los servicios quirúrgicos de traumatología y ortopedia durante los conflictos, y trabaja para reforzar los servicios de salud mental integral desde el nivel comunitario, el sistema de salud y el sistema educativo.

A este escenario, ahora se añade el reto de la COVID-19. Al igual que en otros países, se confirma el peso de los determinantes sociales de salud. La pandemia afecta a todos, pero lo hace de manera desigual dependiendo del acceso a la información, el género y la edad, los esquemas de protección social existentes, el nivel económico, la capacidad de ahorro y los recursos disponibles, las redes de apoyo, las condiciones de la vivienda y el tamaño de la familia, etc. Por otra parte, el débil sistema sanitario palestino presenta carencias importantes en cuanto a la disponibilidad de personal para realizar rastreos, proporcionar tratamiento y mantener la atención primaria en funcionamiento, así como debilidades materiales para realizar suficientes muestreos y tratar los casos más graves. Políticamente, la emergencia sanitaria se suma a una situación de conflicto perpetuo, acentuada en los últimos meses por la presentación del plan del Primer Ministro israelí Benjamin Netanyahu de comenzar a anexionar partes del territorio en Cisjordania a partir de julio. Desde abril, el equipo de Médicos del Mundo ha continuado el apoyo a las autoridades sanitarias competentes en Cisjordania y Gaza informando a la población sobre las medidas de prevención; distribuyendo kits de higiene, material de protección y de análisis para el personal sanitario; proporcionado apoyo psicológico a distancia y servicios de atención primaria de salud durante el confinamiento a las comunidades más vulnerables, con el apoyo de organizaciones locales e internacionales.

En el territorio palestino, más que en el resto del mundo, la pandemia está haciendo patentes los efectos concretos de la injusticia cronificada en la salud de las personas. Más aún, la amenaza de la anexión ilegal de partes de Cisjordania profundizaría parte de las carencias estructurales palestinas, agravando aún más la vulnerabilidad existente. En Palestina, la COVID-19 corre el riesgo de convertirse en una catástrofe humanitaria, social y económica.

34. Country Cooperation Strategy for WHO and the Occupied Palestinian Territory 2017-2020. WHO.

## BURKINA FASO: LA CRISIS OLVIDADA

Burkina Faso se encuentra en el centro de la gran región del Sahel, en África Occidental y comparte frontera con Benín, Costa de Marfil, Ghana, Malí, Níger y Togo.

Es históricamente uno de los países más empobrecidos del mundo: según el índice de desarrollo humano (IDH) del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en 2019 estaba clasificado como el 8º país más pobre del mundo.

Su población es de unos 21 millones de habitantes, repartidos sobre una superficie de 274.200 km<sup>2</sup> (la mitad de España). Aunque se trata de una población fundamentalmente rural, cada vez más personas se marchan hacia los grandes centros urbanos del país en busca de trabajo y mejores condiciones de vida. En 20 años, la proporción de población viviendo en zona urbana ha pasado del 17% al 30%. La capital, Uagadugú, concentra el 10% de la población del país, con unos 2 millones de habitantes, así como la gran mayoría de los servicios básicos, incluyendo los de salud.

La población de Burkina Faso es muy joven: el 44% tiene menos de 15 años y el 65% tiene menos de 25, siendo la esperanza de vida de 61 años. Sólo la mitad (52%) de la población está alfabetizada, y menos del 10% logra acceder a estudios superiores.

La región del Sahel Central, que además de Burkina Faso incluye a Malí y Níger, sufre una fuerte inestabilidad desde hace años. En el caso de Burkina Faso desde 2014, tras la salida del país del presidente, Blaise Compaoré, que tras 27 años en el poder fue forzado a dejarlo por la presión de un levantamiento popular, seguido de un intento fallido de golpe de estado militar en 2015. Desde 2016, el Norte del país sufre una fuerte degradación en seguridad multicausal y se han producido varios ataques yihadistas contra representantes del Estado y población civil. En 2016, 2017 y 2018, la capital sufrió tres ataques terroristas en los que fallecieron decenas de civiles. El primero, de enero 2019, centenares de civiles perecieron a causa de la violencia intercomunitaria en el Norte del país, y se contabilizaron más de 60.000 personas desplazadas internas, que vieron forzadas a huir de sus hogares. Este funesto ataque logró que, después de tres años de actos puntuales de violencia armada, se reconociera a nivel nacional e internacional que el país estaba entrando en una crisis humanitaria. El Ministerio burkinés de la Mujer, de la Solidaridad Nacional y de la Familia, incorporó una cartera de Ayuda Humanitaria y las NN. UU. pusieron en marcha el sistema de coordinación internacional para ayudar al país. Pero fue sólo en diciembre de 2019 cuando se activaron oficialmente los grupos de trabajo de la comunidad humanitaria llamados "clusters" ("Cluster Salud", "Cluster Nutrición", etc.), para que la ayuda de emergencia llegara a las poblaciones más vulnerables, o al menos, a las más accesibles.

En estos momentos se está poniendo en marcha una coordinación civil-militar. Sin embargo, el reto para la sociedad civil en general, y las ONG en particular, es asegurar que tanto las fuerzas armadas (FF. AA.) como NN. UU. escuchen su voz y tengan en cuenta sus propuestas y posicionamientos —ya que no comparten los mismos modos de intervención y valores de neutralidad e independencia— y asegurar que los grupos armados no los consideren “enemigos” o un riesgo.

A pesar de estos esfuerzos, ciertas zonas del país siguen inaccesibles, no sólo para las autoridades, sino también para las ONG y NN. UU., por lo que la ayuda no llega a las poblaciones que más lo necesitan. Esta inaccesibilidad está marcada por una alta inseguridad y la falta de interlocución clara, especialmente no gubernamental, para tomar parte en los posibles procesos de diálogo o negociación.

Los ataques de grupos armados han aumentado exponencialmente desde enero de 2019. Cinco de las trece regiones del país, en el Norte y Este, afrontan crisis humanitarias. En agosto de 2020 había más de 1 millón de personas desplazadas internas en el país, es decir, 17 veces más que en enero de 2019, sin olvidar las 30.000 personas refugiadas malienses que están viviendo en el país desde 2012.

Según OCHA, 2,9 millones de personas necesitan ayuda humanitaria, el 14% de la población de Burkina. De éstas, 2,1 millones necesitan ayuda alimentaria, y 1,5 millones están directamente privadas de acceso a la salud, con 95 centros de salud cerrados y otros 199 funcionando en mínimos y/o intermitentemente, lo que impacta de forma muy negativa en la atención primaria. Afortunadamente, y aunque con serias deficiencias en sus servicios —especialmente ahora con la COVID-19—, los hospitales del país, y en general los de la región Sahel siguen funcionando.

La crisis humanitaria de Burkina Faso se enmarca en una más amplia que asola a la región del Sahel, y especialmente al Sahel Central, que sufre una fuerte crisis alimentaria con disminución constante de la producción agrícola y ganadera durante los últimos cuatro años. En agosto de 2020 las tasas de malnutrición aguda de los y las menores de cinco años en ciertos lugares de reagrupamiento de poblaciones desplazadas superaban en varios puntos los límites críticos que establece la OMS: más del 15% de los y las niñas sufrían malnutrición moderada (la situación es urgente para más del 10%) y más del 4% sufrían malnutrición severa (la situación es urgente para más del 2%). La situación nutricional se vuelve además muy crítica en ciertas zonas. Por ejemplo, el centro de atención a las y los menores de cinco años con malnutrición severa y complicaciones del hospital regional de Dori, recibió en octubre de 2020 hasta 100 pacientes por día, cuando tiene capacidad sólo para 35.

La situación sanitaria global es, por ello, muy preocupante, con centenares de miles de personas que se desplazan y agrupan en diversas zonas rurales y en centros urbanos como Djibo (Sahel) o Kaya (Centro-Norte), y se suman a la población ya

existente, aunque los centros de salud ni tenían ni tienen, ahora menos, capacidad para atender a toda esta población. El Estado y las organizaciones presentes en el país, como Médicos del Mundo y otras ONG y agencias de las NN. UU., están abriendo centros de salud avanzados y provisionales, que consisten en lonas y tiendas con el mínimo de equipamiento y personal disponible para poder responder a estas necesidades. Las clínicas móviles ya no pueden desplazarse lejos de los centros urbanos por las amenazas de ataques, así que no pueden atender a la población más alejada. Todo ello está derivando en una situación insostenible.

Desde 2018, el personal de salud, tanto del Estado como de las ONG, ha sido objeto de varios ataques que han resultado en el secuestro de varias personas por los grupos armados y el ataque a vehículos. Varias ambulancias han sido robadas o destruidas por el fuego, y las evacuaciones y derivaciones de personas enfermas, incluso aquellas con complicaciones, son casi imposibles de realizar en ciertas zonas. Frente a esta situación, los y las agentes de salud de estas zonas abandonan sus puestos o solicitan una reubicación, sin que existaemplazo porque nadie quiere ir a trabajar en ellas.

Desde 2020, con el incremento de la ayuda humanitaria, han aumentado los ataques a civiles (incluyendo líderes comunitarios, étnicos y religiosos) y personal de la administración (militares, alcaldes y personal de salud), así como el robo o destrucción de vehículos y bienes de ayuda humanitaria (víveres, materiales, medicamentos, etc.). Para intentar facilitar el acceso, tras un año y medio de negociación de las ONG con NN. UU. y los entes donantes presentes en el país, en octubre de 2020 se ha puesto en marcha el Servicio Aéreo Humanitario de las NN. UU. (UNHAS, por sus siglas en inglés) para llegar a algunas de estas zonas.

Sin embargo, sigue siendo evidente que no hay suficientes recursos económicos para estas ambiciosas intervenciones y apoyos. Burkina Faso todavía no se encuentra entre los países prioritarios para la mayoría de los donantes y no hay claridad sobre cómo abordar los diferentes problemas. Durante la primera mitad de 2020, sólo llegó el 26% de los fondos solicitados para la respuesta humanitaria (unos 40 millones de dólares) y las necesidades siguen aumentando, así que la falta de financiación es cada vez más preocupante. 2020 está terminando y todavía no se han encontrado los 384 millones de dólares adicionales que necesitaban los actores humanitarios para evitar una crisis humanitaria profunda y severa que dejará el país herido de gravedad durante años.

Desde ONG como *medicusmundi* y Médicos del Mundo, presentes en el país desde hace varias décadas, se reclama la aplicación del enfoque de triple nexo como la mejor manera de responder a necesidades inmediatas al mismo tiempo que se garantiza una inversión a largo plazo para abordar las causas sistémicas del conflicto y la vulnerabilidad, contribuyendo así a reducir el impacto de crisis recurrentes o cíclicas y a propiciar la paz, que es fundamental para asegurar la sostenibilidad del desarrollo.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

*(1) La pandemia de la COVID-19 amenaza los avances de la Agenda 2030, pone en riesgo los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y el principio de “no dejar a nadie atrás”.*

La pandemia de la COVID-19 está siendo en 2020 la mayor amenaza a la salud mundial, una emergencia sanitaria que está afectando a todos los países del mundo, sin distinción por nivel de renta o desarrollo, y que está impactado de forma negativa en casi todos los ODS: además de la afectación en la salud, ha disminuido la posibilidad de acabar con la pobreza extrema; ha aumentado el hambre y la inseguridad alimentaria; ha afectado a la enseñanza; ha aumentado el riesgo de la violencia de género en muchas mujeres; y la economía mundial se ha visto seriamente dañada.

**Es ineludible que los gobiernos antepongan las personas y el planeta a otros intereses, junto con un compromiso más profundo de todos los países con la Agenda 2030, marco de referencia de la ansiada “nueva normalidad” y respuesta integral y equitativa ante los problemas globales, como el de la pandemia de la COVID-19.**

*(2) A nivel mundial los avances en el ODS 3 sobre salud y bienestar son insuficientes para poder alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU). **Únicamente entre un tercio y la mitad de la población mundial ha tenido cubiertos sus servicios esenciales de salud, y la cantidad de personas que incurren en grandes gastos directos de atención médica ha aumentado. Si la situación avanza como hasta ahora, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 5.000 millones de personas no tendrán acceso a atención sanitaria en 2030.***

La inequidad en salud sigue siendo el mayor problema que tenemos globalmente y son las sociedades y personas más empobrecidas y vulnerables del planeta las que tienen una peor salud. El 12,7% de la población mundial gastó de su bolsillo más del 10% de su presupuesto familiar en atención médica. La mayor proporción de mortalidad infantil y de muertes por enfermedades infecciosas se localiza en África Subsahariana, una región que, junto a Asia Meridional, tiene las peores tasas de mortalidad materna. La mayoría de estas muertes son evitables, ya que tenemos solución para ellas. Las enfermedades no transmisibles (ENT), culpables del 71% de las muertes mundiales, no solamente están relacionadas con la falta de acceso a los sistemas sanitarios, sino también con algunos factores de riesgo, como una dieta inadecuada, el tabaquismo, alcoholismo o sedentarismo.

**Para lograr la CSU y mejorar la vida de las personas, debemos apostar por fortalecer los sistemas públicos de salud y dotar a la atención primaria de la salud de una inversión adicional anual, en los países de ingresos bajos y medianos, de 200.000 millones de dólares. Con esta inversión lograríamos salvar 60 millones de vidas de aquí a 2030.**

*(3) La COVID-19, posiblemente la principal causa de mortalidad infecciosa en 2020, se ha expandido por todo el planeta, sin distinción en los niveles de renta de los países, impactando negativamente en todas las metas del ODS 3, colapsando el funcionamiento de los sistemas de salud y afectando al resto de problemas de salud como demuestra el hecho de que se hayan interrumpido los programas de lucha contra enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en más de 70 países.*

Ningún sistema sanitario, ni siquiera el más desarrollado, ha sido por sí solo suficiente para detener la pandemia. Ha existido y existe una clara falta de preparación para afrontar emergencias sanitarias globales. Los recortes que ha habido en salud, debido a medidas de ajuste presupuestario con una base económica, unido a la falta de un compromiso real de los gobiernos para invertir en la salud para que sea un derecho equitativo, han ayudado a que esta pandemia tenga una incidencia y gravedad mayor en los grupos más vulnerables (gente mayor, más pobre, mujeres afectadas por la violencia de género ...), sin olvidarnos de los efectos que está teniendo en multitud de personas afectadas por otras enfermedades en el mundo, que han visto limitado su acceso al sistema sanitario debido a la COVID-19, tanto por miedo al contagio, como por la lógica desviación de recursos a luchar contra esta pandemia.

**El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Es importante disponer de un sistema de salud público fuerte para afrontar la pandemia del coronavirus y otras que puedan venir. Para ello es necesario invertir en recursos humanos, en información, suministros, transportes, comunicaciones, así como en proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.**

*(4) A pesar de advertencias previas, el mundo no estaba preparado para una pandemia como la de la COVID-19. La fragmentación y debilidad de la gobernanza mundial, unido a la sobreinformación y a la falta de una aproximación integral multilateral, han limitado la capacidad de una respuesta global equitativa.*

La ausencia de una gobernanza mundial en salud fuerte ha impedido poder liderar una respuesta conjunta ante esta pandemia. La OMS debería jugar ese papel. Ahora bien, muchos actores lucrativos y no lucrativos, países emergentes..., se están incorporando a la gobernanza de la salud global, cuestionando el statu quo actual e incorporando el componente multiactor a una institución multilateral en la que los estados eran los únicos responsables de las decisiones. Este nuevo escenario multiactor dificulta no sólo la toma de decisiones, sino también la obligada transparencia y rendición de cuentas.

Como sociedad civil debemos estar vigilantes a éstos y otros temas, como que la gobernanza mundial de la salud se quiera limitar a aspectos de seguridad sanitaria, olvidando el resto de los problemas globales que afectan a la población, como puedan ser el sistema económico mundial, la degradación del medio ambiente, la inequidad de género o la falta de protección social de la población más vulnerable en todos los países.

**Una nueva gobernanza de la salud mundial demanda una OMS independiente, profesional y participativa, capaz de promover una respuesta común y multisectorial a la pandemia, basada en una evaluación independiente, que busque las posibles mejoras que se deben implementar y anteponga la equidad en el acceso a las soluciones y el derecho a la salud a otros intereses.**

*(5) La pandemia de la COVID-19 ha afectado de manera singular a España y ha mostrado las costuras de nuestro sistema sanitario, que se traduce en la precariedad del personal sanitario y el desbordamiento de la atención primaria, de los hospitales y de las unidades de cuidados intensivos (UCIS).*

Al comienzo de la crisis, la atención primaria hizo lo posible por identificar contagios y contactos, gestionar el tratamiento de personas infectadas sin gravedad en sus domicilios, evitar el colapso de las camas de los hospitales, muy recortadas por los diferentes gobiernos, atender otras patologías y resolver las dudas y temores de la población por vía telefónica. La precariedad en la que se encontraban muchos profesionales de la atención primaria no ha impedido que, en pleno apogeo de la pandemia, hayan asumido la mayor parte de la gestión de la COVID-19, rastreando los casos y posibles contactos, y trabajando con diferentes sectores sociales para poder controlar sus efectos.

**Es imprescindible acabar con la precariedad de los profesionales de la atención primaria en salud, mejorar sus condiciones laborales, salariales y de reconocimiento social, especialmente allí donde éstas sean peores como las zonas rurales aisladas, barrios con mayor vulnerabilidad, etc., así como favorecer la necesaria continuidad en la atención y hacerla más atractiva para las nuevas generaciones de profesionales sanitarios.**

*(6) La respuesta a la pandemia de la COVID-19 no debe hacerse a costa de dejar desatendidos a los millones de personas afectadas por crisis humanitarias, sino que debe hacerse con fondos adicionales.*

En 2020, la pandemia de la COVID-19 se superpone a la frágil situación en la que se encuentran muchos países afectados por la violencia, conflictos y emergencias climáticas. Todas las necesidades humanitarias siguen siendo, al menos, tan urgentes como lo eran antes de la COVID-19 y no podemos ignorarlas.

Hasta finales de octubre, el Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 lanzado por NN. UU. sólo había recibido 3.390 millones de dólares de los 9.490 millones solicitados, lo que equivale al 35,7% de los fondos solicitados.

**Es fundamental que la comunidad internacional asigne los fondos necesarios para cubrir el 100% del Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 y que estos fondos sean adicionales y no fondos procedentes de otras partidas humanitarias. La financiación de este Plan Global no puede hacerse a expensas de los fondos ya previstos para otras crisis humanitarias.**

*(7) La crisis del coronavirus nos recuerda en cada momento la importancia de defender el derecho humano a la sanidad pública y que se considere la vacuna un bien público global.*

Se han puesto en marcha algunas iniciativas para que los países más empobrecidos puedan tener acceso a la vacuna. La OMS y dos coaliciones, como CEPI (The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) y GAVI (la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización), promueven el Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), una iniciativa mundial destinada a colaborar con los fabricantes de vacunas de modo que los países de todo el mundo tengan un acceso equitativo a vacunas seguras y eficaces. COVAX es el pilar referente de la vacunación del ACT Accelerator (acelerador de acceso a las herramientas contra la COVID-19), cuyo objetivo es agilizar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las pruebas, tratamientos y vacunas frente a la COVID-19.

**Es imprescindible que los procesos de investigación, elaboración y distribución de las vacunas sean absolutamente transparentes y que el precio de la vacuna sea accesible para todas aquellas personas que los necesiten. En un mundo interconectado, si las personas de países con ingresos bajos o medios se ven excluidas de la vacunación, el virus continuará matando y la recuperación a nivel global se retrasará.**

*(8) En 2019, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) total de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) se sitúa en 152.780 millones de dólares, lo que supone un aumento del 1,4% respecto a 2018, un 0,30% de su ingreso nacional bruto (INB). Sólo cinco países del CAD, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido y Suecia, cumplieron con el objetivo del 0,7%.*

La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,30% de la renta nacional bruta (RNB), muy lejos aún del compromiso del 0,7%. La Unión Europea (UE) y sus Estados miembros son, en su conjunto, el principal donante mundial. En 2019 su cooperación supuso el 55,2% del total de la AOD del CAD -84.335 millones-, representando la ayuda conjunta de la UE y de sus Estados miembros el 0,46 % de la RNB de la UE. Cinco países, Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Francia y Japón aportan el 68,2% de toda la AOD del conjunto del CAD, si bien sólo el Reino Unido cumple con el compromiso del 0,7%. España repite en el puesto número 13 en cuanto a cifras absolutas y baja al 21 de 29 en cuanto a porcentaje de RNB.

**La ruta hacia el 0,7% necesita de un proceso realista de incrementos parciales y creíbles. Las tendencias actuales no van por ese camino. Sería deseable que**

**los 24 países que aún no han alcanzado el 0,7% tomaran una decisión política como la que tomó Reino Unido de decretar por ley el 0,7% para cooperación.**

*(9) La AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD fue de 22.518 millones de dólares, disminuyendo un 6,5% respecto al año anterior. Esta reducción supuso que el peso de la salud fuera del 12,91%, casi un punto menos que el año anterior.*

El descenso de la AOD en salud se ha producido básicamente en la ayuda multilateral, pues la bilateral apenas se reduce en 15 millones de dólares. Si hablamos de ayuda distribuible (la que los países pueden elegir donde enviar), la salud supone el 18,24%, un punto menos que en 2017, y aunque sigue mostrando la importancia que este sector tiene para los países donantes, las cifras absolutas no son suficientes para ayudar a cumplir el ODS 3. Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, destinaron 542 millones de dólares a salud, su cifra más baja desde 2010, mostrando de nuevo el escaso interés del sector para estas instituciones.

**La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de la cooperación sanitaria internacional en la lucha contra la pandemia, y la necesidad de acelerar la consecución del 0,7% e incrementar la AOD destinada a salud. Debemos prepararnos mejor para las emergencias, invirtiendo en sistemas de salud que respondan plenamente a las necesidades de las personas a lo largo de toda la vida.**

*(10) En 2019, la AOD española aumentó en 177 millones de euros, alcanzando el 0,21% de la RNB, un porcentaje muy alejado del 0,30% de la media del conjunto de donantes del CAD, del 0,47% de la media de los países de la UE y del compromiso del 0,7% adquirido hace 50 años en el seno de las Naciones Unidas.*

La AOD desembolsada por España en 2019 alcanzó los 2.661.018.461 de euros, lo que supone el 0,21% de la RNB. Si tenemos en cuenta el punto de partida de la Cooperación Española, tras una década de recortes, es evidente que estamos ante un incremento muy insuficiente que, una vez más, nos aleja de la senda del compromiso internacional del 0,7% y del adquirido por el Gobierno de destinar a cooperación al finalizar la legislatura el 0,5% de la RNB.

**Para cumplir los compromisos y retos de desarrollo a nivel mundial, es necesaria una reforma de la Cooperación Española, que asegure una financiación suficiente a través de una ley que obligue al 0,7% y que dote de recursos a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) como principal institución ejecutora de la cooperación técnica. A ello se debe sumar una estrategia de cooperación participativa, donde la sociedad civil y la cooperación descentralizada tengan un espacio en la toma de decisiones.**

*(11) La Cooperación Española ha destinado a salud 63,6 millones de euros, lo que representa un exiguo 2,39% del total de la AOD, un porcentaje muy por debajo de la media del conjunto de países donantes del CAD, que se sitúa en el 12,91%.*

No se trata de un problema coyuntural, sino estructural. En 2008 lo consignado a salud por la Cooperación Española superaba el 10% de la AOD; en 2010 se sitúa en el 8%; y en los últimos años apenas supera el 2%. Si se hubiera destinado a salud el porcentaje medio de los países del CAD, esta cifra se incrementaría hasta alcanzar los 340 millones de euros, un 81% más de lo destinado en 2019.

**Resulta ineludible incrementar el gasto en salud pues es un gasto que proporciona igualdad de oportunidades, es el gran igualador en particular para los países de renta baja y emergentes, donde el acceso a servicios de salud básicos suele ser escaso. La salud debe ser una prioridad real de una cooperación que demanda un incremento sustancial y sostenido de recursos.**

*(12) La cooperación descentralizada ascendió a 320,3 millones de euros, aumentando un 10,2% respecto a 2018. Lo destinado a salud han sido 28,1 millones de euros, lo que supone el 8,79% del total desembolsado por gobiernos autonómicos y entidades locales (EE. LL.).*

Crece tanto la cooperación procedente de las Comunidades Autónomas (CC. AA.), un 4,8%, como la originaria de las EE. LL., un 22,1%. En salud, del total destinado por Cooperación Española, 63,6 millones, el 44,1%, procede de la cooperación descentralizada. Las CC. AA. han desembolsado 24,8 millones de euros, lo que supone el 88% de la AOD en salud de la cooperación descentralizada. El peso que la AOD sanitaria tiene en el conjunto de la AOD autonómica es del 11,44%, cifra mucho mayor que la de la cooperación estatal y muy cercana a la que destina el conjunto de donantes.

**La cooperación descentralizada debe mantenerse como un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realiza la Administración General del Estado (AGE) y el resto de los países donantes, y cuyas ventajas no siempre se ha sabido poner en valor, como su flexibilidad para poder asumir necesidades básicas de la población, como la salud, o la proximidad de la ciudadanía con las diferentes realidades que coexisten en el mundo.**

*(13) Frente a un nuevo aumento de las necesidades humanitarias en el mundo, la respuesta de la comunidad internacional ha sido una reducción de 600 millones en los fondos destinados a la Acción Humanitaria Internacional (AHI) que se reportan a través del sistema de NN. UU., lo que hará que, de nuevo, se quede sin cubrir el 40% de las necesidades humanitarias.*

En la última década ha crecido de manera importante el número y complejidad de conflictos, lo que ha llevado a que casi se doblara el número de personas desplazadas hasta alcanzar los 70 millones de personas; sin embargo, los fondos destinados a la AH se han reducido en 600 millones en 2019, situándose en los 24.730 millones de dólares.

Este aumento de las necesidades, que con toda seguridad seguirán creciendo en los próximos años, exige un mayor compromiso económico, a medio y largo plazo, por parte de la comunidad internacional, que responda de manera adecuada a la nueva realidad humanitaria.

**Por eso, los donantes deben asumir sus responsabilidades y compromisos internacionales e incrementar de forma substancial los fondos destinados a la acción humanitaria, de forma que se reduzca del 40% al 25% la brecha de financiación entre los fondos solicitados y los recibidos.**

*(14) La AH de la Cooperación Española sigue bajo mínimos, a pesar del ligero incremento que la ha situado en 62 millones de euros, lo que representa el 2,35% de la AOD total, sin duda insuficiente para cumplir los propios compromisos de la Cooperación Española.*

En 2019 la AH de la Cooperación Española en su conjunto (AGE, CC. AA., EE. LL. y universidades) mantiene la tendencia al crecimiento, aunque siguen siendo incrementos muy modestos que no permiten responder de forma adecuada a las crisis humanitarias a las que se enfrenta el mundo.

La llegada de la pandemia de la COVID-19 y la respuesta que desde la Cooperación Española se da tiene que hacerse con fondos adicionales, sin sustraer los escasos fondos que se destinan a la AH. No podemos dejar desatendidas unas necesidades para cubrir otras.

**Dada la debilidad de la AH en la Cooperación Española, los nuevos retos humanitarios a los que se enfrenta la comunidad internacional y el incumplimiento sistemático del compromiso del 10%, la Cooperación Española debe establecer un calendario concreto y creíble para alcanzar el objetivo de destinar el 10% de su AOD a la AH en 2022 y asegurar que la respuesta a la crisis de la COVID-19 se hace con fondos adicionales.**

*(15) Importante aumento de la cooperación descentralizada destinada a la AH, que la sitúa ligeramente por encima de los 20 millones de euros, lo que representa el 6% de su AOD total.*

El crecimiento más importante se ha dado en la cooperación descentralizada, que crece un 30% pasando de 14,7 millones en 2018 a 20,5 en 2019. El principal incremento se da en las EE. LL., que han pasado de asignar 1,5 millones de euros a 5,7 millones, mientras que las CC. AA. han pasado de 13,2 millones de euros a 14,7 millones.

Las principales CC. AA. por volumen de financiación, Andalucía, Comunidad Valenciana y País Vasco, han incrementado los fondos que destinan a AH, aportando entre las tres el 76,6% de los fondos destinados a la misma.

En cuanto a la financiación de las EE. LL., el importante aumento de su financiación se concentra en seis CC. AA., Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Canarias, Cataluña, Madrid y País Vasco, siendo estas últimas cuatro las que acumulan los mayores crecimientos.

Aunque se trata de incrementos importantes, el análisis de la serie histórica muestra fuertes altibajos, que hacen muy difícil una respuesta adecuada frente a crisis humanitarias cada vez más complejas y prolongadas, que requieren apoyo a medio plazo. Esto sólo se puede conseguir a través de una financiación estable y plurianual.

**La cooperación descentralizada debe consolidar los incrementos en su financiación destinada a la AH y seguir creciendo hasta situarla en el objetivo de destinar el 10% de toda la AOD a AH.**

## ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Addis Abeba
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ACT Accelerator	Acelerador de acceso a las herramientas contra la COVID-19
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios
AGE	Administración General del Estado
AH	Acción Humanitaria
AHI	Acción Humanitaria Internacional
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
API	Ingredientes activos farmacéuticos
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
BAoD	Banco Asiático de Desarrollo
BDR	Bancos regionales de desarrollo
BEI	Banco Europeo de Inversiones
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
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental
CERF	Fondo Central de Respuesta de Emergencia
CEPI	The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations
CES	Consejo Económico y Social
CHF	Fondos comunes para emergencias
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja

CMCT	Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	GAP	Global Action Plan
CONGDE	Coordinadora de ONGD de España	GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
COVAX	Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19	GFATM	Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
CREDE	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes	GHD	Principios y Buenas Prácticas de la Buena Donación Humanitaria
CRS	Creditor Reporting System	GSK	GlaxoSmithKline
CSU	Cobertura sanitaria universal	HPG-ODI	Humanitarian Policy Group-Overseas Development Institute
CTL	Currency Transaction Levy/Transacciones de divisas	IAEG-SDGs	Grupo de Expertos sobre Indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible
DD. HH.	Derechos humanos	IASC	Comité Permanente Inter-Agencias
DES	Documento estratégico salud	IAVI	Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA
DGPOLDES	Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible	ICD	Instrumento de Cooperación al Desarrollo
DNDi	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas	ICESDF	Comité Intergubernamental de Expertos sobre Financiamiento para el Desarrollo Sostenible
DOTS	Directly Observed Treatment short-course	ICO	Instituto de Crédito Oficial
DTP	Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina	IDH	Índice de Desarrollo Humano
ECDPCP	Centro Europeo para el Control y Prevención de Enfermedades	IEC	Información, educación y comunicación
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Comisión Europea	IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
ECOSOC	Consejo Económico y Social de Naciones Unidas	IFPMA	Federación Internacional de Fabricantes y Asociaciones Farmacéuticas
EE. LL.	Entidades Locales	IFRC	Federación Internacional de la Cruz Roja
EFSD	Fondo Europeo para el Desarrollo Sostenible	IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
EM-DAT	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes	IHP	International Health Partnership
ENT	Enfermedades no transmisibles	IMI	Iniciativa de Medicina Innovadora
EPOC	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	INB	Ingreso Nacional Bruto
ERC	Emergency Relief Coordinator	IOM	Organización Internacional para la Migraciones
ETD	Enfermedades tropicales desatendidas	IPBES	Intergovernmental Science-Policy Platform on Biodiversity and Ecosystem Services
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	IPCC	Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura	ITS	Infecciones de transmisión sexual
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	MAEUEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
FF. AA.	Fuerzas Armadas	MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española
FG	Fondos globales	MCINN	Ministerio de Ciencia e Innovación
FICMLR	Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja	MEIC	Ministerio de Economía, Industria y Competitividad
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	MFMATMN	Mecanismo de Financiación Mundial en Apoyo de Todas las Mujeres y Todos los Niños
FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
FMI	Fondo Monetario Internacional	MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo	MMV	Medicines for Malaria Venture
FpD	Financiación para el Desarrollo	MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales
FTS	Financial Tracking System		
FTT	Financial Transaction Tax		

NHLBI	Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre	SDG Index	Index and Dashboards Report
NIAID	Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas	SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
NN. UU.	Naciones Unidas	SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo)	SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos	SRP	Planes Estratégicos de Respuesta
OCHA	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas	SSyR	Salud sexual y reproductiva
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio	SUS	Sistemas Universales de Salud
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible	SWAP	Sector Wide Approach
OEA	Organización de Estados Americanos	TAR	Terapia Antirretroviral
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos	TB	Tuberculosis
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica	TCA	Terapia Combinada de Artemisina
OIM	Organización Internacional para las Migraciones	TOSSD	Total Official Support for Sustainable Development
OIT	Organización Internacional del Trabajo	UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
OMC	Organización Mundial del Comercio	UE	Unión Europea
OMS	Organización Mundial de la Salud	UNCTAD	United Nations Conference on Trade and Development
OMUDES	Organismos Multilaterales de Desarrollo	UNDG	Grupos de Desarrollo de las Naciones Unidas
ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito	UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
ONG	Organizaciones No Gubernamentales	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo	UN HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA	UNHAS	Servicio Aéreo Humanitario de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud	UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
OSCE	Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa	UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
OTC	Oficina técnica de cooperación	UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
PACI	Planes anuales de cooperación internacional	UNITAID	Iniciativa internacional de acceso a medicamentos
PAE	Programas de Ajuste Estructural	UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
PDP	Partenariados desarrolladores de productos	UNRWA	Agencia de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo
PEPFAR	Plan presidencial de respuesta contra el SIDA	VARD	Vinculación entre Ayuda de Emergencia, Rehabilitación y Desarrollo
PIB	Producto interior bruto	VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
PMA	Programa Mundial de Alimentos	VOICE	Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies
PMA	Países menos avanzados		
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo		
RANSA	Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional		
RDC	República Democrática del Congo		
RNB	Renta Nacional Bruta		
RRD	Reducción de Riesgo de Desastres		
RSI	Reglamento Sanitario Internacional		
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2		





**Federación de Asociaciones  
de Medicus Mundi en España**

C/ Lanuza 9, local / 28028 Madrid  
Tel.: 91 319 58 49 / 902 101 065  
federacion@medicusmundi.es  
www.medicusmundi.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

