

LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA ACCIÓN HUMANITARIA

INFORME 2019



Equipo técnico

Carlos Mediano
Emiliana Tapia
Conchita Ballesteros

Equipo asesor

Félix Fuentenebro
José Félix Hoyo
Elena Urdaneta

Colaborador:

Luca Beltrame

Edita

medicmundi
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.: 913 195 849 / 902 101 065

federacion@medicmundi.es

www.medicmundi.es

Médicos del Mundo

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

Tel. 915 436 033

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2019

medicmundi

Médicos del Mundo

ÍNDICE

PRÓLOGO	15
---------------	----

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO.....	19
---------------------------------------	----

1. Introducción	19
2. Evolución de la implementación de la Agenda 2030.....	20
2.1. La salud en los ODS.....	25
El Objetivo 3 “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” es el objetivo relacionado con la salud.....	25
Meta 3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.....	27
Meta 3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	29
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	32
Meta 3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	37
Meta 3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas	39
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	40
Meta 3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	40
Meta 3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal (CSU)	41
- La división de la cobertura sanitaria universal	44
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.....	46
- Barreras de acceso a medicamentos innovadores que salvan vidas como factores que afectan a la sanidad universal	49
2.2. Evolución del resto de los ODS	54

Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo.....	54
Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.....	55
Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos.....	56
Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas	56
Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos.....	57
Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos.....	58
Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos	59
Objetivo 9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación ..	59
Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos	60
Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles	60
Objetivo 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles	61
Objetivo 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.....	61
Objetivo 14. Conservar y utilizar sosteniblemente los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible	61
Objetivo 15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad	62
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas	62
Objetivo 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible	63

3. Cambio climático y salud	64
4. La evidencia científica y las fake news en salud	67
4.1. La proliferación de las fake news en salud	69
4.2. Evidencias “científicas” que alimentan otras fake news en salud	72

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL 77

1. Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD	78
1.1. Una nueva metodología de cómputo en el CAD	78
- Métricas para la financiación del desarrollo. Vigilar el apoyo oficial total para el desarrollo sostenible (AOTDS/TOSSD).....	79
1.2. La AOD del CAD	81
1.3. Distribución de la AOD en 2018	86
1.4. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes	89
2. Evolución de la AOD en salud	91
2.1. Nuevas iniciativas globales para financiar la salud	95
Global Financing Facility / Mecanismo de Financiamiento Global.....	95
Plan de Acción Mundial en favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos.....	96
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	100
3.1. Distribución subsectorial de la ayuda en salud	100
- España regresa al Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria	102
3.2. Distribución geográfica de la ayuda en salud	103
- Descripción de los Sectores CAD y Subsectores CRS relacionados con salud Actualizados a 2019.....	105
- La política de cooperación para el desarrollo europea en el próximo Marco de Financiación Plurianual 2021-2027.....	107

CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA 115

1. Consideraciones generales	116
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	116
1.2. Datos generales de la AOD en 2018	118
- La Salud en el V Plan Director de la cooperación española	120
2. La Agenda 2030 en España	122
3. AOD en salud en 2018.....	126
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2018	126
3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud	137
3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud	139
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales.....	143

4.1. La AOD descentralizada.....	143
4.2. La AOD descentralizada en salud.....	147
4.2.1 La cooperación autonómica en salud.....	151
4.2.2. La AOD de EELL en salud.....	154
- Por una política de Estado: 0,7% de AOD por ley.....	156

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA..... 159

1. Introducción	159
2. La acción humanitaria en la agenda internacional	164
2.1. 70º aniversario del Derecho Internacional Humanitario	164
2.2. Primera Conferencia internacional sobre violencia contra las mujeres en conflictos y crisis humanitarias	169
2.3. El Impacto del cambio climático en las crisis humanitarias.....	170
3. La ayuda humanitaria internacional.....	173
4. La Ayuda Humanitaria del Sistema de NNUU.....	177
5. La acción humanitaria en España	181
La Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019- 2026.....	181
5.1. Principales datos de la AOD destinada a AH en 2018.....	183
5.2. Canalización de los fondos.....	184
5.2.1. La Acción humanitaria bilateral.....	185
5.2.2. La Acción humanitaria multilateral.....	186
5.3. Distribución geográfica de la acción humanitaria	187
5.4. La Acción humanitaria por sectores	188
5.5. La Acción humanitaria por agentes.....	189
5.6. La Acción humanitaria descentralizada	190
6. En foco	193
# Ébola en República Democrática del Congo: ¿objetivo fallido?.....	193
# El conflicto del Este de Ucrania: una crisis olvidada a las puertas de Europa	196
Restricciones al movimiento, conflictos permanentes e instalaciones obsoletas comprometen el acceso a la atención sanitaria e incrementan los riesgos para la salud física y mental ..	198
Intervenciones humanitarias: Desafíos	199

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 203

INIDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible Fuente: Naciones Unidas	20
Gráfico 1.2. Dimensiones del desarrollo sostenible y sustentable Fuente: Elaboración propia	21
Gráfico 1.3. Evolución de la inmunización mundial de 3 DTP3, sarampión (2 dosis) y PCV3 Fuente: Elaboración propia basada en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019	31
Gráfico 1.4. Evolución de casos de sarampión en la región europea (2000-2018) Fuente: Elaboración propia	72
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	82
Gráfico 2.2. AOD 2018 en millones de dólares Fuente: OCDE, 2018.....	83
Gráfico 2.3. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2018 Fuente: OCDE, 2018.....	84
Gráfico 2.4. Gastos destinados a refugio en países donantes como % de AOD neta total 2013-2018 Fuente: Datos OCDE-CAD	91
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 de la OCDE-Creditor Reporting System	92
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 de la OCDE-Creditor Reporting System	93
Gráfico 2.7. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-España Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE-Creditor Reporting System	94

Gráfico 2.8. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2017 por canales (en millones de dólares corrientes) Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE-Creditor Reporting System	100
Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la propuesta de la Comisión Europea para el Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional.....	109
Gráfico 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB 2006-2018 con operaciones de deuda y sin operaciones de deuda en 2016 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por las DGPOLDES	119
Gráfico 3.2. Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto asignado a la AECID, 2006-2019 Fuente: Elaboración propia a partir de la Comunicación 2019 de la cooperación española y de los volcados de AOD publicados por las DGPOLDES	120
Gráfico 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	127
Gráfico 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	131
Gráfico 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	139
Gráfico 3.6. Evolución de la AOD descentralizada (CCAA+EELL) en España 1994- 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	144
Gráfico 3.7. Evolución de la AOD de CCAA y EELL 2008-2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	145
Gráfico 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2018 Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES.....	153

Gráfico 4.1. Mapa de Crisis humanitarias por nivel de severidad en 2018	
Fuente: Elaboración propia	162
Gráfico 4.2. Impacto del cambio climático en la salud	
Fuente: Centre for Disease Control, USA	172
Gráfico 4.3. Financiación llamamientos de NNUU 2008-2018	
Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	174
Gráfico 4.4. Porcentaje de financiación por sectores en 2018	
Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	174
Gráfico 4.5. Principales donantes en 2018 (en millones de dólares)	
Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	175
Gráfico 4.6. Gastos refugio en países CAD frente a la financiación de AH	
Fuente: Elaboración propia con datos de CAD	176
Gráfico 4.7. Principales donantes de Fondos comunes (en millones de dólares)	
Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA	179
Gráfico 4.8. Principales países receptores de Fondos comunes (en millones de dólares) en 2018	
Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA	180
Gráfico 4.9. Evolución de la AOD española destinada a la AH	
Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC	184
Gráfico 4.10. AOD española multilateral para AH en 2018 por vía de canalización	
Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC	186
Gráfico 4.11. Asignación de fondos por sectores 2018	
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos FTS de OCHA	189

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.1. Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades	
Fuente: Naciones Unidas.....	27
Tabla 1.2. Las 20 enfermedades tropicales desatendidas según la OMS	
Fuente: Elaboración propia basado en documentos de la OMS	36
Tabla 2.1. AOD neta de los países del CAD 2014-2018 (desembolsos en millones de dólares corrientes)	
Fuente: OCDE-CAD	87

Tabla 2.2. AOD de países no miembros del CAD	
Fuente: OCDE-CAD	89
Tabla 2.3. Gastos destinados a refugio en países donantes (en millones de dólares)	
Fuente: Datos OCDE-CAD	90
Tabla 2.4. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes)	
Fuente: OCDE-Creditor Reporting System	94
Tabla 2.5. Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes)	
Fuente: OCDE-Creditor Reporting System	102
Tabla 2.6. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2017 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes)	
Fuente: OCDE-Creditor Reporting System	104
Tabla 2.7. Descripción de los Sectores CAD y Subsectores CRS relacionados con salud. Actualizados 2019	
Fuente: Creditor Reporting System	106
Tabla 2.8. Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional: contenido temático por programas	
Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la propuesta de la Comisión Europea para el Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional.....	112
Tabla 3.1. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2014-2018	
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos volcados de AOD publicados por DGPOLDES.....	128
Tabla 3.2. Resumen de la AOD española en salud, 2018	
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	130
Tabla 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2011–2018 (en euros)	
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDESv.....	135
Tabla 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2011– 2018	
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	136

Tabla 3.5. Distribución de AOD en salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	138
Tabla 3.6. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	140
Tabla 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES.....	141
Tabla 3.8. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	142
Tabla 3.9. Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	142
Tabla 3.10. AOD descentralizada total desembolsada por cada una de las CCAA en 2017-2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	146
Tabla 3.11. AOD descentralizada total en salud, 2016-2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	148
Tabla 3.12. AOD descentralizada en salud según subsectores CRS, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	149
Tabla 3.13. AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	150
Tabla 3.14. AOD en salud de las CCAA, 2015-2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	152
Tabla 3.15. Distribución AOD salud autonómica según nivel de renta, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	153

Tabla 3.16. Entes Locales que más AOD destinaron a salud en 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por la DGPOLDES	155
Tabla 4.1. Canalización de la financiación internacional en 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	176
Tabla 4.2. Ayuda humanitaria del sistema de Naciones Unidas, 2018 Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	177
Tabla 4.3. Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	178
Tabla 4.4. Financiación recibida para los Fondos comunes gestionados por OCHA (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	179
Tabla 4.5. AOD Española bilateral para AH por vía de canalización en 2017 y 2018 Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPI	185
Tabla 4.6. AOD española destinada a AH por regiones Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPI	187
Tabla 4.7. Principales receptores de AH española en 2018 Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPI	188
Tabla 4.8. AOD española para acción humanitaria por agentes en 2018 Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPI	190
Tabla 4.9. Acción Humanitaria por CCAA Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPI	191
Tabla 4.10. Acción Humanitaria por EELL Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPI	192

PRÓLOGO

En junio de 2018 una moción de censura propició que el gobierno de Mariano Rajoy y del Partido Popular tuvieran que dejar el gobierno en manos de Pedro Sánchez y el Partido Socialista, corresponsable, por consiguiente, de las políticas y datos que aquí presentamos.

El discurso del nuevo gobierno sobre la ayuda y sus acciones políticas hasta la fecha se ha centrado en el compromiso de reforzar estas políticas *públicas como parte de la acción exterior*, dotarlas de recursos suficientes y, desde luego, adaptarlas a la globalidad y a la implementación de la Agenda 2030 cuyos objetivos y contenidos trascienden la cartera de cooperación al desarrollo.

El balance nos deja un sabor amargo. El principal objetivo que se habían marcado era recuperar la Cooperación Española en cantidad y calidad. Pues bien, ni una cosa ni la otra ha sucedido. La política de cooperación está lejos de recuperar el nivel institucional, político y presupuestario que le corresponde, sin por ello negar el esfuerzo del gobierno por estar en las grandes citas internacionales demostrando voluntad y buenas palabras.

Las cifras macroeconómicas cambiaron el rojo por el verde hace ya unos años, pero ese cambio no lo han percibido una gran parte de la ciudadanía, ni ha llegado a aquellas políticas cuya virtud es lidiar con la cada vez más ostentosa brecha de desigualdad. La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española sigue siendo escasa y continúa en el furgón de cola europea, lo que devalúa la imagen de credibilidad que el gobierno quiere proyectar en las grandes citas internacionales. España ni está ni se la espera. En términos reales la AOD cae casi un 3% lo que su pone que el esfuerzo de ayuda se queda en el 0,20%, muy por debajo de la media del resto de países donantes del CAD (0,31%), de los países donantes europeos (0,47%), y del prometido y comprometido 0,7%.

En lo que a salud se refiere, los 61,4 millones destinados supusieron el 2,47% del total de la AOD bruta, 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 menores de 5 años, las enfermedades transmisibles (sida, malaria, tuberculosis, hepatitis,) y no trasmisibles (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 de no conseguir las metas en salud con las que la comunidad internacional se comprometió en 2030.

En octubre de 2018 asistimos al 40 aniversario de Alma Ata y constatamos que cada vez son más las voces que reclaman un nuevo orden económico mundial para una Atención Primaria de Salud fortalecida, capaz de asegurar la salud de las personas. La inequidad en salud sigue siendo el mayor problema que tenemos en la salud mundial, y las personas más empobrecidas y vulnerables siguen teniendo una peor salud.

Por otro lado, incorporamos nuevos factores al análisis de las causas 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 en 2018 apenas destinó el 1,9% de la AOD total – unos 51 millones - para contribuir a paliar las necesidades humanitarias de las más de 135 millones de personas afectadas por algún tipo de crisis.

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

Gracias a todas las personas que han contribuido a esta publicación y en especial a Jorge Seoane y al resto del equipo del departamento de estadística de la DGPOL-

DES por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos; a Jose Maria Medina, director de Prosalus, por ayudarnos con la tabulación de los datos, y a Cristina Linaje Hervás, del equipo de incidencia política de Cáritas española, a Luca de Fraia. Deputy Secretary General de ActionAid Italia, a Remco van de Pas, vicepresidente de Medicus Mundi Internacional y Fernando Lamata Cotanda, Miembro de la Asociación Acceso Justo al Medicamento, por ilustrar con sus artículos de opinión temas tan complejos como la política de cooperación para el desarrollo europea, la nueva métrica para la financiación del desarrollo, la cobertura sanitaria universal o las barreras que limitan el acceso a los medicamentos innovadores que salvan vidas.

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

Es el momento de tomar acciones decididas para impulsar la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Los informes muestran cómo, a pesar de los avances, hay algunos objetivos que tienen retrasos importantes y otros que parece no se cumplirán.

El ODS3, *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades* —salud y bienestar—, es uno de los objetivos de difícil cumplimiento a fecha de hoy si no se actúa de manera más contundente. ¿Qué supone el retraso en su cumplimiento? En el corto plazo, el incremento de enfermedades que se creían controladas, el aumento de las “epidemias” de enfermedades no transmisibles que sufre gran parte de la población mundial, los nuevos retos que están apareciendo como la resistencia antimicrobiana o la dificultad para acabar con la inequidad en el acceso a los servicios sanitarios. Se trata de problemas que no pueden ser resueltos sin una estrategia global, multidisciplinar y participativa como proponen los ODS.

La salud no es solamente sanidad. Existen multitud de factores que influyen en la salud, como los determinantes sociales y comerciales de la salud, entre los que destacamos la pobreza, el género, el agua, la vivienda o el acceso al servicio sanitario. A estos factores clásicos tenemos que añadir uno más al que se ha prestado poca atención hasta el momento y que abordaremos más adelante en este informe: el cambio climático.

Cuando hablamos de promoción de la salud o de hábitos saludables, muchas veces pensamos en soluciones que tienen que ver con los comportamientos individuales y olvidamos que debemos añadir una visión más global. Los modelos socioeconómicos y los intereses comerciales pueden favorecer que se promocionen hábitos insalubres. No podemos minimizar la influencia que tienen las empresas multinacionales a la hora de regular las medidas que deben proveer los Estados en tanto que garantes del Derecho a la Salud.

Debe evitarse que la ciencia y la evidencia se relacionen con ningún otro tipo de interés. La gestión de crisis sanitarias recientes ha cultivado un clima de desconfianza hacia las instituciones y lo que éstas promueven, lo que favorece que algunas estrategias, como la vacunación, se vean cuestionadas por una parte de la población. Esta desconfianza favorece también la expansión de noticias falsas en salud. Es necesario que las instituciones recuperen la confianza de la ciudadanía y la mejor forma de lograrlo es siendo más transparentes, eficaces y participativas.

2. EVOLUCIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AGENDA 2030

GRÁFICO 1.1. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



Fuente: Naciones Unidas

2019 es el cuarto año de vida de los ODS. Los 17 ODS y las 169 metas constituyen un plan de acción para las personas, el planeta y la prosperidad, que busca disminuir la inequidad en el mundo y “no dejar a nadie atrás”. También busca fortalecer la paz universal y erradicar la pobreza en todas sus formas y dimensiones, incluida la pobreza extrema, que es el mayor desafío mundial y un requisito indispensable para el desarrollo sostenible. Este plan interpela a todos los países y no solamente a trabajar con los más empobrecidos. Los ODS plantean una visión integral e indivisible, y equilibran las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la económica, la social y la ambiental¹.

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

GRÁFICO 1.2. DIMENSIONES DEL DESARROLLO SOSTENIBLE Y SUSTENTABLE



Fuente: Elaboración propia

Durante estos cuatro años la mayoría de los países han dado pasos para conseguir avanzar en la consecución de los ODS, trabajando en sus propios planes de desarrollo nacionales. No obstante, el informe 2019 sobre los ODS de Naciones Unidas (NNUU) alerta de la necesidad imperiosa de tomar medidas urgentes si no queremos poner en riesgo el cumplimiento de las metas².

El primer gran problema al que se enfrentan los ODS es la disponibilidad de *datos fiables*. Hay un obstáculo no resuelto que tiene que ver con la recogida de datos, primer paso para poder saber si avanzamos o no en las metas propuestas y poder comparar estos avances entre poblaciones. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) afirmó en 2017 en su informe “*Data for Development*” que no había datos para dos terceras partes de los 232 indicadores propuestos en los ODS y que 88 indicadores ni siquiera tenían una metodología común para medirlos³. La debilidad de los sistemas estadísticos de muchos países, y la poca importancia que se le ha dado a este asunto en la cooperación internacional (solamente el 0,3% de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) mundial de 2014 a 2016 se dedicó a mejorar los sistemas de información) explican gran parte del problema. En octubre de 2018 se

2. https://unstats.un.org/sdgs/report/2019/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2019_Spanish.pdf

3. <https://www.oecd.org/dac/DCR2017highlights.pdf>

firmó la “*Declaración de Dubai*”, en el segundo Foro Mundial de Datos de las Naciones Unidas, donde 2.000 expertos se reunieron con el objetivo de buscar fórmulas para mejorar los sistemas de información para obtener mejores datos y estadísticas para el desarrollo sostenible⁴.

El segundo problema que se presenta es la necesidad de una *acción urgente* para algunas de las grandes metas. Los ODS son unos objetivos muy complejos que necesitarían de una nueva forma de enfocar los problemas. Muchos países apenas están empezando a cambiar sus políticas y se limitan a computar lo que ya están haciendo. Acabar con la pobreza extrema, las inequidades de género o el hambre son algunos de los objetivos que más riesgo tienen de no cumplirse. En el informe de 2019 sobre los ODS, el Secretario General de NNUU, António Guterres, pide “*una respuesta mucho más profunda, rápida y ambiciosa para generar la transformación social y económica necesaria para alcanzar nuestros objetivos para el año 2030*”. Es cierto que estos problemas cuentan con causas que pertenecen a una escala más global y que son más complejos de afrontar, como las políticas globales de desregulación financiera, las políticas de austeridad que afectan sobre todo a las personas más empobrecidas o la aceptación de las inequidades socio económicas —incluyendo las de género—, en las distintas sociedades que habitan este planeta.

El tercer problema tiene que ver con la *falta de un criterio* claro sobre cómo alcanzar los ODS. Sabemos que no hay recetas universales para todo el mundo, lo que no debería ser un obstáculo para consensuar criterios basados en la evidencia. Criterios que deberían servir a los países para desarrollar los mejores procesos y estrategias de cara a alcanzar su mayor impacto, eficacia y eficiencia. El hecho de que el cumplimiento de estos Objetivos sea voluntario, hace que cada país pueda elegir su estrategia o el grado de cumplimiento de cada uno de los ODS. Así cada país puede determinar cómo y a qué velocidad quiere alcanzar los ODS, lo que puede llevar a un aumento de las inequidades. No es lo mismo si en un país se apuesta por un sistema sanitario privado o público para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), o si el sistema tributario de un país es progresivo o no lo es.

El cuarto problema se refiere al *contexto general*, al hecho de que el panorama mundial para la implementación de los ODS haya empeorado⁵. La cooperación multilateral está en discusión, los conflictos e inestabilidad han aumentado en muchas partes del mundo, el crecimiento económico mundial sigue siendo lento y desigual en las diferentes regiones, y existen persistentes tensiones comerciales y niveles in-

sostenibles de deuda de países, hogares y empresas. Mientras tanto, aumenta la desigualdad en la distribución de la riqueza mundial.

Si queremos realmente cumplir los ODS, es necesaria la realización de una evaluación adecuada, con unos datos fiables, que sin duda ayudaría a mejorar el proceso y los resultados de los ODS, así como la adopción de medidas urgentes como las que se apuntan en el informe del Consejo Económico y Social (CES):

- Un compromiso renovado con el multilateralismo, la prevención y la diplomacia es esencial.
- Mayor urgencia y ambición en la respuesta a los ODS, especialmente con los que tienen que ver con el cambio climático.
- Prestar especial atención para los grupos más vulnerables y que “no quede nadie atrás”.
- Aportar financiación suficiente y bien dirigida.
- Fortalecer las instituciones y hacerlas más efectivas e inclusivas.
- Estimular la acción a nivel local para acelerar la implementación.
- Fortalecer las economías y crear resiliencia.
- Fortalecer la recopilación, el acceso y el uso eficaz de los datos para conseguir alcanzar los ODS.
- Aprovechar la ciencia, la tecnología y la innovación, con una mayor atención en la transformación digital en beneficio del desarrollo sostenible.

Todas estas medidas se basan en mirar estos compromisos con un enfoque de derechos, donde las personas y el planeta se pongan por encima de otros intereses. Si no lo hacemos así, los avances, si es que los hay, serán mucho menores de los que la comunidad internacional había propuesto.

Como complemento al informe oficial de los ODS, para poder calibrar los avances en el conjunto de los ODS, *Bertelsmann Stiftung y Sustainable Development Solutions Network (SDSN)* crearon un índice paralelo al oficial, que están utilizando en sus informes anuales. Estos informes pretenden visibilizar los cambios en el tiempo y comparar las evoluciones de los Estados, así como las proyecciones hasta 2030. Por lo tanto, puede ayudar a los países a enfocar sus esfuerzos para conseguir internamente progresos. En el último informe, el “*SDG Index and Dashboards Report 2019*”⁶, ha utilizado 75 indicadores de resultado y 11 de tendencias, muchos menos que los 232 indicadores que tienen los ODS. Este hecho muestra la dificultad de conseguir datos fiables, como ya mencionamos anteriormente. Este informe ha incorporado en 2019

4. <https://www.un.org/development/desa/en/news/statistics/2018-world-data-forum-wraps-up.html>

5. Informe: “Progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, presentado en mayo de 2019 en la reunión ministerial del Foro Político de Alto Nivel sobre el Desarrollo Sostenible, celebrado bajo los auspicios del Consejo Económico y Social (CES).

6. Sachs, J., Schmidt-Traub, G., Kroll, C., Lafortune, G., Fuller, G. (2019): Sustainable Development Report 2019. New York: Bertelsmann Stiftung and Sustainable Development Solutions Network (SDSN).

nuevos indicadores para poder medir los efectos internacionales globales y el principio de “no dejar a nadie atrás”. Los datos que muestra son preocupantes. Según este informe, ningún país del mundo está en el camino para poder alcanzar los 17 objetivos. Las mayores brechas entre la situación actual y la deseada se encuentran en los ODS 12 (consumo y producción responsables) y en los que tienen que ver con el medio ambiente, es decir, ODS 13 (acción por el clima), ODS 14 (vida submarina) y ODS 15 (vida de ecosistemas terrestres). También hay grandes desafíos para conseguir buenos resultados en la mejora de las desigualdades de ingresos y riqueza, así como en salud y educación. La Fundación Bertelsmann Stiftung afirma que muchos de los países que firmaron la Agenda 2030 no han pasado de las palabras a los hechos.

El *Informe de Desarrollo Sostenible 2019* presenta el “Índice y los Tableros de los ODS” para todos los estados miembros de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y enmarca la implementación de los ODS en el desarrollo de una estrategia de combinaciones que dé cabida a la interdependencia que existe entre ellos: (i) habilidades y empleos, (ii) salud, (iii) energía limpia, (iv) biodiversidad y uso de la tierra, (v) ciudades y (vi) tecnología digital.

Este informe ubica a España, con una puntuación total de 77,8%, en el lugar nº 21 entre 162 países en términos de desarrollo sostenible. España ocupa un lugar muy por debajo de los países nórdicos —Suecia, Dinamarca y Finlandia—, los cuales lideran el índice con 85,2, 85 y 82,8, respectivamente. Los tres últimos países de la lista son la RD del Congo, Chad y República Centroafricana, como hace dos años, con 42,7, 41,5 y 36,7 puntos, respectivamente. Estas cifras indican la enorme brecha que existe entre países y la necesidad de una mayor y mejor cooperación hacia éstos países. De hecho, no ha habido ningún cambio en estas posiciones desde 2017, lo que



nos hace ver que la brecha de la inequidad no se cierra fácilmente.

España obtiene sus mejores resultados en el ODS 6 (agua limpia y saneamiento) y el ODS 7 (energía asequible y no contaminante). El desempeño tanto en el ODS 3 (salud y bienestar) como en el ODS 4 (educación de calidad) también son bastante positivos, aunque se necesitan mayores esfuerzos para abordar las relativamente altas tasas de tabaquismo y garantizar la igualdad de oportunidades para todos los grupos poblacionales. Los grandes déficits de España, al igual que otros

países de ingresos altos, estarían en el cumplimiento del ODS 2 (hambre cero), ODS 9 (industria), y ODS 13 (acción contra el clima).

2.1. La salud en los ODS

EL OBJETIVO 3 “GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS A TODAS LAS EDADES” ES EL OBJETIVO RELACIONADO CON LA SALUD.

Consta de 13 metas y 27 indicadores, como vemos en la tabla siguiente.

TABLA 1.1. OBJETIVO 3. GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR DE TODOS A TODAS LAS EDADES

Metas	Indicadores
3.1. De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos	3.1.1. Tasa de mortalidad materna 3.1.2. Proporción de partos atendidos por personal sanitario especializado
3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos	3.2.1. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años 3.2.2. Tasa de mortalidad neonatal
3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	3.3.1. Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados, desglosado por sexo, edad y poblaciones clave 3.3.2. Incidencia de la tuberculosis por cada 100.000 habitantes 3.3.3. Incidencia de la malaria por cada 1.000 habitantes 3.3.4. Incidencia de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes 3.3.5. Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas
3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	3.4.1. Tasa de mortalidad atribuida a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes o las enfermedades respiratorias crónicas 3.4.2. Tasa de mortalidad por suicidio
3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	3.5.1. Cobertura de los tratamientos (farmacológicos y psicosociales y servicios de rehabilitación y postratamiento) de trastornos por abuso de sustancias adictivas 3.5.2. Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo de alcohol per cápita (a partir de los 15 años de edad) durante un año civil en litros de alcohol puro

Metas	Indicadores
3.6. De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo	3.6.1. Tasa de mortalidad por lesiones debidas a accidentes de tráfico
3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.7.1. Proporción de mujeres en edad de procrear (entre 15 y 49 años) que cubren sus necesidades de planificación familiar con métodos modernos 3.7.2. Tasa de fecundidad de las adolescentes (entre 10 y 14 años y entre 15 y 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad
3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	3.8.1. Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos) 3.8.2. Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares
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	3.9.1. Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente 3.9.2. Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH)) 3.9.3. Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias
3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	3.a.1. Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)
3.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos	3.b.1. Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica 3.b.3. Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible

Metas	Indicadores
3.c. Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo	3.c.1. Densidad y distribución del personal sanitario
3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	3.d.1. Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de Salud

Fuente: Naciones Unidas

En informes anteriores hemos comentado las dificultades de la coherencia del ODS 3 con metas muy dispares que incluyen estrategias sanitarias, lucha contra enfermedades o gestión de sistemas sanitarios, que además influyen o se solapan entre sí. Que la Organización Mundial de la Salud (OMS) haya puesto el foco en la meta 3.8, *lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos*, ayuda a mejorar esta coherencia.

En el informe de Naciones Unidas sobre los progresos de los ODS de 2019, el ODS 3 aparece como uno de los objetivos que, a pesar de los avances conseguidos en los últimos años, sigue teniendo mucho camino que recorrer. En este informe analizamos cada una de las metas de este objetivo y sus indicadores.

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

La mortalidad materna ha descendido un 25% desde 2005 hasta 2015, pero parece que los avances se están estancando. En 2017 aún siguen muriendo en el mundo 830 mujeres cada día por problemas en el embarazo o parto. De hecho, es importante resaltar que la meta propuesta es reducir la razón de mortalidad materna (RMM) mundial a menos de 70 por 100 000 nacidos vivos entre 2016 y 2030. En 2015 la tasa de mortalidad materna se situaba en 216 muertes por cada 100.000 nacidos vivos⁷, lo que supone que en una década deberíamos reducir la mortalidad materna en casi dos terceras partes. Alcanzar esta meta requiere de

7. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/maternal-mortality/>

un gran esfuerzo por parte de todas las instituciones y personas comprometidas. La mortalidad materna es un gran indicador de la inequidad presente en la salud mundial. La casi totalidad de las muertes maternas, un 99%, corresponde a los países en desarrollo, más de la mitad al África Subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

Si nos centramos en las causas de la mortalidad materna, cinco complicaciones son, según la OMS, las causantes del 75% de las muertes maternas⁸:

- Hemorragias graves (en su mayoría tras el parto);
- las infecciones (generalmente tras el parto);
- la hipertensión gestacional (preeclampsia y eclampsia);
- los problemas en el parto (sobre todo en adolescentes), y
- los abortos peligrosos.

No podemos olvidar que la mortalidad en sí misma no supone el único problema para las mujeres y la población infantil. Además de la mortalidad, los problemas en el embarazo y en el parto provocan tanto en las mujeres como en los recién nacidos muchas complicaciones y sufrimiento, que les pueden afectar durante toda su vida. Y estos problemas no se computan en este ODS.

En 2018 el 81% de los partos se realizó con personal especializado. Pero en África subsahariana, donde mayor mortalidad hay, solamente el 60% de estos partos se asistieron con personal especializado. Si bien es cierto que uno de los elementos más importantes para solucionar este problema es el acceso a un servicio sanitario adecuado, habría que analizar si esta ralentización en la disminución de mortalidad se debe también a que las medidas sanitarias no se acompañan de medidas sociales y culturales para asegurar este acceso. Medidas como promover la equidad de género, y muy especialmente en cuanto a la capacidad de tomar decisiones sobre el número de partos o las medidas de prevención de embarazos a las que pueden acceder las mujeres. Aunque no sea exclusivo de la mortalidad materna, no podemos olvidar también que, para que tengan éxito, las intervenciones sanitarias deben ser social y culturalmente apropiadas al entorno, adaptándose a las diferentes realidades que existen en el mundo.

Otro aspecto que debemos destacar son los cambios que se están dando en las tasas de fecundidad a nivel mundial y que van a tener consecuencias demográficas y sociales en el mundo, que hay que anticipar. Las tasas de fertilidad han disminuido en el mundo, pasando de 3,2 nacimientos por mujer en 1990 a 2,5 en 2019, y se espera que baje hasta los 2,2 nacimientos por mujer en 2050⁹. Se necesita una tasa de

2,1 nacimientos para asegurar la tasa de reemplazo y evitar el descenso de población. África subsahariana sigue teniendo unas tasas muy altas. En 2019 destaca Níger, con una tasa de fecundidad de 7,1 nacimientos por mujer, seguida de Somalia con 6,1 y la R.D. del Congo con 6¹⁰. España tiene una tasa de 1,33 nacimientos por mujer, no muy lejos de Corea del Sur, que con 1,1 es el país con una tasa de fertilidad más baja.

Por lo tanto, al igual que la mayor parte de las metas del ODS 3, sabemos dónde y cómo actuar, y qué priorizar para mejorar enormemente los resultados de esta meta. Falta un compromiso político decidido que impulse el cambio necesario para conseguirlo.

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

Esta meta es un ejemplo claro de la dificultad de tener datos disponibles para poder medir todos los avances. El Fondo de las NNUU para la Infancia (UNICEF) alerta en su informe *"Progress for every child in the SDG"* que, de promedio, el 75% de los 44 indicadores de ODS relacionados con la infancia en todos los países tienen datos insuficientes o muestran un progreso insuficiente para cumplir los objetivos mundiales de ODS para 2030¹¹.

Desde el año 2000, la mortalidad en menores de 5 años ha disminuido a la mitad (49%). Y sigue disminuyendo. De los 5,6 millones de niños y niñas que murieron en 2016 hemos pasado a 5,4 millones en 2017, un 3% menos, lo que se traduce en 14.800 muertes de menores de 5 años cada día en el mundo. La mitad de estas muertes ocurrieron en África subsahariana y otro 30% en Asia meridional.

La tasa de mortalidad neonatal no ha descendido de igual forma que la mortalidad en menores de 5 años, como demuestra el hecho de que casi la mitad de la cifra total de muertes de menores de 5 años, 2,5 millones, ocurriera durante el primer mes de vida. Desde el año 2000 la reducción ha sido del 41%, 8 puntos menos que la tasa de mortalidad infantil, lo que supone que más de 7.000 recién nacidos mueren cada día en el mundo¹², unas cifras intolerables cuando la mayor parte de estas muertes son prevenibles.

Según UNICEF, el 80% de estas muertes se produce por tres causas: el nacimiento prematuro del bebé, complicaciones durante el parto o infecciones como la sepsis,

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

9. <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/fertility/wfr2015/worldFertilityReport2015.pdf>

10. <http://worldpopulationreview.com/countries/total-fertility-rate/>

11. <https://www.unicef.org/media/56516/file/Progress%20for%20every%20child%20in%20the%20SDG%20era-2019%20.pdf>

12. <https://www.unicef.es/prensa/cerca-de-7000-recien-nacidos-mueren-cada-dia-muchos-de-ellos-sin-llegar-a-tener-un-nombre>

la meningitis y la neumonía. El parto prematuro —uno de cada diez nacimientos se produce antes de las 37 semanas de embarazo—, es la mayor causa de mortalidad de menores de 5 años y además puede provocar secuelas que duren de por vida¹³.

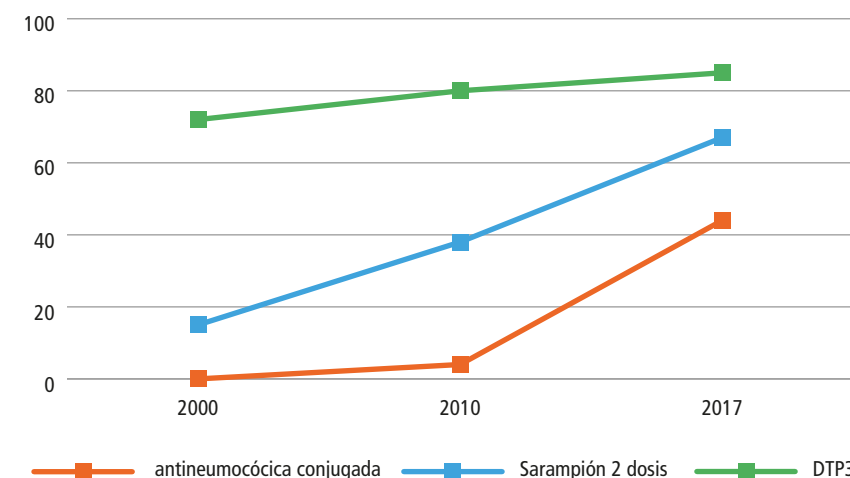
Las muertes prematuras son un buen ejemplo de la inequidad en el derecho a la salud en el mundo y de la necesidad de un enfoque multidimensional. En los países de ingresos bajos, la mitad de los bebés nacidos a las 32 semanas mueren por no haber recibido cuidados simples, baratos y efectivos, como aportar al recién nacido calor suficiente, apoyo a la lactancia materna, así como por no habérseles dado una atención básica para combatir infecciones y problemas respiratorios. Sin embargo, en los países de ingresos altos, esos mismos recién nacidos sobreviven prácticamente todos, lo que indica que es un problema para el que tenemos solución. Los dos extremos en los que se mueve el mundo son: Japón, que tiene una mortalidad neonatal de 1 de cada 1.000 nacimientos, y Pakistán, de 46 de cada 1.000¹⁴. No obstante, hay países de ingresos altos, como Estados Unidos o Kuwait, con una mortalidad neonatal similar a países considerados medios bajos, como Sri Lanka o Ucrania, con alrededor de 6 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Este hecho indica que la situación económica del país por sí sola no explica esta mortalidad. España tiene una tasa en 2018 de 1,76 defunciones por cada 1.000 nacimientos¹⁵. Para el resto de la mortalidad infantil también tenemos soluciones eficaces, y a menos que aceleremos el progreso para cumplir los objetivos de los ODS relacionados con la infancia, entre 2017 y 2030, 10 millones de niños y niñas morirán por causas prevenibles antes de los cinco años.

UNICEF propone tres intervenciones que, de aplicarse, salvarían muchas vidas infantiles: una asistencia sanitaria asequible, una alimentación apropiada y el consumo de agua potable. Pero estas intervenciones deben tener un entorno propicio, en términos económicos, sociales y políticos para tener éxito.

En el marco de lo que sería una asistencia sanitaria asequible, una de las cuestiones que más preocupan es la vacunación mundial, que no avanza al ritmo esperado a pesar de que es una intervención eficiente que tiene un éxito demostrable. Por ejemplo, los casos de poliomielitis han disminuido en más de un 99% en el mundo desde 1988, pero la transmisión de la polio sigue siendo endémica en Afganistán, Nigeria y el Pakistán¹⁶. La proporción de menores que han recibido las tres dosis necesarias de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP trivalente) aumentó del 72% en el año 2000 al 85% en 2015, pero se mantuvo sin cambios entre los años 2015 y 2017. Este inmovilismo provoca que, en 2019, sean 19,9 millones los y las

menores de edad de todo el mundo que no accedieron a los servicios de inmunización sistemática de vacunas tan importantes como la DTP3. El 60% de estas niñas y niños viven en 10 países: Angola, Brasil, Etiopía, Filipinas, India, Indonesia, Nigeria, Pakistán, República Democrática del Congo y Vietnam. Como vemos en la tabla siguiente, nuevas vacunas se están incorporando en el mundo, pero su implantación todavía es débil, sobre todo en los países más vulnerables.

GRÁFICO 1.3. EVOLUCIÓN DE LA INMUNIZACIÓN MUNDIAL DE 3 DTP3, SARAMPiÓN (2 DOSIS) Y PCV3



Fuente: Elaboración propia basada en el Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2019

Otras vacunas más clásicas que necesitan más de una dosis, como el sarampión, tienen una cobertura del 67%, que alcanza el 85% si contamos sólo una dosis. Hemos de recordar que, para que una comunidad esté protegida, es necesaria un 95% de cobertura vacunal. En España, por ejemplo, la segunda dosis de la triple vírica (que incluye sarampión, rubeola y parotiditis) llega al 94,1 en 2018, cuando en 2016 era de 94,7¹⁷. Hay 9 Comunidades Autónomas (CCAA) de 17 por debajo del 95%, destacando la situación de Canarias y Asturias, con un porcentaje inferior al 90%¹⁸.

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

14. <https://news.un.org/es/story/2018/02/1427401>

15. <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1679>

16. <https://www.who.int/campaigns/immunization-week/2017/es/>

17. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CoberturasVacunacion/Tabla3.pdf>

18. <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/CoberturasVacunacion/Tabla9.pdf>

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

El compromiso sostenido en el tiempo contra algunas de estas enfermedades ha conseguido unos logros importantes, en términos de disminución de morbilidad y mortalidad. La incidencia —nuevos casos— del VIH entre adultos de 15 a 49 años en África Subsahariana, la región mundial más afectada por esta enfermedad, disminuyó en aproximadamente un 37% entre los años 2010 y 2017. Sin embargo, en el mismo periodo la incidencia de esta enfermedad ha aumentado en Asia Occidental un 53%, en Asia Central un 51% y Europa un 22%.

La comunidad internacional se comprometió con la *“Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al sida”*¹⁹, con unos indicadores orientados a responder a 10 compromisos que debían cumplirse antes de 2020²⁰. Estos compromisos buscan 3 objetivos:

- Reducir la cifra de nuevas personas infectadas con el VIH a menos de 500.000 en todo el mundo de aquí a 2020.
- Reducir la cifra de personas que mueren por causas relacionadas con el sida a menos de 500.000 en todo el mundo de aquí a 2020.
- Eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH de aquí a 2020.

Con la evolución de los datos de los últimos años, podemos asegurar que, a pesar de los grandes avances conseguidos, no se van a cumplir los objetivos propuestos. En 2018, 37,9 millones de personas vivían con el VIH, de las que 1,7 millones fueron personas que contrajeron la enfermedad ese mismo año. De las personas que vivían con el VIH, únicamente el 62% tuvieron acceso al tratamiento, lo que supone dejar sin tratamiento a más de 18 millones de personas. Es cierto que es difícil obtener tratamiento si desconoces tu situación y el 21% de las personas infectadas por el virus en el mundo la desconocía. Fallecieron 770.000 personas cuando en 2010 eran 1,2 millones, lo que indica que tenemos armas terapéuticas contra esta enfermedad y que hay un problema real de acceso a ellas. Desde el comienzo de la epidemia han muerto más de 32 millones de personas por vih/sida.

La inequidad de género tiene un papel destacado en la expansión del vih. En África subsahariana, cuatro de cada cinco nuevas infecciones en adolescentes con edades

entre 15 y 19 años son mujeres. Las jóvenes con edades entre 15 y 24 años tienen el doble de probabilidad de vivir con el VIH que los hombres²¹.

La malaria o paludismo sigue siendo un problema global. En 2017 hubo 219 millones de casos de paludismo y 435.000 muertes por esta enfermedad, 1.200 muertes diarias. Es una cifra mucho menor que el millón de muertes que se achacaban a esta enfermedad en el año 2000. Los avances conseguidos en estos años parecen haberse estancado desde 2015 e incluso retrocedido en algunos países, a la vez que la inversión mundial de lucha contra la malaria también ha disminuido. África Subsahariana es la región más afectada, con más del 90 % de la carga mundial de malaria.

En el Informe mundial sobre malaria 2018, se estima que en los 10 países africanos con más carga por esta enfermedad hubo 3,5 millones más de casos de malaria que en el año anterior²², mientras que en la India, uno de los 7 países con mayor mortalidad en el mundo por malaria, se reportaron 3 millones de casos menos que en 2015.

Estas cifras revelan dos hechos importantes. Por una parte, es necesaria una decidida apuesta política a largo plazo, que asegure las suficientes inversiones en la lucha contra esta enfermedad. Este compromiso debe ser de todas las instituciones, incluidas las locales: solamente el 28% de los fondos destinados a la lucha contra la malaria fueron aportados por los gobiernos de los países con malaria endémica. Por otra parte, estos vaivenes en las cifras y el hecho de que solamente el 53% de los menores africanos con fiebre fueran llevados a un centro sanitario, y que casi la mitad no recibieran ningún tratamiento, nos muestran que es necesario un abordaje multisectorial que se base en una participación activa de la población y en un refuerzo del sistema público de salud. Así se podría asegurar la apropiación de la población e instituciones locales de las iniciativas en contra de esta enfermedad y no solamente promover luchas individuales contra enfermedades, cuyo impacto es reducido y frágil en el tiempo.

10 millones de personas contrajeron la **tuberculosis** en el año 2017, matando a 4.500 personas cada día (1,6 millones al año), siendo la mayor causa de muerte por un solo agente infeccioso, más mortal que el vih/sida o la malaria²³. Dos tercios de los casos se dan en 8 países y la multirresistencia a los tratamientos habituales sigue sin poder controlarse.

Se estima que en 2017 fueron 558.000 personas las que desarrollaron tuberculosis resistente a rifampicina, el medicamento más usado contra esta enfermedad. La mitad de los casos de multirresistencia se dan en 3 países: India, China y Rusia.

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

20. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

21. <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>

22. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275867/9789241565653-eng.pdf>

23. Global tuberculosis report 2018. Geneva: World Health Organization; 2018

Esta enfermedad tiene una alta tasa de letalidad sin tratamiento adecuado. Por este motivo, la comunidad internacional se comprometió a que en 2020 la tasa de letalidad bajara al 10% o menos. En 2017, esta tasa alcanzó el 16% (23% en el año 2000), muy lejos de lo esperado. Es cierto que el número de nuevos casos descende un 2% anualmente, pero también lo es que la mortalidad no disminuye en la misma proporción. Esta enfermedad tiene varios problemas que hace falta abordar con urgencia: el éxito del tratamiento se queda en un bajísimo 55%, el número de pacientes que sufren de multirresistencia sigue creciendo y hay un 36% de los casos de tuberculosis que no están diagnosticados. La expansión de la enfermedad es difícil de controlar y solamente 120 países reportan inmunización con BCG por encima del 90%.

El 26 de septiembre de 2018 se celebró la primera Reunión de Alto Nivel sobre Tuberculosis, con el lema “Unidos acabaremos con la tuberculosis”. En esa reunión se firmó una declaración política con 40 puntos²⁴ que, si bien es bastante difusa en general, con aspectos muy vagos sobre acceso a tratamientos, medios diagnósticos o la lucha contra la multirresistencia, sí que incluye dos compromisos objetivos que se pueden medir y que hay que tener en cuenta:

- Al menos 30 millones de personas, incluyendo 4 millones de niños y niñas menores de 5 años, 20 millones de personas con contacto en el hogar de personas afectadas por tuberculosis y 6 millones que viven con el VIH, reciban tratamiento preventivo en 2022.
- Comprometerse a proporcionar diagnóstico y tratamiento para tratar con éxito a 40 millones de personas con tuberculosis de 2018 a 2022, incluidas 3,5 millones de niños y niñas y 1,5 millones de personas con tuberculosis farmacorresistente (de estos últimos, 115.000 menores de edad).

Es una declaración política, y no técnica, que no profundiza en cómo conseguir estas metas. Pero para tener éxito sería necesario que realmente se establezcan prioridades geográficas, se aumente la investigación contra la resistencia y que nuevos medicamentos y productos sean asequibles financieramente y culturalmente para la población, con una visión multisectorial que trabaje los factores que provocan la expansión de esta enfermedad (hacinamiento, pobreza, género), dentro de un programa de fortalecimiento institucional y participativo.

Una esperanza en la lucha contra esta enfermedad son los estudios que se están desarrollando sobre posibles nuevas vacunas. En estos momentos hay 13 posibles vacunas contra esta enfermedad en estudio. Destacar la única vacuna que se produce

24. <https://www.who.int/tb/unhlmonTBDDeclaration.pdf>

con virus vivos atenuados, que ha desarrollado el Grupo de Genética de Micobacterias de la Universidad de Zaragoza desde hace ya 20 años, que en sus primeras fases muestra unos resultados esperanzadores, mejorando la eficacia de la BCG en neonatos y menores de edad²⁵. No obstante, para una posible utilización masiva, aún deberíamos esperar varios años, hasta poder asegurar que es segura y efectiva para la población.

En cuanto a la **hepatitis**, siempre ha sido la gran olvidada dentro de la lucha contra las enfermedades infecciosas y parece que sigue igual. Es muy curioso que no se mencione esta enfermedad en el Informe de 2019 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, a pesar de ser la segunda enfermedad infecciosa que más personas mata, 1,4 millones de personas (3.836 personas al día), y que en los últimos años no para de crecer. Sí que se menciona brevemente esta enfermedad en el informe del Consejo Económico y Social sobre los progresos en los ODS de mayo de 2019, donde se afirma que 325 millones de personas tenían en 2015 hepatitis B o C, y que el uso generalizado de la vacuna contra la hepatitis B en menores de un año ha reducido de forma significativa la prevalencia de esta enfermedad en menores de cinco años. Estos datos contrastan con los problemas de abastecimiento de vacunas que ha habido en los últimos años en todo el mundo, tal y como describimos en el informe del año pasado.

Poco a poco, las enfermedades tropicales desatendidas (ETD) siguen perdiendo peso en la salud mundial, aunque sigan afectando a 149 países. En 2017 fueron 1.580 millones de pacientes quienes necesitaron tratamientos masivos o individuales y atención por enfermedades tropicales desatendidas, frente a los 1.630 millones de 2015, o los 2.030 millones de 2010. En apenas 7 años, ha habido un descenso de casi un 23%. Y en 2017 se eliminó al menos una ETD en 34 países del mundo. Estos éxitos no nos deben impedir ser prudentes. Primero, porque la magnitud del problema sigue siendo inmenso y más del 50% de la población de los países menos adelantados necesitaron atención por estas enfermedades. Segundo, porque pueden existir variaciones en la lucha contra ellas, dependiendo de la facilidad del tratamiento, el interés en el país o el interés de la comunidad internacional. Hay que recordar que, en 2017, la OMS añadió 3 enfermedades tropicales desatendidas al listado de 17 que ya existían y que su manejo es muy diferente. Como ya hemos repetido, la única solución real consiste en fortalecer los sistemas públicos de salud, que garanticen una atención equitativa y sostenida en el tiempo y una participación real de la ciudadanía en las decisiones sobre su salud.

25. <https://vacunasaeop.org/profesionales/noticias/TBC-dia-mundial-2019-y-MTBVAC>

TABLA 1.2. LAS 20 ENFERMEDADES TROPICALES DESATENDIDAS SEGÚN LA OMS

Úlcera de Buruli
Enfermedad de Chagas
Dengue y Chikungunya
Dracunculosis (enfermedad del gusano de Guinea)
Equinocosis
Trematodiasis transmitidas por los alimentos
Tripanosomiasis africana humana (enfermedad del sueño)
Leishmaniasis
Lepra (enfermedad de Hansen)
Filariasis linfática
Micetoma, cromoblastomicosis y otras micosis profundas
Oncocercosis (ceguera de los ríos)
Rabia
Sarna y otros ectoparásitos
Esquistosomiasis
Helmintiasis transmitidas por el suelo
Mordedura de serpiente
Teniasis / Cisticercosis
Tracoma
Treponematosis endémicas (Pian, Pinta y Bajel)

Fuente: Elaboración propia basado en documentos de la OMS

Según la OMS, el consumo de agua no apta para los humanos, sumado al saneamiento e higiene inadecuados están vinculados al 60% de la carga de morbilidad de la diarrea, al 100% de la carga de la infección por helmintos (parásitos) transmitidos por el suelo y al 16% de la carga de enfermedad de la malnutrición. En 2016, último año con datos, provocaron 870.000 muertes. Este problema tiene que ver directamente con el ODS 6, del que luego hablaremos.

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

En 2018, por primera vez en la historia, las personas de 65 años o más a nivel mundial superaron en número a los menores de cinco años²⁶. Este hecho tiene varias lecturas, una de ellas sería que la humanidad está envejeciendo y, por lo tanto, las enfermedades crónicas van a aumentar aún más su peso en el conjunto de la salud mundial. En 2016 el 71% de todas las muertes en el mundo fueron debidas a enfermedades no transmisibles, un total de 41 millones. Pero hay que tener en cuenta que las enfermedades no transmisibles no son solamente un problema de personas ancianas. La mortalidad por ENT procede principalmente de enfermedades cardiovasculares, con 17,9 millones de muertes; **cáncer**, con 9 millones; enfermedades respiratorias crónicas, con 3,8 millones; y diabetes, con 1,6 millones de muertes. Entre los 30 y los 70 años de edad, la probabilidad de morir de alguna de estas enfermedades fue del 18% en 2016, porcentaje que, si bien es alto, es 4 puntos menor que el que se tenía en el año 2000, que era del 22%.

Estas enfermedades están muy estrechamente relacionadas con algunos factores de riesgo que es preciso controlar, como una dieta inadecuada, tabaquismo, alcoholismo o sedentarismo. Pero el control de estos factores de riesgo está basando primordialmente en fomentar el cambio de actitudes individuales, y como mucho, establecer algunas políticas regulatorias que mínimamente intentan controlar estos factores. Esta estrategia no parece que tengan demasiado éxito por el momento. En 2014 la cifra de personas con diabetes era 4 veces más que en 1980 (422 millones frente a 108 millones). Esta cifra supone el 8,4% de la población mundial adulta. En 2015, últimas cifras contrastadas, provocó 1,6 millones de muertes²⁷ (tantas como la tuberculosis) y en 2012 el incremento de glucosa en sangre se relacionó con otras 2,2 millones de muertes adicionales. Además, el 2,6% de los casos de ceguera en el mundo se relacionan con esta enfermedad.

Existen dos tipos de diabetes (además de la diabetes gestacional): la diabetes tipo 1, que es cuando se produce de forma insuficiente insulina, que no puede prevenirse y exige inyecciones de insulina para la supervivencia del paciente, y la diabetes tipo 2, en la que el organismo no puede utilizar adecuadamente la insulina que produce. La diabetes tipo 2 es la **más extendida en el mundo** y se relaciona con el sedentarismo y obesidad, dos factores evitables. Se creía que esta diabetes tipo 2 solamente se

26. <https://news.un.org/es/story/2019/06/1457891>

27. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>

daba en personas adultas, pero ahora también se está viendo en menores de edad. En 2016, la OMS publicó un “informe Mundial sobre Diabetes²⁸”, donde proponía para la lucha contra esta enfermedad varias medidas, empezando por las sanitarias: diagnóstico precoz, capacidad nacional de prevención y control de la diabetes, acceso a insulina y otros tratamientos. Pero en sus recomendaciones apuesta también por “dar prioridad a las medidas para prevenir el sobrepeso y la obesidad, fomentar la lactancia materna y el consumo de alimentos saludables y desalentar el consumo de alimentos malsanos, como los refrescos azucarados”. Propone para ello cambios en políticas fiscales, de legislación y aumento de la sensibilización sobre el problema.

Sin embargo, no parece que estos cambios en las políticas estén siendo tenidas en cuenta debidamente, dada la gravedad del problema. En un artículo de enero de 2019²⁹, Anne Kanavagh, de la Universidad de California, afirmaba que solamente en California hay un 11% de diabéticos y un 46% de prediabéticos. En Estados Unidos, tres de cada cuatro productos empaquetados de comida contienen azúcares. El azúcar que contienen los refrescos, bebidas energéticas y bebidas deportivas representa el 36% del azúcar agregado que consumen en dicho país. El artículo denuncia que esta situación no se ha provocado espontáneamente. Según su autora, existen pruebas de cómo la industria azucarera ha estado tratando de influir en la institución reguladora americana de comida, la Food and Drug Administration. Y para ello la industria utilizó a un sector de la ciencia para que no se divulgaran los problemas de salud que provoca el azúcar. En un informe presentado en *Annals of Internal Medicine*, en 2016, se revisaron los 60 estudios que entre 2001 y 2016 analizaron si las bebidas azucaradas contribuían a la obesidad o la diabetes. De los 26 estudios que no encontraron ninguna relación, todos fueron financiados por la industria de bebidas azucaradas o realizados por personas con vínculos financieros con la industria. De los 34 estudios que encontraron un vínculo, sólo uno fue financiado por la industria de bebidas; el resto fueron financiados de forma independiente³⁰. Pero quizás lo más destacable del artículo es la sugerencia de que la industria, basándose en supuestos estudios científicos de los años 60 y 70 del siglo xx, reveló la importancia de las grasas en las enfermedades coronarias, mientras que promovía dudas sobre la importancia del azúcar hacia esta enfermedad. Y según los autores del artículo, la industria del azúcar reconoció ya en los años 50 que, si la población estadouniden-

se adoptaba dietas bajas en grasas, el consumo per cápita de sacarosa aumentaría en más de un tercio³¹.

Por lo tanto, vemos como hay aspectos que superan los cambios de comportamiento individuales y se enmarcan más en unas políticas globales, donde la salud prime sobre otros intereses.

En cuanto a las **enfermedades mentales**, debemos de tener presente la relevancia que tienen. Se calcula que aproximadamente el 20% de los niños, niñas y adolescentes del mundo tienen trastornos o problemas de salud mental. El suicidio sigue siendo la segunda causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años de edad en todo el mundo y en 2016 el 79% de los suicidios se registró en países de ingresos bajos y medianos. Un 75% de las 800.000 muertes anuales debidas a suicidio fueron de hombres y la región con las tasas más altas es la europea (15,4 casos cada 100.000 personas), encontrándose la más baja en la región mediterránea oriental (3,9 por cada 100.000).

La OMS propuso un “Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020”³², con acciones específicas para la Secretaría General y los países miembros. Se fijaron cuatro objetivos principales: liderazgo y gobernanza más eficaces en materia de salud mental; prestación de servicios integrales e integrados de salud mental y asistencia social con base en la comunidad; aplicación de estrategias de promoción y prevención; y fortalecimiento de los sistemas de información, las evidencias y la investigación. Sería muy importante que este plan se evaluara el próximo año, para saber qué avances se han conseguido en este tema en cada una de las regiones mundiales.

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, dado que son las que más años de vida quitan en el mundo, mucho más que cualquier otra droga ilegal. El consumo de tabaco es un factor de riesgo importante para muchas de las enfermedades no transmisibles más importantes (enfermedades cardiovasculares, cánceres y enfermedades respiratorias crónicas), y tiene consecuencias sociales, ambientales y económicas negativas. Y aunque la prevalencia del consumo de tabaco ha disminuido del 27% en 2000 al 20% en 2016, más de 1.100 millones de personas mayores de 15 años fumaron en ese último año. 8,1 millones de muertes en 2017 fueron relacionadas con el tabaco.

28. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204877/WHO_NMH_NVI_16.3_spa.pdf;jsessionid=9AEC6F1AC0AFC0F6C27ED336A8161F2F?sequence=1

29. <https://medicalxpress.com/news/2019-01-sugar-sick-secrets-industry-science.html>

30. Schillinger, Dean & Kearns, Cristin. (2016). Guidelines to Limit Added Sugar Intake: Junk Science or Junk Food?. *Annals of Internal Medicine*. 166. 10.7326/M16-2754.

31. <https://sugarscience.ucsf.edu/sugar-papers-reveal-industry-role-in-shifting-focus.html#.XVm8S-gzblU>

32. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1

A nivel mundial hay un **consumo per cápita en la población adulta de 6,4 litros de alcohol puro por año**, una cifra que se mantiene estable desde 2010. La región europea es la que tiene las tasas más altas, mientras que la región de Asia Sudoriental es la que más ha aumentado su consumo desde 2010, un 30%.

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

En 2016, 1,35 millones de personas murieron en las carreteras por accidentes de tráfico y otros 50 millones de personas resultaron heridas. A pesar de tener un menor parque automovilístico, las tasas de mortalidad en países de renta baja fue 3,3 veces mayor que en los de rentas altas. **Los accidentes de tráfico constituyen la primera causa de mortalidad entre las personas de entre 15 y 29 años.** A un año de cumplirse esta meta, no tenemos ningún dato que nos asegure que ni siquiera hayamos avanzado en la disminución de la mortalidad por esta causa, a pesar de que en 2017 la OMS publicó “Salve VIDAS - Paquete de medidas técnicas sobre seguridad vial”³³, con la intención de ayudar a los estados a desarrollar medidas que les permitieran luchar contra esta lacra.

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

A pesar de su relevancia, no se menciona esta meta en los diferentes documentos de avances en los ODS. Y aunque es una meta que debería estar incluida en la meta 8 sobre cobertura sanitaria universal, es importante que se le dé la especificidad que se merece.

En la primera Conferencia Internacional de Derechos Humanos de 1968, hace más de 50 años, la planificación familiar se convirtió en una obligación de derechos humanos para todos los países, gobiernos y personal legislador³⁴, si bien cada país podía elegir sus políticas en este campo. Sin embargo, los estudios nos muestran como 1 de cada 10 mujeres en el mundo tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar; cifra que en África alcanza a 1 de cada 5 mujeres³⁵.

33. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255308/9789243511702-a.pdf;jsessionid=1209CCDC75B516D964A07D75AB22BCD5?sequence=1>

34. http://legal.un.org/avl/pdf/ha/fatchr/Final_Act_of_TehranConf.pdf

35. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/WFP2017_Highlights.pdf

Como primer paso, debería de conocerse cuántos países han integrado la salud sexual y reproductiva en las estrategias y los programas nacionales, y si esa política de salud sexual y reproductiva se adecúa a las necesidades de las mujeres de cada país.

La salud sexual y reproductiva tiene muchas conexiones con otros asuntos que no son específicamente sanitarios y que se deberían de trabajar para tener una respuesta más eficiente, especialmente con la equidad de género sobre la toma de decisiones de las mujeres. También habría que analizar los patrones socioculturales y religiosos que pueden afectar claramente al fomento o no de la planificación familiar.

META 3.8. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL (CSU)

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.

En el “Informe global de Seguimiento de la Cobertura Sanitaria Universal”³⁶, que la OMS y el Banco Mundial elaboraron en 2017, podíamos leer algunos indicadores preocupantes como que unas 800 millones de personas gastan en atención sanitaria más del 10% del presupuesto familiar; que casi 100 millones de personas llegan a la pobreza extrema cada año debido a sus gastos sanitarios directos; o que la mitad de la población mundial no tiene acceso a servicios esenciales de salud, es decir, aquellos servicios de salud de carácter promocional, preventivo, curativo, rehabilitador o paliativo, de calidad suficiente para conseguir eventuales mejoras en la salud de las personas.

Nos referimos a problemas en el acceso a cuidados prenatales o en el embarazo, a tratamientos y prevención de enfermedades transmisibles y no transmisibles, o al hecho de que más de 5.000 millones de personas no tengan acceso actualmente a cuidados quirúrgicos esenciales y de emergencia en el mundo. Esto implica la necesidad de realizar un abordaje integral del sistema sanitario y no analizar sólo enfermedades específicas, lo que puede dar una visión segmentada de la realidad en cuanto al acceso a servicios de salud.

En cuanto al gasto sanitario, está probado el enorme problema que supone para una familia que este gasto supere el 10% de su presupuesto. Es lo que se conoce como “gasto catastrófico en salud” y que los ODS definen como el pago directo e individual por cualquier provisión de servicio de salud, en dos umbrales diferentes: su-

36. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017 [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

periores al 10% y al 25% del gasto o el ingreso total de los hogares³⁷. En 2010, más de 808 millones de personas en el mundo superaban el 10% y casi 180 millones el 25%. En el mundo, los pagos de bolsillo representan aproximadamente el 32% del gasto en salud de cada país. Esto significa que 1 de cada 3 dólares gastados en salud son gastos individuales, algo que la CSU pretende disminuir y que todos los países deberían de tener presente en sus políticas sanitarias.

Hay algunas noticias positivas. En el informe de la OMS "Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends"³⁸, se afirma que el gasto sanitario está creciendo en el mundo más deprisa que el Producto Interior Bruto (PIB), y que este crecimiento es mayor en los países de rentas medias y bajas (6% anual) que en los países de rentas altas (4%). Este crecimiento se debe al aumento sobre todo de fondos gubernamentales, lo que ayuda a mejorar la protección financiera de las personas.

Pero no podemos olvidar que la salud es también un negocio que mueve al año 7,5 billones de dólares en el mundo, un 10% del PIB mundial. Y es necesario no solamente que aumente el gasto en salud, sino que este gasto se dedique a los mayores problemas de salud a través de un modelo sanitario lo más equitativo posible y a las intervenciones con mayor impacto y más costo efectivas. Porque hay ejemplos de países donde no hay una relación directa entre el gasto en salud y esperanza de vida, como es el caso de Estados Unidos, donde el gasto per cápita en salud supera con creces los 8.000 dólares per cápita y tiene una esperanza de vida de 78 años. Francia, con la mitad de gasto, 4.000 dólares, supera los 82 años. Y España, con menos de 3.000 dólares, alcanza los 83,8 años³⁹.

En septiembre de 2019 se han reunido los países en Nueva York, en el marco de un encuentro de alto nivel de NNUU, para firmar una declaración política con el fin de confirmar la intención de poder conseguir la Cobertura Sanitaria Universal en 2030. Por lo tanto, la CSU se confirma como el eje prioritario de la salud mundial para los próximos años.

En esta declaración se reconoce el papel de la CSU no solamente para conseguir las metas del ODS 3, sino también su importancia para otros objetivos, como son erradicar la pobreza; garantizar una educación de calidad; lograr la igualdad de género; proporcionar trabajo decente y crecimiento económico; reducir las desigualdades; garantizar sociedades justas, pacíficas e inclusivas; y construir y fomentar asociacio-

nes mundiales. A su vez, entiende que el cambio climático, el agua, la vivienda y la nutrición, son esenciales para la salud.

Esta Declaración asegura que, si seguimos igual que hasta ahora, no se conseguirán en 2030 las metas propuestas en el ODS 3, lo que implica que un tercio de la población no tendrá acceso a los servicios esenciales de salud. A continuación, la declaración desarrolla en 43 puntos todos los compromisos de este objetivo, los avances esperados en cada una de las metas y algunas formas de alcanzarlo. La declaración reconoce el papel de la Atención Primaria de Salud y la necesidad de tener mecanismos de protección social y justicia social para mejorar el acceso al sistema de las personas más vulnerables. También reconoce la importancia de tener gobiernos con políticas claras en salud, presupuestos adecuados para este sector y la necesidad de tener datos para poder mejorar. Es importante además tener sistemas centrados en las personas, a las que hay que empoderar para que sean responsables de su propia salud. Por último, también nombra la diversidad y la necesidad de incorporar los saberes tradicionales con la medicina moderna.

Sin embargo, esta Declaración deja algunas dudas sobre si realmente está en sintonía con los principios básicos que subyacen en los ODS. Mientras que la idea de la CSU es que toda la población obtenga todos los servicios de salud de calidad que necesiten, en esta declaración se estrecha ese acceso al "conjunto de servicios sanitarios determinados a nivel nacional". Este conjunto de servicios podría decidirse de forma vertical por los gobiernos y sustentar un sistema sanitario definido por unos servicios que dejen fuera a la parte más empobrecida y vulnerable de la población, que es la que más servicios necesita. Y aunque nombra la necesidad de tener en cuenta los conflictos de intereses, sigue generando dudas el papel de la iniciativa privada lucrativa en las tomas de decisiones. El objetivo final de salud para todas las personas se puede ver influenciado negativamente por la necesidad de la iniciativa privada de obtener beneficios. La discusión más relevante que surge con esta Declaración es la falta de mención de la necesidad de tomar medidas más globales, que promuevan un sistema económico mundial más equitativo y que regule las actividades de las corporaciones internacionales que afectan a la salud, ya sean instituciones sanitarias o empresas que generan productos que pueden afectar a la salud de la población (como el tabaco, industrias de alimentos procesados, alcohol...). Como dice una valoración que hace la sociedad civil a esta Declaración "comercio libre no es igual a comercio justo".

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

38. Xu K, Soucat A & Kutzin J et al. Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends. Geneva: World Health Organization; 2018 (WHO/HIS/HGF/HFWorkingPaper/18.3).
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

39. <https://ourworldindata.org/grapher/life-expectancy-vs-health-expenditure>

LA DIVISIÓN DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Remco van de Pas

Vicepresidente de Medicus Mundi Internacional

Hubo una vez un sueño. Un sueño que llevó al nacimiento de las Naciones Unidas (ONU) en 1946, donde una visión idealista de la cooperación internacional se consideraba un mecanismo clave para evitar la guerra y liberar a la humanidad de la miseria generalizada. El Capítulo I de la Carta de las Naciones Unidas (ONU) aclara que la organización se basa en la igualdad soberana de todos sus estados miembros, mientras que el Capítulo IX aclara que la ONU *promoverá “niveles de vida más altos, pleno empleo y las condiciones para el progreso y desarrollo económico y social”*. Estos últimos principios se formalizaron en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en 1966, ratificado por 170 países.

Estos principios concuerdan con los que aparecen en la declaración política de la Conferencia de Alto Nivel, organizada en 2019 por OMS y NNUU en Nueva York, sobre la cobertura sanitaria universal (CSU), aunque en un marco más moderno. La salud es un derecho humano; y la CSU es fundamental para alcanzar el ODS3. La apropiación y responsabilidad de los gobiernos a todos los niveles determinan el camino para alcanzar la CSU, principalmente a través de la movilización de recursos domésticos. Y así define a la salud global como *“debería ser”*. Por supuesto, en la Carta de la ONU mencionada con anterioridad, ninguno de los líderes en ese momento tenía como objetivo *“invertir en capital humano”*, *“promover la resiliencia”* o *“aprovechar todo el potencial del sistema multilateral, así como a otros actores”*. Sin embargo, la palabra *“paz”* se mencionaba 47 veces, mientras que no aparece en la declaración de la CSU (a excepción de la palabra *“pacífico”*), aunque sea la meta del ODS 16.

El mandato de Naciones Unidas estuvo desde el principio limitado por la necesidad de buscar un equilibrio en la seguridad de un puñado de países poderosos y en sus intereses económicos. Estos países se organizaron en alianzas de seguridad (pacto de la OTAN y de Varsovia, respectivamente) y cada una defendieron un orden económico internacional diferente. Los países *“occidentales”* lo hicieron principalmente a través del sistema de gestión monetaria de Bretton Woods, que tenía como objetivo asegurar una relación comercial sin barreras entre estados independientes.

La Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) nació con el Plan Marshall (la ayuda financiera que dio Estados Unidos para reconstruir Europa) y con la creación de la OCDE. Esta AOD, incluida la salud, se expandió más tarde a países descolonizados en América Latina, África y Asia. Los *“donantes”* se dieron cuenta de que se necesitaba una forma de asistencia social para compensar las externalidades negativas de las economías sin barreras, el capitalismo y el libre comercio. Esto llevó al acuerdo de que el 0.7% del Producto Nacional Bruto de los miembros de la OCDE se debería de gastar en AOD.

Años más tarde, la política de alto nivel dio otro giro. Después de la crisis económica en los años 70, la globalización económica se profundizó, mostrando su lado más oscuro en el proceso. Las políticas neoliberales reinaron desde los años 80 en adelante, trayendo la priorización de un ajuste estructural, austeridad fiscal y una crisis de deuda en todo el mundo *“en desarrollo”* que básicamente subsidiaba las economías occidentales. El capitalismo desregulado y las asociaciones público-privadas se convirtieron en la norma. Si bien ha habido un progreso innegable en algunos dominios, la estructura de la salud global actual es selectiva, descuidando los determinantes de las desigualdades en salud, y fragmentada, con la filantropía y la caridad humanitaria tratando de llenar las muchas brechas que provoca esta forma de trabajar la salud global. Esta situación se ha documentado muchas veces, por ejemplo, en el libro *“La División”* de Jason Hickel (2017).

¿Dónde estamos 30 años después de la caída del muro de Berlín? La declaración sobre la CSU indica que la seductora historia del desarrollo sostenible y el crecimiento económico inclusivo sigue siendo generalizada. Esto incluye la imagen del *«nacionalismo explicativo»*, que sostiene que las diferencias nacionales en las trayectorias de desarrollo son los factores clave que explican por qué persiste la pobreza extrema. El enfoque en la movilización de recursos internos ignora en gran medida la realidad de la globalización profunda y lo que los economistas llaman una *“camisa de fuerza dorada”*. Es bastante dudoso que muchos países de bajos ingresos tengan el espacio fiscal para financiar la cobertura universal de salud inclusiva para 2030, a menos que se consideren enfoques económicos más heterodoxos en la inversión pública.

Los economistas de la OMS estimaron que se necesitaban 371 mil millones de dólares al año para tener un sistema de salud universal para 2030, lo que podría salvar 97 millones de vidas. Pero un aumento del 1% del PIB en los recursos internos, como se menciona en la declaración política, estará lejos de ser suficiente para cubrir esta brecha. En cuanto a la solidaridad internacional enunciada en la declaración política, parece una declaración vacía desde el principio, que no cubrirá las necesidades de los más pobres.

Siempre pensé que sería posible concebir formas más redistributivas, justas y transformadoras de cooperación en salud para que los sistemas de salud globales pudieran volverse más equitativos e inclusivos. Pero ahora, ya no estoy tan seguro. El castillo de naipes de la gobernanza económica global con sede en Occidente está cayendo. Las crisis ecológicas, financieras y sociales se han vuelto tan prominentes que se requieren otras políticas y narrativas más drásticas. Y mientras los ODS todavía están tratando de estabilizar y justificar el *“viejo”* orden multilateral, una gran parte del poder económico y político se ha desplazado hacia el Este. La nueva iniciativa *“Belt and Road”* (la estrategia de desarrollo global china de desarrollo de infraestructuras e inversiones en 152 países) dará forma a la cooperación entre países en el futuro inmediato.

En resumen, en lugar de pedir un mayor compromiso político para el *“viejo”* paradigma (desarrollo sostenible y crecimiento económico inclusivo), nuestros tiempos nos obligan a reflexionar, pensar y luego cambiar la narrativa para obtener el derecho a la salud. Esta nueva historia se alejaría de la lógica del crecimiento económico y el desarrollo. Nuestro futuro común se basaría en la comprensión de que existen necesidades sociales esenciales y, al mismo tiempo, también límites planetarios ecológicos (bastantes ya superados). Siguiendo el pensamiento de Raworth sobre la economía de Donut del desarrollo sostenible, esta nueva y esperanzadora narrativa requiere que apuntemos a espacios ambientalmente seguros y socialmente justos en los que la humanidad pueda prosperar. Evidentemente, esto requeriría un nuevo orden económico mundial y una gobernanza en la que el poder y los recursos tendrán que ser redistribuidos de una manera radicalmente diferente. En lugar de centrarnos en el crecimiento económico, tendríamos que centrarnos en el bienestar dentro de un pensamiento global de *“límites al crecimiento”*, como ya estaba previsto por el Club de Roma a finales de los años 60. Espero y animo a otros actores globales de salud, académicos y de desarrollo de todo el mundo a embarcarse en un camino tan transformador que une los dominios sociales, económicos y ecológicos. Será una trayectoria política e inherentemente ideológica, pero nuestros tiempos y ciertamente las próximas generaciones no merecen menos.

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 el suelo supone un problema de una dimensión que aún estamos por descubrir en su totalidad. La exposición a la contaminación del aire en los hogares, debido principalmente a los combustibles contaminantes y a las tecnologías de cocción de alimentos, causó alrededor de cuatro millones de muertes en el año 2016, sobre todo de mujeres, niños y niñas, que son la población más expuesta. En el mismo año, la contaminación del aire del ambiente causada por el tráfico, la industria y quema de residuos causaron alrededor de 4,2 millones de muertes.

En 2016, el 91% de la población mundial urbana no respiraba aire limpio, mientras que más de la mitad de la población urbana mundial estaba expuesta a niveles de contaminación del aire exterior al menos 2,5 veces superiores al estándar de seguridad establecido por la OMS. La calidad del aire ha empeorado entre los años 2010 y 2016 para más del 50% de la población mundial, y son las regiones más vulnerables, Asia Central y Meridional, y África Subsahariana, las que registraron mayores aumentos, que seguramente tiene que ver con el crecimiento descontrolado y la falta de instituciones reguladoras ambientales.

Las aguas residuales domésticas no tratadas contaminan las fuentes de agua potable, lo que plantea riesgos para la salud pública y el medio ambiente, y el agua no segura es responsable de 870.000 muertes al año. Además, la calidad del agua es un problema que nos afecta globalmente, como veremos en el ODS 6.

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 proponen medidas para reducir la demanda y la oferta del tabaco en el mundo⁴⁰. Pero los resultados no son tan satisfactorios como se podía esperar. Por ejemplo, en este Convenio Marco se pide que todos los estados “procedan a una prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco”. Sin embargo, en un estudio de 2015 aparecido en el boletín de la OMS se afirmaba que casi el 10% de 12.000 personas entrevistadas en 16 países dijo haber visto la publicidad del tabaco en al menos cinco tipos de medios de comunicación en los últimos seis meses y el 45% vio esos anuncios en al menos un tipo de medios de comunicación. El nú-

40. https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

mero de anuncios observados en los países de renta baja era un 81% más alto que en los de rentas altas⁴¹, lo que indica una clara orientación de cambio de mercado donde menos capacidad regulatoria existe. De hecho, el cumplimiento de este Convenio varía entre un rango del 13% y el 88%, según los países.

Es por lo tanto imperativo que para el cumplimiento de este Convenio Marco los países muestren una voluntad inequívoca y que asuman su rol de garantes de la salud, a la vez que se difundan y se prohíban los comportamientos poco éticos de la industria tabacalera en cuanto a publicidad y fomento del consumo del tabaco en todo el mundo.

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. Resulta muy relevante que una medida efectiva, como es la inmunización, todavía dependa en gran parte de fuentes externas de financiamiento en la mayoría de los países de bajos ingresos.

La tasa mundial de cobertura de la vacunación se mantiene en el 86%, aún lejos del 90% deseado. Y en los últimos años no se han registrado cambios significativos en la mejora de esta cobertura. Ese 4% de diferencia significa que en 2018, por ejemplo, 19,4 millones de lactantes no recibieron una inmunización sistemática.

Y entendiendo su relevancia y su costo efectividad, es difícil de comprender por qué hay un desabastecimiento crónico de las mismas a nivel mundial. Según un artículo de la OMS y UNICEF, 1 de cada 3 países miembros de la OMS afirma tener desabastecimiento de, al menos, una vacuna, al menos, un mes cada año⁴². En el 80% de los casos, los desabastecimientos a nivel nacional se debieron a razones internas de los países. Más específicamente, el 39% de los desabastecimientos fueron atribuibles a retrasos en la financiación del gobierno, el 23% fueron causados por retrasos en los procesos de adquisición y la previsión deficiente, y un 18% a la gestión de existencias a nivel de país. Cuando ocurre un desabastecimiento de vacunas a nivel nacional, hay un 89% de posibilidades de que ocurra un desabastecimiento subnacional a nivel de distrito, lo que en el 96% de los casos derivará en una interrupción de los servicios de vacunación.

41. <https://www.who.int/bulletin/volumes/93/12/15-155846.pdf>

42. Vaccine stockouts around the world: Are essential vaccines always available when needed? Lydon P1, Schreiber B2, Gasca A3, Dumolard L4, Urfer D4, Senouci K4. Vaccine. 2017 Apr 19;35(17):2121-2126. doi: 10.1016/j.vaccine.2016.12.071.

A nivel global, según datos de la OMS, 97 países declararon haberse quedado sin al menos una de las vacunas esenciales en 2015 —el último año del que se disponen datos— ya sea a nivel estatal o en alguno de sus distritos. En África, el 66% de sus estados reconocieron cortes en el suministro. En América y Europa, uno de cada dos países admitió haber sufrido ese problema. Si tenemos en cuenta que no todos ellos comunican esta información a la OMS, la cifra real de países que se quedaron sin vacunas en algún momento podría ser superior⁴³. La crisis de la vacunación se ve agravada por la concentración de la producción en unas pocas empresas. Y el menor margen de beneficio respecto a otros productos farmacéuticos no atrae a nuevos laboratorios. Y es que el oligopolio de la industria de las vacunas es muy concentrado: Sanofi Pasteur, Merck, Pfizer y GlaxoSmithKline absorben alrededor del 80% de la recaudación global de la venta de estos productos.

La vacunación no es solamente un asunto de salud infantil, sino que también afecta a la población adulta. España tiene una de las tasas más altas de vacunación infantil, no así en adultos, donde la vacunación de la gripe solamente alcanza el 56% en los grupos de riesgo. Por este motivo, el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social ha aprobado un calendario vacunal para toda la vida, apoyado en un informe donde se detalla la vacunación en los grupos de riesgo para todas las edades⁴⁴.

Respecto del acceso a medicamentos hay que añadir que, además de que la resistencia antimicrobiana sigue siendo un reto que amenaza la salud mundial, existen graves problemas para cubrir las necesidades para paliar el dolor. En una encuesta realizada en 29 países entre 2007 y 2017 se comprobó que solamente el 64% de las instalaciones del sector público de los países de bajos ingresos y el 58% de las instalaciones del sector privado de los países de ingresos medios bajos tenían medicamentos para el tratamiento del dolor y los cuidados paliativos.

Es necesaria una profunda reflexión sobre todos los elementos que afectan a la investigación y producción de productos médicos. La OMS afirma que, aunque cada año se gastan miles de millones de dólares en investigación y desarrollo de medicamentos, vacunas y medios diagnósticos, la forma en que estos fondos se distribuyen y gastan a menudo está mal alineada con las necesidades mundiales de salud pública. Por ejemplo, en 2015, los países de bajos ingresos recibieron sólo el 0,3% de las subvenciones directas para investigación en salud. Y los determinantes comerciales de la industria farmacéutica son un elemento clave que se debería controlar, para reducir y evitar gastos innecesarios e ineficientes.

43. <https://www.elmundo.es/grafico/salud/2017/02/15/58a4fc9e2704e6b6a8b4620.html>

44. https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/VacGruposRiesgo/docs/VacGruposRiesgo_todas_las_edades.pdf

BARRERAS DE ACCESO A MEDICAMENTOS INNOVADORES QUE SALVAN VIDAS COMO FACTORES QUE AFECTAN A LA SANIDAD UNIVERSAL

Fernando Lamata Cotanda

Miembro de la Asociación Acceso Justo al Medicamento

Sólo es imposible lo que no nos proponemos. Si nos lo proponemos, podemos cambiar el actual modelo de patentes y monopolios de medicamentos, y lograr el acceso de todos a los medicamentos necesarios.

El 25 de septiembre de 2015 los líderes de los distintos países adoptaron los ODS (ya mencionados en este capítulo). Entre ellos, el Objetivo 3.8., que incluye la Cobertura Sanitaria Universal y el “acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

El punto de partida es que, a día de hoy, más de 2.000 millones de personas en el mundo no tienen acceso a los medicamentos que necesitan y que 10 millones de personas mueren cada año por esta causa. Cada día, en todo el mundo, se vulnera el derecho a la salud y la atención sanitaria. Hay un largo camino que recorrer.

La novedad, respecto a épocas pasadas, es que éste no es solamente un problema de los países con menos ingresos. Entonces, los que vivimos en países de altos ingresos, pensábamos que no nos afectaba (“ojos que no ven, corazón que no siente”). Ahora sabemos que es un problema que afecta a todo el planeta, también a los países de ingresos medios y altos. Y esta situación, como veremos, nos da una oportunidad.

En efecto, durante los últimos 25 años, desde que se generalizaron las patentes de medicamentos con el acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de la Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC), los precios de los medicamentos y las ganancias de la industria farmacéutica han ido creciendo de manera injustificada. El paradigma de la nueva situación lo definió el “Sofosbuvir”, la nueva terapia de antivirales de acción directa contra la Hepatitis C. Un medicamento que era eficaz, pero cuyo precio lo hacía inaccesible no sólo a los países de bajos ingresos, sino también a los países europeos, o a miles de pacientes en Estados Unidos. Un medicamento por el que, según el estudio de Swathi Iyengar y otros expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las empresas exigían un precio por tratamiento que suponía el sueldo medio de un año, de dos años y hasta de cinco años, según los distintos países europeos estudiados. Un medicamento por el que hemos pagado en España 20.000 euros por tratamiento ¡sabiendo que su coste es de menos de 300 euros por tratamiento y que los gastos de I+D se habían recuperado por la empresa en el primer año de facturación!

La escalada en los precios de los nuevos medicamentos ha impactado en los sistemas de salud afectando a su estabilidad y a millones de pacientes. En vez de luchar contra las grandes multinacionales para bajar los precios, algunos gobiernos han reducido la proporción de población con derecho a la atención sanitaria pública. Otros, han aumentado los copagos para algunos medicamentos. En el caso de España, según el Barómetro Sanitario de 2018, un millón cuatrocientas mil personas no pudieron comprar el medicamento que les había recetado su médico/a en la sanidad pública.

El caso de la Hepatitis C nos mostró cómo los altos precios hacían que se retrasara la aprobación de la financiación pública en distintos países, o que se establecieran racionamientos (solamente para determinados grados de la enfermedad). Por otro lado, los altos precios están provocando desabastecimientos de distintos medicamentos por los que las empresas exigen subidas injustificadas, buscando los mismos márgenes que en el caso del “Sofosbu-

vir". Y los altos precios obligan a los gobiernos a destinar cantidades crecientes a la factura farmacéutica en detrimento de otras necesidades, como programas de prevención, dotación de plantillas, mejora de infraestructuras, etc. Este efecto indirecto se traduce en una menor capacidad de respuesta de los servicios, menor calidad de los mismos, aumento de las listas de espera, y peor valoración de la sanidad pública. Al mismo tiempo, parte del exceso de ganancias de las empresas se destina a marketing, influyendo sobre el personal médico para aumentar la prescripción y provocando un uso inadecuado de medicamentos, con importantes efectos adversos.

Ya el presente Informe se preguntaba el pasado año si entre las verdaderas causas de la falta de acceso a los medicamentos "está una ineficaz gobernanza de la salud global y/o la avaricia desmedida de la industria farmacéutica" (p. 40).

Pues, desde mi punto de vista, las dos cosas. Veamos. Aunque no la única, la causa principal de la falta de acceso son los altos precios de los medicamentos. Y esos altos precios se fijan por las empresas y se aceptan por los gobiernos porque las empresas tienen un monopolio. Ese monopolio se lo dan las patentes de medicamentos y otros instrumentos de exclusividad, que aprueban los parlamentos. Es decir, el monopolio se lo da la sociedad. Se lo damos nosotros. ¿Por qué? El argumento es que con ese monopolio de 20 años podrán fijar unos sobrepuestos que les permitirán recuperar el gasto que han hecho en investigación y así se desarrollarán los nuevos tratamientos que beneficiarán a todos los pacientes. La patente sería como un impuesto sobre el precio de los medicamentos, que cobran directamente las industrias farmacéuticas, supuestamente para financiar la investigación.

El problema fue que la codicia de las empresas y la falta de gobernanza de los gobiernos propició que el sobrepuesto que fijaba la industria, ese impuesto indirecto, fuera cada vez mayor. Mucho mayor que lo necesario para cubrir los gastos de investigación. En España pagamos con sobrepuesto a la industria farmacéutica (además de lo que cuesta la fabricación) más de 9.000 millones de euros al año, pero solamente gastan 1.000 millones de euros en investigación. El resto es beneficio excesivo. Lo mismo ocurre en Europa y en el resto del mundo.

Podemos entender la codicia de las empresas, que tienen el ánimo de lucro como motor. Pero no es tan fácil entender la inoperancia de los gobiernos para evitar estos abusos. Como reconoció la Secretaría General de Naciones Unidas (NNUU) cuando en 2015 convocó un Panel de Alto Nivel sobre Acceso a los Medicamentos: "el fracaso en reducir los precios de los medicamentos patentados tiene como consecuencia que millones de personas vean negado el acceso a tratamientos que les salvarían la vida..."

Si la causa de los altos precios son los monopolios, y si los gobiernos nacionales han fracasado a la hora de controlar esos precios, entonces deberán plantearse quitar los monopolios. La solución a este grave problema es que se prohíban las patentes de medicamentos y cualquier tipo de monopolio sanitario. Pero para ello hace falta un enfoque global. Un solo país no puede. Si trata de aplicar las licencias obligatorias (que permitan fabricar o importar genéricos) o trata de fijar precios cercanos al coste de fabricación, las empresas y sus asociaciones tienen fuerza para amenazar al gobierno, retrasar el lanzamiento del medicamento, influir sobre sociedades científicas y líderes de opinión, y forzar que acepte sus condiciones. Se necesita una respuesta política global.

En el informe de **medicmundi** y Médicos del Mundo citado, al comentar la Conferencia de Astaná, se afirma: "Quizás el aspecto más crítico, al menos desde el punto de vista de la sociedad civil, sea la ausencia de un análisis y una estrategia para afrontar las causas políticas y económicas que han supuesto grandes barreras para la equidad en el acceso a los servicios de salud. En Alma Ata se asumió que era necesario un nuevo orden económico mundial para asegurar la salud de las personas..." (p. 58).

En efecto, hace falta ese análisis y esa estrategia, y debemos impulsar un nuevo orden económico mundial. Habitamos hoy el orden económico provocado por la revolución de los ricos, que empezó hace 25 años, en la que el 1% controla más del 50% de los recursos. Es un nuevo capitalismo financiero global. Frente a ese capitalismo es precisa una respuesta política multinacional, global.

El problema de falta de acceso a medicamentos es uno más entre otros muy importantes (el hambre, la falta de agua, la falta de acceso a la educación, las guerras, etc.), que están interconectados. Pero el caso de los medicamentos, como señalaba más arriba, nos da una oportunidad. Nos afecta a todos. Norte y Sur. Y podemos promover una respuesta social común. No es suficiente con que se logren licencias voluntarias para países de bajos ingresos; éste es parte del mecanismo que mantiene el sistema de patentes. No es suficiente con que aumente el total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica, como apunta el indicador 3.b.2. de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Hemos de cambiar radicalmente el sistema. Diseñar una estrategia que conduzca en 2030 a una conferencia internacional que prohíba las patentes de medicamentos y promueva un fondo global para la investigación de medicamentos. En ese fondo global la agenda de investigación la marcarían los problemas de salud y no los intereses comerciales; la investigación sería abierta; y los resultados de la investigación se cederían para fabricar medicamentos a precio de coste.

Además de la estrategia es necesario un liderazgo político. Nuevos Mandelas, que lideren esta nueva lucha como él lideró la lucha contra la industria farmacéutica para enfrentar la epidemia de SIDA. Y necesitamos la movilización de la sociedad civil. Estoy convencido de que, como ocurrió entonces, con estrategia, liderazgo político y movilización social, se puede conseguir el objetivo.

Un pequeño paso en esa dirección lo daremos en España con la Iniciativa Legislativa Popular por "medicamentos a un precio justo", que 16 organizaciones sociales han lanzado para intentar cambiar la ley del medicamento y promover un debate nacional sobre esta importante cuestión. Esta es una acción local, pero sumada a otras muchas, en España, en Europa y en el mundo, puede contribuir a lograr ese "nuevo orden económico global que asegure la salud de las personas" y donde nadie se quede sin el medicamento que realmente necesita.

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

Según el informe de la OMS sobre gasto público en salud mencionado en el presente informe al analizar la meta sobre CSU, la ayuda externa supone menos del 1% del gasto mundial en salud, habiendo disminuido su importancia en los países de ingresos medios y aumentado en los países de rentas bajas. Este incremento de la ayuda externa de los países de renta baja puede provocar efectos adversos que es preciso mencionar. En el periodo 2000 a 2016 la ayuda sanitaria externa pasó de 4 dólares a 10 dólares, mientras que el gasto público nacional apenas creció, quedándose en 3 dólares per cápita. Si bien es lógico que la comunidad internacional apoye a los países más frágiles, habría que asegurar que la ayuda externa no supla la obligación

de los Estados de ser los garantes del derecho a la salud y, en consecuencia, asumir su gobernanza.

Evitar la dependencia de financiación externa es una necesidad que pasa por que los países receptores de ayuda mejoren su fiscalidad. La OMS analiza en su estudio de 2016 “Valorando el espacio fiscal para la expansión de la salud en países de ingresos bajos y medianos: una revisión de la evidencia”⁴⁵, los 3 grandes impulsores para este incremento del espacio fiscal: el crecimiento económico, la priorización del presupuesto en salud y las medidas para mejorar la eficiencia.

La ONG WEMOS, miembro de medicusmundi internacional, propone 4 formas de ensanchar este espacio fiscal en países de renta baja y media⁴⁶:

1. Incrementar los ingresos internos mediante impuestos justos y progresivos, y evitar la evasión fiscal, que en África provoca pérdidas de 68.000 millones de dólares cada año⁴⁷. Además, un buen sistema fiscal debe tener en cuenta la equidad de género, pues hay estudios que demuestran que los hogares encabezados por mujeres tienen menos ingresos, por lo que la proporción de impuestos en sus ingresos totales es mayor⁴⁸.
2. Mejorar la eficiencia y reducir el gasto inútil. En la “Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030” se considera que entre el 20 y el 40% del gasto de personal es ineficiente. Hay mucho absentismo no controlado, que muchas veces tiene explicación en la falta de medios para trabajar. En cuanto a incorporar las iniciativas público-privadas al sistema, no siempre se muestran eficientes, como muestra el ejemplo del hospital Queen Mamohato Memorial de Lesotho, que comenzó a funcionar en 2008, pero cuyo contrato con el gobierno ha obligado a este último a unos pagos inasumibles que durarán 18 años⁴⁹.
3. Préstamos domésticos o externos. Reestructurar las operaciones de deuda es crucial para los países de renta baja y media, porque la priorización del pago del servicio de la deuda puede absorber fondos esenciales para los servicios de salud. El Fondo Monetario Internacional (FMI) utiliza una relación deuda/PIB a largo plazo del 40% como el umbral que los países en desarrollo no deben superar para

garantizar la sostenibilidad fiscal y la estabilidad macroeconómica. Otros analistas sugieren que se puede alcanzar el 60% de deuda respecto al PIB.

4. Solicitar subvenciones extranjeras fuera y dentro del presupuesto. A pesar de los compromisos para mejorar la eficacia de la ayuda, los donantes no han avanzado mucho en mejorar la armonización, alineación y coordinación de la AOD, lo que supone una gran carga para los gobiernos receptores, que deben gestionar muchos actores y programas diferentes que van a proyectos específicos.

En este sentido, la OMS afirma en su informe sobre gasto público en salud “Public spending on health: a closer look at local trends” que, en un conjunto de países receptores de ayuda, el 46% de los fondos externos para la salud y el 20% del gasto público en salud se destinaron a combatir el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, y que la financiación externa para combatir el VIH/SIDA no tenía una relación clara con la prevalencia nacional o el nivel de ingresos. Por lo tanto, la ayuda externa no solamente puede estar “sustituyendo” a la financiación pública en salud, sino que en algunos países puede orientar esta financiación privada hacia enfermedades no prioritarias.

Para evitar estos dos problemas, sería necesario tener una política clara nacional de salud en donde se integre toda la ayuda externa, con una planificación creciente de transformación de esa ayuda externa en presupuestos nacionales de salud.

En cuanto al personal sanitario, existe una crisis global que aún no se ha podido atajar. De 2013 a 2018, casi el 40% de todos los países (71) tienen menos de 1 médico o médica cada 1.000 personas, y alrededor del 58% de los países tienen menos de 4 profesionales de enfermería y partería por cada 1.000 personas. Estas cifras difieren muy poco de las que había entre 2010 y 2015. Y la inequidad en la distribución del personal se da dentro de los países (zonas rurales y urbanas) y entre los diferentes países. Las regiones con la mayor carga de morbilidad tienen la proporción más baja de personal sanitario.

A pesar de que el número de profesionales sanitarios es clave en cualquier sistema sanitario, no es el único factor a tener en cuenta. La distribución, la capacidad, la calidad y la gestión del personal sanitario son elementos que deben contemplarse en cualquier análisis. En 2017 en España hay una ratio de 3,8 profesionales médicos cada 1.000 habitantes, un porcentaje que le coloca en el noveno puesto entre los 28 países de su entorno europeo⁵⁰. En cuanto a personal de enfermería, la ratio española es de 5,3, cuando la europea es de 8,3 cada 1.000 personas, lo que le coloca en

45. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/251904/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-16.3-eng.pdf?sequence=1>

46. <http://www.wemosresources.org/finance-for-health/factsheet-fiscal-space-for-health-and-four-ways-to-increase-it/>

47. https://www.globaljustice.org.uk/sites/default/files/files/resources/honest_accounts_2017_web_final_updated.pdf

48. Kiringai, J., Wanjala, B., & Mathenge, N. (2006). Feminisation of Poverty in Kenya: Is Fiscal Policy the Panacea or Achilles Heel. MPIA Network Session Paper.

49. <https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/bn-dangerous-diversion-lesotho-health-ppp-070414-en.pdf>

50. http://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2017/11_CAP_17.pdf

el puesto 23. Y, sin embargo, España tiene la mejor esperanza de vida entre los 28, con un 74% de personas que valoran positivamente su estado de salud. En 2015 un 77% de la población española estaba satisfecha con el funcionamiento del sistema público de salud, poniéndole una nota de 6 o más, tal y como mostraba el barómetro sanitario del CIS de 2016⁵¹. El 85% de las personas consideraban que la atención de las médicas y médicos de familia era buena o muy buena.

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

El Reglamento Sanitario Internacional (RSI)⁵², instrumento jurídico de carácter vinculante para todos los Estados Miembros de la OMS, tiene por finalidad ayudar a la comunidad internacional a prevenir la propagación internacional de enfermedades, proteger contra esa propagación, controlarla y dar una respuesta proporcionada y restringida a los riesgos para la salud pública, evitando al mismo tiempo las interferencias necesarias con el tráfico y el comercio internacionales. En 2018, 190 Estados presentaron informes, 23 más que en el año 2017, lo que facilita la capacidad de los países para responder a las alertas sanitarias. Casi todos los Estados están mejorando sensiblemente la parte de detección (por ejemplo, vigilancia y detección en laboratorio) y menos la preparación y respuesta ante situaciones de emergencia. Epidemias actuales, como la del ébola, muestran la importancia de profundizar en el cumplimiento de este Reglamento por parte de todos los países.

2.2. Evolución del resto de los ODS

Resulta evidente la interrelación de la salud con los ODS y su importante papel en la consecución de los mismos. Sin salud no hay ingresos, ni desarrollo inclusivo, ni muchos otros aspectos que influyen en una vida digna.

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

Pobreza y mala salud van de la mano. Su relación es bidireccional. No es de extrañar que las personas más pobres estén siempre dentro de las poblaciones con peor estado de salud. La pobreza extrema, personas que viven con menos de 1,90 dólares/

51. http://www.cis.es/cis/export/sites/default/-Archivos/Marginales/3140_3159/3157/es3157mar.pdf

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

día⁵³, ha disminuido considerablemente en los últimos años, pero sus avances se van ralentizando, lo que pone en peligro la meta de erradicar la pobreza extrema para todas las personas en el mundo en 2030. Se ha pasado de 1.900 millones de personas en extrema pobreza en el año 2000 a 736 millones en 2015⁵⁴, si bien en estos últimos dos años la disminución fue de apenas 33 millones de personas. Si mantuviéramos esta tendencia, en 2030 habría todavía 431 millones de personas que vivirían en extrema pobreza y que, por lo tanto, necesitarían de más recursos en salud y en protección social. Una protección que sigue siendo inalcanzable para una gran parte del planeta. Sólo el 45% de la población mundial está cubierta por al menos una prestación de protección social en efectivo y hay 4.000 millones de personas sin ningún tipo de prestación social.

La inequidad geográfica se mantiene. En África Subsahariana se encuentran los países con más problemas de salud, con menos protección social y más personas extremadamente pobres, concretamente el 56% del total.

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

El hambre en el mundo sigue creciendo en los últimos años, después de varios años de descenso. En 2017 volvimos a cifras similares a las de 2010. 821 millones de personas en el mundo no tienen una nutrición suficiente. La prevalencia se mantiene en un 11%, ya que el crecimiento demográfico provoca que este porcentaje no se altere, a pesar de aumentar las cifras absolutas. Y cerca de 2.000 millones de personas padecen inseguridad alimentaria moderada o grave en el mundo.

Según el informe 2019 “El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo”, de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), no se van a conseguir en 2030 las metas relacionadas con los indicadores de nutrición⁵⁵. Uno de cada 7 nacimientos en el mundo tiene bajo peso, con lo que eso supone de riesgo vital y para el desarrollo de esa persona. Y, curiosamente, el aumento del hambre en el mundo se está dando en países de ingresos medianos y no de rentas bajas. Países que son dependientes del comercio internacional de productos básicos y que vuelve a mostrarnos la relación entre todos los objetivos.

También advierte del creciente problema de la obesidad y el sobrepeso, que relaciona con 4 millones de muertes anuales y con una prevalencia que sigue aumentando, sobre todo en menores en edad escolar y personas adultas. En el año 2018,

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

54. <http://datatopics.worldbank.org/sdgatlas/SDG-01-no-poverty.html>

55. <http://www.fao.org/3/ca5162es/ca5162es.pdf>

el sobrepeso infantil afectaba a 40 millones de menores de 5 años, el 5,9% de la población mundial de este grupo de edad. No es solamente un problema de los países ricos: África Septentrional y África Meridional superaban el 9%.

En su último estudio, de agosto de 2019, el Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático (IPCC, en sus siglas en inglés) afirmó que cambiar la dieta y que se consuma menos carne puede ser beneficioso para el medio ambiente⁵⁶. Una afirmación que tiene un amplio consenso, a pesar de que, en 2015, la Universidad de Carnegie Mellon publicó un artículo donde decía que las dietas más saludables (fruta, verdura, lácteos y marisco) podían ser más contaminantes de lo esperado, pues incrementaban el consumo de agua un 10%, de energía un 38% y aumentaban el efecto invernadero un 6%⁵⁷.

Tanto los problemas del hambre como los de la obesidad tienen que tener entre sus soluciones, aparte de una estrategia clara por fomentar una alimentación sana, iniciativas globales que antepongan la salud al beneficio económico, y por lo tanto, la publicidad de alimentos insanos y la promoción de dietas saludables deben estar bien reguladas en todos los países.

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

La educación no depende solamente de si los niños y niñas van a la escuela, sino de las competencias que se obtienen. En 2015 había en el mundo 617 millones de niñas, niños y adolescentes en edad de asistir a la escuela primaria y secundaria inferior, que no alcanzaban un nivel mínimo de competencia en lectura y matemáticas. Esta cifra supone el 55% del total de personas en ese tramo de edad. De esta cifra, un tercio no iba a la escuela (262 millones), y el resto, o la había dejado o no había adquirido las competencias. Una falta de docentes, una formación poco adaptada a las realidades y los contextos diversos y una falta de infraestructuras adecuadas son algunas de las causas que explican este fracaso.

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

La equidad de género sigue siendo un gran reto que está muy lejos de lograrse, a pesar de los avances en los últimos años, pues no han afectado a todas las mujeres por

igual. Muchas mujeres siguen sin poder tomar decisiones sobre su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, que incluyen restricciones legales y la falta de autonomía en la toma de decisiones, entre otras cosas, en salud. De hecho, la OMS avisa que la inequidad de género es un factor que, por sí solo, ya genera inequidad en salud⁵⁸.

Como lo genera también el matrimonio infantil. Aunque el porcentaje de matrimonio infantil haya disminuido en un 15% en la última década⁵⁹, en 2017 se estima en 12 millones el número de matrimonios de menores de edad lo que repercute en embarazos de riesgo en adolescentes, falta de posibilidades para desarrollarse, interrupción de su educación, privación de autonomía, etc El matrimonio infantil debería estar erradicado en 2030.

A estos problemas debemos de añadir la violencia que sufren las mujeres, una lacra cuya priorización parece insuficiente si realmente se busca su eliminación. Según un estudio realizado en 108 países, el 18% de las mujeres de entre 15 y 49 años han sufrido algún tipo de violencia física o sexual por su compañero en el año anterior a la encuesta. Destacar en este apartado los 200 millones de mujeres afectadas por la mutilación genital femenina, práctica que aún pervive en una treintena de países en el mundo.

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

A la escasez de agua potable debemos sumar el problema de la calidad de agua. La Comisión de Lancet sobre contaminación y salud arroja algunos datos preocupantes: en 2017, 1,8 millones de muertes se relacionaron con la contaminación del agua⁶⁰; el 60% de las muertes por diarrea en menores se debe a no tener agua segura, falta de saneamiento y de medidas higiénicas; y más de 1.000 millones de personas no tienen letrinas adecuadas.

En un reciente informe del Banco Mundial, "*Quality unknown. The invisible water crisis*", se alertaba del problema de la calidad de agua a nivel mundial, que tiene consecuencias a varios niveles, entre ellos la salud, y provoca que las zonas afectadas vean reducido su crecimiento económico en una tercera parte⁶¹. Este estudio utiliza 3 indicadores de calidad del agua, como son los nitratos (nitrógeno), la salinidad del

56. https://www.ipcc.ch/site/assets/uploads/2019/08/4.-SPM_Approved_Microsite_FINAL.pdf

57. <https://www.cmu.edu/news/stories/archives/2015/december/diet-and-environment.html>

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

59. <https://www.unicef.es/noticia/matrimonio-infantil-12-millones-de-ninas-se-casan-cada-ano>

60. <https://www.thelancet.com/commissions/pollution-and-health>

61. Damania, Richard, Sébastien Desbureaux, Aude-Sophie Rodella, Jason Russ, and Esha Zaveri. 2019. *Quality Unknown: The Invisible Water Crisis*. Washington, DC: World Bank. doi:10.1596/978-1-4648-1459-4. License: Creative Commons Attribution CC BY 3.0 IGO.

agua y la demanda biológica de oxígeno, y muestra como este problema de baja calidad de agua no es solamente de países pobres, sino que también afecta a los ricos.

Con respecto al nitrógeno, muy utilizado en la producción agrícola como fertilizante, más de la mitad se filtra al agua o al aire, y puede dejar zonas de agua sin oxígeno que tardan siglos en recuperarse, e incluso coadyuva en el aire al efecto invernadero. De hecho, algunos científicos sugieren que el mundo ya puede haber superado el límite seguro para el nitrógeno. A nivel de salud, altas tasas de nitratos ingeridos pueden afectar a las mujeres embarazadas. Y en los primeros meses de vida de los bebés puede provocar el síndrome “del bebe azul” (metahemoglobinemia), que está relacionado con mayores tasas de mortalidad infantil y neonatal. Además, en este estudio se han observado consecuencias en el crecimiento y desarrollo de los niños y niñas afectados por la ingesta excesiva de nitratos de 35 países. Un kilogramo adicional de fertilizante por hectárea aumenta los rendimientos de la tierra en un 5%. Sin embargo, la posterior escorrentía de fertilizantes y la liberación de nitratos en el agua provoca un aumento del retraso del crecimiento infantil entre un 11 y un 19%.

La salinización del agua también puede afectar a la salud. Es conocida la relación entre sal e hipertensión, pero en los menores y embarazadas pueden provocar más problemas de salud. En Bangladesh, se ha visto que el 3% de la mortalidad infantil se puede relacionar con la ingesta de agua salina y en algunas zonas alcanza a explicar el 20% de las muertes infantiles. Además, el agua salina provoca que se pierda cada día comida para alimentar a 170 millones de personas.

Dos mil millones de personas viven en países donde hay un alto nivel de estrés por la escasez de agua y unos 4 mil millones de personas sufren una escasez de agua grave durante al menos un mes al año. Una tercera parte de los países sufre un nivel medio o alto de estrés por la escasez de agua. Y es un problema que va a seguir creciendo si no se toman medidas. El uso de agua a nivel mundial ha aumentado a más del doble que la tasa de crecimiento demográfico y puede provocar en 2030 desplazamientos de 700 millones de personas por esta causa.

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

Incrementar el acceso a una energía sostenible y asequible para toda la población sigue siendo uno de los mayores retos que plantean los ODS. A pesar de que 9 de cada 10 personas tienen acceso a energía eléctrica (89% de la población mundial), en 2017 aún hay 840 millones de personas que no lo tenían, mayoritariamente africanas.

Donde existe una gran carencia es en el acceso a combustibles y tecnologías no contaminantes y seguras para cocinar. 3.000 millones de personas no tienen acceso

a ellas, con graves problemas de salud como hemos visto en la meta 3.9 del ODS 3, que provocan la muerte de más de 4 millones de personas.

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

El modelo económico actual, que prioriza el crecimiento económico sobre todas las cosas, no parece que esté muy alineado con este objetivo. De hecho, el PIB sigue siendo la referencia mundial para medir el crecimiento, sin tener en cuenta que no mide el aumento de inequidades que puede provocar en países donde las personas más ricas acumulen cada vez más dinero⁶².

La tasa mundial de desempleo se ha recuperado de la crisis financiera que sufrió el mundo en el año 2009 situándose en el 5% en 2018. Pero estas cifras ocultan muchas inequidades: de género (sobre todo en África Septentrional y Asia Occidental) y con la juventud (que tienen 3 veces más probabilidades de estar en el paro que la población adulta). Además, no hay que olvidar que una cosa es un empleo y otra un trabajo decente, que sea seguro y que permita el desarrollo de las personas tal y como la OIT lo define⁶³ pues en muchos países no son lo mismo. Según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), 2,3 millones de personas mueren cada año en el mundo a causa de accidentes y enfermedades relacionadas con el trabajo⁶⁴.

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

La inversión en infraestructura y la innovación son motores fundamentales del crecimiento y el desarrollo económico. Aunque se han producido algunos avances, los países menos adelantados tienen graves dificultades con la meta que propone duplicar la proporción de la industria manufacturera en el PIB para 2030. Su inversión en investigación científica e innovación sigue estando por debajo del promedio mundial. Una industria más verde es posible y, de hecho, la intensidad de las emisiones de dióxido de carbono (CO₂) de las industrias manufactureras disminuyó más del 20% entre 2000 y 2016.

Las nuevas tecnologías pueden ser, bien utilizadas, una herramienta que mejore el acceso de la población a una mejor salud. En 2018, el 96% de la población mun-

62. <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/620599/bp-public-good-or-private-wealth-210119-es.pdf>

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

64. https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_301241/lang--es/index.htm

dial vivía dentro del alcance de una señal de telefonía móvil y el 90% de la población podía acceder a Internet a través de una red de tercera generación (3G) o de mayor calidad. Pero vivir dentro del alcance no quiere decir que se pueda usar por el coste, lo que explica que algo más de la mitad de la población mundial utiliza internet, porcentaje que disminuye al 20% cuando hablamos de los países más vulnerables.

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

Sigue habiendo una gran desigualdad entre los países e internamente dentro de ellos, a pesar de los avances de los últimos años. La desigualdad de los ingresos sigue aumentando en muchas partes del mundo, incluso cuando el 40% de la población más pobre de muchos países ha experimentado tasas de crecimiento positivas. La desigualdad es un problema que ocurre tanto en países pobres como ricos, como muestra el índice de Gini⁶⁵.

La proporción de ingresos nacionales que se destinan al mercado laboral es un indicador de que el crecimiento económico tendrá un efecto en positivo en los ingresos de las personas trabajadoras. Sin embargo, los datos muestran una reducción progresiva desde el año 2004 en todo el mundo de esta proporción. Por lo tanto, los recursos que las personas trabajadoras deben destinar para tener una buena salud también pueden verse afectados.

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

Para 2030 se prevé que el 60% de la población mundial vivirá en ciudades. Pero los barrios marginales de las ciudades tienen graves problemas socioeconómicos y menos servicios públicos como agua corriente, electricidad, servicio de recogida de basuras, etc., que derivan muchas veces en mayores tasas de morbilidad, incluso en los países económicamente más desarrollados⁶⁶. Hasta el año 2014, la proporción de personas que vivían en barrios marginales había descendido en el mundo hasta alcanzar el 23%, pero en 2018 era del 23,5%, que sumado al incremento poblacional nos habla de un incremento en cifras absolutas muy relevante.

Si no se toman medidas, la creciente urbanización va a provocar que siga aumentando el número de personas que no tengan servicios de recolección de residuos, que superan los mil millones en el mundo, siendo tres mil millones de personas las que no

tienen acceso a instalaciones de eliminación controlada de desechos. Se estima que la cantidad total de residuos generados en el mundo se duplicará, pasando de casi 2 mil millones de toneladas métricas en el año 2016 a unos 4 mil millones en 2050.

OBJETIVO 12. GARANTIZAR MODALIDADES DE CONSUMO Y PRODUCCIÓN SOSTENIBLES

Avanzar en este objetivo implica, según NNUU, acometer una profunda transformación de las prácticas comerciales en todos los niveles. Sin embargo, el consumo material en todo el mundo en 2017 alcanzó los 92.100 millones de toneladas, frente a los 87.000 millones registrados en 2015 o los 27.000 millones de 1970. La huella material per cápita está también creciendo, lo que provoca una demanda excesiva de recursos y una degradación ambiental que finalmente puede también tener un reflejo en la salud de la población. Es necesaria una apuesta real por la producción y el consumo sostenible y responsable, evitando modelos económicos que promueven un consumo compulsivo y una producción insostenible a largo plazo.

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

En mayo de 2019, 186 Estados participantes ratificaron el Acuerdo de París sobre el cambio climático. A pesar de las buenas palabras en los foros internacionales, el cambio climático y sus consecuencias siguen avanzando. La temperatura media mundial en 2018 superó en un grado la línea de base preindustrial y los últimos cuatro años han sido los más cálidos registrados. El informe especial del Panel Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático reveló en 2018 que es necesario limitar el calentamiento global a 1,5° C para evitar cambios irreversibles en la vida del planeta.

El cambio climático tiene una relación muy directa con la salud, como analizaremos en el siguiente apartado del capítulo.

Además, desde un punto de vista económico, no podemos obviar el coste de los desastres naturales, que lastra las economías más débiles. Desde el año 1998 a 2017, los desastres relacionados con el clima en todo el mundo costaron 2,31 billones de dólares de costes directos.

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

Miles de millones de personas dependen de los océanos para su subsistencia y son su fuente de alimentación. A pesar de que se estén tomando algunas medidas, como el

65. <https://www.worldbank.org/en/topic/poverty/lac-equity-lab1/income-inequality/income-distribution>

66. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000100001

establecimiento de zonas protegidas, éstas son insuficientes para evitar el incremento del deterioro de las aguas marinas, especialmente las costeras. La acidificación del agua, que puede tener consecuencias para la vida marina y para la seguridad alimentaria, sigue creciendo, y si no se toman medidas, se espera que el agua del mundo sea un 150% más ácida que en la era preindustrial a finales de este siglo.

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

La degradación de las tierras continúa y la pérdida de biodiversidad avanza a un ritmo alarmante, lo que pone en gran riesgo la consecución de este objetivo. Según el informe de la Plataforma Intergubernamental sobre Diversidad Biológica y Servicios de los Ecosistemas, la degradación de la tierra ha reducido la productividad de la misma en un 23%, y entre 233.000 y 577.000 millones de la producción anual de cultivos están en riesgo por la pérdida de polinización⁶⁷.

A pesar de los grandes desafíos, se están realizando esfuerzos para gestionar los bosques y combatir la desertificación. Es fundamental promover el uso de los recursos de manera equitativa y realizar inversiones financieras en apoyo a la biodiversidad.

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

No parece que este objetivo sea una prioridad para los gobernantes mundiales si atendemos al informe sobre los avances de los ODS, en el que NNUU afirma que “en los últimos años, no se ha hecho ningún avance importante que contribuya a poner fin a la violencia, promover el estado de derecho, reforzar las instituciones en todos los niveles ni aumentar el acceso a la justicia”.

En 2018, el número de personas que huían de la guerra, la persecución y el conflicto superó los 70 millones, la cifra más alta en los últimos 70 años. El número de homicidios intencionales por cada 100.000 habitantes aumentó de 6,0 en 2015 a 6,1 en 2017, siendo la región con mayor crecimiento América Latina y Caribe con un 34% del total de los homicidios en el mundo. En el caso de homicidios cometidos por el compañero íntimo, el 82% de las víctimas fueron mujeres. Igualmente ocurre

67. https://www.ipbes.net/system/tdf/ipbes_7_10_add-1-_advance_0.pdf?file=1&type=node&id=35245

con la trata de personas: casi la mitad de las víctimas detectadas a nivel mundial fueron mujeres adultas y un 23% niñas, siendo el 90% víctimas de explotación sexual.e

En 2018, hubo 7 países más que contaban con una institución nacional de derechos humanos adecuada. Pero solamente supone un 39% del total, una cifra muy baja para poder asegurar mecanismos de denuncia y de protección de las víctimas en la mayor parte de los países.

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

A pesar de los avances que se están dando hacia el cumplimiento de los ODS, parece que éstos no son suficientes. La AOD es una herramienta que puede ayudar a mejorar la situación de muchos países, ya que en algunos casos es la principal fuente de financiamiento externo para los países menos adelantados. Los países donantes no están cumpliendo con su compromiso de impulsar la AOD, que alcanzó los 149 mil millones de dólares en 2018, un 2,7% menos que en 2017. Igualmente, la Ayuda Humanitaria disminuyó un 8%, a pesar de los grandes conflictos que hay en el mundo. Este descenso de AOD se debió principalmente a la disminución de dinero para acoger refugiados, lo que nos indica que la AOD está muchas veces influenciada por otros intereses que no son el desarrollo.

No solamente hay que tener en cuenta la cantidad de AOD, sino la calidad de la misma. En este sentido, la AOD es muchas veces utilizada como herramienta política, o incluso para favorecer intereses comerciales internos, más que como un instrumento generador de desarrollo. La ayuda ligada es un ejemplo de esa relación económica como demuestra su uso, por ejemplo, para el control migratorio⁶⁸ como denunció la Coordinadora de ONGD de España.

Habría también que contar con unos criterios coherentes y adecuados sobre a quién y en qué damos la ayuda. En un artículo reciente se muestra cómo la transición de países de rentas bajas que han pasado a rentas medias puede generarles problemas de predictibilidad de la ayuda⁶⁹. Los países donantes intentan centrar sus esfuerzos en los países de rentas bajas, debido a que son los países con más dificultades, y los países de rentas medias deben resolver ellos mismos sus problemas con sus propios recursos. Pero ni los países donantes ni los organismos multilaterales tienen un proceso común de transición que permita a los países receptores adaptarse al tipo de ayuda que se recibe, especialmente en la ayuda sanitaria. Y aunque haya normas,

68. <https://coordinadoraongd.org/2018/01/27953/>

69. https://www.brookings.edu/blog/future-development/2019/06/28/how-do-major-health-donors-prepare-for-country-exits/?utm_campaign=KFF-201

siempre hay excepciones que impiden entender claramente cómo se está haciendo. Por ejemplo, la Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones (GAVI, en sus siglas en inglés) ha permitido que Nigeria pase su periodo de transición de 2021 a 2028, debido a sus indicadores de mala salud.

Después de 4 años de implementación de los ODS, no parece que estemos en el camino de alcanzarlos. Falta un compromiso político y económico para desarrollar en los próximos años unos planes de acción innovadores, efectivos, que contemple una visión global de los problemas y no olvide las particularidades de los diferentes contextos que existen en el mundo. Un mayor conocimiento de los ODS y una mayor participación de las personas son también elementos vitales para acelerar los resultados en los próximos 11 años.

3. CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD

La relación de la salud con el entorno es algo que se conoce desde hace ya mucho tiempo. Pero la vinculación entre cambio climático y salud no ha calado ni en la población ni en sus gobernantes como debiera, aunque poco a poco se está abriendo la percepción de la magnitud del problema. La OMS considera el cambio climático una amenaza para la salud pública y el origen de muchos problemas de salud de las personas⁷⁰.

En la Tierra siempre ha habido cambios en el clima. En los últimos 650.000 años ha habido 6 ciclos glaciales, el último hace 7.000 años⁷¹. El cambio climático actual supone un calentamiento global del planeta debido a la emisión de gases de efecto invernadero, que provocan una retención del calor en las capas inferiores de la atmósfera. Lo que diferencia al cambio climático actual de los anteriores son dos elementos. El primero es la demostración de que es la acción humana lo que causa este cambio climático, aumentando la contaminación y asumiendo un consumismo poco responsable. Por lo tanto, podemos actuar contra ello, cambiando conductas y comportamientos. El segundo aspecto destacable es la intensidad y rapidez con la que se está induciendo este cambio. Los niveles de dióxido de carbono eran de 300 partículas por millón en 1950, y en 2019 se alcanzaron por primera vez en la historia de la Humanidad las 415 partículas por millón⁷². Las consecuencias de este incremento en los niveles de dióxido de carbono son el aumento de la temperatura del planeta, la acidificación de los océanos (que serán más calientes, con menos glaciares y nie-

ve), cambios en los regímenes de lluvia, aumento del nivel del mar e incremento de eventos climáticos extremos.

El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, a saber, un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes y una vivienda segura. Las temperaturas extremas del aire contribuyen directamente a las defunciones por enfermedades cardiovasculares y respiratorias, sobre todo entre las personas de edad avanzada.

Además, el cambio climático también afecta a las enfermedades transmitidas por el agua o por los insectos. Enfermedades como el paludismo o el dengue aumentan el riesgo de transmisión y pueden mutar a zonas geográficas nuevas poniendo a prueba la eficacia de los sistemas de salud en esas regiones.

La OMS asume que los problemas medio ambientales conocidos provocan 13 millones de muertos al año. Por ejemplo, en 2017 alertaba de que el aumento del hambre se debía a dos factores en auge: el aumento de los conflictos violentos y el cambio climático⁷³. Y estima que entre 2030 y 2050 el cambio climático causará unas 250.000 defunciones adicionales cada año, debido a la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico⁷⁴.

Naciones Unidas creó en 1988 el IPCC (ya mencionado en este capítulo), para proveer a los gobiernos de información para desarrollar políticas climáticas. En su informe "Calentamiento global de 1,5°C" afirmaba que la temperatura del planeta había subido 0,85°C desde la era preindustrial, mientras que en los últimos 30 años cada década ha sido 0,2°C más cálida que cualquier década precedente. Y es evidente que los efectos no son iguales para todas las regiones. Se prevé que el calentamiento afecte más a las zonas del Centro y el Este de América del Norte, el Centro y el Sur de Europa, la región del Mediterráneo, Asia Occidental y Central, y el Sur de África⁷⁵. De hecho, los efectos negativos del cambio climático serán peores en las poblaciones de los países en desarrollo (especialmente los insulares), las grandes ciudades, las regiones costeras y las montañosas.

La OMS en su estrategia sobre salud, medio ambiente y cambio climático propone que los sistemas de salud y las comunidades de todo el mundo sean resilientes a la variabilidad y el cambio climático, y reduzcan las tasas de enfermedades infecciosas más sensibles al clima. Las emisiones de carbono deben cumplir los objetivos del Acuerdo de París sobre cambio climático; hay que construir sistemas de energía más limpia; implementar sistemas eficientes de transporte público; promover e im-

70. <https://www.who.int/globalchange/climate/es/>

71. <https://climate.nasa.gov/evidence/>

72. <https://scripps.ucsd.edu/programs/keelingcurve/>

73. <https://www.who.int/es/news-room/detail/15-09-2017-world-hunger-again-on-the-rise-driven-by-conflict-and-climate-change-new-un-report-says>

74. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cambio-clim%C3%A1tico-y-salud>

75. <https://www.ipcc.ch/sr15/>

plementar dietas más sostenibles y sistemas alimentarios más resistentes⁷⁶. Propone un trabajo multisectorial y considera como sectores prioritarios en los que la salud deba tener un papel relevante a la industria, vivienda, agua y saneamiento, agricultura, energía, transporte y ordenación territorial. De hecho, en un informe reciente del IPCC “cambio climático y la tierra”, asegura que el suelo es un recurso crítico, que la agricultura y la silvicultura suponen el 28% de las emisiones de gases por los seres humanos, y lo relaciona con la seguridad alimentaria, pues el cambio climático afecta a sus cuatro pilares: disponibilidad, acceso para obtener alimentos, utilización y estabilidad en su uso, sin interrupciones. De hecho, una mejor gestión del suelo significaría cambios en la dieta de muchas personas, haciéndola más sostenible con menos carne, y disminuiría la alimentación que se desperdicia o se desecha (un tercio de la comida producida)⁷⁷.

Sin embargo, estamos lejos de poder decir que estamos en el camino de combatir eficazmente el cambio climático. La contaminación aérea, responsable de la emisión de gases, sigue siendo una de las mayores amenazas medioambientales actuales. Más del 90% de los niños y niñas del mundo respiran aire contaminado cada día y sus consecuencias son mayores en los hogares más pobres⁷⁸. Hay unas recomendaciones de la OMS en cuanto a partículas en el aire, que muchas ciudades incumplen. E incluso aunque se cumplieran, no se eliminaría el problema. Un reciente estudio liderado por IS Global ha mostrado como el 33% de los casos nuevos de asma infantil en Europa son atribuibles a la contaminación atmosférica⁷⁹.

Hay personas que creen que la OMS debería declarar el cambio climático una emergencia mundial de salud pública⁸⁰, teniendo en cuenta que algunas de las últimas epidemias (ébola, Zika) lo fueron cuando las consecuencias de este cambio climático afectan a muchas más personas.

Como vemos, las políticas comienzan a preocuparse de la problemática del cambio climático. Pero no se habla casi nada del mayor problema global que tenemos en estos momentos. El modelo consumista que impera en la mayor parte de las sociedades en el planeta no es muy responsable y se prioriza el consumir sobre otros intereses. Algunos ejemplos son el incumplimiento de las tasas de contaminación en las ciudades y los vertidos ilegales contaminantes, el abuso del plástico (sólo se reci-

cla a nivel mundial el 9%, según Greenpeace) o la obsolescencia programada, que es una forma de asegurar un mayor consumo y es legal en todos los países, sin tener en cuenta los efectos que tienen para el clima. Va a ser difícil gestionar el suelo, cuando pulmones como el Amazonas están siendo quemados y deforestados, y en vez de protegerlos, desde las instancias políticas pueden fomentar esa deforestación por intereses comerciales y para tener más pasto para ganado⁸¹.

La mejora de la salud mundial también pasa por mirar al cambio climático. Pero no solamente desde una perspectiva local o nacional. Hace falta un mayor compromiso global con políticas coherentes que no fomenten el consumismo y la contaminación. Sin este trabajo a nivel global, es casi imposible que se pueda conseguir detener este monstruo que hemos creado.

4. LA EVIDENCIA CIENTÍFICA Y LAS FAKE NEWS EN SALUD

Nunca en la historia de la humanidad ha habido tal capacidad de acceder a la información por parte de las personas que habitan el planeta. En 2019 se estima que hay en el mundo 4.400 millones de usuarios de Internet, de un total de población de 7.700 millones (un 56,8%)⁸². África, con el 37% de su población con acceso a Internet, es la región que menos acceso tiene, mientras que Norteamérica, con cerca del 90%, la que más. La cantidad de información que se mueve en el mundo supera con creces la capacidad que tenemos las personas de asimilarla. Cada día se generan 2,5 quintillones de bytes de datos, y se estima que para 2020 se crearán 1,7 megabytes de datos cada segundo para cada persona que habita el planeta⁸³, 40 zetabytes (40 x 1021bytes).

El big data (conjuntos de datos o combinaciones de conjuntos de datos cuyo tamaño, complejidad y velocidad de crecimiento dificultan su captura, gestión, procesamiento o análisis mediante tecnologías y herramientas convencionales⁸⁴) está creciendo enormemente en los últimos años. Se espera que el coste del análisis de big data suponga 103.000 millones de dólares en 2023. El big data en salud es uno de los que posiblemente más haya crecido; en concreto, hay autores que aseguran que últimamente los datos en salud suben un 48% cada año⁸⁵. Esta gran cantidad de datos de salud se pueden dividir en dos espacios fundamentales: los datos individuales

76. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_15-en.pdf

77. https://www.ipcc.ch/2019/08/08/land-is-a-critical-resource_srccl/

78. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275548/WHO-CED-PHE-18.01-spa.pdf?ua=1>

79. Outdoor Air Pollution and the Burden of Childhood Asthma across Europe. Haneen Khreis, Marta Cirach, Natalie Mueller, Kees de Hoogh, Gerard Hoek, Mark J. Nieuwenhuijsen, David Rojas-Rueda European Respiratory Journal 2019; DOI: 10.1183/13993003.02194-2018

80. <https://andrewharmer.org/2019/04/09/should-the-who-declare-climate-change-a-public-health-emergency-of-international-concern/>

81. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-48835516>

82. <https://www.internetworldstats.com/stats.htm>

83. <https://www.domo.com/solution/data-never-sleeps-6>

84. <https://www.powerdata.es/big-data>

85. <https://med.stanford.edu/content/dam/sm/sm-news/documents/StanfordMedicineHealthTrendsWhitePaper2017.pdf>

de la salud de las personas (que ya abordamos brevemente en el informe de 2018) y la información sobre las políticas, estrategias o actividades sanitarias (terapéuticas, diagnósticas o preventivas). El big data es, bien utilizado, una poderosa herramienta que ayuda a tener evidencia para la mejora de la salud mundial.

A nivel individual cada persona se puede hacer la pregunta clave de cómo poder seleccionar la información más relevante y más creíble ante tal magnitud de información accesible. Porque existe mucha información contradictoria en la red, que ayuda a que se esté poniendo en cuestión el papel de la ciencia y la evidencia científica en la toma de decisiones, tanto a nivel global como individual. Y la salud es el campo en el que, salvando quizás la negación del cambio climático, donde más se está dando esta confrontación con el paradigma científico. Muchas ideas falsas sobre la salud se extienden entre la población, aunque hay que recordar que la propagación de ideas falsas ha sucedido durante toda la historia de la humanidad; la diferencia actual es su gran capacidad de difusión.

Esta situación se debe a la confluencia de una serie de hechos. El primero es la enorme capacidad de difusión de cualquier tipo de idea, sea veraz o no. Y curiosamente, las ideas falsas parece que se extienden con más rapidez que las verdaderas. En un estudio realizado entre 2006 y 2017 se analizaron 126.000 historias (verdaderas y falsas) tuiteadas en ese tiempo y las falsas llegaban más lejos, más rápido y a más personas. El 1% top de las noticias falsas llegaban a entre 1.000 y 100.000 personas, mientras que las verdaderas difícilmente alcanzaban las 1.000 personas⁸⁶. La explicación que da el artículo se basa en dos aspectos: que las noticias falsas son más novedosas que las verdaderas y que buscan una respuesta emocional intensa. Mientras que las respuestas a las historias falsas inspiraron miedo, disgusto y sorpresa, las historias verdaderas inspiraron anticipación, tristeza, alegría y confianza. Otros aspectos que debemos mencionar es la disminución de la credibilidad de la ciencia, debido a una falta de transparencia que está presente en algunas decisiones. En el campo de la salud, por ejemplo, los intereses privados comerciales se han puesto en ocasiones por encima del derecho a la salud. Por último, la creciente complejidad, que tiene actualmente el paradigma científico, le aleja del conocimiento popular y acaba siendo difícil de comprender para una gran parte de la población.

86. <https://science.sciencemag.org/content/359/6380/1146>

4.1. La proliferación de las fake news en salud

En el libro “Denying to the grave”⁸⁷ (“Negando hasta la tumba”), sus autores presentan las principales causas de por qué se niegan las aportaciones de las ciencias de la salud. Para los dos autores del libro, existen 7 causas fundamentales que explican por qué estamos viviendo una negación de hechos que tienen una evidencia convincente: (i) la aparición de un líder carismático, (ii) el miedo a la complejidad, (iii) el sesgo de la confirmación (relacionado con el uso de Internet), (iv) el aislamiento y la marginalización, (v) el intentar rellenar la brecha de la ignorancia o el desconocimiento, (vi) el miedo a las conspiraciones corporativas y/o gubernamentales, y (vii) la naturaleza de la predicción del riesgo o la dificultad de una relación causa efecto “pura”. Estos elementos explicarían el incremento de ideas falsas o no confirmadas sobre la salud que abundan en todo el planeta.

A estos elementos le podríamos añadir alguno más: (viii) la dificultad de aunar las diferentes concepciones sobre qué es salud y enfermedad para las diferentes personas y comunidades que habitan el planeta, y (ix) la soberbia que ha tenido a veces el pensamiento occidental sobre algunos conocimientos tradicionales, que han sido desechados completamente sin analizar realmente las posibles ventajas y utilidades que puedan llegar a tener. Mete en el mismo saco intervenciones que pueden llegar a tener algún efecto beneficioso con otras que no lo tienen. En África, por ejemplo, podemos ver a la vez tratamientos tradicionales con hierbas o cortezas de árbol para combatir algunas enfermedades, que pueden tener su utilidad, con algunas intervenciones peligrosas para la salud, como poner tierra en el cordón umbilical del recién nacido, que le puede provocar tétanos neonatal.

El caso de las vacunas

Uno de los casos más paradigmáticos es la corriente en contra de las vacunas. Una corriente que no es nueva, pero que, basándose en diferentes ideas, está presente en cualquier parte del planeta. En 1998 un artículo firmado por el Doctor Andrew Wakefield aparecido en Lancet presentaba un estudio que pretendía relacionar la inoculación de una vacuna conjunta contra el sarampión, parotiditis y rubeola (denominada triple vírica) y problemas de salud como el autismo⁸⁸. Aunque en el mismo estudio se decía que “no se ha podido probar la relación entre la vacuna conjunta de sarampión, rubeola y parotiditis y los síndromes descritos” (eran sólo 12 casos los que se estudiaban), provocó una reacción popular de miedo a la vacunación, lo que

87. “Denying to the grave”: Gorman S.; Gorman J.; Oxford University Press, 2016

88. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(97\)11096-0.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(97)11096-0.pdf)

se tradujo en una disminución del porcentaje de niños y niñas vacunados para el sarampión. Por ejemplo, en el Reino Unido las consecuencias de esta disminución de la vacunación fueron evidentes: de 56 casos de sarampión en 1998, se pasó a 1.348 casos y 2 muertes en 2008⁸⁹. Este artículo fue ampliamente criticado por la comunidad científica⁹⁰ y finalmente se demostró que no tenía validez, retractándose del mismo 10 de los 12 autores del estudio⁹¹. En 2010 la revista Lancet también se retractó por completo de este artículo, encontrando muchos errores en el mismo.

El hecho innegable es que la incidencia de la mortalidad y morbilidad por sarampión ha disminuido enormemente en el mundo. En el año 2000, las muertes por esta enfermedad en el mundo alcanzaban las 550.000 personas, mientras que en 2017 la cifra disminuyó hasta las 110.000 muertes, un 80% menos en apenas 17 años. La única causa real de esta disminución fue el aumento de las tasas de vacunación, que pasaron del 72% al 85%, evitando en este tiempo 20,4 millones de muertes, siendo “una de las mejores inversiones en salud pública” según dijo la OMS⁹². Sin embargo, la propia OMS afirma que de 2016 a 2017 hubo un incremento del 30% de casos de sarampión notificados. Las regiones de las Américas, del Mediterráneo Oriental y de Europa sufrieron los mayores incrementos del número de casos y el Pacífico Occidental fue la única región, según la OMS, en la que disminuyó la incidencia del sarampión⁹³.

Todo el peso de la comunidad científica no ha convencido al conjunto de la población de la conveniencia de la vacunación. El estudio, desacreditado hace ya muchos años, sigue siendo utilizado hoy en día como explicación para no vacunar a menores de edad por parte de padres y madres, que ni siquiera se han leído el estudio pues el mismo no se planteaba el no vacunar, sino que esos problemas aparecían por vacunar conjuntamente 3 enfermedades. Una de las causas que se utilizaron para explicar los problemas de salud derivados de las vacunas era la utilización en las vacunas del tiomersal⁹⁴, un componente que contiene etilmercurio y se utiliza para evitar el crecimiento de bacterias y hongos en algunas vacunas inactivadas (con virus muertos). La OMS afirma que no hay pruebas de que la cantidad de tiomersal utilizada en las vacunas suponga un riesgo para la salud⁹⁵, pero además informa que ese compuesto no se usa para la vacuna de la triple vírica, la del sarampión. El Comité Asesor de

Vacunas de la Asociación Española de Pediatría afirma que en España no se usan mercuriales para ninguna vacuna regular del calendario vacunal de los menores de edad⁹⁶.

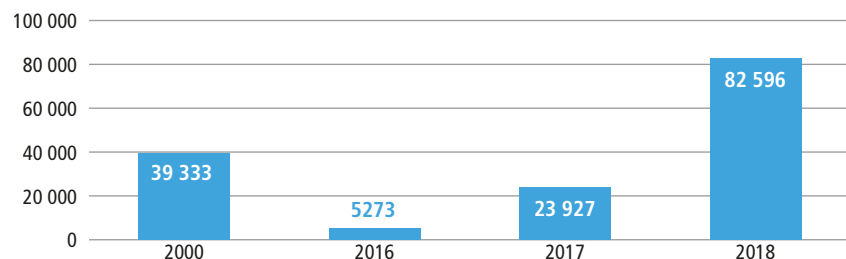
Aunque las cifras europeas no son especialmente alarmantes por el momento, sí que nos enseñan que esta enfermedad y sus consecuencias no han desaparecido de nuestro entorno. La OMS afirma que, para prevenir epidemias de sarampión, un 95% de la población debe estar vacunada de dos dosis. Y hay que recordar que una pequeña parte de la población no puede vacunarse porque han sido alérgicos con la primera dosis o por estar con algún tratamiento inmunosupresor, lo que provoca que sus defensas sean bajas. No vacunar a la población es tremendamente insolidario y pone en riesgo la salud y la vida de estas personas.

En 2018, Europa ha tenido un aumento de los casos de sarampión, superando las 83.000 infecciones y 74 muertes en la Región Europea de la OMS⁹⁷, cuando en 2016 hubo solamente 5.237 casos, 15 veces menos. 12 países se mantienen endémicos para sarampión, y en 4 se ha reestablecido la transmisión de esta enfermedad⁹⁸. Si bien este fuerte incremento es debido principalmente a la situación de inestabilidad de Ucrania, no explica todo este aumento de casos. 7 países tienen más de 1.000 casos: la mencionada Ucrania, Rusia, Francia, Grecia, Georgia, Italia y Serbia, éste último con el mayor número de muertes (14)⁹⁹. Italia es el ejemplo de un país con datos preocupantes respecto al sarampión. Según el European Centre for Disease Prevention and Control, hubo 3.336 casos en 2012¹⁰⁰, pero en 2016 la cifra subió a 4.044 casos¹⁰¹. El observatorio “Observe Science Society” ha realizado varios estudios sobre la percepción de las vacunaciones en la población italiana. En 2015, el 19% de la población italiana se oponía a todo tipo de vacuna, mientras en 2017, tras un amplio debate público y con la aprobación de un decreto legislativo que obligó a una serie de vacunaciones obligatorias para los menores, la proporción bajó a un 8%¹⁰². De hecho, los datos de menores vacunados por sarampión han crecido en 2018 y 2019¹⁰³. Pero la situación puede revertir en cualquier momento.

89. <http://www.psychiatristtimes.com/autism/paranoia-strikes-deep-mmr-vaccine-and-autism>
90. DeStefano F, Chen RT. Negative association between MMR and autism. Lancet. 1999;353:1987-8
91. Murch SH, Anthony A, Casson DH, Malik M, Berelowitz M, Dhillon AP, et al. Retraction of an interpretation. Lancet. 2004;363:750
92. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/measles>
93. <https://www.who.int/es/news-room/detail/29-11-2018-measles-cases-spike-globally-due-to-gaps-in-vaccination-coverage>
94. <http://www.vacunacionlibre.org/nova/al-dia/mercurio-y-vacunas/>
95. http://www.who.int/immunization/newsroom/thiomersal_questions_and_answers/es/

96. <https://vacunasaep.org/profesionales/pregunta-al-cav/conservacion-y-transporte/tiomersal>
97. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/measles-in-europe-record-number-of-both-sick-and-immunized>
98. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2019/european-region-loses-ground-in-effort-to-eliminate-measles>
99. <http://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/press-releases/2018/measles-cases-hit-record-high-in-the-european-region>
100. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/2012June13_SUR_measles_rubella_report.pdf
101. <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/Bi-annual%20measles%20rubella%20monitoring-OCT-2017.pdf>
102. <http://www.observa.it/italiani-e-vaccini-i-nuovi-dati-dellosservatorio/>
103. https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/images/Italy_measles-country-profile-May2019.png

GRÁFICO 1.4. EVOLUCIÓN DE CASOS DE SARAMPIÓN EN LA REGIÓN EUROPEA (2000-2018)



Fuente: Elaboración propia

En África también se han difundido rumores sobre la perversa utilización de las vacunas, concretamente un estado de Nigeria en 2004 se negó a vacunar alegando que la vacuna de la polio era utilizada para esterilizar a las mujeres¹⁰⁴. Y la utilización de estrategias sanitarias para ocultar otros intereses políticos no ayudan a eliminar esas ideas. En 2011 la población pakistaní conoció por el periódico “The Guardian” que la CIA había usado una campaña de vacunación en las operaciones de búsqueda y captura de Bin Laden. Esta información ayudó a fomentar las teorías conspirativas de los talibanes y, como consecuencia, las tasas de vacunación descendieron entre un 9% y un 13% entre la población de partidos islamistas¹⁰⁵.

4.2. Evidencias “científicas” que alimentan otras fake news en salud

Hay varios elementos que debilitan enormemente la credibilidad del paradigma científico sanitario, y que, por lo tanto, son utilizados como argumentos contra el mismo. Quizás el más importante es la falta de transparencia en la relación entre ciencia e intereses comerciales. Esta relación ha sido evidente, como veremos a continuación, y se utiliza para poner en cuestión todo el trabajo científico.

La sociedad en la que vivimos, en la que se permite medicalizar la vida¹⁰⁶, es un caldo de cultivo para otro tipo de fake news en salud: las que relacionan intereses económicos con una posible evidencia científica que no lo es tanto. En el Foro Mundial de Datos de las Naciones Unidas de 2018, mencionado al principio del capítulo, el 70% de las personas expertas sostenía que había una crisis en la credibilidad de los datos¹⁰⁷.

En las últimas décadas se están difuminando de forma importante las separaciones que debe haber entre las ventajas sociales que pueden traer los avances científicos y otro tipo de intereses comerciales y lucrativos. Por ejemplo, es una evidencia que, desde la aparición y el uso de los antibióticos, las sociedades dieron un paso de gigante en la mejora de su salud. No obstante, estamos viviendo actualmente en una sociedad donde limitamos el acceso a determinadas innovaciones terapéuticas a muchas personas, que sufren una morbilidad o mortalidad evitable con los conocimientos científicos actuales. Que la mayor parte de las muertes materno infantiles sean evitables, pero sigan sucediendo, nos confirma que se anteponen otros intereses al derecho a la salud de la población mundial. El acceso, sobre todo económico al arsenal terapéutico, preventivo y de diagnóstico, está limitado a una pequeña parte de la población mundial. Estos intereses económicos se pudieron ver en la comercialización del medicamento contra la hepatitis C, como ya vimos en el informe de 2018. La diferencia entre el coste de comercialización del medicamento (Sofosbuvir) y de producción en Estados Unidos fue 1.000 veces mayor¹⁰⁸, con lo que estaba claro que los intereses comerciales eran más importantes que la necesidad de que la totalidad de los pacientes tuvieran el mejor tratamiento posible contra esta enfermedad.

Esta intromisión de intereses comerciales no se basa solamente en la equidad en el acceso, sino también en la divulgación científica, donde la injerencia de intereses comerciales le resta credibilidad al conjunto del conocimiento científico. Ha habido varios casos en este sentido. En 2009 el Dr. Reuben, que recibía dinero de Pfizer, asumió que había “fabricado datos” en 21 artículos científicos. Este doctor fue clave para que se utilizara el Celecoxib (de Pfizer) en la reducción de dolor de 6 meses a un año posterior a la cirugía¹⁰⁹. Es cierto que la mayoría de las revistas científicas dicen que los autores y autoras deben nombrar sus posibles conflictos de intereses, pero no hay una investigación para confirmar que eso sea así. Cuando se descubren, ya ha habido una gran difusión de esa información falsa, dado que esos artículos son utilizados como citas en otros artículos científicos. Según el New York Times, los conflictos de intereses entre las personas que publican artículos se dan más frecuentemente de lo que se piensa. Según el periódico, docenas de doctores estadounidenses no han reportado en los últimos años sus relaciones financieras con compañías farmacéuticas y compañías de atención sanitaria cuando se publicaban sus estudios en revistas médicas¹¹⁰. Nombran como ejemplos al presidente de la Sociedad Americana de Oncología

104. <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/14-030214/es/>

105. https://www.cemfi.es/~martinez-bravo/mmb/Research_files/MS_Vaccines.pdf

106. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011

107. <https://www.comunicarseweb.com/noticia/lanzan-la-declaracion-de-dubai-para-mejorar-las-estadisticas-y-datos-sobre-desarrollo>

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

109. <https://www.bmj.com/content/338/bmj.b966.long>

110. <https://www.nytimes.com/2018/12/08/health/medical-journals-conflicts-of-interest.html?smid=tw-nytimescience&smtyp=cur>

Clínica, que dijo no tener conflictos en 50 artículos de revistas científicas, incluida la famosa British Medical Journal, pero recibió en el periodo en el que escribió esos artículos 8 millones de dólares para investigación de empresas privadas y 114.000 dólares de consultorías y charlas. O el Dr. Robert J. Alpern, decano de la Escuela de Medicina de Yale, quien no reveló que, en 2017, cuando escribió un artículo sobre un tratamiento experimental desarrollado por Tricida, estaba en la junta directiva de esa compañía, y que Tricida financió el ensayo clínico que fue el tema del artículo.

También la relación entre las instituciones reguladoras y la industria farmacéutica resta credibilidad a las políticas que se desarrollan sobre la provisión de medicamentos. Desde que se descubrió que la talidomida, un medicamento comercializado para luchar contra las náuseas y los vómitos en el embarazo, provocó malformaciones en los fetos de mujeres embarazadas que tomaban este medicamento, el control de la comercialización de este medicamento se volvió más estricto. El “descontrol” sobre la comercialización de este medicamento supuso que unos 10.000 niños y niñas en todo el mundo nacieran con algún tipo de malformación debido a la talidomida¹¹¹.

En 1990 se crea el Consejo Internacional de armonización de los requisitos técnicos para el registro de medicamentos de uso humano (o ICH, por sus siglas en inglés), proyecto que reúne a las autoridades reguladoras de medicamentos de EEUU, Europa y Japón, y las farmacéuticas, cuyo objetivo principal era, según describió la OMS, “proporcionar un foro para el debate constructivo sobre las diferencias reales y percibidas en los requisitos técnicos para la inscripción de nuevas entidades químicas”¹¹². Existían otros objetivos, como son el “lograr una mayor armonización en la aplicación de directrices técnicas para el registro de nuevas entidades químicas o productos obtenidos por biotecnología por sus miembros, mejorar la eficacia del desarrollo de medicamentos en el mundo y reducir los estudios redundantes”. Sin embargo, la OMS también advertía en el año 2000 que esta institución no representaba los intereses de todo el mundo. Representa solamente a 17 países, que son el 15% de la población mundial, pero supone el 90% de las ventas anuales de medicamentos.

Desde los años 90 se han relajado las condiciones para sacar un medicamento al mercado. Antes tenía que ser un medicamento mejor que lo que había; ahora, con ser mejor que el placebo, es suficiente¹¹³. Aunque se empiezan a ver ciertos procesos de transparencia sobre algunas decisiones en estas agencias reguladoras, aún queda camino por hacer.

España también tiene que mejorar muchos procesos. La Comisión Interministerial de Precios de Medicamentos y Productos Sanitarios negocia con las compañías farma-

céuticas los precios de la compra de medicamentos, pero no hay información pública de esas negociaciones. El director del Centro Nacional de Microbiología, que evaluaba la implantación o no de la vacuna de la meningitis B, recibió 50.000 euros de la empresa que la comercializaba en España¹¹⁴, por lo que fue expulsado de su cargo. Y no resulta muy ético que la Sociedad Española de Pediatría reciba 2,3 millones en 5 años por prestar su imagen a productos de alimentación infantil que no son saludables, con alimentos con alta carga de azúcar¹¹⁵, cuando hay una tendencia a limitar su ingesta.

Por último, la falta de un consenso homogéneo en los mejores protocolos médicos que se utilizan incluso en un mismo país como España, y que, además, van variando con el tiempo, genera muchas dudas en la población sobre la credibilidad de las instituciones científicas. Muchas veces es debido a diferentes corrientes de pensamiento o escuelas dentro de cada especialidad médica. La denominada medicina basada en la evidencia, que debería fomentarse desde los colegios profesionales, debería de ayudar a mejorar estas situaciones, pero falta mucho por hacer. No debemos pensar sólo en medicina basada en la evidencia, sino en políticas basadas en la evidencia.

Las fake news en salud son un aspecto complejo, que tiene que ver con muchas cuestiones que superan el ámbito de la sanidad. Pero hay algunos elementos que es necesario tener presentes para luchar contra ellas:

- Regulación: las instituciones públicas deben asumir la función de rectoría, con el objetivo prioritario de mejorar la salud de su ciudadanía.
- Transparencia en la regulación de cualquier actividad en la que se vea involucrada la salud.
- Evidencia: las revistas deben ser más estrictas en la lucha contra falsos estudios o pervertidos por intereses lucrativos. Evidencia, también, en las políticas de salud.
- Información: las sociedades científicas deben canalizar la información sanitaria, y no dejarse seducir por intereses económicos.
- Estudio: casi todos los estudios terminan con la frase “debemos seguir estudiando”. La investigación y la evaluación deben ser elementos clave en las políticas sanitarias de los países.
- Apertura: el paradigma científico debe reflexionar sobre otras formas de entender la salud que no sea exclusivamente como se ve en occidente. Hay otras formas de ver la salud que deben ser tenidas en cuenta.

111. <https://analesdepediatría.org/es-talidomida-una-historia-inacabada-articulo-S1695403312005383>

112. <https://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2976s/4.html>

113. <https://www.youtube.com/watch?v=ecgpWRbWA8k>

114. https://www.eldiario.es/sociedad/director-investigacion-farmaceutica-evaluaba-organismo_0_916908888.html

115. https://cadenaser.com/programa/2018/06/18/ser_consumidor/1529323029_374754.html

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

Los datos del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) de 2018 se construyen desde dos metodologías diferentes porque el Comité se encuentra en medio de una negociación sobre qué criterios de contabilidad usar. En este informe se utilizará, salvo que se advierta de otra cosa, la metodología antigua porque es la que permite analizar tendencias. Un ejemplo de cómo afecta la nueva métrica se ve a la hora de dar la cifra de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) total de 2018, que alcanzaría los 149.323 millones de dólares brutos mediante la antigua medición de “cash flow”, y crecería hasta los 153.000 millones de dólares brutos si se mide mediante el “grant equivalent”. Como el propósito es poder analizar y comparar el comportamiento del CAD en los últimos años, se manejarán datos de AOD neta y se utilizará la forma de contabilizar antigua.

- En 2018 la AOD total de los países del CAD se sitúa en 143.218 millones de dólares netos, lo que implica una caída del 2,7% (unos cuatro mil millones) respecto a 2017.
- La cantidad total de AOD de los miembros del CAD representa solo el 0,31% del ingreso nacional bruto, porcentaje que está muy por debajo del 0,7%, objetivo mínimo de las Naciones Unidas (NNUU).
- La reducción de la AOD del conjunto de donantes sería mayor si se dejara de computar como AOD el gasto destinado a personas refugiadas en países donantes que, aunque haya bajado en 2018, aún supone el 7% del total de las AOD del CAD y el 9,5% de la Unión Europea (UE).
- De 29 países que forman parte del CAD, España, economía número 14 del mundo, ocupa porcentualmente en AOD el puesto 20 del ranking y el 13 si se recurre a cifras absolutas.

- La salud sube un 14,6% en 2017, confirmando el cambio de tendencia que comenzó en 2016. Los 24.091 millones de dólares destinados a salud suponen el 13,8% del total de la ayuda, visibilizando la importancia que tiene este sector.
- No ha habido grandes cambios en las prioridades sectoriales y geográficas de la AOD en salud. Los países donantes deberían adaptar sus políticas de cooperación y de cooperación sanitaria a los nuevos compromisos con la Agenda 2030, y eso también debería estar reflejado tanto en sus presupuestos como en las prioridades sectoriales que asuman y los modelos de desarrollo que subyazcan por debajo de la AOD.

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS

Las cifras desagregadas de AOD que presenta públicamente el CAD de la OCDE) 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 2018 que se presentan en este informe, el resto de las cifras que se analizan en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2017.

1. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA AL DESARROLLO TOTAL DEL CAD

1.1. Una nueva metodología de cómputo en el CAD

El CAD de la OCDE agrupa a 29 países, además de la UE. Sigue siendo, en su conjunto, el mayor donante mundial de cooperación internacional, a pesar del aumento del peso de la ayuda de los países emergentes en este campo como Brasil, China o Rusia, pero cuya ayuda no se puede comparar, pues establecen criterios propios para ello.

Respecto a los criterios, conviene recordar algo que se viene mencionando desde hace unos años y que se ha concretado en 2019. En la Reunión de Alto Nivel del CAD, celebrada en diciembre de 2014, se aprobó la necesidad de elaborar una nueva metodología para los créditos del sector público en base a determinadas condiciones de concesionalidad en función de tipos de descuento por nivel de renta de los países.

El sistema de medición tradicional (“cash flow”) se basaba en computar el total del crédito el año en que se concedía y en reflejar los reembolsos en los años en que se iba devolviendo el crédito. La nueva propuesta responde a la metodología de *Grant Equivalent*, que consiste en estimar el elemento de donación implícito en cada

una de las operaciones como reflejo del esfuerzo del donante y se computan tanto el principal como los intereses, pero descontándose del valor que representan en el año de reporte; es decir, la nueva propuesta se basa en analizar qué parte de ese crédito tiene un carácter concesional, lo que lleva a computar la “porción de donación” de los préstamos expresado como un valor monetario —esto es, la cantidad que el donante va a dejar de recibir por el hecho de prestar el dinero a un menor interés—. Es una fórmula más compleja de calcular la AOD, aunque parece que mide de forma más justa el esfuerzo realizado por cada país.

Se podría discutir el papel de la ayuda reembolsable, mucha de ella condicionada por los intereses de los propios donantes, y no es fácil tampoco decidir cómo se mide “el precio de mercado”. También hay que reflexionar sobre si esta forma de medición puede ser considerada una manera de “incrementar” las cifras absolutas de AOD, sin que realmente haya un aumento del esfuerzo por parte de los países donantes. En el análisis de 2018 la diferencia de AOD bruta dependiendo de la forma de medir es de 4.000 millones de dólares en favor de la nueva forma de medición, lo que supone un incremento del 2,5%.

Esta nueva metodología no permite la comparación con las series históricas de flujos de AOD, por lo que utilizaremos la metodología tradicional de flujos, aunque las cifras de referencia de AOD se presentarán también con la nueva medida de *Grant Equivalent*.

MÉTRICAS PARA LA FINANCIACIÓN DEL DESARROLLO. VIGILAR EL APOYO OFICIAL TOTAL PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE (AOTDS/TOSSD)

Luca De Fraia

Deputy Secretary General, ActionAid Italia

Para la mayoría de los donantes tradicionales siempre ha sido difícil cumplir los compromisos de proporcionar la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) tradicional de manera oportuna y sistemática. La respuesta al pobre rendimiento de la ayuda ha tomado diferentes vías, incluida la revisión de las directivas sobre presentación de informes con la intención declarada de mantener el ritmo de un entorno de desarrollo cambiante. Las conversaciones en el seno de la comunidad de los donantes oficiales sobre la modernización de la AOD comenzaron en 2012 y han ido evolucionando de forma constante hasta incluir una nueva métrica. Cuando la Agenda 2030 hizo su debut en 2015, la nueva medida estadística tomó la apariencia de AOTDS, a saber, el apoyo oficial total al desarrollo sostenible.

La definición oficial de las instrucciones para la presentación de informes indica: *la medida estadística AOTDS incluye todos los flujos de recursos con apoyo oficial para promover el desarrollo sostenible en países en desarrollo y para apoyar a los facilitadores del desarrollo*

y/o abordar desafíos globales a nivel regional o global. En pocas palabras, la AOTDS hará un seguimiento no sólo de los recursos oficiales, sino también de los flujos privados movilizados gracias a dinero público; más concretamente: *recursos privados movilizados por intervenciones oficiales, donde puede demostrarse un vínculo causal directo entre la intervención oficial y los recursos privados*. Hay otras características clave que marcan un punto de partida desde la ayuda tradicional: la concesionalidad ya no es un requisito previo; la nueva métrica informará sobre actividades con impacto en el desarrollo a nivel global y regional. Esta novedad se refleja en el hecho de que la AOTDS está organizada en torno a dos áreas: pilar 1, sobre flujos transfronterizos, similar a la ayuda; pilar 2, sobre apoyo a facilitadores globales.

El relato oficial es que la AOTDS mejorará la transparencia en la financiación para el desarrollo, lo que permitirá entonces asignar mejor los recursos en beneficio de los países socios; consecuentemente, una de las principales prioridades es captar, bajo la nueva métrica, el mayor número posible de flujos. Existe un enorme potencial para ampliar la imagen de la financiación para el desarrollo con algunos de los elementos que faltan en este momento, por ejemplo, la financiación no concesional o la cooperación Sur-Sur. Además, los proveedores multilaterales informarán directamente, independientemente de la fuente original de los fondos, ya sean del sector público o privado, lo que puede a su vez fortalecer la perspectiva de los receptores en la presentación de informes.

Las instrucciones para la presentación de informes para la AOTDS han sido elaboradas por el Task Force Global, que comenzó a trabajar a finales de 2017 y que reúne a expertos de países donantes tradicionales y emergentes, con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) desempeñando un papel instrumental clave; actualmente, el Task Force está copresidido por la Unión Europea (UE) y Sudáfrica. Dado que los debates sobre el papel de las organizaciones co-custodias siguen abiertos, la AOTDS ha sido incluida en el proceso liderado por las Naciones Unidas (NNUU) sobre el seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) como un indicador adicional en el punto 17.3; en el calendario para marzo del año que viene se incluye una decisión final en el marco de la Revisión Exhaustiva de 2020. Los antecedentes e informes de las reuniones del Task Force están disponibles en una página web específica. En los últimos dos años, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) han estado implicadas de diferentes maneras, incluyendo reuniones presenciales (la última de las cuales tuvo lugar el 1 de octubre en Washington, inmediatamente después de la novena reunión del Task Force), presentaciones (disponibles en la página oficial de la AOTDS) y proyectos piloto a nivel de país.

El diálogo con el Task Force ha sido productivo, pero siguen existiendo preocupaciones, especialmente sobre la calidad de los datos, así como sobre la necesidad de asegurar que la nueva métrica no socava compromisos mundiales existentes, a pesar de las mejores intenciones expresadas en las instrucciones para la presentación de informes. En el primer recuento, a las partes informantes se les permitirá cierta libertad al informar sobre algunos aspectos, tales como los impactos del desarrollo, incluyendo los vínculos directos con los indicadores y metas de los ODS. En general, se supone que la presentación de informes se hará de buena fe, con implicaciones obvias en ámbitos como las salvaguardias que se aplican al gasto impulsado por la paz y la seguridad.

En cuanto al segundo recuento, las cuestiones relativas a la calidad pueden quedar al margen, sin duda en las primeras fases de la aplicación de la AOTDS, cuando existe una presión para ampliar el panorama en la medida de lo posible. Desde este punto de vista, resulta revelador que se reconozcan los principios de una cooperación al desarrollo eficaz, pero, por otro lado, también se entiende que existen limitaciones en cuanto a la posibilidad de evaluar la aplicación real de los principios. De hecho, la presentación de informes tiene lugar a nivel de actividad, lo que incluye diferentes modalidades, desde proyectos hasta apoyo presupuestario;

la recopilación de datos se gestiona a nivel de donantes. Por lo tanto, es legítimo preguntarse cómo es posible evaluar que cada una de las actividades es coherente con los principios de eficacia, teniendo también en cuenta que la presentación de informes mundiales sobre la eficacia —encabezada por el Global Partnership for Effective Development Cooperation (GPEDC)— se lleva a cabo a través de una visión mundial, con enfoque devastador para los países.

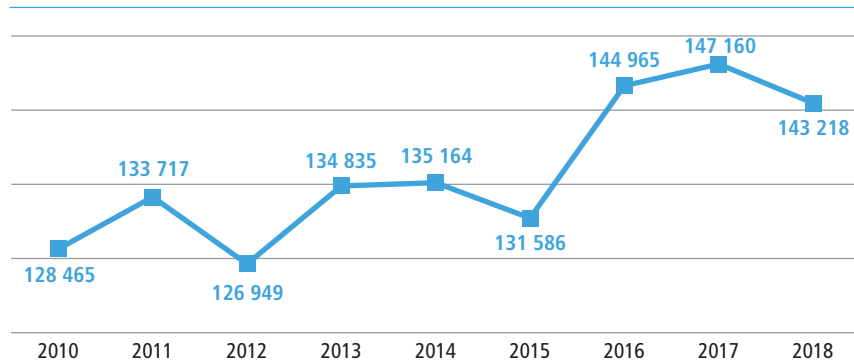
Además, es muy probable que la AOTDS genere totales mucho mayores que los actuales volúmenes de AOD: la atención de la opinión pública bien podría dirigirse a las nuevas cifras con compromisos de ayuda que se dirigen al olvido. No es sólo eso: la inflación puede de hecho ser llevada a un nivel totalmente diferente con problemas ópticos mucho más graves que el que hemos estado enfrentando con los costos tradicionales de los donantes. La AOTDS colocará a los donantes en una posición única, ya que se les permitirá informar sobre una parte significativa de sus propios presupuestos nacionales, suponiendo que existe un impacto global. Un ejemplo muy claro son los proyectos de reducción del gasto climático y de las emisiones de gas en particular, cuyo impacto global se da por sentado independientemente de donde se ejecuten. Por este camino, un país donante reducirá legítimamente su AOD e invertirá en plantar árboles en su propio país sin afectar a su ejecución total de AOTDS.

Con los resultados de la primera encuesta mundial de la AOTDS, que se publicará en breve, la implicación de las OSC será aún más importante para asegurar que la nueva métrica cumple su promesa de mayor transparencia en beneficio de los países en desarrollo. Existen desafíos, pero no es el momento de dar un paso atrás.

1.2. La AOD del CAD

Como ya se ha comentado, el comportamiento en 2018 de la AOD del CAD varía dependiendo de si se tiene en cuenta la antigua forma de computar la ayuda o la nueva, y se usa la antigua para poder comparar. Concretamente, en 2018 se observó un descenso de la AOD neta aportada por el conjunto de donantes de más de 4.000 millones de dólares respecto de 2017, casi un 3% menos, situando la AOD en 143.218 millones de dólares. La AOD bruta alcanzaría los 149.323 millones mediante la medición de “cash flow” y crecería hasta los 153.000 millones si se mide mediante el “grant equivalent”.

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

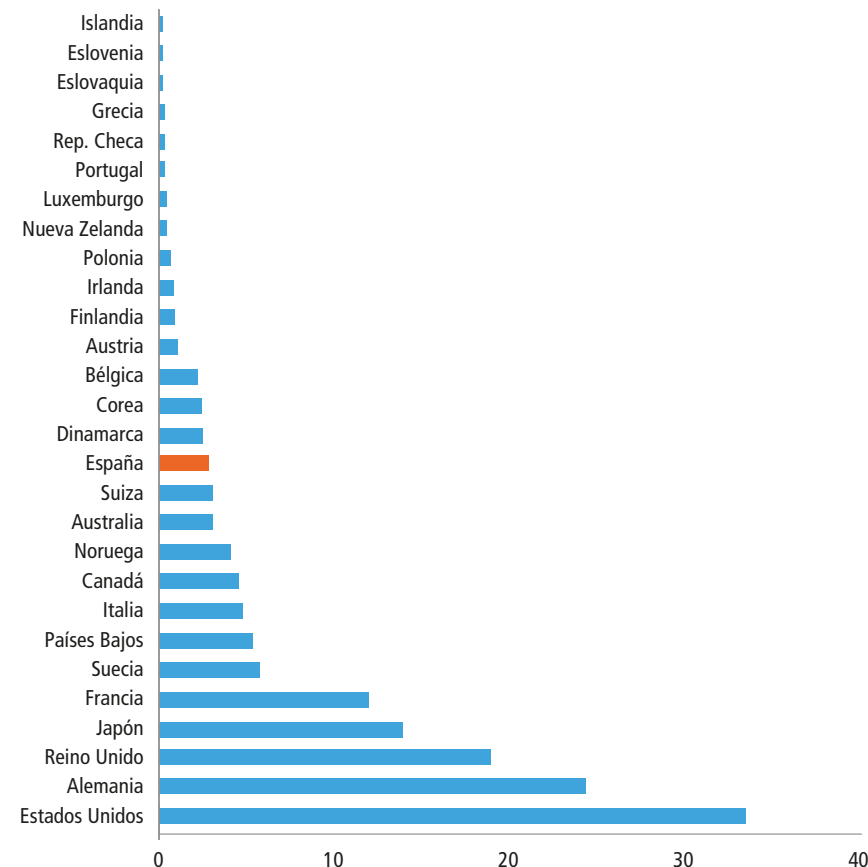


Fuente: OCDE, varios informes

Si analizamos la AOD por países, observamos que cinco países destacan por su aportación bruta por encima del resto. Estos países son Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Japón y Francia. Los tres países europeos incrementan sus partidas de AOD en 2018, mientras que Estados Unidos y Japón disminuyen sus aportaciones. Estados Unidos sigue liderando la lista de los países que más dinero destina con 33.740 millones de dólares, seguida de Alemania con 25.886 millones, Reino Unido con algo menos de 19.500 millones, y a más distancia, Francia y Japón, con 12.504 millones y 10.063 millones de dólares respectivamente. Estos cinco países aglutinan el 68% del total de la AOD y condicionan su comportamiento global. Estas cantidades suman 101.693 millones de dólares y, siendo muy importantes, no pueden encubrir el hecho de que, salvo Reino Unido, no cumplen con el compromiso del 0,7% que situaría la cifra de estos cinco países en 236.407 millones de dólares. Reino Unido destina por ley el 0,7% de su Producto Interior Bruto (PIB). Alemania ha destinado el 0,61%, Francia el 0,43%, Japón el 0,28% y EEUU un pírrico 0,17%.

En 2018, España repite en el puesto número 13 entre los 29 donantes del CAD en cuanto a cifras absolutas destinadas a cooperación, como podemos ver en el siguiente gráfico. Observamos que en 2018 ha crecido ligeramente la AOD española, pasando de 2.415 millones de dólares a 2.580 millones, un 6,8% más que en 2017.

GRÁFICO 2.2. AOD 2018 EN MILLONES DE DÓLARES

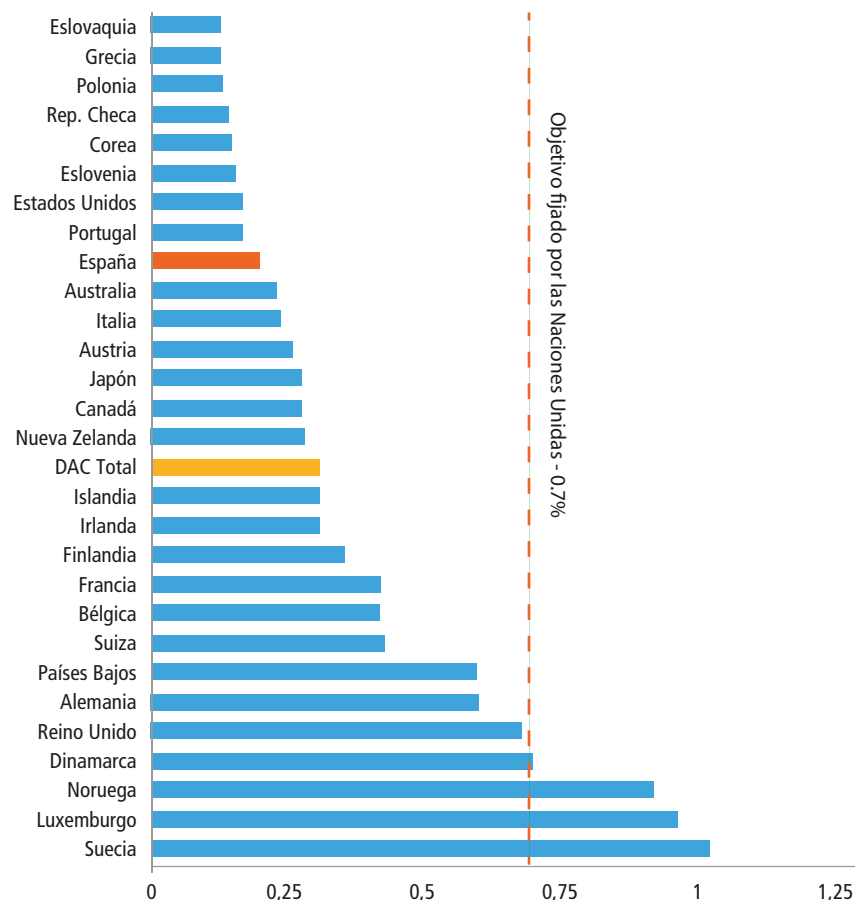


Fuente: OCDE, 2018

Si en vez de cifras absolutas analizamos el esfuerzo global que han realizado el conjunto de los países del CAD en cooperación, observamos que en 2018 el porcentaje del PIB que se destina a la AOD se mantiene en el 0,31%, igual que el año anterior, manteniendo la tendencia a moverse entre la franja del 0,29% y 0,32%, como ocurre desde 2010. Las cifras desmienten las declaraciones públicas de muchas personas dirigentes de incrementar la AOD hasta alcanzar el 0,7%, compromiso adquirido por última vez en la Tercera Conferencia sobre la Financiación para el De-

sarrollo de las NNUU celebrada en Adís Abeba en julio de 2015¹. Tampoco parece que los países que integran el CAD hayan planificado cómo van a ir incrementando su AOD hasta alcanzar el 0,7%, lo que nos hace ser bastante pesimistas en cuanto a conseguir este objetivo.

GRÁFICO 2.3. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2018



Fuente: OCDE, 2018

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

En 2018 solamente cinco países alcanzan el 0,7%: Reino Unido (0,7%), Dinamarca (0,72%), Noruega (0,94%), Luxemburgo (0,98%) y Suecia (1,04%). Alemania, que en 2016 alcanzó el 0,7%, por el aporte a la población refugiada, ahora está en el 0,61% y Países Bajos, que tradicionalmente destinaba el 0,7%, ahora está en el 0,6%. Todos los países que destinan más del 0,6% son Estados miembros de la UE, salvo Noruega. El resto de los países del CAD no alcanzan ni siquiera el 0,5%, con ocho países por debajo del 0,2%. Esta brecha entre los siete primeros países del CAD en cuanto a porcentaje del PIB destinado a AOD y los 22 restantes se mantiene constante en el tiempo, lo que nos indica que es necesario un profundo cambio en el compromiso real que tienen los países, compromiso que verdaderamente permita albergar una esperanza para modificar la situación actual.

España incrementa ligeramente su porcentaje, pasando del 0,19% al 0,20%, muy lejos aún tanto de la media del CAD, que es del 0,31%, como de la de la UE, y por supuesto del 0,7%. Ocupa el mismo puesto que en 2017, el 20 de 29, y no parece que en 2019 vaya a cambiar esta realidad. La ruta hacia el 0,7% necesita de un hito intermedio cada vez más complicado de fijar, bien sea por la realidad política, bien por la situación económica. Para alcanzar el objetivo del 0,7% se requiere un crecimiento anual constante del 0,05%. Esto quiere decir que en 2020 debería alcanzar el 0,25%, en 2021 el 0,30%, hasta alcanzar el 0,7% en 2029. Pero la tendencia de los últimos años hace dudar de que pueda darse esta situación.

En cuanto a la UE, los datos aportados por la OCDE indican que la AOD aportada por la UE y sus Estados miembros ascendió a 87.930 millones de dólares en 2018, lo que representa el 0,33% de su PIB, estando por encima de la media del conjunto de los países del CAD, y supone el 58,7% del total de la AOD del conjunto de donantes. Estas cifras tienen dos lecturas muy diferentes. Por una parte, vemos que se incrementa la AOD en más de 6.200 millones de dólares respecto a 2017, lo que es una buena noticia, pero, por otra parte, porcentualmente baja del 0,37% al 0,33%, lo que supone una rebaja en el esfuerzo que realizan el conjunto de los países. Estas cifras nos indican que, aunque esté lejos del compromiso del 0,7% y se necesite un esfuerzo para planificar los incrementos de AOD que nos acerquen a esa cifra, la UE parece tener un compromiso más relevante que otros actores en el ámbito de la cooperación.

Para que la cooperación internacional incremente su impacto, serían necesarias unas políticas y unos compromisos más homogéneos en el conjunto de los países de la UE, pues las diferencias entre los países son muy acentuadas. Por ejemplo, las diferencias en el esfuerzo en cooperación van del 1,04% del PIB de Suecia al 0,10% de Croacia y Letonia.

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

qué se computa como cooperación al desarrollo y sobre que parámetros definimos 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 permitir cerrar las brechas existentes en el mundo y esto debe ser su objetivo final. Es necesario que el espíritu que promueven los ODS (equidad, nadie queda atrás...) impregne todas las acciones de cooperación y se eviten visiones cortoplacistas sobre beneficios inmediatos, que muchas veces están en contra de la sostenibilidad y de la eficacia de las acciones.

1.3. Distribución de la AOD en 2018

Si analizamos el comportamiento por países según las cifras absolutas destinadas a AOD, observamos que en 2018 son 21 los países que han incrementado su AOD respecto a 2017 y ocho la han disminuido. Destacan los aumentos de países que no tienen mucho presupuesto para AOD, como Hungría que sube un 27%, República Checa y Eslovaquia, que suben un 18%. En negativo, destacar el descenso de dos grandes donantes, como Italia y Japón, que disminuyen su AOD un 14,5% y un 12,3%, respectivamente, siendo los mayores descensos entre los países del CAD.

El comportamiento de los cinco grandes donantes desde 2010 hasta la fecha respecto de las cifras absolutas de AOD es muy diferente: Mientras que Estados Unidos ha crecido de una forma lenta y progresiva durante estos años, manteniendo el primer puesto en cantidades destinadas a AOD, Alemania ha crecido de forma más intensa, colocándose en un destacado segundo lugar alcanzando casi los 26 mil millones de dólares. El dato es importante si tenemos en cuenta que en 2010 la diferencia entre Estados Unidos y Alemania era de más de 17.000 millones de dólares y en 2018 es de apenas 8.000 millones de dólares.

En 2018 son el Reino Unido, Alemania y Francia quienes más incrementan sus presupuestos de cooperación, 1.514, 1.205 y 1.141 millones de dólares, respectivamente. Estados Unidos y Japón son los que más disminuyen su AOD, 1.520 millones de dólares y 1.411 millones de dólares cada uno de ellos. La AOD española también aumenta en 2018, casi 166 millones respecto a 2017, un 7% más.

El compromiso con los ODS obliga a todos los países donantes a realizar un esfuerzo por alcanzar el 0,7%, pero las tendencias de los últimos años apenas han sufrido modificaciones y el conjunto de los países del CAD se han estabilizado alrededor del 0,30% en los últimos cinco años. De hecho, este compromiso con el 0,7% nace en

TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2014-2018 (DESEMBOLSOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

AOD	2014		2015		2016		2017		2018	
Neta	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Australia	4.203,42	0,27	3.222,45	0,27	3.278,00	0,27	2.957,00	0,23	3.118,58	0,23
Austria	1.144,39	0,26	1.207,47	0,32	1.635,00	0,42	1.230,00	0,3	1.175,18	0,26
Bélgica	2.384,51	0,45	1.894,38	0,42	2.300,00	0,5	2.204,00	0,45	2.361,02	0,43
Canadá	4.196,45	0,24	4.287,22	0,28	3.930,00	0,26	4.277,00	0,26	4.616,40	0,28
Rep. Checa	208,99	0,11	201,62	0,12	260,00	0,14	272,00	0,13	322,57	0,14
Dinamarca	2.995,97	0,85	2.565,56	0,85	2.369,00	0,75	2.401,00	0,72	2.568,43	0,72
Finlandia	1.634,58	0,6	1.291,53	0,56	1.060,00	0,44	1.054,00	0,41	982,76	0,36
Francia	10.370,87	0,36	9.225,98	0,37	9.622,00	0,38	11.363,00	0,43	12.504,25	0,43
Alemania	16.248,67	0,41	17.779,27	0,52	24.736,00	0,7	24.681,00	0,66	25.886,46	0,61
Grecia	248,44	0,11	282,20	0,14	369,00	0,19	317,00	0,16	282,26	0,13
Hungría					199,00	0,17	149,00	0,11	190,49	0,14
Islandia	35,41	0,21	39,08	0,24	59,00	0,28	69,00	0,29	80,81	0,31
Irlanda	808,80	0,38	718,26	0,36	803,00	0,32	808,00	0,3	928,22	0,31
Italia	3.342,05	0,16	3.844,41	0,21	5.087,00	0,27	5.734,00	0,29	4.900,10	0,24
Japón	9.188,29	0,19	9.320,24	0,22	10.417,00	0,2	11.475,00	0,23	10.063,58	0,28
Corea del Sur	1.850,67	0,13	1.911,00	0,14	2.246,00	0,16	2.205,00	0,14	2.417,14	0,15
Luxemburgo	426,76	1,07	361,4	0,93	391	1	424	1	473,04	0,98
Países Bajos	5.572,03	0,64	5.812,62	0,76	4.966,00	0,65	4.955,00	0,6	5.616,35	0,61
Nueva Zelanda	502,28	0,27	437,99	0,27	447,00	0,25	436,00	0,23	556,04	0,28
Noruega	5.024,28	0,99	4.277,76	1,05	4.380,00	1,12	4.123,00	0,99	4.257,22	0,94
Polonia	437,08	0,08	442,35	0,1	663	0,15	674	0,13	753,69	0,14
Portugal	418,96	0,19	305,73	0,16	343	0,17	378	0,17	341,37	0,17
Eslovaquia	81,24	0,08	85,77	0,1	106	0,12	113	0,12	133,32	0,13
Eslovenia	61,53	0,13	62,41	0,15	81	0,19	76	0,16	83,3	0,16
España	1.893,28	0,14	1.603,77	0,13	4.278,00	0,35	2.415,00	0,19	2.580,84	0,20
Suecia	6.222,55	1,1	7.091,91	1,4	4.894,00	0,94	5.512,00	1,01	5.843,20	1,04
Suiza	3.547,59	0,49	3.537,73	0,52	3.582,00	0,53	3.097,00	0,46	3.090,50	0,44
Reino Unido	19.386,50	0,71	18.699,94	0,71	18.053,00	0,7	17.940,00	0,7	19.454,78	0,70
EE UU	32.728,62	0,19	31.076,17	0,17	34.412,00	0,19	35.261,00	0,18	33.740,94	0,17
Total países CAD	135.164,21	0,29	131.586,22	0,30	144.965,00	0,32	146.600,00	0,31	149.323,00	0,31

Fuente: OCDE-CAD

una resolución de NNUU del 24 de octubre de 1.970², con el objetivo de cumplir con el 0,7% en 1.975. Ese año la AOD se situaba en el 0,36% del Producto Nacional Bruto (PNB)³, lo que muestra el nulo avance porcentual que se ha logrado en los últimos 35 años. Si de verdad se quiere cumplir el compromiso del 0,7%, cada país debería presentar una hoja de ruta que los lleve de manera real e inequívoca hasta la meta. Con ello se mejoraría la predictibilidad de la ayuda, lo que supondrá una mejora en su eficacia, eficiencia e impacto. Desgraciadamente la realidad muestra que hay poco interés político en cumplir este compromiso y parece muy complicado que la comunidad internacional ni siquiera se acerque en 2030 a la cifra comprometida.

También es el momento de reflexionar sobre el modelo de AOD que mejor sirve a los intereses del desarrollo sostenible y sus objetivos. La ayuda condicionada a intereses económicos o políticos de los países donantes no es la más eficaz, ni la que mayor impacto tiene. Es necesario que la AOD se centre 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. Y por lo tanto, debe haber una clarificación mayor sobre qué se puede considerar 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 en operaciones militares o el papel de la iniciativa privada en el desarrollo a nivel local y global, merecen al menos una profunda reflexión para definir cómo ayudan al desarrollo sostenible.

En cuanto al esfuerzo que realizan los países que no son miembros del CAD en materia de cooperación, cabe destacar, al igual que en 2017, Turquía, que destinó el 1,10% a AOD en 2018, y a los Emiratos Árabes Unidos, con el 1,03%. Estas cifras porcentualmente les situarían en el primer y tercer puesto de donantes mundiales, por encima de todos los donantes tradicionales salvo Suecia, que se colocaría entre estos dos países.

TABLA 2.2. AOD DE PAÍSES NO MIEMBROS DEL CAD

	2016		2017		2018	
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Croacia	41	0,07	50	0,09	55	0,10
Estonia	43	0,19	42	0,17	49	0,16
Israel	351	0,11	342	0,10	434	0,12
Letonia	30	0,11	32	0,11	34	0,10
Lituania	57	0,14	59	0,13	59	0,11
Malta	21	0,20	26	0,22	31	0,23
Rusia	1.258	0,10	1.194	0,08	1.036	0,06
Turquía	6.488	0,76	8.143	0,95	8.562	1,10
Emiratos Árabes Unidos	4.241	1,21	4.595	1,31	4.188	1,03
Bulgaria	68	0,13	62	0,11	69	0,11
Rumania			220	0,11	252	0,11
Taiwán			319	0,06	337	0,06

Fuente: OCDE-CAD

Debe destacarse también el esfuerzo de los países emergentes. China, por ejemplo, ha promovido en los últimos años la denominada “Belt and Road Initiative” (también conocida como “One Belt, One Road”, esto es, “Una Franja, Una Ruta”) anunciada en 2013⁴, asentada en la idea de que el desarrollo se basa en “liberar el potencial de crecimiento de los países y lograr la integración económica y el desarrollo interconectado de los países, brindando beneficios para todos los países”: Relaciona los tratos comerciales con las necesidades financieras, tecnológicas y de comunicación, y algunas voces ya hablan de que está generando un nuevo orden internacional⁵.

1.4. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

La ayuda en 2018 a personas refugiadas en países donantes sigue siendo importante, aunque se ha reducido su monto en cuatro mil millones respecto a 2017. Concretamente se destina a personas refugiadas en los países donantes más de 10.000 millones de dólares, el 7% del total de la AOD.

Venimos advirtiendo del sesgo que supone para la AOD incorporar las partidas destinadas para la atención de personas refugiadas en países donantes. Aunque se

2. [https://undocs.org/en/A/RES/2626\(XV\)](https://undocs.org/en/A/RES/2626(XV))

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

4. <https://chinapower.csis.org/china-belt-and-road-initiative/>

5. https://www.cidob.org/es/publicaciones/serie_de_publicacion/notes_internacionales/n1_148_one_belt_one_road_el_sueno_chino_y_su_impacto_sobre_europa/one_belt_one_road_el_sueno_chino_y_su_impacto_sobre_europa

trata de un gasto necesario, no se trata de AOD genuina, dado que los fondos permanecerán en los países donantes muchas veces a costa de reducir el importe de la ayuda que realmente se destina a promover los países donde está el origen de los problemas. Este tipo de ayuda, más allá del debate sobre si debiera o no computar como AOD, convendría hacerse con fondos complementarios y en ningún caso a costa de restar fondos a la AOD.

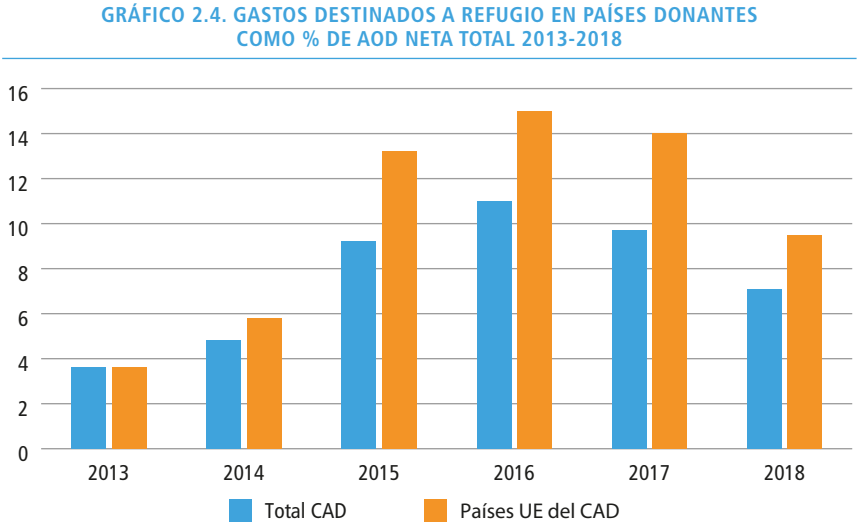
TABLA 2.3. GASTOS DESTINADOS A REFUGIO EN PAÍSES DONANTES (EN MILLONES DE DÓLARES)

	2014	2015	2016	2017	2018 (p)
Total CAD	5.950,48	12.428,04	16.416,42	14.111,63	10.103,25
Países UE del CAD	4.382,00	9.718,00	12.343,00	11.565,00	8.315,00

Fuente: Datos OCDE-CAD

Los fondos destinados a atender a personas refugiadas en los países donantes tuvieron su momento álgido en 2016, momento en el que se presupuesta los fondos, insuficientes, para atender a los más de 500 mil refugiados que llegaron en 2015 y los más de 300 mil que llegarían en 2016 a Europa. Desde entonces esta partida va disminuyendo de manera sensible, si bien en 2018 aún duplica el monto destinado a esta partida en 2014. No es fácil prever cuál será la evolución de esta partida, aunque lo lógico es que continúe disminuyendo por la menor llegada de personas refugiadas.

Dentro del conjunto de países donantes es en nuestro entorno más cercano donde se produce un mayor gasto para refugiados y refugiadas. Como se puede observar en la siguiente tabla, la mayoría de este gasto se circunscribe a la UE, que dedica un 9,5% de su AOD total a cubrir los costes de la atención a personas refugiadas en sus propios países, 2,5 puntos más que el conjunto del CAD. Este 2,5% equivale a 2.198 millones de dólares y explicaría por sí mismo la mitad de la diferencia de la AOD de la UE respecto al conjunto de donantes.

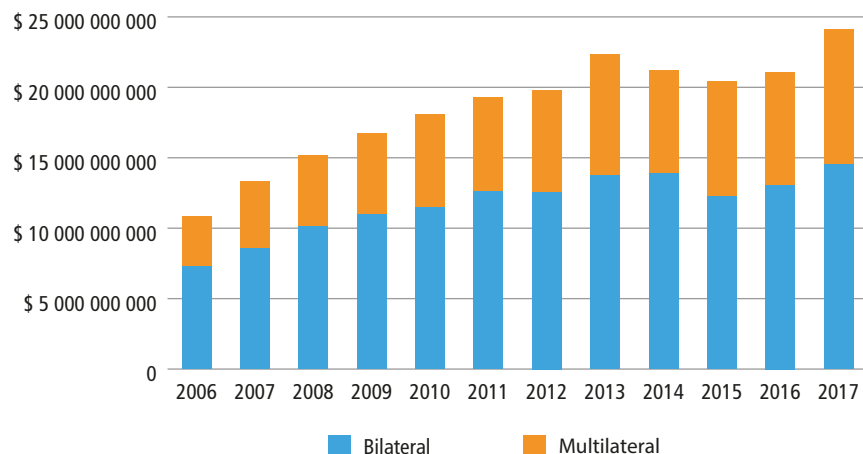


Fuente: Datos OCDE-CAD

2. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

En 2017 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD creció de manera muy relevante, un 14,6% respecto del año anterior, y confirma el cambio de tendencia que comenzó en 2016. Concretamente se destinaron a salud 24.091 millones de dólares, 3.000 millones más que en 2016. Este incremento se ha producido tanto en la ayuda bilateral como en la multilateral, aunque ésta última ha crecido ligeramente más que la ayuda bilateral. Hay que recordar que en 2016 la ayuda bilateral disminuyó y por lo tanto su incremento en 2017 es notable, el mayor en cifras absolutas en los últimos 12 años. Este aumento ha situado la AOD en salud en el 13,8%, recuperando la importancia que debe tener en el conjunto de la ayuda.

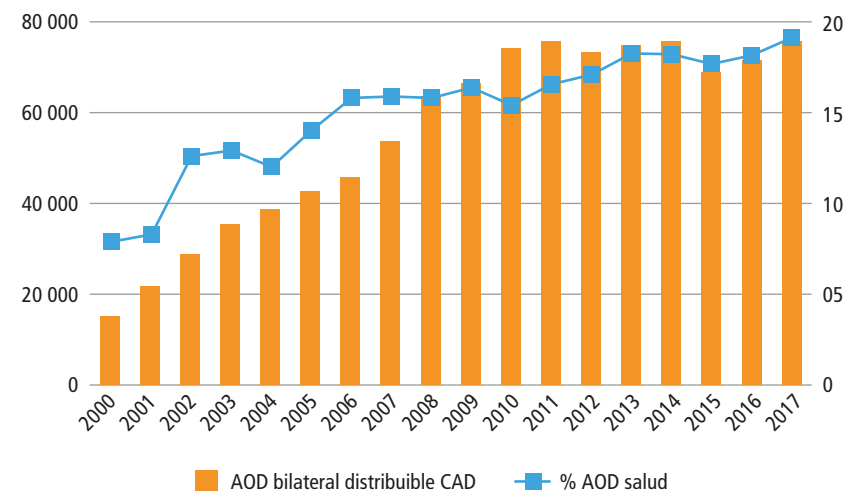
GRÁFICO 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE-Creditor Reporting System

Si se analiza solamente la AOD bilateral distribuible destinada al sector salud (la ayuda que los países pueden elegir donde enviar) se puede observar que porcentualmente y en cifras absolutas sigue creciendo en 2017. El porcentaje de AOD distribuible destinado a salud alcanza los 14.500 millones de dólares, el 19,23%, un punto más que en 2016. Esto supone que de cada cinco dólares que el conjunto de donantes destina libremente a cooperación una vez cumplidos los compromisos institucionales, uno va hacia el sector sanitario, lo que indica la importancia media que este sector tiene para los países donantes. A pesar de ello, estas cifras no pueden ocultar que se necesitan más recursos para poder cumplir los retos que supone el compromiso del ODS 3 en salud.

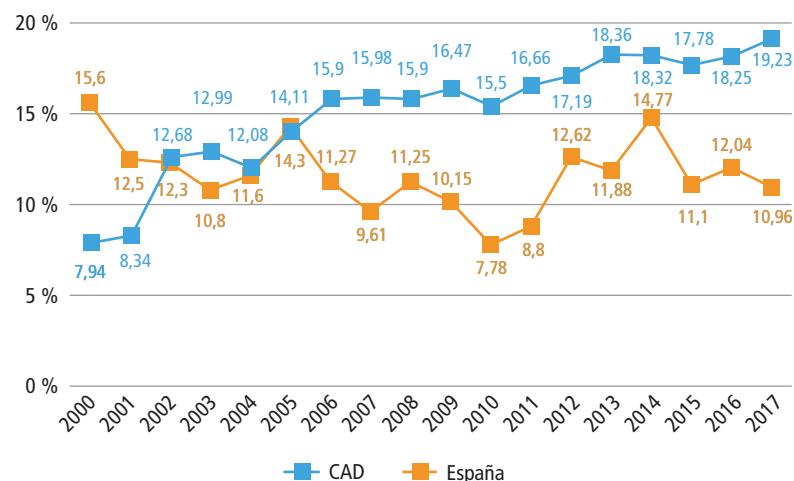
GRÁFICO 2.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE-Creditor Reporting System

¿Y cuál es el comportamiento de la cooperación española? El porcentaje que destina a la ayuda bilateral distribuible disminuye en 2017, pasando de 12,04% en 2016 a 10,96% en 2017. Con estas cifras, España, tal y como vemos en el siguiente gráfico, aumenta la brecha que tiene con el conjunto de los países donantes del CAD en cuanto a cooperación en salud, pasando esta diferencia de 6,22 puntos en 2016 a 8,27 en 2017, lo que le aleja de la convergencia respecto al conjunto del CAD. Un alejamiento que, salvo momentos puntuales, se viene produciendo desde 2006.

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



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE-Creditor Reporting System

Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, incrementan en 79 millones el presupuesto destinando en 2017 a AOD, fijándolo en 18.706 millones de dólares. Si analizamos las partidas destinadas a salud, observamos un incremento del 26% respecto a 2016, situándose en 928 millones de euros. A pesar de este importante incremento, necesario a todas luces, que sitúa la AOD en salud en algo menos del 5%, la brecha con la media de lo que destinan los países del CAD sigue siendo de más de 8 puntos.

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

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Total AOD	18.101,64	17.243,12	18.473,52	15.555,13	18.627,54	18.706,09
SALUD GENERAL	117,84	112,77	108,24	145,95	140,48	180,73
SALUD BÁSICA	304,12	422,70	403,19	335,39	483,41	597,35
SSySR	121,01	96,42	118,96	98,20	108,42	150,16
Total Salud	542,97	631,89	630,40	579,54	732,31	928,24
%Salud/Total	3,00%	3,66%	3,41%	3,73%	3,93%	4,96%

Fuente: OCDE-Creditor Reporting System

2.1. Nuevas iniciativas globales para financiar la salud

GLOBAL FINANCING FACILITY / MECANISMO DE FINANCIAMIENTO GLOBAL

Cada año, en los 50 países más pobres del mundo, mueren más de cinco millones de madres, niños y niñas a causa de enfermedades prevenibles. Es evidente que urge poner todos los medios a nuestro alcance para acabar con estas muertes prevenibles y hacerlo antes de 2030, tal y como recoge el ODS3. Quedan 11 años para ello y surgen iniciativas, como el Global Financing Facility (GFF), que están apostando fuerte por afrontar los principales problemas de salud y nutrición que afectan sobre todo a mujeres, niños, niñas y adolescentes.

El Global Financing Facility⁶ o Mecanismo de Financiamiento Global surge en 2015, durante la Conferencia de Financiamiento para el Desarrollo celebrada en Addis Abeba, para tratar de cubrir la brecha de financiamiento existente en el ámbito de la salud (calculada en más de 33 mil millones de dólares anuales), especialmente en la salud de mujeres, niñas y niños. De alguna manera esta iniciativa trata de cubrir la deuda que dejaron los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) relacionados con la salud, que fueron los que quedaron más alejados de sus metas.

El GFF apoya a los países de ingresos bajos y medianos bajos para acelerar el progreso en materia de salud y nutrición reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente, y fortalecer los sistemas de financiación y salud para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal. Para garantizar que este mecanismo global esté realmente alineado con las necesidades de salud específicas de cada país, es imprescindible el compromiso con la sociedad civil del país, compromiso que no siempre se ha dado como se ha denunciado desde diferentes organizaciones⁷.

Uno de los programas que financia este fondo es el movimiento de salud global "Every Woman, Every Child"⁸ ("Cada Mujer, Cada Niño"), iniciativa que potencia intervenciones sobre derechos sexuales y reproductivos en 67 países de bajos y medianos ingresos, movilizando la acción internacional y nacional de los gobiernos, el sector privado y la sociedad civil para abordar los principales desafíos de salud que enfrentan las mujeres, niños, niñas y adolescentes en todo el mundo.

Otro de los objetivos es invertir en sistemas de información de salud para poder proporcionar una mayor visibilidad y transparencia al destino que se da a los recursos.

6. El GFF recibe apoyo de los Gobiernos de Alemania, Burkina Faso, Canadá, Costa de Marfil, Dinamarca, Japón, Noruega, los Países Bajos, Qatar y el Reino Unido; la Fundación Bill y Melinda Gates; la Fundación Susan T. Buffett; la Comisión Europea; Laerdal Global Health, y Merck for Mothers.
7. <https://www.wemos.nl/en/creating-space-for-civil-society-engagement-in-the-global-financing-facility/>
8. <http://www.everywomaneverychild.org/global-financing-facility-and-partners-launch-a-call-for-proposals-to-scale-up-innovations-to-save-women-and-newborns-lives/>

La iniciativa incluye capacitar a las autoridades nacionales y otras personas responsables políticas, a donantes, socios y socias para que puedan explicar dónde y cómo se asignan y gastan los recursos que reciben.

Se trata de una buena iniciativa, especialmente para movilizar y optimizar los recursos de países con brechas significativas de financiación en el tratamiento, atención, prevención y promoción de la salud, que desde nuestro punto de vista puede mejorar si cubre algunas lagunas y fallas en el desarrollo y la implementación de los programas a nivel nacional. Hace referencia a temas relacionados con las siguientes áreas:

- Mayor involucración de las OSC en este proceso para contribuir de manera significativa a la implementación del programa nacional.
- Mayor alineación de donantes y un compromiso total en todos los procesos con todas las partes interesadas, clave en la construcción de estructuras de gobernanza.
- Solución estructural por parte del GFF a la escasez crónica de trabajadores y trabajadoras de la salud, por ejemplo, al no cubrir el déficit de fondos que necesitan los ministerios de salud para que puedan contratar la cantidad de personal necesario. Y esto es un problema importante, ya que dificulta el logro del objetivo de brindar atención médica de buena calidad a mujeres, niñas, niños y adolescentes.
- Reducción de las barreras financieras para acceder a la atención médica, particularmente las tarifas de la población usuaria. En muchos países elegibles para GFF, pacientes individuales y hogares ven obstaculizado o impedido el acceso a servicios de salud efectivos debido a barreras financieras.
- Poner todos los esfuerzos a su alcance para desde el GFF contribuir a la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) y no dejar a nadie atrás.
- Aclarar los riesgos de depender de los préstamos. El modelo de financiación del GFF tiene la intención de aprovechar la financiación adicional que tanto necesitan los Estados. El reembolso de los préstamos a mediano y largo plazo puede obligar a los gobiernos a reducir sus gastos en otras áreas, como servicios sociales esenciales.

Resultan positivas las contribuciones financieras adicionales, muy necesarias para mejorar la salud y el bienestar de mujeres, niños, niñas y adolescentes. Sin embargo, a medida que el GFF se expande, es crucial que su Secretaría aborde las preocupaciones descritas anteriormente para ayudar a garantizar una mayor efectividad y equidad.

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

Cada país ha trazado su propia senda hacia la CSU en función de su punto de partida, que seguro es singular y diferente al resto de países. No se duda de que el objetivo de todos los países, incluidos los catalogados como de ingresos bajos, es conseguir

proporcionar a su ciudadanía el acceso a servicios de salud de calidad; es decir, avanzar en la CSU. La pregunta que se viene haciendo desde el momento de gestación de los ODS, y que aún no tiene respuesta, es ¿cómo?

Son los países quienes deben liderar su propio desarrollo y definir el camino a seguir para alcanzar la CSU. El resto de protagonistas de la esfera internacional debe sumarse a la estrategia definida por el país y responder a sus prioridades en un contexto muchas veces cambiante, lo que sin duda dificulta el abordaje de los principales desafíos que debieran conducir a un mejor acceso a una atención médica de calidad y asequible.

Entre los desafíos más importantes situamos dos: (i) la búsqueda y coordinación de los diferentes actores que deseen apoyar el esfuerzo que realizan los gobiernos para poder implementar el “Plan de Salud” que han priorizado, y (ii) la movilización de los recursos financieros que necesita el plan para su desarrollo. Enfrentar estos retos requiere, en no pocas ocasiones, iniciativas nuevas, diferentes, como la que en 2018 impulsaron los gobiernos de Ghana, Alemania y Noruega, con el apoyo de António Guterres, Secretario General de las NNUU, solicitando a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que pusiera en marcha un “*Plan de Acción Mundial en favor de una Vida Sana y Bienestar para Todos*”.

Como resultado se anunció un compromiso histórico para hacer avanzar la acción colectiva y acelerar los progresos hacia el cumplimiento de la CSU. Bajo la coordinación de la OMS, 11 organismos multilaterales han decidido coordinarse y poner al servicio de los demás su saber hacer en materia de salud. Se trata de Gavi, la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización; el Mecanismo Mundial de Financiación (GFF, en sus siglas en inglés); el Fondo Mundial de lucha contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM, en sus siglas en inglés); el Programa Conjunto de las NNUU sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA); el Programa de las NNUU para el Desarrollo (PNUD); el Fondo de Población de las NNUU (UNFPA); el Fondo de las NNUU para la Infancia (UNICEF); Unitaids; la Organización de las NNUU para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres (ONU-Mujeres); el Grupo del Banco Mundial; el Programa Mundial de Alimentos (PMA); y la OMS.



9. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327844/9789243516431-spa.pdf>

El Plan de Acción Mundial se presentó en la Reunión de Alto Nivel sobre la CSU, celebrada en septiembre de 2019, planteando como objetivo mejorar la colaboración de estas 12 organizaciones mundiales a fin de impulsar las metas de los ODS relacionadas con la salud.

Los compromisos que asumen los organismos firmantes son cuatro:

1. Colaborar con los países para determinar mejor las prioridades y realizar conjuntamente la planificación y la ejecución.
2. Acelerar los progresos en los países mediante acciones conjuntas en el marco de temas programáticos específicos y en materia de igualdad de género y entrega de bienes públicos mundiales. Los siete ámbitos de aceleración son:
 - a. Una *atención primaria de la 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 costoeficacia.
 - 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 todas, 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*, fundamental para comprender las necesidades sanitarias, diseñar programas y políticas, orientar las inversiones y las decisiones en materia de salud pública, y medir los progresos.
3. Alinear, armonizándolas, las estrategias y políticas operacionales y financieras en apoyo de los países.

4. Rendir cuentas, examinando los progresos y aprendiendo de forma conjunta a efectos de mejorar la rendición de cuentas.

En la consulta pública online realizada, abierta muy poco tiempo, se plantearon desde la sociedad civil algunas cuestiones y comentarios que parecen muy pertinentes. Antes de entrar en los comentarios debe apuntarse que desde este informe se acoge con satisfacción esta iniciativa, pues se considera que la fragmentación en la cooperación internacional en salud es una dificultad para muchos de los países empobrecidos.

El primero de los comentarios a destacar es el que relaciona el hecho de que el Plan de Acción Mundial no tenga por objeto proporcionar o procurar recursos adicionales cuando, en su conjunto, estos organismos canalizan una tercera parte de toda la AOD para el desarrollo destinado a salud. Debe defenderse la idea de que se pueden obtener muchos beneficios mejorando la coordinación y la alineación de los esfuerzos, pero, en el punto en el que nos encontramos respecto al ODS3, se considera inexcusable un mayor y mejor financiamiento. Si todo sigue como hasta ahora, no se logrará la CSU. Es necesario mejorar la eficiencia y equidad del gasto sanitario y garantizar que los ámbitos principales, en particular la atención primaria de la salud y los bienes públicos mundiales, cuenten con financiación suficiente.

En segundo lugar, la iniciativa no presta la atención debida a los recursos humanos para la salud, ya que no aborda uno de los principales problemas a la hora de progresar en la CSU: la enorme escasez de profesionales de la salud. Este déficit, proyectado a 2030, es de 18 millones, siendo los países de ingresos bajos y medianos los más perjudicados. El Plan hace una mención mínima a este desafío, pero no parece que se quiera abordar. Y no se debiera olvidar que la columna vertebral de un sistema de salud que funcione bien es un cuadro de personal sanitario adecuado en número, bien formado, valorado y motivado.

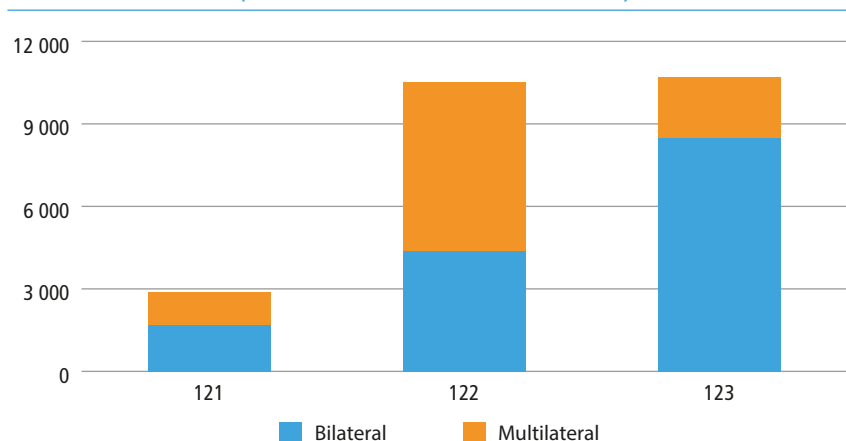
Debe destacarse la importancia que la propuesta da a la atención primaria de la salud, que considera base de la salud y el bienestar para todos y todas. Los sistemas de salud sólidos, basados en una atención primaria de la salud integral, son más eficientes y producen mejores resultados sanitarios y una mayor equidad. La atención primaria de la salud incluye el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la prevención y la promoción de la salud. Abarca e involucra a las personas en sus comunidades y lugares de trabajo y ayuda a hacer frente a los determinantes multisectoriales de la salud. Y ello en contraposición con aquellos países que centran sus esfuerzos en la atención hospitalaria con una asimetría de conocimientos entre personas proveedoras, planificadoras y usuarias.

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 se puede observar en el gráfico 2.8, la salud reproductiva sigue siendo el sector más financiado en 2017, con 10.702 millones de dólares, 1.300 millones más que en 2016. El 80% de esta cantidad se destina por la vía bilateral y solamente un 20% es multilateral. La salud básica prácticamente alcanza en 2017 a la salud reproductiva, con 10.508 millones de dólares, incrementando su presupuesto en 1.575 millones. Al contrario que la salud reproductiva, la salud básica recibió más dinero por la vía multilateral (un 61%) que por la vía bilateral. En tercer lugar, y a gran distancia, seguiría estando la salud general, con 2.881 millones de dólares, con un incremento de apenas 276 millones. Esta asimetría entre sectores se repite en los últimos años, lo que parece indicar una orientación estratégica por parte del conjunto de donantes. Como ya se dijo en el Informe de 2018, la distribución subsectorial se debería de analizar en el nuevo contexto de los ODS y, más concretamente, del ODS 3 de salud.

GRÁFICO 2.8. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2017 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE-Creditor Reporting System

Si se desglosa en sectores y subsectores CRS, tal y como aparece en la tabla 2.5, se observa que las diferentes partidas mantienen una cierta continuidad en cuanto a la diferencia que hay entre ellas, si bien hay alguna excepción como la *nutrición básica* o la *lucha contra enfermedades infecciosas* (12240 y 12250), 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 pudiera responder a algún tipo de compromiso o de estrategia común, aunque no hay constancia de ello.

En la salud general viene destacando de forma prominente el componente de *política sanitaria y gestión administrativa* (12110), que tradicionalmente es el más financiado dentro de este grupo. Sus cifras absolutas en 2017 no tienen apenas variación, un 6,5% menos que el año anterior, y supone el 61,2% de toda la salud general. Si vemos el conjunto de la AOD en salud, el subsector 12110 recibe escasamente un 7,3% del total, un punto porcentual menos que en 2016.

En salud básica la AOD está más repartida, si bien siguen siendo tres los componentes que acaparan casi toda la financiación. El primero de ellos es la *atención sanitaria básica* (12220), que obtuvo el 22,69% de todos los fondos destinados a la salud básica, siete puntos menos que el año anterior. Le sigue el *control de enfermedades infecciosas* (12250), con un 19,6%, dos puntos y medio menos que en 2016. Y en tercer lugar la *lucha contra la malaria*, que con un 10,1% baja diez puntos porcentuales respecto a 2016.

La *salud sexual y reproductiva* mantiene su enorme importancia. Lo más destacado es que el 71,8% de la AOD de este subsector se destina a la *lucha contra enfermedades de transmisión sexual*, que incluye el VIH/SIDA (13040) y el 16,6% a atención en salud reproductiva.

La distribución sectorial de la AOD en salud merece una reflexión, que debería ir focalizada a cómo la inversión en los diferentes componentes contribuyen a avanzar en la CSU, principal meta que todos los países hemos adquirido en salud. Al igual que viene ocurriendo en años anteriores, la lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis reciben el 45% del total de la AOD sanitaria del CAD, prácticamente igual que cuando acabaron los ODM en 2015. Si la CSU tiene que ser la prioridad en los próximos años en la salud, hay que volver a pensar sobre qué componentes sectoriales debemos poner el foco, evitando programas que debiliten los sistemas de salud locales y que no responden a esa visión más global del trabajo sanitario.

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

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
121	2.235,72	2.527,51	2.219,00	2.407,70	2.736,02	2.175,35	2.605,69	2.881,13
12110	1.609,88	1.793,20	1.556,94	1.610,12	1.916,83	1.388,15	1.765,67	1.766,05
12181	109,67	110,29	86,82	95,03	110,09	81,37	116,98	130,55
12182	194,09	257,06	270,99	328,05	306,12	284,93	288,22	496,93
12191	322,08	366,96	304,24	374,51	402,98	420,90	434,82	487,60
122	6.669,49	6.626,68	7.275,71	9.205,11	8.374,66	9.057,39	8.932,69	10.507,98
12220	2.316,25	2.397,64	2.625,66	3.225,67	2.884,73	2.823,76	2.646,05	3.062,67
12230	385,95	343,23	347,70	388,99	329,93	360,32	468,82	653,49
12240	365,14	408,10	564,88	939,36	934,95	861,69	856,11	986,13
12250	1.058,79	1.167,90	978,29	1.325,57	1.297,79	2.250,83	1.983,68	2.385,83
12261	64,71	84,91	118,39	166,58	130,82	81,99	100,58	166,34
12262	1.602,44	1.347,29	1.765,06	1.965,95	1.894,38	1.775,26	1.888,41	2.061,20
12263	787,07	784,62	773,57	1.086,10	779,92	754,40	870,61	1.065,14
12281	89,14	92,99	102,15	106,88	122,14	149,15	118,43	127,20
130	9.233,58	10.164,55	10.312,60	10.773,59	10.124,53	9.217,28	9.481,78	10.702,69
13010	274,43	307,14	398,01	356,87	432,94	289,90	234,84	331,75
13020	1.257,78	1.443,95	1.505,48	1.689,60	1.787,51	1.763,73	1.684,66	1.730,88
13030	491,79	585,13	732,58	753,27	893,25	858,07	668,40	808,28
13040	7.200,95	7.796,16	7.628,88	7.904,25	6.927,29	6.193,88	6.783,99	7.685,12
13081	8,63	32,17	47,65	69,60	83,54	111,71	109,89	146,66

Fuente: OCDE-Creditor Reporting System

ESPAÑA REGRESA AL FONDO MUNDIAL DE LUCHA CONTRA EL VIH/SIDA, LA TUBERCULOSIS Y LA MALARIA

El anuncio de Pedro Sánchez Pérez-Castejón, Presidente en funciones, en la Asamblea General de NNUU sobre la vuelta de España al Fondo Mundial de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria, con 100 millones de euros para los próximos tres años, da cumplimiento al consenso y empuje de todos los grupos parlamentarios, que en 2016 aprobaron por unanimidad una proposición no de ley (PNL) en la que se pedía al Gobierno la vuelta al Fondo Mundial con la mencionada cifra de 100 millones.

Este anuncio se produjo a pocas semanas de la Conferencia de Donantes, en la que el Fondo Mundial se marcó como objetivo recaudar, y lo logró, un mínimo de 14.000 millones de dólares para el período 2020-2022. España regresa a un fondo del que es considerado socio histórico, ya que entre 2003 y 2010 invirtió 724 millones de dólares, situándose entonces entre los diez donantes principales. Nos felicitamos por ello.

Dicho esto, la escasa implicación humana y financiera de la Cooperación Española en los foros multilaterales a lo largo de estos últimos años, hubieran requerido una reflexión profunda sobre cuáles son los principales desafíos a los que nos enfrentamos, si podemos resolverlos

desde el viejo multilateralismo o, por el contrario, debemos recurrir a un nuevo multilateralismo, más incluyente, eficaz y democrático, que debería contar más con las aportaciones de la sociedad civil. Apoyamos que este retorno se inicie con una aportación a un fondo global que tiene por objetivo mejorar la salud de las personas, pero pensamos que debería darse prioridad a las agencias, fondos y programas del sistema de NNUU. Experiencias anteriores han demostrado que instituciones globales de salud que luchaban de forma vertical contra enfermedades específicas debilitaron los sistemas de salud que presumiblemente iban a ayudar.

Hoy en día el mundo se enfrenta a múltiples retos en salud, que van desde brotes de enfermedades prevenibles por vacunación, como el sarampión y la difteria, el aumento de los reportes de patógenos resistentes a los medicamentos o los efectos en la salud de la contaminación ambiental y el cambio climático y las múltiples crisis humanitarias.

Para hacer frente a éstas y otras amenazas la OMS necesita también recursos que le permitan asegurar sus objetivos, que pasan por que 1.000 millones más de personas se beneficien del acceso a la CSU, que 1.000 millones más de personas estén protegidas frente a emergencias de salud y que 1.000 millones más disfruten de mejor salud y bienestar.

La vuelta de España al Fondo Global es una buena noticia, que debería tener continuidad con una mayor presencia de la Cooperación Española en las instituciones que tienen responsabilidad en la gobernabilidad de la salud, como es el caso de la OMS.

3.2. Distribución geográfica de la ayuda en salud

Al analizar la distribución geográfica de la AOD en salud en 2017, se puede observar que ha habido un aumento importante del volumen de ayuda que no está asignada geográficamente por países. Concretamente, el 20,35%, casi un punto y medio más que en 2016. Este comportamiento se da con más fuerza en la AOD general, donde la ayuda no especificada significa en 2017 un 23,87%, aunque disminuye este porcentaje respecto a 2016. La hipótesis más plausible es que este descenso sea debido sobre todo al aumento del volumen de la ayuda multilateral. Aunque es cierto que la ayuda multilateral es compleja de desglosar, este alto volumen dificulta el análisis geográfico de la AOD.

África, el continente que alberga las mayores carencias, recibe el 33,3% de la AOD general, lo que equivale a 58.157 millones de dólares, incrementando en 5.500 millones de dólares las cifras de 2016. También es el continente que más dinero recibe para salud, concretamente el 53,23% de toda la ayuda en salud, lo que indica una buena orientación geográfica, pues es el continente con peores indicadores de salud del mundo. Dentro del continente, es África subsahariana la región que más ayuda recibe para salud, concretamente algo más del 51% de toda la ayuda en salud.

Asia también incrementa la ayuda recibida en más de 4.500 millones, siendo la segunda región que más ayuda recibió en AOD general, casi 52.150 millones de dólares. También mantiene el segundo puesto en cuanto a AOD sanitaria con 4.860

millones, incrementando en 800 millones de dólares sus cifras, un incremento debido sobre todo al aumento de cooperación sanitaria con Oriente Medio.

La AOD destinada a América descendió en 1.594 millones de dólares, un 13% menos que en 2016, lo que coloca a América muy lejos en las prioridades del conjunto de donantes. Sin embargo, la ayuda sanitaria se incrementó en 86 millones, un 10% más.

Europa mantiene casi sin cambios la AOD que recibe de donantes, con una disminución de apenas 40 millones de dólares. La salud, sin embargo, ha crecido un 60% en 2017, alcanzando la cifra de 445 millones de dólares.

TABLA 2.6. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2017 (DESEMBOLSOS BRUTOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África		58.157,30	33,30%	12.823,15	53,23%
	Norte de África	5.509,56		105,34	
	África Subsahariana	49.586,22		12.432,56	
	África, regional	3.061,51		285,26	
América		10.751,63	6,16%	875,02	3,63%
	América Central y del Norte	5.422,46		609,18	
	América del Sur	4.699,92		176,13	
	América, regional	629,26		89,71	
Asia		52.149,68	29,86%	4.860,04	20,17%
	Lejano Oriente	11.461,49		1.427,21	
	Asia Central y del Sur	24.804,45		2.535,73	
	Oriente Medio	14.446,64		807,87	
	Asia, regional	1.437,11		89,23	
Europa		9.714,97	5,56%	445,40	1,85%
Oceanía		2.144,81	1,23%	185,70	0,77%
No especificado		41.710,85	23,89%	4.902,49	20,35%

Fuente: OCDE-Creditor Reporting System

El modelo de cooperación que se puede inferir del análisis de los datos expuestos en este capítulo sigue sin mostrar cambios relevantes con respecto a lo que se estaba haciendo antes de la aprobación de los ODS. Es necesario un esfuerzo rápido e importante del conjunto de donantes que permitan incorporar la nueva forma de entender la cooperación que se deriva de la Agenda 2030 en la AOD, y muy especialmente, en la AOD en salud, priorizando al planeta y a las personas por encima de otros intereses que han estado afectando a la cooperación desde hace muchos años.

DESCRIPCIÓN DE LOS SECTORES CAD Y SUBSECTORES CRS RELACIONADOS CON SALUD ACTUALIZADOS A 2019

El CAD de la OCDE, con el fin de catalogar y registrar a qué sectores se dirige la ayuda, define los llamados “Sectores CAD” y “Sectores CRS”. Se busca en ellos identificar el área específica de la estructura social o económica que se pretende potenciar con la intervención en el país beneficiario.

Los sectores CAD se caracterizan por tener tres dígitos y definen un sector o área general de intervención. Los sectores CRS cuentan con cinco dígitos, los cuales definen un sector característico o concreto.

Dentro de cada sector CAD hay un determinado número de sectores CRS. Cada sector CRS viene definido por un número de cinco cifras y están compuestos por los tres dígitos del sector CAD más dos dígitos específicos de cada CRS. En la última revisión realizada de los Sectores CAD y Sectores CRS, se han producido algunos cambios que afectan al sector salud como es la inclusión de un código 123 para enfermedades no transmisibles.

TABLA 2.7. DESCRIPCIÓN DE LOS SECTORES CAD Y SUBSECTORES CRS RELACIONADOS CON SALUD. ACTUALIZADOS 2019

LISTADO DE SECTORES CAD - CRS DE SALUD. / CREDITOR REPORTING SYSTEM			
CAD	CRS	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN / INFORMACION COMPLEMENTARIA
121		SALUD GENERAL	
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa.	Política de sanidad, planificación y programas; ayuda a ministerios de sanidad; administración de la sanidad pública; fortalecimiento y asesoramiento institucional; programas de seguro médico; actividades sanidad sin especificar.
	12181	Enseñanza / formación médicas.	Enseñanza médica y formación para servicios nivel terciario.
	12182	Investigación médica	Investigación médica general (exceptuando la investigación sobre la sanidad básica).
	12191	Servicios médicos	Laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluidos equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control enfermedades no infecciosas, control abuso medicamentos y fármacos [se excluye control tráfico de estupefacientes: (16063)].
122		SALUD BÁSICA	
	12220	Atención sanitaria básica	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programas de cuidados paramédicos y de enfermería; suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para atención sanitaria básica.
	12230	Infraestructura sanitaria básica	Hospitales regionales, clínicas y dispensarios y equipamiento médico correspondiente; se excluyen los hospitales y clínicas especializados (12191).
	12240	Nutrición básica	Suministro de ácido fólico-hierro, calcio, micronutrientes múltiples y suplementos equilibrados de proteína/energía para mujeres embarazadas y lactantes; provisión de vitamina A, zinc y suplementos de micronutrientes múltiples para niños; promoción de prácticas de alimentación para bebés y niños pequeños, incluida la lactancia materna exclusiva; provisión de alimentación complementaria a los grupos objetivo; gestión no urgente de la desnutrición aguda y otros programas de alimentación dirigida; fortificación de alimentos básicos, incluida la yodación de la sal; seguimiento del estado nutricional; desarrollo de políticas, monitoreo y evaluación, desarrollo de capacidades e investigación en apoyo de la ciencia y la implementación de las intervenciones mencionadas.
	12250	Control enfermedades infecciosas	Vacunación; prevención y control de enfermedades infecciosas y parasitarias, excepto malaria (12262), tuberculosis (12263), HIV/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual (13040). Están incluidas enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por un vector-agente portador, enfermedades virales, micosis, helmintiasis, zoonosis, enfermedades de otras bacterias y virus, pediculosis, etc.
	12261	Educación sanitaria	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización. Promoción de mejores prácticas de higiene personal, incluido el uso de instalaciones de saneamiento y el lavado de manos con jabón.
	12262	Control de la malaria	Prevención y control de la malaria
	12263	Control de la tuberculosis	Inmunización, prevención y control de la tuberculosis.
	12281	Formación personal sanitario	Formación de personal sanitario para asistencia sanitaria básica.

LISTADO DE SECTORES CAD - CRS DE SALUD. / CREDITOR REPORTING SYSTEM

123		Enfermedades no transmisibles	
	12310	Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en general	Programas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (ENT) que no se pueden desglosar en los códigos siguientes.
	12320	Control del consumo de tabaco	Medidas e intervenciones de población / individuo para reducir todas las formas de consumo de tabaco de cualquier tipo. Incluye actividades relacionadas con la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, incluidas medidas específicas de reducción de la demanda de alto impacto para un control efectivo del tabaco.
	12330	Control del uso nocivo del alcohol y las drogas	Prevención y reducción del consumo nocivo de alcohol y drogas psicoactivas; desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias, programas e intervenciones de prevención y tratamiento; identificación temprana y manejo de condiciones de salud causadas por el uso de alcohol y drogas [excluyendo el control de tráfico de narcóticos (16063)].
	12340	Promoción de la salud mental y el bienestar	Promoción de programas e intervenciones que apoyen la salud mental y la resiliencia al bienestar; prevención, atención y apoyo a personas vulnerables al suicidio. Excluye el tratamiento de la adicción al tabaco, alcohol y drogas (incluido en los códigos 12320 y 12330).
	12350	Otras formas de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles	Medidas de población/individuales para reducir la exposición a dietas poco saludables y la inactividad física y para fortalecer la capacidad de prevención, detección temprana, tratamiento y manejo sostenido de las enfermedades no transmisibles, incluyendo: Control de enfermedades cardiovasculares, prevención, detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares (incluyendo hipertensión, hiperlipidemia, cardiopatías isquémicas, apoplejía, cardiopatía reumática, cardiopatía congénita, insuficiencia cardíaca, etc.). Control de la diabetes: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y tratamiento de las complicaciones de todos los tipos de diabetes. Exposición a la inactividad física: promoción de la actividad física a través de un entorno construido de apoyo (diseño urbano, transporte), deportes, atención médica, escuelas y programas comunitarios y campaña en los medios de comunicación. Exposición a una dieta poco saludable: programas e intervenciones que promueven una dieta saludable a través del consumo reducido de sal, azúcar y grasas y un mayor consumo de frutas y verduras, como por ejemplo la reformulación de alimentos, el etiquetado de nutrientes, los impuestos sobre alimentos, la restricción de mercadotecnia de alimentos poco saludables, la educación y asesoramiento sobre nutrición e intervenciones basadas en entornos (escuelas, lugares de trabajo, aldeas, comunidades). Control del cáncer: prevención (incluida la inmunización, virus de la hepatitis B (VHB) y virus del papiloma humano (VPH)), diagnóstico precoz (incluida la patología), detección, tratamiento (por ejemplo, radioterapia, quimioterapia, cirugía) y cuidados paliativos para todos los tipos de cáncer. También se incluyen la implementación, mantenimiento y mejora de los registros de cáncer. Enfermedades respiratorias crónicas: prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas, incluido el asma. Excluye: control del uso de tabaco (12320), control del uso nocivo del alcohol y las drogas (12330), investigación para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles (12382).
	12382	Investigación para la prevención y control de las enfermedades no transmisibles	Investigación para mejorar la comprensión de las ENT, sus factores de riesgo, epidemiología, determinantes sociales e impacto económico; investigación trasnacional y de implementación para mejorar la operatividad de estrategias rentables para prevenir y controlar las ENT; vigilancia y seguimiento de la mortalidad, morbilidad, exposición a factores de riesgo de ENT y capacidad nacional para prevenir y controlar las ENT.
130		PROGRAMAS/POLITICAS SOBRE POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA	
	13010	Política sobre población y gestión administrativa	Políticas demográficas/ desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos inmigración y emigración; análisis investigación demográfica; investigación salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	13020	Atención salud reproductiva	Fomento salud reproductiva; cuidados prenatales y postparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión consecuencias del aborto; actividades maternas saludables.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación; actividades de información, educación y comunicación (IEC); distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.
	13040	Lucha contra ETS, incluido el VIH/SIDA	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del VIH/SIDA, como IEC; diagnóstico precoz; prevención; tratamiento; cuidados.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.

Fuente. Creditor Reporting System

LA POLÍTICA DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO EUROPEA
EN EL PRÓXIMO MARCO DE FINANCIACIÓN PLURIANUAL 2021-2027

Cristina Linaje Hervás

Equipo de Incidencia Política de Cáritas Española
(Organización miembro de la Coordinadora de ONGD)

La Unión Europea (UE) planifica su presupuesto con horizonte de largo plazo a través de un proceso de negociación complejo y extremadamente dependiente de la coyuntura doméstica de sus Estados Miembro (EM), así como de los difíciles equilibrios de poder entre las instituciones europeas. Una negociación clave que da forma a las prioridades y compromete los recursos para materializarlas, condicionando así las políticas europeas, incluida la política de cooperación, durante períodos de siete años, tanto en su fondo como en su forma. A pesar de ello, la atención que el proceso recibe en nuestro país no es proporcional a su importancia, menos aún si tenemos en cuenta que España está entre los cinco principales contribuyentes al presupuesto de la Unión, o que casi la mitad de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española de 2018 fue desembolsada vía instituciones europeas¹⁰.

Más de dos años después de haberse iniciado, el proceso de negociación continúa abierto y es previsible que no concluya hasta el segundo semestre de 2020. Su referencia es el paquete legislativo presentado por la Comisión Europea entre mayo y junio de 2018¹¹, sobre el que el Parlamento Europeo (PE) saliente ya emitió su posición con un informe aprobado en marzo de este año¹², que fue acogido positivamente por las organizaciones de la sociedad civil. Sin embargo, es importante tener en cuenta que será el Parlamento elegido en las elecciones europeas de mayo de este 2019 quien tome el relevo de la negociación una vez se haya activado, a inicios de noviembre, el diálogo tripartito denominado Trilogo. En el mismo, el Consejo Europeo y el Parlamento, con la mediación de la Comisión Europea, buscarán llegar a un acuerdo que requiera del apoyo unánime de los EM en el Consejo y del consentimiento del Parlamento.

Por su parte, el Consejo Europeo está teniendo dificultades para definir su posición conjunta. En tiempos del Brexit, a los EM se les acumulan las dificultades. Reino Unido es el cuarto mayor contribuyente al presupuesto de la Unión por lo que su salida deja un vacío que, conforme a la propuesta global de la Comisión, necesariamente implica un mayor esfuerzo de la Europa de los 27 (EU-27). Al mismo tiempo, un aumento de las contribuciones de cada EM lanzaría una señal de compromiso con una UE fortalecida, tras un largo periodo de crisis de identidad del proyecto de integración, pero no todos los países parecen estar por la labor. En definitiva, al momento de redactar este artículo, finales de septiembre de 2019, son aún muchas las incertidumbres y los debates abiertos que necesariamente deberán ser clarificados en los próximos meses.

La gestión migratoria como prioridad

Pero comencemos por el principio. Bajo el título “*Un presupuesto moderno para una Unión que proteja, empodere y vele por la seguridad*”, la propuesta de la Comisión se estructura

10. En concreto, de los 2.601 millones de euros presupuestados, 1.081 millones fueron aportaciones obligatorias a la UE, lo que representa el 41,5% del total de la AOD y el 47% de la AOD que aporta la Administración General del Estado.

11. Documentos de referencia disponibles aquí y aquí.

12. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0298_ES.html

en seis grandes capítulos o bloques de políticas públicas¹³, cada uno de ellos concretados en distintos instrumentos legales, que reflejan tres ejes de actuación prioritarios: la competitividad de la economía europea en la era digital, la gestión migratoria desde una aproximación marcadamente defensiva y el impulso de un frente común en materia de seguridad exterior. Prueba de ello es que los fondos para migración, gestión de fronteras y seguridad han sido prácticamente triplicados y suponen entre un 3% y 4% del presupuesto global¹⁴. Por su parte, ámbitos tradicionales de la UE, como la política de cohesión social o la política agrícola común, contarían con un 7% y 5% menos de recursos respectivamente. Toda una declaración de intenciones en tiempos de la Agenda 2030.

La política de cooperación para el desarrollo en la acción exterior europea

La acción exterior es posiblemente el ámbito donde de forma más explícita se concretan las dos características que recorren la propuesta presupuestaria de la Comisión para los próximos años: una mayor flexibilidad para hacer frente a necesidades imprevistas y circunstancias cambiantes, junto a una simplificación en la estructura interna del capítulo, que en la práctica implica pasar de los dieciocho instrumentos actuales a únicamente ocho. Con ello, la Comisión dice buscar una mayor coherencia y limitar la fragmentación actual, que estaría limitando la generación de sinergias entre instrumentos, y posibilitar así que la Unión “esté mejor equipada para perseguir sus objetivos y proyectar sus intereses, sus políticas y sus valores a escala mundial”¹⁵. El conjunto del capítulo cuenta con un montante presupuestario sin precedentes, 123 mil millones de euros en siete años, es decir un 30% más de recursos que en el presupuesto actual, aunque dicho incremento se explica en gran medida por la incorporación del Fondo Europeo para el Desarrollo (FED), hasta ahora gestionado extra-presupuestariamente.

Lo anterior se concreta en la propuesta de crear un gran programa denominado Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional (NDICI por sus siglas en inglés), dotado de 89 mil millones de euros, que absorbería hasta doce instrumentos vinculados con áreas como la política de vecindad, la paz y la estabilidad, los Derechos Humanos (DDHH) o la cooperación para el desarrollo, que actualmente cuenta con regulaciones específicas y se gestionan con cierta independencia. En definitiva, un “totum revolutum” de ámbitos estratégicos que puede generar un alto riesgo de debilitamiento de la política de cooperación para el desarrollo europea conforme a los objetivos definidos en los tratados¹⁶, para acomodar otras prioridades de corto plazo relacionadas con la seguridad exterior y la contención de los flujos migratorios. Como prueba de ello, la propuesta inicial de la Comisión no incorporaba entre los objetivos definidos en el articulado del instrumento su orientación hacia la lucha contra la pobreza y la promoción del desarrollo sostenible y el ejercicio de derechos en el

13. Cap.1 Mercado único, innovación y economía digital (15%); Cap.2 Cohesión y valores (34%); Cap.3 Recursos naturales y medioambiente (30%), en la que se inserta la Política Agrícola Común; Cap. 4 Migración y gestión de las fronteras (3%); Cap. 5 Seguridad y defensa (2%); y Cap.6 Vecindad y resto del mundo (10%). Un séptimo capítulo corresponde al funcionamiento de la administración pública europea, que absorbe el 7% del total de recursos.

14. En el Marco de Financiación Plurianual (MFP) 2014-2020 el gasto en materia de migración alcanzaba 9.600 millones de euros, representando un 0,85% sobre el presupuesto total. Conforme a la propuesta vigente para el MFP 2021-2027 el gasto ascendería a 34.900 millones de euros, lo que representa un 3% del presupuesto global, y un 4% si se tiene en cuenta el 10% de los recursos del Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación, que irían destinados al abordaje de las causas profundas de la migración, incluyendo la gestión migratoria y su gobernanza.

15. https://eur-lex.europa.eu/resource.html?uri=cellar:c2bc7dbd-4fc3-11e8-be1d-01aa75ed71a1.0019.02/DOC_1&format=PDF

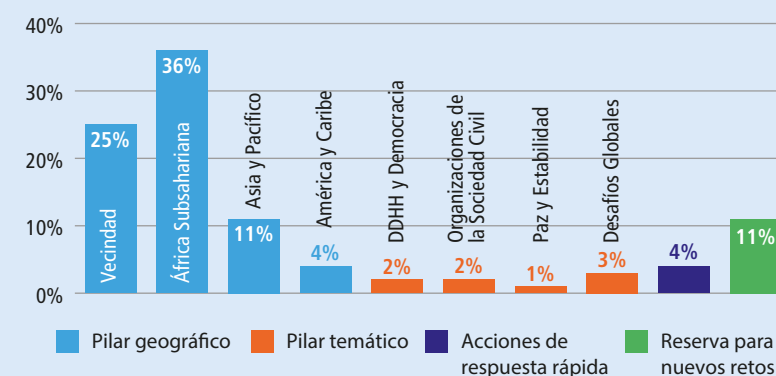
16. Conforme al art. 208 del Tratado de Funcionamiento de la UE (TFUE), el objetivo principal de la política de cooperación para el desarrollo europea es la reducción de la pobreza y, en el largo plazo, su erradicación.

marco de la Agenda 2030¹⁷. Tanto el PE como algunos EM han demandado un alineamiento más explícito y evidente del NDICI con dichos objetivos. Por su parte, la Acción Humanitaria (AH) continuaría siendo gestionada a través de un instrumento específico y contaría con un presupuesto global de 11 mil millones de euros, que supone más del 8% del monto global del capítulo de acción exterior.

¿Una política de desarrollo internacional para qué objetivos?

Internamente, el NDICI reparte sus recursos en cuatro pilares. El principal es el geográfico, que contará con el 76% de los recursos y dos focos de atención prioritaria: África Subsahariana y los denominados países de vecindad¹⁸, que conjuntamente absorben casi el 80% del presupuesto distribuido. África, además, es susceptible de recibir fondos adicionales provenientes del pilar temático y del de respuesta rápida, así como potencialmente también de la reserva. Asia y América Latina quedan a mucha distancia con apenas un 14% y 6% de los recursos totales del programa geográfico, respectivamente. Por su parte, el pilar temático, donde se incluyen las iniciativas vinculadas a áreas como los DDHH, el abordaje de los retos globales o el fortalecimiento de las OSC, apenas contaría con un 8% de los recursos, lo que supone un descenso de casi un 48% con respecto al MFP actual. El PE y algunos EM —entre ellos España— han manifestado la necesidad de ampliar el peso presupuestario de este pilar y, especialmente, del rubro de ‘retos globales’ en coherencia con un marco de trabajo en lógica de Agenda 2030.

INSTRUMENTO DE VECINDAD, DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la propuesta de la Comisión Europea para el Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional

17. Por el contrario, los objetivos planteados eran: (1) fomentar el diálogo y la cooperación con terceros países y regiones; (2) consolidar a nivel global la democracia, el estado de derecho y los DDHH, el apoyo a las organizaciones de la sociedad civil (OSC), y otros desafíos globales como la migración y la movilidad; (3) facilitar respuestas rápidas a situaciones de crisis, inestabilidad y conflicto, así como prioridades y necesidades de la política exterior.

18. Argelia, Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Egipto, Georgia, Israel, Jordania, Líbano, Libia, Moldavia, Marruecos, Territorios Palestinos Ocupados, Siria, Túnez y Ucrania. La Federación de Rusia se considera elegible para programas de cooperación transfronterizos.

Por último, la ya mencionada apuesta por una mayor flexibilidad en la gestión de los recursos toma forma en los dos programas restantes que conforman el NDICI. Por un lado, se reservarían cuatro mil millones de euros de fondos para financiar acciones de respuesta rápida para hacer frente a crisis emergentes, estableciendo vínculos con iniciativas desplegadas bajo el instrumento de AH. Además, se propone una reserva de hasta el 11% de los recursos del NDICI, lo que supone más de diez mil millones de euros no programables, de la que la Comisión podrá disponer para responder ante un amplio y poco definido tipo de circunstancias, a través de un proceso de toma de decisiones que tampoco parece claro. En tiempos en los que la relación de la UE con gran parte del mundo parece estar mediatizada por el sesgo anti-inmigración y otros intereses cortoplacistas, el riesgo de un uso discrecional y alejado de verdaderos objetivos de promoción del desarrollo sostenible parece una posibilidad más que real. En ese sentido, el papel de control sobre su gestión que pueda jugar el PE resultará clave.

Salvando los muebles: el papel de las prioridades transversales y los porcentajes sectoriales para orientar la programación y el gasto

Uno de los aspectos positivos de la propuesta es el compromiso de que al menos el 92% del gasto bajo este instrumento compute como AOD, porcentaje que podría incrementarse si el Consejo admite la propuesta del Parlamento de elevarlo hasta el 95%. Si bien es cierto que ello constituye una salvaguarda importante, lo cierto es que, en tiempos de ensanchamiento de las fronteras de la AOD, podría no resultar suficiente. Es por ello que las OSC europea están insistiendo en la necesidad de establecer porcentajes predeterminados de asignación por temáticas y prioridades transversales, que guíen el proceso de programación y sirvan de hoja de ruta en la definición de las actuaciones. El PE ha respaldado en gran medida esta visión y ha demandado la inclusión, dentro del articulado del instrumento, los siguientes compromisos: dedicar al menos un 20% de los recursos a Países Menos Adelantados (PMA); destinar el 20% del gasto a desarrollo humano e inclusión social; garantizar que el 45% de las iniciativas contribuyen a la lucha contra el cambio climático y la protección medioambiental (frente al 25% propuesto por la Comisión); o que el 85% de las acciones incorporen la dimensión de género como elemento significativo.

Sin embargo, este planteamiento se enfrenta a la visión de la Comisión y de algunos EM, quienes plantean que no tiene sentido predeterminar porcentajes de gasto por sectores o prioridades transversales, ya que éstas han de ser determinadas en base a las necesidades de desarrollo de cada país socio, concretadas vía el diálogo político con cada país. Llama la atención el recurso a este argumento cuando, por el otro lado, la propuesta de la Comisión sí que incluye que al menos un 10% de los recursos del NDICI se destine a *“abordar las causas profundas de la inmigración irregular y a apoyar la gestión migratoria y su gobernanza”*, un porcentaje que podría incluso incrementarse como consecuencia de la presión que están ejerciendo algunos EM. En la misma lógica, tampoco parece coherente que se haya incorporado el nivel de cooperación del país socio en materia de migración como uno de los criterios que condicionarían la asignación de los recursos.

¿Una cooperación europea con qué actores?

Hemos visto cómo el trabajo con las OSC se vincula con el pilar temático desde claves de fortalecimiento del espacio cívico y del trabajo en red para favorecer su implicación en el diálogo sobre la política de desarrollo. Sin embargo, la propuesta actual no ofrece excesiva claridad sobre cuál será la participación de las OSC y las organizaciones no gubernamentales para el Desarrollo (ONGD) en la implementación de los programas bajo el pilar geográfico, donde se ubica el grueso de los recursos.

Lo que sí que parece evidente es que el sector privado verá su papel reforzado en los próximos años ante el interés de la Comisión por atraer inversiones del sector privado adicionales a los recursos del NDICI. Los vehículos para ello serán principalmente dos: el Fondo Europeo para el Desarrollo Sostenible+ (FEDS+, que constituye una versión ampliada del actual FEDS), y el Fondo de Garantías Exteriores, destinado a apoyar las operaciones del FEDS+. En términos de volumen de recursos, la propuesta inicial de la Comisión alcanzaba los 60 mil millones de euros, pero no ha terminado de clarificar cuántos de esos recursos saldrían del presupuesto del NDICI. Algunas voces señalan que estaría entre los diez mil y once mil millones de euros, provenientes del pilar geográfico. La preocupación de las OSC en torno a este instrumento es alta, por distintas razones que no es posible abordar con profundidad en este artículo. Únicamente señalar que la dimensión que propone adoptar la Comisión con este instrumento no es razonable en base a la experiencia acumulada, que no ha sido capaz de mostrar de forma clara su adicionalidad ni impacto en desarrollo. Además, conforme a la regulación actual, no se establecen salvaguardas que aseguren que las operaciones financieras cumplan con estándares medioambientales y de DDHH, y no derivan en la privatización de derechos básicos como la salud o la educación.

En definitiva, al momento de cerrar este artículo son muchos aún los debates abiertos y las incertidumbres en torno a cómo quedará finalmente configurada la política de cooperación europea de los próximos años, más aún si tenemos en cuenta que se retoma el proceso con nuevos representantes en las instituciones europeas, tras las elecciones de mayo, y los cambios en el contexto político de algunos EM. Lo que sí parece claro es que la propuesta que está sirviendo de referencia para la negociación no es otra cosa que la puesta de largo de visiones y tendencias que ya se venían desplegando desde el espacio europeo en los últimos años: diplomacia comercial, gestión migratoria y aumento de la preocupación por la seguridad exterior. Un debate que merece la pena seguir, en la medida en que configurará el papel que la UE se siente llamada a desempeñar en un contexto global como el actual.

TABLA 2.8. INSTRUMENTO DE VECINDAD, DESARROLLO Y COOPERACIÓN INTERNACIONAL: CONTENIDO TEMÁTICO POR PROGRAMAS

Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional: contenido temático por programas	
Programa	Actuaciones
Programas geográficos	Buen gobierno, democracia, estado de derecho y DDHH. Lucha contra la pobreza, desigualdad y desarrollo humano. Migración y movilidad. Crecimiento económico y empleo decente. Seguridad, estabilidad y paz. Partenariados.
Programas temáticos	Objetivos específicos para países de vecindad: cooperación política, implementación de acuerdos de asociación, fortalecimiento de la cooperación regional y transfronteriza, integración progresiva en el mercado de la UE y de la convergencia en los marcos regulatorios, inversión y áreas de libre comercio. Estabilidad y paz Prevención de conflictos, construcción de la paz y preparación ante crisis. Asistencia para abordar amenazas globales, trans-regionales y amenazas emergentes. Desafíos globales Salud. Educación. Mujer e infancia. Migración y desplazamiento forzado. Trabajo decente, protección social y desigualdad. Cultura. Asegurar un medio ambiente sano y abordar el cambio climático. Energía sostenible. Crecimiento sostenido e inclusivo, trabajo decente e implicación del sector privado. Seguridad alimentaria. Fortalecimiento del papel de autoridades locales como actores del desarrollo. Buena gobernanza económica. OSC Espacio cívico en países socios y fortalecimiento de redes y alianzas de OSC. Diálogo con y entre OSC sobre política de desarrollo. Sensibilización, conocimiento e implicación de la ciudadanía europea sobre cuestiones de desarrollo. DDHH y Democracia Apoyo al fortalecimiento democrático, estado de derecho y la universalidad e indivisibilidad de los DDHH. Alianzas con OSC y protección a defensores y defensoras de DDHH. Promoción del multilateralismo en DDHH: Oficina del Alto Comisionado para los DDHH (OACDH), Corte Penal Internacional (CPI) y sistemas regionales.
Acciones de respuesta rápida	Contribución a la estabilidad y la prevención de conflictos en situaciones de urgencia, crisis emergentes, crisis y postcrisis. Fortalecimiento de la resiliencia y del nexo entre AH y Desarrollo. Abordaje de necesidades y prioridades de la política exterior.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de la propuesta de la Comisión Europea para el Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional

- En 2018 la AOD española alcanza el 0,20% de la renta nacional bruta, un porcentaje insuficiente para cumplir el compromiso del 0,7%, y muy alejado del 0,31% de la media del conjunto de donantes del CAD.
- El V Plan Director 2018-2021 de la cooperación española se ha puesto en marcha, lo que permite conocer los aspectos prioritarios para la cooperación española en los próximos años. No obstante, los datos de 2018 y la falta de un consenso político y de una previsión presupuestaria global y sectorial firme, nos indican que los objetivos de este Plan tienen riesgos de no cumplirse.
- La disminución de los presupuestos para salud en la cooperación española duplica la reducción de la AOD total en 2018, y provoca que el peso de la cooperación en salud respecto al conjunto de la AOD baje todavía más, hasta alcanzar un 2,47% del conjunto de la AOD española. Esta cifra le aleja aún más de la media del conjunto de donantes, que destinan el 13,8% a este sector, y que hace dudar del compromiso con la salud de la cooperación española.
- La cooperación descentralizada tiene una mayor apuesta por la salud que la cooperación estatal, y en 2018 supone el 43% del total de la AOD sanitaria española. No obstante, sigue siendo muy heterogénea y con mucha variabilidad de un año para otro, lo que le impide ser más eficiente y tener mayor impacto.

1. CONSIDERACIONES GENERALES

1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

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

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los siguientes códigos CAD¹: 121, 122, 123 y 130, que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica, enfermedades no transmisibles y políticas y programas de población y salud reproductiva.

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

- Según se explicita en la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud, la **AOD bilateral** es la ayuda oficial al desarrollo que la cooperación española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos, por distintas instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios, a través de las oficinas técnicas de cooperación (OTC) de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas, en muchos casos, a través de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.
- La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los “core funding” o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). En 2007, la Dirección General de Políticas de Cooperación para el Desarrollo (DGPOLDE) introdujo una variación en el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector

salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en este sector, se incluían también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente². Este sistema se ha utilizado hasta 2011; desde 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse.

- 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.

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

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

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

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

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

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

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

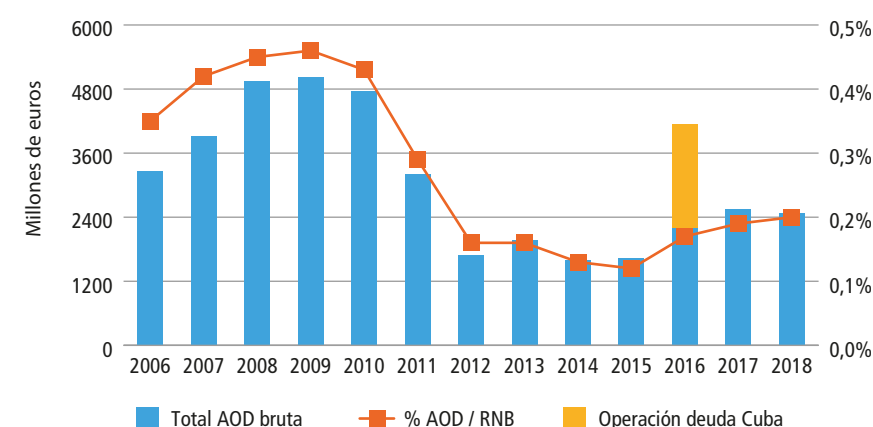
1.2. Datos generales de la AOD en 2018

La AOD bruta desembolsada en 2018 por España alcanzó los 2.483 millones de euros, lo que supone un 3% menos que en 2017, año en el que se destinaron a cooperación 2.560 millones de euros. Esta cifra de 2018, primer año del V Plan Director, está por debajo de lo previsto en la Propuesta de Presupuestos Generales del Estado que preveía 2.602 millones de euros (0,22%). A todas luces se trata de una cantidad insuficiente como recuerda la Coordinadora de ONGD de España (CONGDE) en el Informe *“La Ayuda Oficial al Desarrollo en los Presupuestos Generales del Estado (PGE) 2018”*³. No obstante, esta disminución en las cifras brutas de AOD no se refleja porcentualmente en los datos de cooperación española debido al incremento de la RNB; De hecho, las cifras de 2018 **representan el 0,20% de la renta nacional bruta**, mientras que el año anterior representaba el 0,19%, a pesar de ser mayores los fondos destinado a AOD. Aunque hay un leve incremento, a este ritmo de recuperación tardaríamos varios años en situar la cooperación española en la media del conjunto de donantes del CAD que, como vimos en el capítulo anterior, se mantiene en 2018 en el 0,31%.

El proyecto de presupuestos generales para 2018 preveía que el esfuerzo en AOD alcanzase el 0,22% de la RNB si bien la no ejecución de 119 millones sitúa el esfuerzo final de AOD en 0,20% sobre la RNB. Ni las personas más vulnerables ni la cooperación española pueden permitirse el lujo de dejar de ejecutar el 4,7% del presupuesto de AOD. El deterioro que sufre la AOD requiere de medidas de alcance que puedan recuperar primero y brindar después la Cooperación al Desarrollo. Y se puede. Reino Unido lo hizo aprobando una ley que comprometía el 0,7% para cooperación.

Al igual que sucediera en años anteriores, en 2018 se recibieron devoluciones de préstamos antiguos que se computaban como AOD por valor de 328.763.372 euros, casi 40 millones más que en 2017. Lo ingresado por este concepto supone el 13,2% del total destinado a AOD en 2018. Incluir estas devoluciones en el presupuesto de AOD es positivo si bien entendemos deberían contabilizarse como partidas extraordinarias, evitando así que se contabilicen varias veces los mismos recursos e inflando el esfuerzo final de la AOS de la cooperación española.

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA Y DEL PORCENTAJE SOBRE LA RNB 2006-2018 CON OPERACIONES DE DEUDA Y SIN OPERACIONES DE DEUDA EN 2016



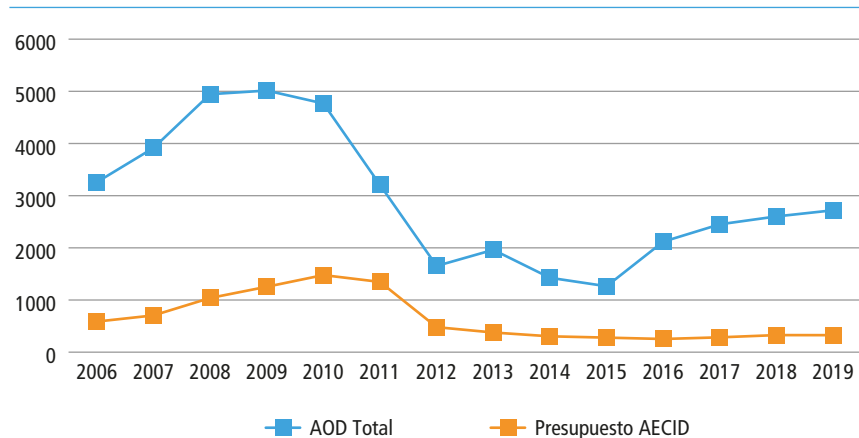
Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por las DGPOLDES

Observando la evolución de la cooperación española, el futuro no se puede ver con optimismo. El crecimiento del porcentaje destinado a cooperación es demasiado lento como para asegurar el cumplimiento de los compromisos con el 0,7%. Solamente en 2016, y por una operación extraordinaria de cancelación de deuda con Cuba que no debiera haberse computado como AOD (ver gráfico 3.1), la cooperación española tuvo un crecimiento notable en estos años. Es cierto que la cooperación española se debe dotar de la infraestructura suficiente como para poder desarrollar su labor de manera adecuada, pero si no existe una voluntad firme y rápida en apostar por la cooperación, va a ser imposible que España cumpla con el 0,7% en 2030, compromiso que fue ratificado por última vez en la Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo en julio de 2015 en Addis Abeba⁴. Con un crecimiento como el de los últimos años, apenas llegaríamos en esa fecha a un 0,32%. Las cifras absolutas tampoco invitan al optimismo. El crecimiento importante que hubo en 2016 se ha ralentizado, e incluso, como este último año, ha disminuido.

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

4. 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 ASIGNADO A LA AECID, 2006-2019



Fuente: Elaboración propia a partir de la Comunicación 2019 de la cooperación española y de los volcados de AOD publicados por las DGPODES

Si se habla de estructura para poder desarrollar las políticas de cooperación, deberemos hablar de la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID), órgano ejecutivo de la Cooperación Española. En 2018 se incrementa el presupuesto de AECID en 43 millones situándose en 327 millones. A pesar de este incremento, aún estamos muy lejos de los 1.478 millones de euros que la Agencia llegó a gestionar en 2010 y que representaban el 31% del total de gasto en AOD, mientras que en 2018 su presupuesto apenas constituye el 12%. Observamos con preocupación como la AECID, que debería ser la institución que fuera el resorte instrumental central en la ejecución de la política de cooperación, siga teniendo un papel poco relevante.

LA SALUD EN EL V PLAN DIRECTOR DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

Toda la política de cooperación española se debe enmarcar en su V Plan Director⁵, que fue aprobado en marzo de 2018. Este Plan establece las prioridades sectoriales y geográficas, define el contexto, los diferentes actores y el marco estratégico de la cooperación española, así como los mecanismos de evaluación adecuados. Su objetivo consiste en que la política española de cooperación internacional para el desarrollo cumpla con los compromisos de la

5. https://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/v_plan_director_de_la_cooperacion_espanola_2018-2021.pdf

Agenda 2030, bajo el lema de “no dejar a nadie atrás”. Pretende ser el primer paso para que todos los futuros Planes Directores mantengan un alineamiento con esta Agenda y ayuden a conseguir sus objetivos. Sin embargo, no define claramente las previsiones presupuestarias necesarias para poder desarrollar las metas de este Plan Director, lo que dificulta en gran medida los análisis y evaluaciones del Plan.

Este Plan Director está basado en la lucha contra la pobreza y la desigualdad, en la construcción de resiliencia y en la contribución a la provisión de bienes públicos globales, e integra coherentemente los siguientes principios transversales de la cooperación española: el enfoque basado en los derechos humanos, la igualdad de género, el respeto a la diversidad cultural y la sostenibilidad medioambiental.

La salud aparece nombrada específicamente en varios apartados. Concretamente, cuando menciona en este Plan Director la salud global dentro de los bienes públicos globales, la corrupción como un freno al acceso a los servicios básicos como la salud, un medio ambiente saludable como elemento fundamental en el desarrollo de las personas, la resiliencia como refuerzo de capacidades, específicamente en el cambio climático y sus efectos en salud, y sobre todo en la explicación de las metas que la cooperación española pretende trabajar en el ODS 3 para conseguir la Cobertura Sanitaria Universal (CSU):

- Mejorar la calidad de los sistemas nacionales de salud
- Reforzar el acceso a la salud sexual y reproductiva
- Reforzar el sistema sanitario para responder a emergencias sanitarias
- Apoyar el acceso a medicinas, vacunas y otros productos sanitarios esenciales

Este Plan menciona también las estrategias sectoriales y planes de actuación que la cooperación española ha ido desarrollando en los anteriores planes directores, y en ese sentido la salud ha sido un sector que siempre ha tenido relevancia y por lo tanto ha contado tanto con una estrategia sectorial como con un Plan de actuación. No obstante, también nombra que, dado que estas estrategias sectoriales se hicieron antes de la implementación de la Agenda 2030, hace falta una revisión que los adecúe a las nuevas prioridades.

En este sentido, la necesidad de definir el papel de la cooperación española en los asuntos de salud global y en como trabajar los determinantes de la salud, la necesidad de reestablecer la salud como un derecho fundamental de las personas por encima de otros intereses, saber cómo se va a fomentar la participación de las personas en las decisiones sobre su salud, quien y qué papel deben jugar en esa posible revisión de la estrategia sectorial los diferentes actores, especialmente la iniciativa privada lucrativa, o cuál es el valor añadido de la cooperación española en la CSU, son retos que debe afrontar esa futura revisión sectorial de la salud.

La política de cooperación al desarrollo ha sido considerada durante los años de crisis una política prescindible, que no tiene consecuencias políticas, a pesar de que existen unos compromisos internacionales firmados que habría que cumplir. La cooperación al desarrollo forma parte de la obligación del Estado dentro de su acción exterior, y constituye una política que contribuye a erradicar la pobreza e impulsar un desarrollo mundial más sostenible y equitativo, además de una política necesaria para relacionarnos con otros países en un mundo globalizado. La política de Cooperación Española es, en definitiva, la principal plasmación en política pública del compromiso

de la ciudadanía española con los países y comunidades que más sufren la desigualdad y la pobreza en sus múltiples dimensiones.

No podemos fomentar unos derechos humanos selectivos dependiendo de dónde vivas, o de cuánto dinero tengas, sino que hay que defenderlos para todas personas. En salud, por ejemplo, epidemias como las de ébola se toman como una amenaza global, no individual de cada país. Pero otros problemas tanto infecciosos como no transmisibles, afectan de manera global. La diabetes, la hepatitis o el cáncer son problemas mundiales, a los que debemos dar soluciones globales, analizando las causas comunes que tienen en su desarrollo en las diferentes partes del mundo. Hay que combatir las causas que provocan que, habiendo desarrollado soluciones que pueden resolver la mayor parte de la mortalidad materna infantil, ésta siga siendo una lacra en muchos países. Es cierto que hay que avanzar en la forma de entender la cooperación, no tanto como una ayuda bidireccional sino como una herramienta más junto con otras medidas que nos permitan vivir en un mundo más justo para todas las personas, pero eso no le exime de tener un papel relevante y una responsabilidad en el futuro desarrollo mundial.

2. LA AGENDA 2030 EN ESPAÑA

En 2015 España se comprometió junto al resto de los países de las NN.UU con la Agenda 2030, que representa el compromiso internacional para hacer frente a los retos sociales, económicos y medioambientales de la globalización, poniendo en el centro a las personas, el planeta, la prosperidad y la paz, bajo el lema de “no dejar a nadie atrás”. La Agenda plantea la necesidad de un crecimiento económico inclusivo y mayor cohesión y justicia social. La Agenda cuenta con 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) —169 metas y 232 indicadores- que son universales y que se aplican por igual a países desarrollados y en vías de desarrollo pues plantean el abordaje de la pobreza, la desigualdad y la degradación del planeta, y pretenden ser profundamente transformadores. Esa universalidad, su visión integradora y multidimensional del desarrollo y su apuesta por la sostenibilidad del planeta, son sus características más destacables. La evolución de la Agenda en los distintos países está siendo muy diversa. En España se puede decir que en su aspecto gubernamental no comenzó a andar hasta septiembre de 2017, cuando el Gobierno crea el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, cuya reunión inaugural fue el 23 de octubre del mismo año⁶.

6. http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/NotasDePrensa/Paginas/2017_NOTAS_P/20171023_NOTA132.aspx

El 29 de junio de 2018 el Consejo de Ministros aprobó el “Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030”⁷, con una participación de todos los Ministerios, y otros actores como CCAA, entidades locales y organizaciones sociales. Este Plan se considera como un primer paso para establecer una estrategia de desarrollo sostenible y se definen los elementos básicos y los primeros pasos que se deben dar para avanzar en su implantación. Paralelamente se crea un Alto Comisionado para la Agenda 2030 que depende directamente de Presidencia del Gobierno. En este Plan de Acción también se describen los nuevos 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. Desarrolla las denominadas políticas “palanca” con capacidad de acelerar la implementación de los ODS, de las que ya hablamos en el informe de 2018, y anuncia unas primeras medidas transformadoras, con sus correspondientes compromisos:

1. *Situar la Agenda 2030 en el centro de la identidad de España en el mundo, en la política europea y multilateral:* Impulsar decididamente el avance, implementación y ambición de la Agenda 2030 en la UE y en todos los foros e instituciones internacionales.
2. *Impulsar las alianzas para los ODS entre todos los actores como vectores de transformación:* Impulsar decididamente las alianzas inclusivas multiactor para los ODS, con la necesaria rendición mutua de cuentas, en acciones concretas alrededor de los ODS.
3. *Impulsar la educación para el desarrollo sostenible como un pilar fundamental: alcanzar la meta 4.7 en 2025:* Alcanzar la meta 4.7 en España en 2025, cinco años antes de 2030. Esta meta consiste en que en el 100% del alumnado en España adquiere los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para promover el desarrollo sostenible, entre otras cosas mediante la educación para el desarrollo sostenible y la adopción de estilos de vida sostenibles, los derechos humanos, la igualdad de género, la promoción de una cultura de paz y no violencia, la ciudadanía mundial y la valoración de la diversidad cultural y de la contribución de la cultura al desarrollo sostenible, entre otros medios”.
4. *Establecer un pacto para la comunicación de la Agenda 2030: Informar para conocer, sensibilizar para hacer, y comunicar para transformar:* Se alcanzará un Pacto por la comunicación de la Agenda 2030 entre todas las administraciones públicas y con los actores privados y de la sociedad civil, con la meta de conseguir que

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

en 2020, el 100% de la ciudadanía española conocerá la Agenda 2030 y estarán sensibilizados sobre el alcance de las transformaciones que conlleva.

5. *Impulsar la cultura como elemento clave para la transformación*: Impulsar decididamente la acción cultural para la difusión y apropiación de la Agenda 2030.
6. *Impulsar una función pública con los conocimientos y capacidades para implementar los ODS*: En 2022, el 100% de los empleados públicos de la Administración del Estado y de las empresas públicas conocerán la Agenda 2030, y quienes tengan responsabilidades directas en su implementación dispondrán de las competencias necesarias para ello.
7. *Alineamiento de los presupuestos de cada departamento ministerial con los ODS*: En 2020, se establecerá la relación entre los ODS y las políticas de gasto y programas que los desarrollan, permitiendo el análisis de asignación de recursos con ODS.
8. *Alinear la compra pública con los ODS*: La Estrategia Nacional de Contratación Pública incorporará la Agenda 2030 y, en particular, el ODS 12 (meta 12.7) en su marco general, objetivos y metas, y promoverá las medidas necesarias para utilizar las posibilidades de la contratación pública para apoyar los ODS.
9. *Establecer memoria preceptiva de impacto normativo en los ODS en la actividad legislativa*: En 2019 se dispondrá la obligatoriedad de acompañar toda normativa que se tramite en las Cortes Generales a iniciativa del gobierno del análisis de impacto normativo en la Agenda 2030 y los ODS.
10. *Alinear la Agenda 2030 y el Plan Nacional de Reformas*: La implementación de la Agenda 2030 y el progreso en los ODS se integrará en el Programa Nacional de Reformas que el Gobierno de España debe remitir anualmente a la Unión Europea, a partir del PNR 2019.

En cuanto al *ODS 3 de salud*, el Plan de Acción describe el interés en transversalizar los contenidos de la Agenda 2030 en la salud pública teniendo que integrar las 3 dimensiones de la Agenda, la social, la medioambiental y la económica. Pretende mantener el carácter universal, público y gratuito del sistema sanitario, y quiere establecer medidas preventivas de salud para todo el ciclo vital de las personas. Por último, apuesta por la innovación como elemento fundamental para luchar contra los problemas de salud actuales y por trabajar la salud en todas las políticas. Posteriormente el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación publicó el informe sobre el progreso de la implementación de la Agenda 2030 en España, donde se hacía una primera valoración de la evolución de ese Plan de acción. En cuanto a mecanismos de gobernanza, se ha generado una estructura donde aparecen 4 órganos: el grupo de Alto Nivel, el Consejo de Desarrollo Sostenible, la Comisión Na-

cional para la Agenda 2030 y una Reunión anual de Alto nivel de coordinación del resto de estructuras. Entre los avances podemos mencionar la intención de “recuperar la Cooperación Española al servicio de los ODS” si bien incluye la dificultad que supone tener que funcionar con presupuestos prorrogados. Finalmente destacar la mención a la necesidad de realizar una reflexión profunda con todas las partes implicadas en esta Agenda para identificar los puntos débiles del sistema de cooperación, del modelo y del ordenamiento legal, y poder así generar una nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo Sostenible.

Como conclusiones más destacadas, se presentan estas diez:

1. Se deben acelerar los ritmos de ejecución planificados, o no se van a cumplir los compromisos.
2. España ya cuenta con una gobernanza capaz de dar respuesta a los retos de coordinación.
3. Debe renovarse el impulso de las políticas públicas, priorizando un desarrollo sostenible e inclusivo, una transición energética justa, promover la economía circular, la movilidad sostenible y la economía con propósito, el desarrollo de la sociedad de la información y el conocimiento, la innovación en la investigación, apostar por establecer la educación para toda la vida, y una administración transparente y eficiente.
4. Redactar prioritariamente una “Estrategia para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (2020-2030)”.
5. Constituir alianzas multiactores.
6. Multiplicar las acciones de información, divulgación y sensibilización.
7. Establecer un mapa de indicadores.
8. Existe un alineamiento temporal de los mandatos de las corporaciones locales y la mayoría de los gobiernos autonómicos, lo que debe permitir una acción conjunta más fácil.
9. Hay que avanzar en la coherencia entre la acción interior e internacional, intensificando la incorporación de perspectiva de los ODS en la política exterior y las políticas de cooperación para el desarrollo.
10. La perspectiva de la Agenda 2030 se deberá enmarcar tanto en la acción interna como externa de la UE.

Es positivo que se estén dando pasos firmes para la vertebración real de los ODS en todas las políticas. Pero existen varios retos que hay que resolver. Es muy necesario que haya un acuerdo entre todos los partidos políticos, y autoridades a todos los niveles sobre qué y cómo quiere desarrollar España los ODS. Si no, corremos el riesgo de que cambios en la dirección política del país o de alguna institución pública

provoque parálisis, incluso retrocesos en la consecución de las metas de los ODS. La participación de la sociedad debe ser real, y existe todavía un desconocimiento profundo entre la sociedad española sobre qué son y significan los ODS. Sin recursos, incluyendo financiación suficiente, es imposible acelerar los compromisos. Y, por último, es muy importante que los indicadores midan realmente los avances en las metas, y no adaptar el éxito o no de las metas a los indicadores que se tengan.

3. AOD EN SALUD EN 2018

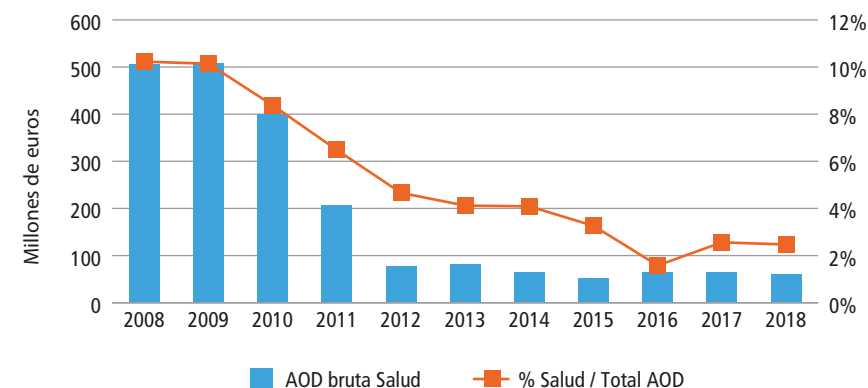
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2018

Ya hemos comentado que en 2018 la AOD española fue de 2.483 millones de euros, de los cuales se destinaron a salud 61.372.109 euros, disminuyendo en un 6,4% lo que se destinó a este sector en 2017. De hecho, esta disminución es el doble de la reducción de la AOD total, lo que indica que en 2018 la salud ha sido uno de los sectores más afectados a la hora de asignar sectorialmente los recursos. Estas cifras evidencian el peso de la salud en el conjunto de la AOD española, escaso si lo comparamos con la importancia que le dan la mayoría de los países donantes de nuestro entorno.

Si analizamos porcentajes, la cooperación en salud apenas representa un 2,47% del total de la AOD bruta en 2018, porcentaje algo inferior al 2,53% de 2017. Aunque leve esta disminución del peso de la salud en la cooperación nos aleja aún más de la media de gasto de los países CAD, que como hemos visto en 2017 se incrementó de media un punto porcentual, llegando al 13,8% del total de su AOD. Así que mientras el conjunto de donantes confirma su apuesta por el sector de la salud España, que cuenta con un sistema de salud universal y podría liderar con un discurso legítimo el objetivo de la Cobertura Sanitaria Universal, permanece con un perfil muy bajo, casi desaparecida.

No es un problema coyuntural de 2018. En el gráfico 3.3 se observa la evolución de la AOD bruta en salud. Tanto las cifras absolutas como el peso de la salud han tenido una evolución descendente desde 2008, exceptuando el leve incremento producido en 2017. Los 500 millones de euros destinados a salud en 2009 y 2010, son una cantidad casi 8 veces mayor que la destinada en 2018. Si analizamos porcentualmente observamos que en esos mismos años el peso del sector salud en el conjunto de la AOD alcanzaba el 10%. De haber mantenido esos porcentajes, en 2018 se estarían destinado 248 millones de euros, cuatro veces más de lo destinado en 2018. Y si destináramos a salud el porcentaje medio de los países del CAD, esta cifra se incrementaría hasta alcanzar los 342,6 millones de euros.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2018



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

Conocer realmente cual es la importancia que tiene un sector determinado en el conjunto de la AOD, como por ejemplo la salud, implica conocer la situación del resto de sectores para poder compararlo. Este ejercicio lo hacemos analizando la ayuda bilateral distribuible por ser aquella cuyo destino decide el donante y por tanto expresa mejor la intencionalidad del donante respecto a su distribución sectorial. Como vemos en la tabla 3.1, en los últimos años la salud está entre los 5 sectores que más financiación reciben por este canal de AOD bilateral distribuible. En 2018, la salud baja mínimamente del 10,96% al 10,85% siendo el quinto sector más financiado después de gobernabilidad (28,05%), multisectorial (14,95%), educación (12,57%) y agua y saneamiento (11,30%). Agricultura y ganadería, con 8,50% es el siguiente sector después de salud cerrando el círculo de sectores que tienen algo de peso en la cooperación española. En este análisis debemos tener en cuenta que el sector multisectorial puede alterar el peso real de algunos sectores, ya que éstos no aparecen desagregados. La ayuda distribuible tiene otro sesgo importante que debemos mencionar: la AOD distribuible ha disminuido enormemente en los últimos años, tanto en sus cifras absolutas como en su peso en el total de la ayuda española. Si en 2009 la AOD distribuible fue de 2.500 millones de euros y su peso en el conjunto de la AOD fue del 50%, en 2017 apenas alcanza los 404 millones de euros y un peso del 16,25% en el total de la ayuda. Estas cifras muestran el escaso margen de maniobra a nivel sectorial y la escasa relevancia de las decisiones políticas en la orientación sectorial de la cooperación española.

TABLA 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DISTRIBUIBLE POR SECTORES, 2014-2018

Sectores CAD	2014		2015		2016		2017		2018	
	Monto €	%	Monto €	%	Monto €	%	Monto €	%	Monto €	%
110 Educación	39.627.141	11,88	34.292.990	10,99	44.263.217	14,85	44.435.638	10,35	50.752.583	12,57
120+130 Salud	48.084.683	14,42	34.592.476	11,08	44.260.690	14,85	47.054.258	10,96	43.791.501	10,85
140 Agua y saneamiento	30.947.209	9,28	21.970.847	7,04	20.717.189	6,95	17.078.993	3,98	45.613.481	11,30
150 Gobernabilidad y sociedad civil	83.643.336	25,08	87.966.674	28,19	71.996.627	24,15	109.457.313	25,49	113.244.812	28,05
160 Otros servicios e infraest. sociales	23.425.044	7,02	32.538.167	10,43	23.356.421	7,84	25.255.759	5,88	22.406.133	5,55
210 Transporte y almacenamiento	680.652	0,20	665.111	0,21	1.033.053	0,35	8.651.336	2,02	6.687.180	1,66
220 Comunicaciones	215.647	0,06	249.843	0,08	108.891	0,04	834.013	0,19	593.566	0,15
230 Generación y suministro de energía	2.724.424	0,82	8.997.355	2,88	8.189.671	2,75	8.634.661	2,01	5.182.468	1,28
240 Servicios financieros	3.205.313	0,96	1.931.058	0,62	7.158.380	2,40	10.186.820	2,37	3.565.661	0,88
250 Empresas y otros servicios	1.752.366	0,53	558.867	0,18	849.182	0,28	1.607.323	0,37	2.102.625	0,52
311 Agricultura y ganadería	50.964.663	15,28	41.629.458	13,34	43.545.589	14,61	42.882.604	9,99	34.319.467	8,50
312 Bosques	718.943	0,22	732.287	0,23	254.662	0,09	584.065	0,14	479.367	0,12
313 Pesca	1.293.200	0,39	1.954.282	0,63	1.815.662	0,61	1.492.479	0,35	1.068.646	0,26
321 Industria	9.755.424	2,93	3.661.189	1,17	3.292.723	1,10	4.248.008	0,99	4.445.376	1,10
322 Minería y recursos minerales	20.477	0,01	11.829	0,00	19.220	0,01	19.772	0,00	6.400	0,00
323 Construcción	3.500	0,00			27.265	0,01	17.871	0,00	25.512	0,01
331 Políticas y regulaciones comerciales	567.957	0,17	205.465	0,07	65.124	0,02	306.691	0,07	734.027	0,18
332 Turismo	1.816.813	0,54	870.822	0,28	1.188.567	0,40	694.306	0,16	975.472	0,24
410 Medioambiente	14.779.434	4,43	5.886.759	1,89	2.822.740	0,95	6.567.601	1,53	7.389.458	1,83
430 Multisectorial	19.266.901	5,78	33.351.074	10,69	23.103.152	7,75	99.333.189	23,14	60.376.793	14,95
Total AOD bilateral distribuable	333.493.127	100	312.066.551	100	298.068.023	100	429.342.700	100	403.760.528	100
Total AOD bilateral	533.855.915		687.206.258		2.520.928.561		895.495.165		887.183.137	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	1.599.558.085		1.626.718.815		4.150.718.999		2.560.259.016		2.483.376.674	

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

La tabla 3.2 nos permite observar la desagregación por canales y actores de la AOD en salud. En 2018 el 66,7% de los fondos son canalizados a través de la ayuda bilateral, 1,5 puntos porcentuales más que en 2017. La ayuda multilateral baja 2 puntos, situándose en el 4,64%. Y la multilateral se mantiene prácticamente estable, con un 28,25% del total. En relación a la ayuda multilateral⁸, conviene destacar que en 2017 no se contabilizaron contribuciones voluntarias respondiendo el cien por cien de las contribuciones al criterio de “obligatorias”, mientras que en 2018 el 11% fueron contribuciones voluntarias. Es una realidad que los donantes presentan reticencias para aumentar los fondos destinados a este tipo de ayuda, ya que se pierde el control del destino de la misma. En todo caso, los países donantes, al canalizar fondos a través de esta vía buscan ganar influencia en las agencias multilaterales y ganar peso en el proceso de elaboración e implementación de las políticas de las agencias multilaterales. La ausencia del Multilateralismo conlleva irrelevancia internacional.

Si analizamos la contribución neta⁹ de la AOD en 2018, observamos que el peso de las devoluciones de préstamos que se computaron como cooperación sanitaria en ejercicios anteriores a 2012 son muy relevantes. De los más de 328 millones de euros ingresados en 2018 por devolución de préstamos, el 12,5% de los reintegros, algo más de 41 millones de euros, tienen su origen en préstamos que en su momento se otorgaron al sector salud. O lo que es lo mismo, si a los 61.372.109 euros destinados al sector salud le restamos los 41.282.949 euros recuperados de los préstamos a la salud, tenemos que la contribución neta ha sido de 20.089.160 euros; podríamos decir, en un ejercicio simplista, que el 67,3% del monto total destinado a salud en 2018 ha sido doblemente contabilizado en dos años diferentes. Aunque no es una solución totalmente satisfactoria, el retorno de estos fondos se debería destinar como extraordinarios al sector que los ha originado paliando así en parte la deficiente financiación que en este caso tiene el sector sanitario en la cooperación española.

El financiador que más aporta a la cooperación sanitaria sigue siendo el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC), 34 millones de euros si sumamos todos los mecanismos de financiación —multilateral, multilateral y bilateral— aunque disminuye en 3,6 millones su aportación con respecto a 2017. Esta cifra supone un 55,7% del total de la ayuda destinada al sector salud en 2018,

- Contribuciones de los países donantes a los organismos multilaterales de desarrollo (OMUDES) por medio de aportaciones obligatorias (que financian la actividad de los organismos) o voluntarias (para la ejecución de estrategias de actuación enfocadas al desarrollo de los países receptores). La gestión queda en manos de las agencias internacionales y su desembolso se efectúa a su propio criterio.
- La contribución neta se consigue restando al dinero gastado en cooperación sanitaria las cantidades que devuelven los países receptores de la ayuda por préstamos anteriores con sus respectivos intereses.

dos puntos menos que el año anterior. El segundo financiador más importante sigue siendo el conjunto de las CCAA con 22 millones de euros, el 35,8% de toda la ayuda en salud, incrementando su peso en 6,5 puntos porcentuales respecto a 2017. A continuación se sitúan las Entidades Locales (EE.LL) con 4,1 millones de euros y el 6,7% del total. La suma de estos tres financiadores suponen el 98% de toda la AOD destinada sanitaria española, lo que deja en mal lugar el compromiso hacia este sector del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSPSI) que, a nuestro entender, debieran tener un papel protagonista ya que tiene entre sus competencias, por citar algunas, la representación de España en foros globales como la OMS y la OPS. La contribución del MSPSI sigue siendo residual representando apenas el 0,39% del total de la ayuda, 242.512 euros.

TABLA 3.2. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD, 2018

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud Bruta: 61.372.108 € 100% Neta: 20.089.159 €	AOD bilateral Bruta: 40.944.500 € 66,7 % Neta: -338.449 €	No reembolsable 40.944.500 €	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	15.625.936
			Ministerio de Defensa	263.785
			Ministerio Sanidad, Consumo y Bienestar Social	242.512
			CCAA	20.208.532
			EELL	4.117.840
			Universidades	485.894
		Reembolsable ¹⁰ -41.282.949 €	Ministerio Industria, Comercio y Turismo	-41.282.949
	AOD multilateral 2.847.000 € 4,64 %	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	2.697.000	
		CCAA	150.000	
	AOD multilateral 17.580.607 € 28,65%	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	15.646.762	
		Contribuciones obligatorias: 15.646.762 €	CCAA	1.933.845
		Contribuciones voluntarias: 1.933.845 €		

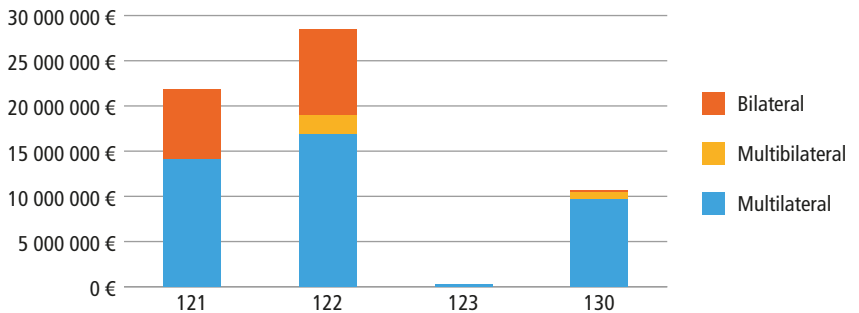
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES

10. Corresponde en su totalidad a reembolsos de créditos FAD anteriores a 2011

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 nos referimos únicamente a su rol financiero; hablamos de un mayor compromiso e implicación en aquellos foros internacionales donde se toman las decisiones sobre salud global. Ya hemos avanzado en varios informes la capacidad y el valor añadido que España tiene para poder influir en esas políticas mundiales de salud. En el marco del ODS 3 y la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), España puede presentar su sistema sanitario, con una apuesta decidida por la Atención Primaria de Salud, y su apuesta por la universalidad en el acceso. Para ello, es fundamental promover análisis rigurosos sobre los resultados del sistema sanitario español, que se centren en las virtudes y defectos en cuanto a la universalidad, equidad y eficiencia del sistema sanitario español respecto de otros, para poder mejorar sus prestaciones y poder ser un referente de CSU en los foros globales de salud, sabiendo que los sistemas deben adaptarse a las diferentes realidades de las culturas y países.

Si analizamos la distribución por canales de los subsectores de salud —en 2018 a los tres subsectores tradicionales de salud general, salud básica y salud reproductiva se añade el subsector sobre enfermedades no transmisibles (ENT)—, podemos observar que la salud bilateral sigue destacando en los cuatro subsectores. La ayuda multilateral aparece de forma relevante tanto en la salud general como en la básica, mientras que la multilateral tiene presencia solamente en salud básica y salud reproductiva. Los pocos recursos destinados para las ENT son a través de los canales de ayuda bilateral.

GRÁFICO 3.4. DISTRIBUCIÓN AOD SALUD SECTORIAL POR CANALES, 2018



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

En 2018 la ayuda multilateral, después de varios años de crecimiento, sigue la tendencia a la baja que comenzó en 2017 y disminuye respecto a ese año 948.710

euros, un 5,2%. Los 17.580.608 de euros destinados a este canal suponen una cifra 12 veces menor que en 2010, año en el que la cooperación española destinó la mayor cantidad de recursos a través de esta vía.

Como viene sucediendo en los últimos años, la ayuda multilateral del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación se destina a financiar exclusivamente a la OMS, con algo más de 6,1 millones de euros —3 millones menos que en 2017, y al IFFIm¹¹ con 9,4 millones, cifra igual a la destinada en los últimos dos años. No tiene mucho sentido que en una época donde los aspectos de la salud global son tremendamente importantes en las políticas de cooperación en salud, y donde se debe hacer una apuesta decidida porque la OMS siga liderando la gobernanza mundial en salud, evitando fragmentaciones y siendo el foro adecuado para consensuar las políticas de salud mundiales, la cooperación española decida reducir los fondos a esta institución. Las contribuciones voluntarias españolas en 2018 a la OMS se redujeron en casi un 60%, pasando de 1,6 millones de dólares a 656.448 dólares, y todo fueron contribuciones especificadas¹².

Esta falta de compromiso financiero con la OMS no es sólo de España como se puede ver si analizamos los presupuestos de la OMS. El presupuesto por programas para el periodo 2018-2019 establece “prioridades en consonancia con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y allana el camino para reforzar las sinergias entre el principal objetivo relacionado con la salud (el Objetivo 3, Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y otros Objetivos de Desarrollo Sostenible que influyen en los resultados sanitarios¹³”. El presupuesto total de la OMS para el bienio 2018-2019 alcanza los 4.421,5 millones de dólares, 81 millones más que en el bienio anterior 2016-2017. Si asumimos que la relación a la hora de redactar este informe entre el euro y el dólar es de 1,1, España reduce su aportación del 0,40% del total del presupuesto de la OMS al 0,30%.

El hecho de que los países hayan congelado sus contribuciones obligatorias a la OMS ha abierto las puertas para que las iniciativas privadas tengan cada vez un peso mayor en su financiación. La Fundación Bill y Melinda Gates aportó en 2018 casi 229 millones a la OMS, colocándose como el segundo financiador de esta institución, después de los 281 millones de Estados Unidos. Rotary International aportó 81 millones de dólares y Glaxo Smith Klane 5,4 millones de dólares. La gran mayoría de estas contribuciones van para programas determinados, por lo que la OMS no puede utilizar libremente ese dinero.

Preocupa también la falta de financiación hacia el UNFPA, la organización de NNUU que trabaja en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos tanto en contextos de desarrollo como en crisis humanitarias. La Cooperación Española lleva 7 años sin asignar fondos por la vía multilateral a UNFPA, si bien es cierto que ha mantenido la financiación por la vía multilateral, aunque lejos de los niveles de financiación anteriores a 2014. Esta falta de financiación es especialmente preocupante desde 2017, cuando la Administración Trump anunció que dejaba de financiar al UNFPA. Para la organización supuso un recorte de 69 millones de dólares anuales ya que Estado Unidos era su segundo financiador. Si bien es cierto que otros donantes han intentado compensar dicho recorte incrementando su financiación, es importante que países como España, comprometidos con la igualdad de género, la lucha contra la violencia de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos apoyen de manera efectiva al UNFPA, no solo con palabras sino con una financiación, especialmente por la vía multilateral, sostenida en el tiempo.

Respecto a la ayuda multilateral lo más significativo es que continua disminuyendo y en la actualidad apenas representa el 8,8% del dinero que se destinó en 2010. En 2018 se asignaron 2,8 millones de euros, un 35% menos que la cantidad consignada en 2017. La disminución se localiza principalmente en la OMS se ve recortada su asignación en 1,4 millones respecto a 2017, así como en la ausencia de financiación a tres organizaciones, UNICEF, SICA y UNITAID, que habían recibido fondos en 2017. Veremos si se trata de una decisión coyuntural o estructural. Quien crece, aunque sea poquito, es UNFPA que pasa de 100.000 euros a 600.000. UNRWA, OPS y FAO son los otros organismos internacionales que reciben financiación por esta vía. Si bien se trata de cantidades pequeñas, lo cual requiere su propio análisis, destacamos la aparente ausencia de criterios a la hora de decidir a qué organismo se destinan los fondos, por más que uno trate de sumar un razonamiento lógico. La incertidumbre a la hora de elegir organismo al que destinar fondos, por escasos que estos sean, no ayuda a cumplir con el criterio de previsibilidad que exige cualquier institución.

11. The International Finance Facility for Immunization.

12. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_INF5-en.pdf

13. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_7-sp.pdf?ua=1

TABLA 3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2011–2018 (EN EUROS)

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MAEUEC	NACIONES UNIDAS	27.353.331 €	7.371.586 €	16.861.877 €	7.919.865 €	9.212.540 €	9.299.855 €	9.054.318 €	6.171.762 €
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola								
	UNFPA- Fondo de Población de NNUU	9.500.000 €				15.000 €			
	OMS - Organización Mundial de la Salud	6.821.223 €	7.010.186 €	16.861.877 €	7.919.865 €	9.197.540 €	9.299.855 €	9.054.318 €	6.171.762 €
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA	2.669.515 €							
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	650.952 €							
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	3.850.681 €							
	WFP - Programa Mundial de Alimentos	2.415.508 €							
	UNRWA	1.445.452 €	361.400 €						
	OTROS ORGANISMOS	8.595.371 €	8.717.537 €	9.238.125 €	9.346.490 €	9.238.125 €	9.475.000 €	9.475.000 €	9.475.000 €
	AIM - Alianza Internacional de Microbidas								
	GfATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis								
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida								
	IFFim - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	8.595.371 €	8.717.537 €	9.238.125 €	9.346.490 €	9.238.125 €	9.475.000 €	9.475.000 €	9.475.000 €
	IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar								
	OIM - Organización Internacional de las Migraciones								
	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos								
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización								
	SUBTOTAL MAEUEC	35.948.702 €	16.089.123 €	26.100.002 €	17.266.355 €	18.450.665 €	18.774.855 €	18.529.318 €	15.646.762 €

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MEH	INSTITUCIONES FINANCIERAS	15.693.476 €							
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	15.168.702 €							
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo	524.774 €							
	BASD - Banco Asiático de Desarrollo								
	UNION EUROPEA	31.432.078 €							
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	22.472.025 €							
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	8.960.052 €							
	SUBTOTAL MEH	47.125.553 €							
MSSI	OMS - Organización Mundial de la Salud								
	SUBTOTAL MSPSI								
CCAA	OMS - Organización Mundial de la Salud						485.678 €		1.658.846 €
	ACNUR								75.000 €
	UNRWA								200.000 €
	SUBTOTAL CCAA						485.678 €		1.933.846 €
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		83.074.255 €	16.089.123 €	26.100.002 €	17.266.355 €	18.450.665 €	19.260.533 €	18.529.318 €	17.580.608 €

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDESv

TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR, 2011– 2018

ORGANISMOS RECEPTORES	2014	%	2015	%	2016	%	2017	%	2018	%
GFATM										
FNUAP	1.500.000 €	26,39	200.000 €	3,96	500.000 €	26,87	100.000 €	2,30	600.000 €	21,07
OPS					250.000 €	13,44	300.000 €	6,90	297.000 €	10,43
UNICEF	2.809.000 €	49,43	2.100.000 €	41,58			50.000 €	1,15		
DNDi										
MMV - Medicines for Malaria Venture										
Medecines for Malaria Venture										
UNRWA	24.000 €	0,42	900.000 €	17,82	100.000 €	5,37	758.000 €	17,43	650.000 €	22,83
OMS	1.000.000 €	17,60	1.500.000 €	29,70	810.500 €	43,56	2.441.420 €	56,13	1.000.000 €	35,12
OIEA										
PNUD										
CEDEAO										
ONUSIDA										
Banco Mundial										
OEA - Organización de Estados Americanos										
Organización de Estados Americanos			180.000 €	3,56						
ACNUR										
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	100.000 €	1,76	170.000 €	3,37						
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos										
UE										
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas										
BID										
SEGIB										
MSF										
FAO	250.000 €	4,40			200.000 €	10,75			300.000 €	10,54
SICA							200.000 €	4,60		
UNITAID							500.000 €	11,50		
TOTAL	5.683.000 €	100	5.050.000 €	100	1.860.500 €	100	4.349.420 €	100	2.847.000 €	100

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

3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud

En 2018 las enfermedades no transmisibles (ENT) pasan a componer un subsector del CAD, aunque los fondos consignados a este capítulo por la cooperación española ha sido residual, apenas el 0,45%. No tenemos datos suficientes para afirmar si los pocos fondos destinados a este subsector se debe a que las enfermedades no transmisibles no forman parte de las prioridades de la cooperación española o al hecho de que al tratarse del primer año no se ha podido afinar los marcadores.

Con respecto a los tres sectores tradicionales, se mantienen las tendencias de los últimos años. Salud básica es el sector más financiado, consignando el 46,46% de la ayuda, seguido de salud general con un 35,68% y, por último, la salud sexual y reproductiva con el 17%.

Tampoco hay grandes variaciones en cuanto a la relevancia de los componentes CRS dentro de cada subsector. En el subsector salud general sigue destacando el componente de política sanitaria y gestión administrativa (código CRS 12110), al que se destinó el 21,09% del total de la AOD en salud, si bien ha bajado 7 puntos en relación a 2017, lo que provoca que ya no sea el subsector en el conjunto de salud más financiado, sino que se queda en segundo lugar. La reducción a las contribuciones de la OMS puede ser una explicación a esta pérdida de peso. Las partidas destinadas a investigación médica (código CRS 12182) suponen un 8,45% del total de la ayuda en salud, y los servicios médicos (código CRS 12191) un 4,20%. Ambas partidas crecen ligeramente en 2018. Por último, la enseñanza y formación médicas se queda en un 1,94% del total de la AOD sanitaria española.

En el subsector de salud básica destacamos sobre todo la financiación consignada a atención sanitaria básica (código CRS 12220) que, con un 31,58%, se coloca como el subsector CRS que más dinero recibe en el conjunto. Se produce un incremento sensible que se debe principalmente a las aportaciones multilaterales, aportaciones que en años anteriores acostumbraban a tener como destino el control de enfermedades infecciosas (código CRS 12250). Este cambio implica que enfermedades infecciosas pasa a ser financieramente un sector residual con el 0,68% cuando tradicionalmente venía siendo el más financiado. Finalmente indicar que nutrición básica (código CRS 12240) con el 8,19% sigue teniendo cierto peso en el total de la AOD en salud.

En cuanto a salud sexual y reproductiva indicar que atención en salud reproductiva el único subsector con un cierto peso, con un 13,39%, siendo el tercer componente del conjunto de la salud más financiado. Como en los últimos años, 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. Todas ellas en su conjunto apenas alcanzan el 3,97% del total de la ayuda en salud.

Si bien existe una tendencia en la cooperación española en concentrar sus esfuerzos en unos pocos subsectores en los últimos años, algunas variaciones tan drásticas como en la lucha contra enfermedades infecciosas que se ha producido en 2018, deberían de ser fruto de una reflexión y planificación a medio plazo. Por otro lado, manejando un presupuesto tan exiguo como el actual, es positivo dar continuidad a unas prioridades subsectoriales para intentar tener un mayor impacto y una mayor previsibilidad de la ayuda.

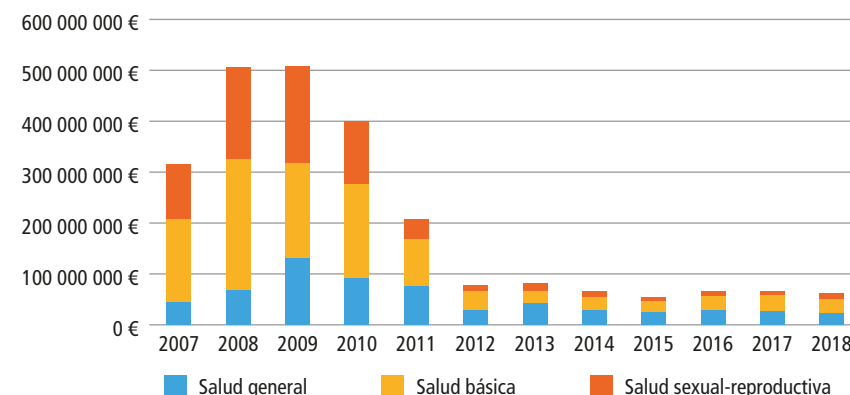
TABLA 3.5. DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD POR CANALES Y SUBSECTORES CAD/CRS, 2018

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	14.066.976 €	0 €	7.830.608 €	21.897.584 €	35,68%
12110	5.114.153 €		7.830.608 €	12.944.760 €	21,09%
12181	1.189.838 €			1.189.838 €	1,94%
12182	5.183.887 €			5.183.887 €	8,45%
12191	2.579.099 €			2.579.099 €	4,20%
122	16.865.239 €	2.097.000 €	9.550.000 €	28.512.239 €	46,46%
12220	9.082.319 €	750.000 €	9.550.000 €	19.382.319 €	31,58%
12230	942.608 €			942.608 €	1,54%
12240	4.728.771 €	300.000 €		5.028.771 €	8,19%
12250	269.935 €	150.000 €		419.935 €	0,68%
12261	751.797 €			751.797 €	1,22%
12262	20.828 €	748.500 €		769.328 €	1,25%
12263	4.607 €	148.500 €		153.107 €	0,25%
12281	1.064.375 €			1.064.375 €	1,73%
123	304.098 €	0 €	0 €	304.098 €	0,49%
12310	60.419 €			60.419 €	
12330	135.139 €			135.139 €	
12340	101.875 €			101.875 €	
12350	5.665 €			5.665 €	
12382	1.000 €			1.000 €	
130	9.708.188 €	750.000 €	200.000 €	10.658.188 €	17,37%
13010	1.012.392 €	500.000 €		1.512.392 €	2,46%
13020	7.768.651 €	250.000 €	200.000 €	8.218.651 €	13,39%
13030	61.250 €			61.250 €	0,10%
13040	332.010 €			332.010 €	0,54%
13081	533.885 €			533.885 €	0,87%
TOTAL	40.944.501 €	2.847.000 €	17.580.608 €	61.372.109 €	100%

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

La evolución a lo largo de los últimos años de los subsectores de la AOD, nos muestran el brutal recorte en recursos destinados a salud en todos los subsectores del CAD. Y principalmente se ha dado en salud reproductiva, que ha pasado de ser el segundo sector más financiado cuando la cooperación española destinaba muchos más recursos a salud a ser con diferencia el que menos recursos recibe, excluyendo las enfermedades no transmisibles, que como ya hemos comentado es un subsector nuevo y escasamente financiado todavía.

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2018



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

3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud

Lo primero que observamos es que el 42,65% de la AOD en Salud (26,1 millones) no se puede asignar geográficamente lo que inevitablemente resta practicidad a este análisis y cuestiona el ejercicio de transparencia y rendición de cuentas exigible a cualquier institución. La trazabilidad de los fondos debería ser una prioridad para todos.

En 2018 la ayuda en salud canalizada hacia África supone el 28,29%, un 1,38% menos (2,1 millones) que en 2017. África subsahariana continúa siendo el área geográfica más financiada habiendo sufrido un recorte de apenas 250 mil euros, siendo el Norte de África quien absorbe de nuevo la reducción de fondos que sufre la región y que ascienden a 1,7 millones de euros respecto a 2017.

América incrementa en 500 mil euros los fondos destinados a salud. Por regiones se produce un aumento de 950 mil euros en América del Sur y una disminución de 700 mil euros en América Central y Caribe que siendo la mayor receptora de fondos en el continente con algo más de 7,5 millones de euros.

Asia también ve recortada la asignación de fondos en unos 500 mil euros si bien, dada la escasez de recursos que consigna la región, representa el 41,4% respecto a 2017. Casi toda la ayuda se concentra en el Sur de Asia.

Finalmente apuntar que Oriente Medio crece ligeramente y Europa como receptora de cooperación sanitaria prácticamente desaparece. El hecho de que exista un porcentaje de fondos tan elevado que no podamos especificar geográficamente, hace que no podamos afirmar, sin temor a equivocarnos, si existe variaciones en las prioridades geográficas como parece deducirse del análisis del destino de los fondos que si podemos consignar geográficamente.

En cualquier caso, consideramos acertado que la mayor asignación de fondos sea para la región de África subsahariana, pues aunque la salud africana ha experimentado en los últimos años una mejora significativa, con un incremento por ejemplo en la esperanza de vida saludable, esta mejora sólo podría mantenerse y aumentar si los países pudieran mejorar considerablemente la prestación de los servicios esenciales de salud que se prestan a la población.

TABLA 3.6. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD, 2018

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2018	%
ÁFRICA	17.360.062 €	28,29%
Norte de África	1.522.808 €	
África Subsahariana	15.816.255 €	
No especificado	21.000 €	
AMERICA	13.878.821 €	22,61%
América Central y Caribe	7.503.474 €	
América del Sur	5.978.208 €	
No especificado	397.139 €	
ASIA	713.216 €	1,16%
Asia Oriental	27.500 €	
Asia Central	50.000 €	
Sur de Asia	635.716 €	
No especificado		
OCEANIA		0,00%
ORIENTE MEDIO	3.208.442 €	5,23%
EUROPA	34.700 €	0,06%
PVD No Esp.	26.176.867 €	42,65%
TOTAL	61.372.109 €	

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

En el V Plan Director se han definido 21 países prioritarios para la acción de la cooperación española. En 2018 los países definidos como prioritarios por la cooperación española han recibido el 85,89% de la AOD en Salud, porcentaje muy similar a 2017. El 14% restante ha tenido como destino países prioritarios de la cooperación descentralizada que no son coincidentes con los países que aparecen como prioritarios en el V Plan Director. En cualquier caso se trata de un porcentaje asumible en la diversidad de actores que confluyen en la cooperación española, actores que reclaman otra mirada que no sea la de la subordinación.

TABLA 3.7. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD EN FUNCIÓN DE LAS PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL V PLAN DIRECTOR, 2018

PRIORIDADES V PD	AOD SALUD 2018	%
Países de asociación	29.557.189 €	85,89%
Otros países	4.854.969 €	14,11%
TOTAL Especificada	34.412.159 €	100%
No Especificada	26.959.950 €	

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

En el análisis según los niveles de renta de los países receptores, observamos que del presupuesto asignado geográficamente, más del 25,7% se destina a Países Menos Avanzados (PMA). Este porcentaje es 1,2 millones más que en 2017 y se recuperan las cifras de 2016, lo que se traduce en un aumento de 3,5 puntos, frenando su tendencia al descenso que comenzó en 2014. Es una buena noticia que la cooperación española mantenga su tendencia de destinar al menos el 20% de su presupuesto a los PMA, ya que son quienes más problemas de salud sufren. Sin embargo, el grupo de países de renta media-baja reduce su asignación de una manera sustancial, 2,8 millones de euros menos, y los países de renta media alta, que tienen mayores capacidades para solventar sus problemas, aumentan su presupuesto en 1,5 millones. En estos países es necesario que los recursos se orienten hacia las bolsas de población más vulnerable para combatir la inequidad en salud que existe entre las poblaciones más empobrecidas, especialmente en los países de renta media-baja. Por otro lado insistir en que cooperación española mantiene una evolución positiva con respecto a los PMA, dentro de sus limitaciones económicas.

TABLA 3.8. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES, 2018

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2018	%
PMA	15.779.867 €	25,71%
Otros de renta baja	178.755 €	0,29%
Renta media baja	14.544.480 €	23,70%
Renta media alta	3.909.057 €	6,37%
No especificado	26.959.950 €	43,93%
TOTAL	61.372.109 €	

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

Si analizamos los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2018, podemos ver que repiten 8 y solamente cambian Perú y Etiopía, que sustituyen a la RD del Congo y a Níger. Esta continuidad en las prioridades ayuda a conseguir la predictibilidad de la ayuda, que permite ser más eficientes y tener un mayor impacto. La RD del Congo no está entre las prioridades de la cooperación española, y aunque ha estado entre los más financiados durante 4 años y debiera haber sido país prioritario, se puede entender su salida. Pero sí está Níger, lo que nos obliga a reflexionar por qué en 2018 su financiación ha disminuido de forma tan relevante, ya que de tener la misma financiación que en 2017 estaría en el octavo lugar. Con respecto al resto de países que repiten, algunos cambian su puesto. Mozambique se mantiene como primer destino de fondos de la cooperación española, pero Malí le quita el segundo puesto a Guatemala, siendo éstos los 3 países que más financiación en salud reciben en 2018.

TABLA 3.9. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2018

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2018	CATEGORÍA V PD
Mozambique	4.193.168 €	Asociación
Mali	3.450.145 €	Asociación
Guatemala	2.629.216 €	Asociación
Bolivia	2.445.637 €	Asociación
El Salvador	2.401.097 €	Asociación
Palestina	2.258.054 €	Asociación
Perú	1.930.543 €	Asociación
Etiopía	1.317.215 €	Asociación
Nicaragua	1.258.372 €	Asociación
Población saharauí	1.183.974 €	Asociación

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

La cooperación española, y específicamente la de salud, tiene que plantearse qué papel quiere jugar en el entorno internacional. Se ha dotado de un Plan Director que en teoría debe centrar los esfuerzos de todos los agentes de la cooperación española. En este Plan Director se habla de un incremento de las partidas de AOD en los próximos años para desarrollar los ODS, pero ni asume unas cifras que le lleve al compromiso del 0,7%, ni establece un compromiso económico sobre los sectores que pretende priorizar. En salud sería necesario que se asuma que se trata de un bien público global, de un derecho universal, tanto internamente dentro del Estado como a nivel mundial. También hace falta tener una visión multidimensional de la salud, planteando el peso que los determinantes sociales y comerciales tienen en la salud de las personas. Dentro del sistema sanitario, priorizar una salud pública que tenga como objetivo conseguir la cobertura sanitaria universal, estableciendo canales de participación real de las personas y estableciendo políticas de salud basándose en la evidencia. Por último, planificar y evaluar las acciones de salud y las herramientas que se usan y analizar las potencialidades que tiene el sistema de salud español que pueda servir de referencia en un mundo tan globalizado, son retos que deberían ser una prioridad para el gobierno de España. Pero si los compromisos técnicos y políticos no se complementan con una previsión de asignación de recursos suficientes y permanentes, va a ser difícil alcanzar cualquier objetivo. De hecho, resulta incoherente el papel residual que está jugando la salud en la cooperación española, con la priorización como sector que hace la comunidad internacional.

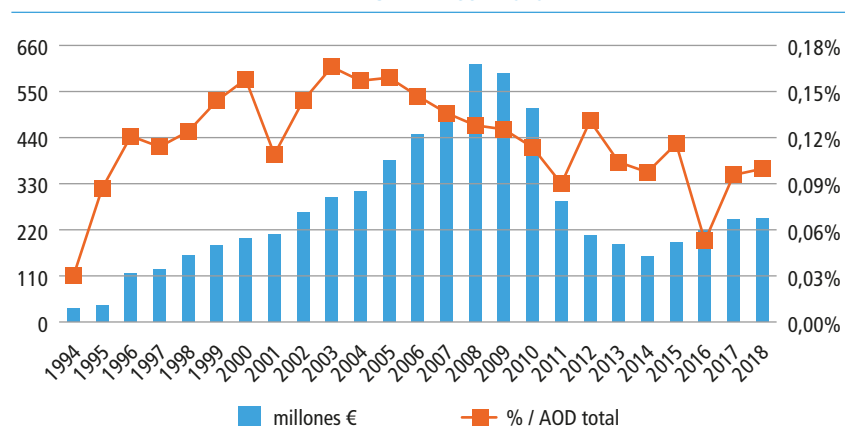
4. LA AOD EN SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ENTIDADES LOCALES

4.1. La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada sigue siendo un elemento singular y diferenciador en positivo, que tiene su origen en las comunidades autónomas (CC AA), diputaciones y ayuntamientos y que evidencia ciertas ventajas con respecto a la cooperación estatal. Su flexibilidad le confiere un carácter más plural y diverso, articula la participación de la sociedad civil, aporta capacidades al sistema, contribuye a dar mayor proyección internacional a los actores locales, asume necesidades de poblaciones que queden habitualmente fuera de las grandes políticas, por citar sólo algunas. Su evolución ha sido muy irregular, como vemos en el gráfico 3.6. Los primeros 15 años, entre 1994 y 2008, la cooperación descentralizada tuvo un crecimiento espectacular en cifras absolutas, que se aceleró a partir de 2005. Sin embargo, en los seis años siguientes

(2009-2014) experimentó un retroceso que la situó en volúmenes por debajo de los de 1998. En 2015 se produce de nuevo un leve crecimiento que tiene continuidad en los años siguientes. Parece que se ha iniciado la recuperación económica¹⁴ de la cooperación descentralizada aunque estaríamos en cifras de 2001 – 2002, aún lejos de las cantidades destinadas en 2008 o 2009. Otro factor a destacar sería su peso en el conjunto de la cooperación, muy versátil debido principalmente a variabilidad de la cooperación española.

GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CCAA+EELL) EN ESPAÑA 1994-2018



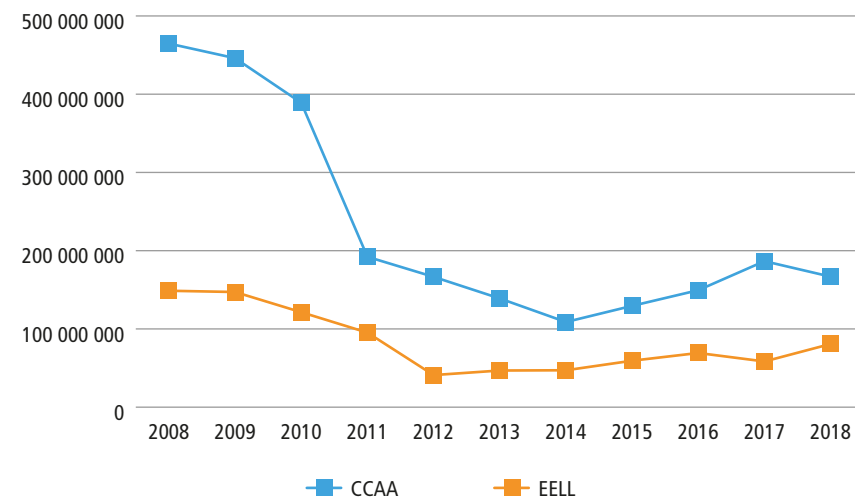
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES

En 2018 la AOD descentralizada se incrementó en un 1%, alcanzando los 247,5 millones de euros, 2,5 millones más que en 2017. Esta cantidad representa casi el 10% del total de la AOD española, medio punto porcentual más que en 2017. Siendo muy positivo el crecimiento de la AOD descentralizada, y del esfuerzo que supone, no deja de ser económicamente el 40% de lo que fue.

Si se desglosa por actores, se puede ver que CCAA y EELL no se han comportado igual. Mientras que la cooperación autonómica ha disminuido sus aportaciones en unos 20 millones, la cooperación local ha aumentado sus presupuestos en 22 millones de euros. Como podemos ver en el gráfico 3.7, estas cifras modifican las tendencias que tenían la cooperación autonómica y la de las EELL, de crecimiento las primeras, y de descenso las segundas. De hecho, el aumento en EELL supone un incremento del 38%, el mayor en los últimos 10 años.

14. El análisis de los datos sigue la metodología del CAD que establece que hasta que no se desembolsan los compromisos no se consideran ejecutados.

GRÁFICO 3.7. EVOLUCIÓN DE LA AOD DE CCAA Y EELL 2008-2018



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

Advertir que el análisis de los datos sigue la metodología del CAD que establece que hasta que no se desembolsan los compromisos no se consideran ejecutados.

Si desglosamos y analizamos la cooperación de las CCAA observamos que todas, menos Canarias, han destinado fondos a cooperación en 2018. Viendo los desembolsos realizados, llama mucho la atención que la Junta de Andalucía ha desembolsado 21.246.117 euros menos, pasando de 35.155.161 millones en 2017 a 13.909.044 millones en 2018. Esta reducción del 60,4% se suma a la de 2017 que fue del 25%, reforzando la imagen de incumplimiento de los compromisos presupuestarios de los últimos años y que vienen motivados por los problemas de atasco de gestión de la AACID cuya principal consecuencia son los retrasos importantes en los pagos. Las convocatorias y sus correspondientes resoluciones se hacen correctamente, quedando adjudicado y comprometiendo el presupuesto correspondiente antes de finalizar el año. Sin los atascos mencionados, hablaríamos de un desembolso de 46,6 millones (25,8 millones en subvenciones a ONGD, 14 millones en cooperación directa y otras subvenciones, 3,7 millones en las fundaciones y 3,5 millones en gastos corrientes). Esta práctica está siendo corregida por la nueva directora de la Agencia Andaluza de Cooperación al Desarrollo y tendrá como consecuencia que en 2019 demos más AOD que lo que refleje el informe de la AACID.

TABLA 3.10. AOD DESCENTRALIZADA TOTAL DESEMBOLSADA POR CADA UNA DE LAS CCAA EN 2017-2018

CCAA	AOD 2017	AOD 2018
Andalucía	35.155.161 €	13.909.044 €
Aragón	2.620.853 €	1.235.256 €
Asturias	4.187.446 €	3.499.046 €
Baleares	7.182.939 €	6.534.420 €
Cantabria	857.104 €	1.941.871 €
Canarias	420.000 €	
Cataluña	29.438.862 €	33.436.862 €
País Vasco	53.181.328 €	49.578.803 €
Castilla-La Mancha	2.492.972 €	3.021.434 €
Castilla y León	4.589.522 €	4.659.442 €
Extremadura	13.336.255 €	9.624.107 €
Galicia	4.811.027 €	5.486.107 €
La Rioja	1.462.800 €	1.620.431 €
Madrid	2.631.866 €	3.638.530 €
Murcia	363.104 €	360.044 €
Navarra	7.002.211 €	8.408.642 €
C. Valenciana	16.846.601 €	19.834.861 €
Ceuta		
TOTAL	186.580.050 €	166.788.900 €

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de los volcados de AOD publicados por DGPODES

Sí que podemos destacar que tanto la cooperación catalana como la Comunidad Valenciana han incrementado sus partidas sensiblemente, 3 millones, continuando esta última con la estrategia de recuperación de la cooperación iniciada hace cuatro años. Y la comunidad de Madrid, prospera y rica, sigue ignorando las políticas de solidaridad, a pesar del leve crecimiento.

En cuanto a las reducciones, además de la andaluza, hay que destacar a dos de las comunidades que más aportan a la cooperación descentralizada, País Vasco y Extremadura. La AOD vasca se mantiene como la más importante en cifras absolutas, con más de 49,5 millones de euros, a pesar de que en 2018 descendió 3,5 millones, mientras que la extremeña disminuye 3,7 millones de euros, un 28% respecto a 2017.

4.2. La AOD descentralizada en salud

En 2018 la suma de la cooperación sanitaria de CCAA y EELL alcanzó los 26.410.219 euros, 5,2 millones más que en 2017, doblando el incremento de la AOD general descentralizada. Este dato cambia la tendencia de los últimos años de disminuir las cantidades destinadas a salud por parte de la cooperación descentralizada. No obstante, las cifras de 2018 representan el 40% de las cantidades que se destinaron en 2008. Aun con todo, el porcentaje destinado a salud alcanza un 10,67% del total de la ayuda conjunta de EELL y CCAA. Un porcentaje más cercano al 13,8% del conjunto de donantes del CAD, y muy superior al destinado por parte de la cooperación estatal, que recordemos, se queda en 2,47%.

Hemos de destacar el enorme peso que tiene actualmente la cooperación sanitaria descentralizada, que en 2018 alcanza el 43% del total de la AOD española en salud. Estas cifras obligan a pensar de nuevo en la necesidad de mirada de manera distinta la cooperación descentralizada, sobretudo en la fase de planificación y no solo en la de ejecución como sucede en la actualidad.

Si analizamos las cantidades destinadas a cooperación sumando a la cantidad que destina cada gobierno autonómico el esfuerzo de sus instituciones locales (Ayuntamientos, Diputaciones, etc.), el conjunto de las instituciones catalanas vuelve a destacar. En 2018 lo hace de una manera aún más clara que en 2017, ya que destinan a la AOD sanitaria 9,5 millones de euros, el 36% del conjunto de administraciones públicas no estatales. Le siguen en 2018 la Comunidad Valenciana, Navarra y País Vasco, todos por encima de los dos millones. También hay que destacar que la cooperación madrileña duplica su aportación a salud, alcanzando el millón de euros.

La AOD destinada a salud descentralizada desde el punto de vista sectorial se ha distribuido en 2018 de forma similar a la estatal. Aunque aquí es también la salud básica quien absorbe la mayor parte de la AOD sanitaria (48%), seguida de la salud general (30,91%), la salud sexual y reproductiva alcanza un porcentaje más alto, concretamente el 21,04%. También el nuevo subsector de enfermedades no transmisibles, como pasaba en el conjunto de la cooperación española, tiene un papel residual con un 0,77%, y deberá en los próximos años ir reequilibrándose con respecto al resto de subsectores. Podemos decir que la cooperación descentralizada tiene una distribución bastante más homogénea que la estatal, aunque sigue sin haber un equilibrio entre los 3 sectores principales.

En cuanto a subsectores, su distribución es muy similar a la del año anterior. Destaca la atención en salud básica, que alcanza un 29,08%. Le siguen la atención sanitaria reproductiva con un 18,44%, la investigación médica con un 13,17%, la

nutrición básica con un 11,84% y las políticas sanitarias con un 9,07%. Estos 5 componentes CRS suponen el 81,6% de toda la AOD sanitaria descentralizada. Como se puede observar, este año hay bastantes similitudes entre las prioridades sectoriales de la cooperación descentralizada y la estatal.

TABLA 3.11. AOD DESCENTRALIZADA TOTAL EN SALUD, 2016-2018

CCAA+EELL	AOD salud 2016	AOD salud 2017	AOD salud 2018
Andalucía	6.051.595 €	2.895.000 €	1.098.153 €
Aragón	1.182.399 €	540.910 €	911.630 €
Asturias	766.564 €	649.761 €	67.743 €
Baleares	204.461 €	704.091 €	612.093 €
Cantabria	49.810 €	60.000 €	320.639 €
Canarias	175.830 €		439.520 €
Cataluña	3.326.891 €	5.363.773 €	9.576.623 €
País Vasco	2.873.345 €	3.358.706 €	2.499.596 €
Castilla-La Mancha	705.994 €	401.953 €	377.632 €
Castilla y León	883.819 €	536.112 €	783.637 €
Extremadura	1.474.964 €	1.891.586 €	1.266.381 €
Galicia	781.194 €	503.458 €	732.712 €
La Rioja	156.310 €	177.201 €	174.624 €
Madrid	164.642 €	565.243 €	1.027.047 €
Murcia	14.100 €	122.361 €	87.632 €
Navarra	2.293.702 €	2.175.552 €	2.684.548 €
C. Valenciana	1.132.808 €	1.188.569 €	3.750.008 €
Ceuta			
TOTAL	22.238.428 €	21.134.276 €	26.410.219 €

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

TABLA 3.12. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES CRS, 2018

CAD	CRS		AOD 2018	
121		Salud general	7.952.864 €	30,11%
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	2.395.106 €	9,07%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	436.262 €	1,65%
	12182	Investigación médica	3.476.986 €	13,17%
	12191	Servicios médicos	1.644.510 €	6,23%
122		Salud básica	12.698.834 €	48,08%
	12220	Atención sanitaria básica	7.679.573 €	29,08%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	826.199 €	3,13%
	12240	Nutrición básica	3.127.403 €	11,84%
	12250	Control enfermedades infecciosas	94.093 €	0,36%
	12261	Educación sanitaria	577.304 €	2,19%
	12262	Control de la malaria	10.000 €	0,04%
	12263	Control de la Tuberculosis		0,00%
	12281	Formación personal sanitario	384.263 €	1,45%
123		Enfermedades no transmisibles	202.959 €	0,77%
	12310	Control ENT general	60.419 €	0,23%
	12320	Control consumo de tabaco		
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	35.000 €	0,13%
	12340	Promoción de la salud mental	101.875 €	0,39%
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	5.665 €	0,02%
	12382	Investigación en prevención y control ENT		
130		Salud sexual y reproductiva	5.555.562 €	21,04%
	13010	Pol. Población y gestión admva.	255.535 €	0,97%
	13020	Atención en SR	4.870.149 €	18,44%
	13030	Planificación Familiar		0,00%
	13040	Lucha ETS, incluido vih	192.601 €	0,73%
	13081	Formación RRHH en población y SR	237.277 €	0,90%
TOTAL			26.410.219 €	

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

En lo que respecta a la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, queremos destacar dos hechos. Se ha incrementado de manera sustancial la partida no especificada geográficamente, superando los 9 millones de euros (7 millo-

nes más que en 2017), lo que supone un 34% del total de la AOD descentralizada. Y la distribución de la cooperación sanitaria especificada geográficamente es en 2018 bastante similar a la AOD estatal, aunque hay algunas diferencias relevantes. En 2018 es América quien recibe más financiación sanitaria, con un 32,13%. Pero, al igual que la estatal, sigue siendo África subsahariana la subregión mundial que más dinero recibe para salud, 5,3 millones, aunque haya bajado 1,9 millones de euros respecto a 2017. Le sigue América Central, con 5,2 millones y América del Sur con 3,2 millones de euros. También podemos destacar que Oriente Medio se mantiene con 1,9 millones, y Europa desaparece como en la estatal, después de que en 2017 recibiera 1,2, millones de euros.

TABLA 3.13. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, 2018

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2018	%
ÁFRICA	6.287.579 €	23,81%
Norte de África	870.420 €	
África Subsahariana	5.396.159 €	
No especificado	21.000 €	
AMÉRICA	8.486.419 €	32,13%
América Central y Caribe	5.236.046 €	
América del Sur	3.250.372 €	
No especificado		
ASIA	682.737 €	2,59%
Asia Oriental	12.500 €	
Asia Central	50.000 €	
Sur de Asia	620.237 €	
No especificado		
OCEANÍA		0,00%
ORIENTE MEDIO	1.898.939 €	7,19%
EUROPA	34.700 €	0,13%
PVD No Esp.	9.019.845 €	34,15%
TOTAL	26.410.219 €	

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

4.2.1 LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

La cooperación autonómica ha financiado en 2018 1.717 acciones de cooperación, de las cuales 161 (el 9,3%) son de salud. En la tabla 3.14, podemos observar cómo en 2018 ha habido por segundo año consecutivo un incremento sustancial de las cantidades destinadas a salud por parte de la cooperación autonómica. En concreto, las CCAA destinaron a la cooperación sanitaria 22,3 millones de euros, 4,1 millones más que en 2017, lo que supone un incremento porcentual de casi un 30%. 5 CCAA concentran el 81% de toda la ayuda en salud: Cataluña, que destaca enormemente con 9,2 millones, Comunidad Valenciana, Navarra, País Vasco, y Extremadura.

La variabilidad sigue siendo la norma. En 2018 incrementan sus presupuestos en cooperación sanitaria 8 CCAA y 6 bajan. Canarias sigue sin realizar aportes a salud, como ha venido haciendo desde hace ya varios años. Sería deseable procurar una menor variabilidad, pues ya hemos dicho que estas oscilaciones en las partidas presupuestarias no ayudan ni a mantener una estrategia coherente en el sector salud ni a aumentar el impacto de las acciones de forma sostenible.

En 2018 destaca de nuevo el fuerte descenso de la cooperación de andalucía, que se queda en 671.00 euros de desembolso, un descenso del 74%. Este descenso se ve de nuevo compensado por el incremento de la cooperación catalana, que incrementa su financiación en 4 millones de euros, y que marca una tendencia en los dos últimos años de crecimiento muy relevante. También queremos destacar el incremento de la salud en la Comunidad Valenciana de más de 2 millones lo que le coloca en el segundo puesto entre todas las CCAA.

Si analizamos el peso que tiene la salud respecto a la AOD general, podemos ver el compromiso que tienen las CCAA con este sector. En este sentido destacan de nuevo Cataluña, que destina el 27,63% de su AOD a salud, Navarra, con el 27,42%, Aragón con el 24% y Madrid con el 22,20%.

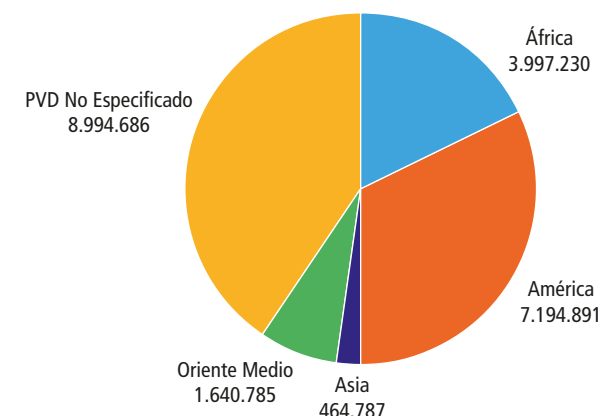
TABLA 3.14. AOD EN SALUD DE LAS CCAA, 2015-2018

CCAA	AOD salud 2015	AOD salud 2016	AOD salud 2017	AOD salud 2018	% AOD a salud
Andalucía	3.912.448 €	5.100.547 €	2.543.411 €	671.764 €	4,83%
Aragón	371.006 €	398.085 €	499.031 €	296.934 €	24,04%
Asturias	680.263 €	289.971 €	642.243 €		
Baleares	159.000 €	103.958 €	704.091 €	276.847 €	4,24%
Cantabria		47.350 €	60.000 €	320.639 €	7,00%
Canarias					
Cataluña	*	2.759.047 €	5.321.240 €	9.239.499 €	27,63%
País Vasco	2.265.777 €	1.836.775 €	2.784.912 €	2.187.711 €	4,41%
Castilla-La Mancha	29.633 €	561.917 €	285.000 €	169.733 €	5,62%
Castilla y León	476.136 €	561.920 €	362.999 €	628.099 €	13,48%
Extremadura	1.187.251 €	1.355.892 €	1.827.720 €	1.149.367 €	11,94%
Galicia	863.180 €	761.650 €	490.061 €	689.069 €	12,56%
La Rioja	16.382 €	125.696 €	30.400 €	160.594 €	9,91%
Madrid	165.000 €	530 €	550.243 €	807.821 €	22,20%
Murcia			39.634 €		
Navarra	1.582.383 €	1.891.234 €	1.903.569 €	2.305.491 €	27,42%
C. Valenciana	250.000 €	1.322.800 €	1.160.725 €	3.388.811 €	17,09%
Ceuta					
TOTAL	16.667.556 €	11.958.459 €	17.117.372 €	22.292.378 €	

Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados 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 CCAA son el actor más relevante en esta cooperación. América sigue siendo el continente que más AOD sanitaria recibe, seguida de África, Oriente Medio y Asia. Los países no especificados suponen también un porcentaje muy importante, el 40,35% del total de la AOD en salud. Pero aquí es América Central quien más dinero recibe, 4,4 millones, seguida de África subsahariana con 3,6 millones de euros.

GRÁFICO 3.8. AOD AUTONÓMICA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS, 2018



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

Los países de renta media-baja (PRMB) siguen siendo los que reciben más cooperación sanitaria autonómica, con un 33,15%. Les siguen los PMA con un 16,48%. Este porcentaje es casi 10 puntos menos que la cooperación estatal, y no supera el 20%, un porcentaje mínimo que debiera dedicarse a estos países, pues son los que tienen mayores problemas de salud y menos recursos para hacerles frente. Los países de renta media-alta (PRMA) se mantienen con un 8,59%.

TABLA 3.15. DISTRIBUCIÓN AOD SALUD AUTONÓMICA SEGÚN NIVEL DE RENTA, 2018

NIVEL DE RENTA	AOD SALUD 2018	%
PMA	3.672.712 €	16,48%
Otros renta baja	158.991 €	0,71%
PRMB	7.389.489 €	33,15%
PRMA	1.915.908 €	8,59%
No especificado	9.155.279 €	41,07%
TOTAL	22.292.378 €	

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

4.2.2. LA AOD DE EELL EN SALUD

En 2018 el conjunto de las EELL financiaron 1.841 acciones de cooperación, de las cuales 230 se destinaron a salud (12,4%), aumentando de forma muy importante su aportación a la cooperación sanitaria. Concretamente incrementaron su aportación en 2,1 millones lo que les ha permitido sumar hasta 4,1 millones de euros. Este incremento permite situar la salud en el 5,1% de la AOD de las EELL, por encima del 3,3% de 2017. Porcentualmente el peso de la salud en la cooperación de las EELL es mayor que el de la cooperación estatal.

La ayuda que las EELL destinan a salud es muy heterogénea, y tiene enormes variaciones en cuanto a las cantidades destinadas cada año por cada una de las EELL, lo que le impide tener una presencia constante que permita sinergias con socios locales y dificulta su impacto. De las 10 EELL que más se comprometieron con la salud en 2018, solo los Ayuntamientos de Málaga y el de Pamplona repiten respecto a la lista del año anterior. Hay que destacar en 2018 al Ayuntamiento de Zaragoza como una de las instituciones más comprometida con la cooperación en salud con un aporte de 557.993 euros, seguido del Cabildo de Gran Canaria con 433.000 euros. El Ayuntamiento de Pamplona destaca por su constancia en priorizar la salud. La suma de las partidas destinadas por las 10 EELL que más dinero han destinado a salud supone el 62% de toda la ayuda en salud de las EELL, aunque es un 24% menos de lo que suponían las 10 primeras en 2017. Las otras 52 EELL que destinaron un presupuesto a la cooperación sanitaria se reparten el 38% restante. Estos datos corroboran la enorme dispersión de la ayuda sanitaria de las EELL. Una posible solución a la falta de continuidad en la financiación podría ser los compromisos plurianuales.

TABLA 3.16. ENTES LOCALES QUE MÁS AOD DESTINARON A SALUD EN 2018

EELL	AOD salud 2018
Ayto. Zaragoza	557.993 €
Cabildo Gran Canaria	432.000 €
Cabildo Insular Mallorca	331.426 €
Ayto. Valencia	230.173 €
Ayto. Pamplona	216.168 €
Ayto. Albacete	187.899 €
Ayto. Bilbao	179.911 €
Ayto. Málaga	164.119 €
Ayto. Alcobendas	136.673 €
Ayto. Terrassa	119.913 €

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

La cooperación descentralizada, tanto autonómica como local es y debe seguir siendo un referente en la cooperación sanitaria. Es necesario que aumente su participación activa en las definiciones de las prioridades de esta cooperación. Pero tiene también que ser una apuesta política, y crecer de forma constante en presupuesto y en calidad, tal y como ya propusimos en nuestro “Decálogo de trabajo de la cooperación descentralizada en salud” en el informe de 2010¹⁵. Una apuesta global por potenciar el sistema sanitario español en términos de equidad, eficiencia e impacto como un posible referente que ayude a conseguir la Cobertura sanitaria universal, necesita de la participación efectiva de la cooperación descentralizada española, que es un actor fundamental de la implementación de nuestro sistema sanitario. Por último, es necesario que la población conozca los ODS y cómo les pueden afectar en su vida para asegurar una participación efectiva. En este sentido, las instituciones descentralizadas están más cercanas a la población, y pueden jugar un papel de sensibilización muy importante respecto a los cambios que suponen los ODS, tanto en cooperación como en el propio entorno local.

15. 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, recientemente, el Reino Unido y Alemania.

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

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

En el año 2007, todos los grupos parlamentarios firmaron el Pacto de Estado contra la Pobreza, cuyo propósito era elevar la cooperación a política de Estado, dotándola de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo. Desde 2010 los recortes acumulados rondan el 70% y sitúan la AOD en 2018 en el 0,20%. 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.

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

1. INTRODUCCIÓN

Las crisis humanitarias afectaron a más de 135,3 millones de personas en todo el mundo en 2018. La mayor cantidad de ayuda se destinó a crisis relacionadas con conflictos y disturbios de carácter interno pero con una dimensión internacional. Se registraron 34 conflictos armados de los cuales 33 seguían activos al finalizar el año y 13 de ellos se consideran de intensidad elevada¹. En algunas de las crisis pudo apreciarse una evolución y cambio en las dinámicas de las mismas; nos enfrentamos cada vez más a escenarios complejos, de carácter regional, que involucran una multiplicidad de actores (estatales, milicias y actores armados vinculados a diversos grupos étnicos, oposiciones políticas, etc.). Estos conflictos armados tienen su origen en causas diversas, observándose muchas veces un incremento de la violencia directa², con pérdida del acceso humanitario, lo que implica mayores desafíos para buscar soluciones adecuadas para cada contexto.

Las crisis humanitarias y las necesidades originadas por ella se alargan en el tiempo tanto en países con conflictos abiertos como en dinámicas de desplazamientos. Diez de las grandes crisis humanitarias actuales llevan entre cinco y diez años ocupando los titulares³.

Entre los conflictos que más desafíos han planteado podemos situar la República Democrática del Congo (RDC), cuya situación humanitaria siguió empeorando a lo largo de 2018, siendo una de la crisis más complejas y duraderas. Más de 2,5 mi-

-
1. “Alerta 2018! Informe sobre conflictos, derechos humanos y construcción de paz”. Escola de Cultura de Pau.
 2. Referido a toda violencia física, incluida toda aquella acción agresiva o destructiva contra las personas o la colectividad, cuyos efectos pueden ser materiales, pero también menos visibles (traumas, etc.).
 3. Es decir figurando en los llamamientos humanitarios globales y requiriendo financiación humanitaria acorde al *Financial Tracking System*, de la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de la ONU (OCHA, por sus siglas en inglés).

llones de personas, que habían huido de sus hogares debido a la violencia, seguían desplazadas. Además, en mayo de 2018 se declaró un nuevo brote de Fiebre Hemorrágica por Virus Ébola en la provincia de Ecuador. El brote fue contenido en julio de 2018. Posteriormente, en agosto, fue declarado un segundo brote en la provincia de Kivu del Norte, cerca de la frontera con Uganda, es la décima epidemia en este mismo país en los últimos 40 años. La coexistencia del conflicto con los brotes epidémicos complica enormemente la situación humanitaria.

También en otras regiones han persistido zonas amplias de conflicto: sobresalen casos como Siria -con el avance de las tropas del régimen y la gran influencia de actores regionales e internacionales en las dinámicas de la disputa-, Yemen -la peor crisis humanitaria a nivel mundial, con más de 24 millones de personas necesitadas de asistencia humanitaria (aunque a finales de 2018 las principales partes contendientes alcanzaron un acuerdo que podría suponer una reducción en las hostilidades), la República Centroafricana (RCA) y Libia, donde la ausencia de instituciones estables y el debilitado sistema de salud colocaron a la población en riesgo de sufrir una grave epidemia de sarampión.

Camerún, Malí y la región del Sahel Occidental también han experimentado una escalada de violencia en 2018, mientras que Nigeria sufrió un brote de cólera grave que se extendió por el país y se propagó rápidamente a Níger.

En otros contextos, como el que sufre Sudán del Sur, en un clima caracterizado por las violaciones sistemáticas como arma de venganza tras la contienda y la persistencia de los “cattle raids”, junto con la vulnerabilidad climática del país, hacen que el alto el fuego posterior al acuerdo de paz alcanzado tras la aplicación de sanciones internacionales se tome con escepticismo.

Por último, las actividades de respuesta humanitaria en África para atender las grandes necesidades resultantes de los conflictos y los efectos del cambio climático y su influencia sobre la salud, las migraciones, la seguridad alimentaria y la frecuencia e intensidad de los desastres naturales, recibieron de nuevo la mayor cifra absoluta y la mayor proporción de la financiación humanitaria mundial.

Los desastres naturales fueron la segunda prioridad principal en términos humanitarios. El *Centre for Research on the Epidemiology of Disasters* (CRED) registró 315 desastres que causaron un total estimado de 11.804 muertes, afectando a 68,5 millones de personas con daños materiales próximos a 131.700 millones de dólares⁴.

A pesar de estas cifras tan elevadas sobre desastres climáticos y otros eventos de carácter geofísico, 2018 ha sido un año relativamente tranquilo, con un número de fenómenos inferior a la media anual de las últimas décadas.

El terremoto de Indonesia (Sulawesi y Lombok) en septiembre dejó 4.350 personas fallecidas, lo cual supuso casi la mitad de la mortalidad por desastres naturales en el año, seguido por las inundaciones en el estado de Kerala (India) y en Nigeria, y las tormentas tropicales, sobre todo en Asia (China, India, Filipinas y Japón). 2018 se ha caracterizado también por la actividad volcánica de Guatemala (Volcán del Fuego) y por la erupción del Anak Krakatau en las islas de Sumatra y Java, en Indonesia que provocó el mayor desastre geofísico y medioambiental de su historia reciente.

No hay que olvidar el creciente impacto del cambio climático (sequías y canículas), sobre todo en los países de renta medio-baja, que ha afectado principalmente a los medios de vida, al bienestar, la salud y la disponibilidad de agua en las comunidades, y ha sido un factor impulsor de desplazamientos, especialmente graves en Kenia, Afganistán y Centroamérica. Si bien las olas de calor no tienen todavía un impacto humanitario muy elevado, se están incrementando en términos de frecuencia, intensidad y duración. Su impacto directo en términos de morbilidad y mortalidad afecta especialmente a la población mayor de 65 años con cuadros de enfermedades crónicas, como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, sobre todo si se trata de olas de calor extremas y/o prolongadas. Por otra parte, el cambio climático amenaza con ampliar las disparidades y las desigualdades en el acceso a la salud entre hombres y mujeres, especialmente en los países empobrecidos⁵.

Igualmente cabe destacar el impacto de los incendios, que a lo largo de 2018 ha provocado daños muy significativos a nivel medioambiental (Europa del Sur y Australia), además de ocasionar pérdida de vidas en la región de Ática en Grecia (100 personas fallecidas) y en California, Estados Unidos (88 muertes).

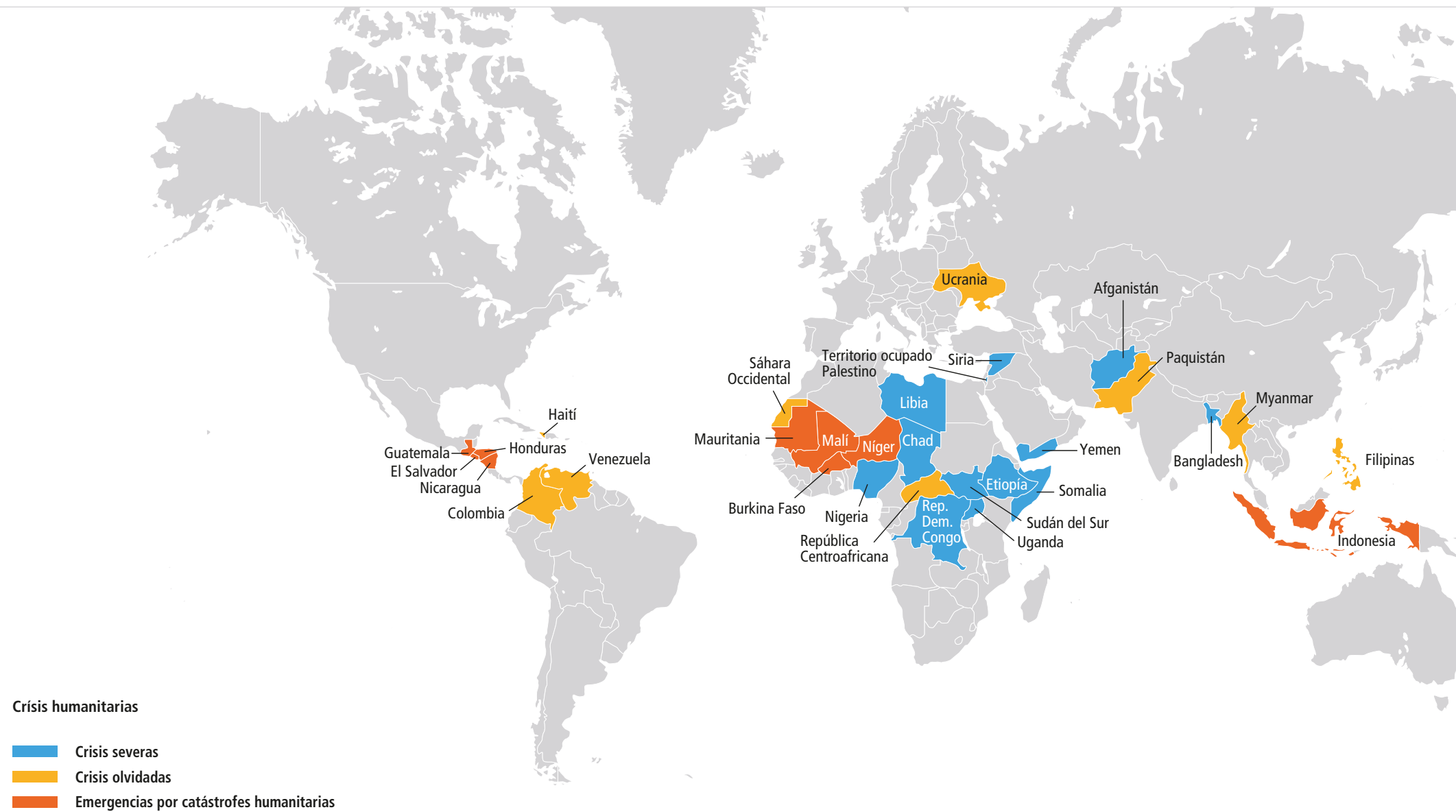
Aunque no hay espacio para la autocomplacencia, es cierto que la tendencia de los últimos años es a una cierta reducción de la mortalidad debida tanto a la ausencia de catástrofes de gran magnitud como a una mayor resiliencia, particularmente frente a desastres relacionados con el cambio climático. Desafortunadamente, la tendencia es que los *shocks*/fenómenos puedan agudizarse con respecto a su frecuencia e intensidad y que ello conlleve un aumento de la mortalidad.

El año 2018 nos deja un dato preocupante, jamás el número de personas desplazadas forzosamente por causas ligadas a persecución, inseguridad, conflicto, violencia y/o violación de Derechos Humanos, ha sido tan elevado, alcanzando los 70 millones a nivel mundial. Tampoco hay que olvidar que la mayoría de estas personas se quedan en los países limítrofes, muchas veces en una situación tan precaria como la del país que abandonan.

4. Natural Disasters 2018, CRED, <https://www.cred.be/publications>

5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6038986/>

GRÁFICO 4.1. MAPA DE CRISIS HUMANITARIAS POR NIVEL DE SEVERIDAD EN 2018



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, hay que recordar que los países que reciben el mayor número de personas refugiadas a nivel mundial (Turquía, Pakistán, Uganda, Sudán y Alemania) son los países que porcentualmente han concedido el mayor número de peticiones de asilo a la población refugiada en su territorio.

Por último, por primera vez en 2018 se destinaron más de 26 millones de dólares para responder al éxodo masivo de población de la República Bolivariana de Venezuela, incluyendo otros siete países afectados por la crisis regional de personas refugiadas y migrantes de dicho país.

Existe un consenso en el seno de la comunidad internacional sobre el hecho de que las soluciones al desplazamiento de personas refugiadas y desplazadas internas deben abordarse de forma integral, para asegurar la protección y la dignidad de la población vulnerable. Iniciativas como el Pacto Mundial sobre Migración, impulsado por Naciones Unidas y aprobado en diciembre 2018 (aunque 17 países no quisieron acudir a la cita, entre ellos Estados Unidos, Australia, Italia o Suiza), para mejorar la cooperación internacional y la seguridad en materia de migración, son un primer paso de cara a un enfoque común sobre la migración internacional en todas sus dimensiones. Sus propósitos y valores son sin duda positivos -se basa en la responsabilidad compartida y un enfoque cooperativo, la no discriminación y los Derechos Humanos- y aplicables para las personas y las comunidades en los países de origen, tránsito y destino. El desafío ahora es su aplicación, ya que el Pacto no es jurídicamente vinculante y existe cierto riesgo de que sirva, sobre todo, como un marco de referencia conceptual.

2. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN LA AGENDA INTERNACIONAL

2.1. 70º aniversario del Derecho Internacional Humanitario

En 2019 se cumple el 70º aniversario del Derecho Internacional Humanitario (DIH), el marco legal para la protección de las víctimas de guerra y la conducción de las hostilidades en situación de conflicto armado.

Son los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales⁶ los tratados internacionales que recogen las principales normas dirigidas a limitar la barbarie de la guerra. Protegen a las personas que no participan en hostilidades (civiles, personal sanitario y de organizaciones humanitarias) y a las que ya no pueden seguir participando en

los combates (personas heridas, enfermas, náufragas y prisioneras de guerra). Constituyen, por tanto, la piedra angular del DIH.

El texto inicial⁷ de 1864 fue revisado y reescrito en 1906 y en 1929. Su versión actual se adoptó el 12 de agosto de 1949 -conmemorándose por tanto en 2019 su 70º aniversario-, en el contexto posterior a la Segunda Guerra Mundial, y se conoce como “los cuatro Convenios de Ginebra”, ratificados por todos los países del mundo, por lo que son aplicables universalmente:

- El I Convenio de Ginebra se refiere a la protección y cuidado de las personas heridas y enfermas de las fuerzas armadas (FFAA) en campaña, así como al personal médico y religioso, a las unidades médicas y al transporte médico.
- El II Convenio de Ginebra, vinculado a la protección y cuidado de las personas heridas, enfermas y náufragas de las FFAA en el mar (buques hospitales).
- El III Convenio de Ginebra aborda el trato de las personas prisioneras de guerra.
- El IV Convenio de Ginebra se relaciona con la protección de personas civiles en tiempo de guerra, incluso en los territorios ocupados.

Existe, además, un artículo 3 común⁸ a los cuatro Convenios de Ginebra, que supuso un gran avance al incluir los conflictos armados no internacionales, que nunca antes habían sido recogidos en los tratados. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los conflictos armados actuales no son de carácter internacional, resulta de vital importancia la aplicación de este artículo 3 común.

Desde 1949, se han sumado tres Protocolos a los Convenios citados:

- El Protocolo adicional I, de 1977, relacionado con la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales.
- El Protocolo adicional II, del mismo año, referido a la protección de las víctimas de los conflictos armados no internacionales.
- El Protocolo adicional III, de 2005, que creó un nuevo emblema protector, el cristal rojo, que se unió a los ya existentes (la cruz roja y la media luna roja).

Tal y como recoge la publicación “Derecho Internacional Humanitario. Guía práctica para los parlamentarios, nº 25”, de la Unión Interparlamentaria (UIP) y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) de 2016 (actualizado en 2018), existen siete normas fundamentales que sustentan los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos de 1977 y 2005:

6. <https://www.icrc.org/es/document/los-convenios-de-ginebra-de-1949-y-sus-protocolos-adicionales>

7. <https://www.icrc.org/es/doc/war-and-law/treaties-customary-law/overview-treaties-and-customary-law.htm>

8. <https://www.icrc.org/es/document/los-convenios-de-ginebra-de-1949-y-sus-protocolos-adicionales>

1. Las personas fuera de combate y quienes no participan de forma directa en las hostilidades tienen derecho a que se respete su vida, su integridad moral y física. En todas las circunstancias, deben ser protegidas y tratadas con humanidad, sin distinción alguna de índole desfavorable.
2. Queda prohibido matar o herir a una persona enemiga que se rinda o que se encuentre fuera de combate.
3. Las personas heridas y enfermas serán recogidas y asistidas por las partes en conflicto en cuyo poder estén. Dicha protección incluye al personal, las instalaciones, los medios de transporte y el material sanitarios. Los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja simbolizan esta protección y deben ser respetados.
4. Las y los combatientes capturados y las personas civiles bajo la autoridad de una parte adversaria tienen derecho a que se respete su vida, su dignidad, sus derechos individuales y sus convicciones, protegiéndolas de todo acto de violencia o represalias. Asimismo tienen derecho a intercambiar correspondencia con familiares y a recibir socorros.
5. Todas las personas tienen derecho a beneficiarse de las garantías judiciales fundamentales. Nadie será responsable de actos que no haya perpetrado. Nadie será sometido a tortura física o mental, castigos corporales o tratos crueles o degradantes.
6. Las partes en un conflicto y miembros de sus fuerzas armadas (FFAA) no tienen un derecho ilimitado a elegir los métodos y medios de hacer la guerra. Quedan prohibidas las armas o métodos de guerra que puedan causar males superfluos o sufrimientos innecesarios.
7. Las partes en un conflicto han de distinguir entre población civil y combatientes. Los ataques sólo podrán dirigirse contra objetivos militares.

Junto al derecho convencional citado, existe un considerable cuerpo de DIH consuetudinario, esto es, basado en la práctica de los Estados, que también se aplica a los conflictos armados, si bien no puede ser objeto de desarrollo en estas líneas.

El DIH no cubre, por tanto, las situaciones de tensión, disturbios internos ni actos aislados de violencia⁹. Se entiende que existe conflicto armado cuando se inician los actos de fuerza o violencia armada con manifiesta voluntad hostil y con carácter permanente entre dos o más partes en conflicto. El DIH diferencia así entre dos tipos de conflictos, de carácter internacional e internos:

De carácter internacional, incluyen:

- Los conflictos interestatales, en los que se enfrentan dos o más Estados.
- Las guerras de liberación nacional, esto es, la lucha de un pueblo contra la dominación colonial, la ocupación extranjera y los regímenes racistas.
- La ocupación bélica, cuando existe una ocupación total o parcial de un territorio por otro Estado, aunque no exista resistencia armada por parte del Estado ocupado o de su población.
- Internos, entendidos como confrontación armada dentro del territorio de un Estado, entre el Gobierno existente y una parte adversa a la autoridad gubernativa que presente un carácter colectivo y un mínimo de organización. En función de su intensidad, comprenden varios niveles.

Sin embargo, tal y como indica el manual práctico para parlamentarias y parlamentarios nº 25 sobre DIH, ya mencionado, “(...) a menudo resulta difícil determinar si un conflicto es internacional o no internacional. En los últimos años, surgieron situaciones en las que tuvieron lugar, simultáneamente y en el mismo territorio, conflictos internacionales y no internacionales. La multitud de partes y sus relaciones conflictivas son una característica importante de los conflictos (...) contemporáneos. En el ámbito de los actores del Estado, la cantidad de intervenciones extranjeras en los conflictos (...) contribuye al número cada vez mayor de actores implicados. Respecto de los actores no estatales, es frecuente la participación en los enfrentamientos de numerosos grupos armados no estatales inestables, que se multiplican y fragmentan. En muchas situaciones, terceros Estados y/u organizaciones internacionales intervienen y, en algunos casos, se vuelven partes en el conflicto (...)”.

En cuanto a quienes ostentan la responsabilidad de cumplir y hacer cumplir el DIH, Cruz Roja Española identifica en primer lugar a los Estados. En segundo lugar, a las organizaciones internacionales (como destinatarias de normas de DIH que han adquirido obligatoriedad universal como reglas consuetudinarias), a las que siguen movimientos de liberación nacional y agentes no estatales (pues se trata de normativa ratificada por los Estados en cuyo territorio actúan). Por último, las personas privadas, pues se parte del carácter auto-ejecutivo de sus disposiciones (esto es, se entiende que encierran la suficiencia necesaria para exigir su cumplimiento).

El 70º aniversario del DIH ofrece una excelente oportunidad para reflexionar sobre el camino recorrido, sobre algunos de los avances logrados y los desafíos pendientes.

Si bien la aplicación del DIH encierra diversas debilidades, no hay duda de que su existencia permite limitaciones diarias a la barbarie, obligándonos a reflexionar sobre cómo serían los actuales conflictos de no existir. Sin duda, la ratificación por parte de todos los países de los Convenios de Ginebra, de 1949, ha supuesto una contribución enorme a ello.

9. http://www.cruzroja.es/portal/page?_pageid=878,12647065&_dad=portal30&_schema=PORTAL30

A pesar de lo anterior, la población civil sigue siendo la principal víctima de los conflictos, provocando muertes, lesiones, desplazamientos e impacto en el tejido social a corto, medio y largo plazo, incluyendo daños en infraestructuras. Con independencia de que el DIH sea perfectible, el respeto estricto del mismo permitiría una protección mucho mayor. Por tanto, cumplirlo y hacerlo cumplir es un primer paso. Además, la ratificación universal de todos los instrumentos existentes es necesaria, estando pendiente por parte de muchos Estados la ratificación de los Protocolos Adicionales de 1977 y de otros tratados de DIH. Ello debe ir parejo a una mayor difusión y formación sobre su contenido.

Otros desafíos contemporáneos reconocidos por la FICR¹⁰ hacen mención, por ejemplo, a la definición y actual clasificación ya apuntada de los conflictos armados en internacionales y no internacionales. Siendo los mismos cada vez más complejos y reconociendo el CICR que cada vez existen más situaciones reales que entrarían dentro de la última categoría, surgen dudas sobre si dicha clasificación resulta actualmente suficiente.

Por otro lado, son recurrentes las hostilidades entre grupos armados no estatales dentro de zonas pobladas contra las fuerzas gubernamentales, quedando expuestos la población y los bienes civiles. Además, es habitual que grupos armados se mezclen con civiles, en clara violación del DIH, así como el empleo de armas explosivas en estas zonas con alta densidad.

Lo anterior enlaza con otro desafío apuntado por la FICR: el uso indebido de armas convencionales. Si bien la inadecuada regulación sobre la disponibilidad de armas convencionales pretendió ser cubierta con el Tratado sobre el Comercio de Armas¹¹, los Estados deben asegurar de acuerdo al DIH que las armas y municiones que transfieren no acaban en personas que harán uso de ellas para violar el marco internacional. Además, el uso de nuevas tecnologías plantea retos prácticos y jurídicos, pues si bien el DIH también les es aplicable, la pretendida precisión de su uso choca con su impacto en la población civil.

Otra cuestión a abordar es la denuncia y registro de las violaciones del DIH, para lo que se vienen impulsando diversas iniciativas destinadas a una recogida de datos más objetiva y fiable. Ejemplos de ellos son la iniciativa “Asistencia de salud en peligro” (del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja)¹² y el sistema mundial para el seguimiento de ataques contra la asistencia de salud (SSA, por sus siglas en inglés, de la OMS)¹³.

10. <https://www.icrc.org/es/doc/war-and-law/contemporary-challenges-for-ihl/overview-contemporary-challenges-for-ihl.htm>

11. <https://www.un.org/disarmament/es/armas-convencionales/el-tratado-sobre-el-comercio-de-armas/>

12. <http://healthcareindanger.org/es/>

13. <https://publicspace.who.int/sites/ssa/SitePages/PublicDashboard.aspx>

Otras organizaciones como Médicos del Mundo ha iniciado la campaña Targets of the World para que la población civil y el personal sanitario dejen de ser objetivo militar y se cumpla la Resolución 2286 relativa a la protección de personal sanitario e instalaciones médicas.

Ojalá este aniversario del DIH contribuya a reflexionar sobre los retos pendientes y, con ello, a la mejora de su respeto.

2.2. Primera Conferencia internacional sobre violencia contra las mujeres en conflictos y crisis humanitarias

La primera conferencia internacional sobre violencia contra las mujeres en situación de conflicto y crisis humanitarias ha tenido lugar en Oslo, Noruega, los días 23 y 24 de mayo de 2019.

Los datos sobre la violencia contra las mujeres hablan por sí mismos, una de cada tres mujeres sufre violencia sexual y de género durante su vida, pero este riesgo aumenta en contextos de crisis humanitarias. En el caso de las mujeres refugiadas o desplazadas internas una de cada cinco sufre dicha violencia.

La conferencia, organizada por los gobiernos de Noruega, Iraq, Somalia, y Emiratos Árabes Unidos junto a las Naciones Unidas y el Comité Internacional de la Cruz Roja, reunió a unos 100 representantes gubernamentales, 76 organizaciones internacionales y 167 ONG con el objetivo de conseguir un mayor compromiso político en la lucha contra la violencia en crisis humanitaria y económico en la financiación de programas de lucha contra la violencia y protección de las mujeres.

Los objetivos de la conferencia son:

- Movilizar un mayor compromiso político para prevenir y proteger contra la violencia sexual y de género y la violencia sexual en situaciones de conflicto.
- Movilizar financiación adicional, especialmente para la violencia sexual y de género, que se canalice a través de los planes de respuesta de NNUU y el llamado especial 2019 de CICR.
- Compartir buenas prácticas y lecciones aprendidas en las respuestas a la violencia sexual y de género en situaciones de crisis humanitarias.

Uno de los resultados de la conferencia ha sido el compromiso de 21 países donantes de destinar 362 millones de dólares a NNUU, CICR y ONG para luchar contra la violencia sexual y de género en situaciones de crisis humanitarias. Por su parte, España se ha comprometido a destinar 2,2 millones de dólares en 2019 y 4,4 millones en 2020. Queda por ver si tanto España como los demás donantes cumplen con lo comprometido.

Si tomamos como ejemplo del compromiso de la comunidad internacional con la lucha contra violencia de género en crisis humanitarias la asignación de fondos a este sector, vemos que según los datos de OCHA, de los 163 millones de dólares que ha solicitado NNUU a los donantes en 2019 para cubrir las necesidades en este sector, solo se han aportado 47,3 millones. Esto quiere decir que a finales de octubre de 2019 el trabajo de lucha contra la violencia de género tiene una brecha de financiación de más del 60% que probablemente no se cubra.

En cuanto a los compromisos políticos, varios países se comprometieron a establecer marcos legales e introducir medidas concretas para la prevención y la lucha contra la violencia sexual. No obstante desde la sociedad civil se recuerda que no solo se trata de presentar compromisos políticos y económicos en las ceremonias de clausura de conferencias internacionales sino de introducir legislación y medidas efectivas, y destinar los fondos necesarios para abordar de forma efectiva la violencia sexual y de género en crisis humanitarias.

2.3. El Impacto del cambio climático en las crisis humanitarias

Al abordar la relación entre cambio climático y salud, ya el capítulo I del presente informe indicaba que para la OMS el cambio climático constituye una amenaza para la salud pública y el origen de muchos problemas de salud de las personas (<https://www.who.int/globalchange/climate/es/>).

Como indican la mayoría de los estudios e informes¹⁴ sobre los efectos del cambio climático, frecuencia, intensidad y duración de los fenómenos climáticos extremos son algunas de sus consecuencias principales.

El ritmo de aceleración en la emisión de gases de efecto invernadero, en términos de incremento en las emisiones y la concentración tanto en la atmósfera como en los océanos, durante el periodo 2015-2019, es el más grande jamás registrado y conllevará un incremento de las temperaturas y un crecimiento notable de la población con necesidades humanitarias como resultado de la combinación de los desastres y del impacto socioeconómico del cambio climático.

Un reciente estudio de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (IFRC, en sus siglas en inglés)¹⁵, en su escenario más pesimista, estima que para 2050 cerca de 200 millones de personas cada año podrían necesitar de atención del sistema humanitario internacional, comparado con la media de algo más de los 108 millones actuales, lo que significaría un incremento de casi el 50%. En perspec-

tiva, el coste es un factor a tener en cuenta, ya que existe actualmente una brecha en la capacidad para responder a los llamamientos humanitarios y los requerimientos de financiación que previsiblemente aumentarán en el futuro próximo.

El impacto del cambio climático se verá acrecentado a medida que existan factores subyacentes de riesgo, tales como el rápido crecimiento poblacional, la urbanización salvaje en zonas de riesgo y la escasa planificación territorial. El cambio climático tendrá además efectos en la productividad agrícola y la seguridad alimentaria, será causa de desplazamiento, cambiando las pautas de acceso a los recursos y exasperando la competitividad.

La OMS estima¹⁶ que el 23% de las muertes prematuras están ligadas a factores medio ambientales y que entre 2030 y 2050 se producirán más de 250.000 muertes adicionales al año ligadas a estos factores, de ellas: 38.000 debido a la exposición a olas de calor de la población mayor, 48.000 por causas ligadas a diarreas, 60.000 por malaria y 95.000 ligadas a la malnutrición infantil.

Menos conocido es el hecho de que el cambio climático tiene consecuencias y puede impulsar mayores conflictos, grandes desplazamientos y favorecer el incremento del riesgo epidémico y de las olas de calor.

Evidentemente no podemos prever con exactitud dichos fenómenos climáticos extremos; sin embargo, es posible incidir en el impacto que vayan a tener a través de la generación de resiliencia en las comunidades, países y regiones en situación de mayor riesgo y vulnerabilidad, e invirtiendo en la adaptación al cambio climático. El fortalecimiento de las capacidades en preparación y recuperación temprana de los actores locales puede ser una de las claves para mitigar el impacto del cambio climático. Asimismo, la adaptación y el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud, de sus estrategias y planes, pueden favorecer la resiliencia de los mismos a la hora de afrontar las repercusiones del cambio climático y sus efectos en la salud de las personas.

Reducir la vulnerabilidad a largo plazo, anticiparse a los desastres, mejorar los sistemas de alerta y fortalecer las capacidades de respuesta, sensibilizar a la población y a los titulares de obligaciones sobre cómo es posible mitigar los efectos del cambio climático, son algunas de las acciones concretas que el sistema de cooperación debería seguir impulsando decididamente. Ahora hace falta que de forma coherente haya también una asignación consecuente de los recursos en tal dirección.

La escala de los desastres a nivel de impacto ambiental y en la salud humana plantea unos retos muy importantes de cara al futuro. No sólo impactará en los recursos disponibles y en su calidad (fuentes de alimentación y agua) para nuestra existen-

14. Véanse los informes del *Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC)*: <https://www.ipcc.ch>

15. "The cost of doing nothing: The humanitarian price of climate change and how it can be avoided", IFRC, September 2019.

16. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

cia, sino también a nivel de cambio de patrón en la carga de enfermedad¹⁷, debido a la calidad del aire y a las enfermedades transmitidas por agua, alimentos y vectores (ácaros y mosquitos).

GRÁFICO 4.2. IMPACTO DEL CAMBIO CLIMÁTICO EN LA SALUD



Fuente: Centre for Disease Control, USA

Mientras toda la población estará expuesta a los factores de riesgo ambientales y para la salud, determinadas franjas poblacionales estarán en situación de especial vulnerabilidad, no sólo las de rentas bajas. Entre ellas, por ejemplo, las personas con cuadro preexistente de enfermedad crónica y las personas ancianas. En definitiva, una amenaza que atañe a una gran proporción de población y que podría convertirse en la próxima emergencia mundial frente a las olas de calor prolongadas, el alza de temperaturas y humedad, y que además de un exceso de mortalidad y morbilidad, pueden provocar una saturación en los servicios de salud de emergencia.

Aunque el cambio climático no será causa directa de conflicto, puede exacerbar las tensiones y provocar disputas, tensiones y competición por el acceso a los recursos. Esta cadena de reacciones puede incrementar el riesgo de conflictos, sobre todo en los contextos con una alta tasa de pobreza, distribución desigual de la riqueza y con débil gobernanza y/o donde ya existen tensiones sociales e inseguridad.

17. Entendida como medida de la pérdida de salud que para una población representan tanto las consecuencias mortales como no mortales de las diferentes enfermedades y lesiones y, en su caso, las pérdidas atribuibles a los distintos factores de riesgos y determinantes de la salud implicados.

3. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

En 2018 la ayuda internacional humanitaria ascendió a 28.900 millones de dólares¹⁸, una cifra que supone un ligero crecimiento respecto a 2017. Analizando las aportaciones de donantes y sector privado, observamos que el crecimiento se ha debido a gobiernos e instituciones europeas mientras que los donantes privados (fundaciones, corporaciones y donantes individuales) han reducido ligeramente su financiación.

Si analizamos solo la financiación reportada a través del FTS (sistema de seguimiento de financiación) de UNOCHA, vemos que en 2018 ésta ascendió a 24.908 millones de dólares¹⁹, 3.156 millones más que en 2017. Esta cifra incluye tanto los fondos asignados a UNOCHA, la agencia de Naciones Unidas que coordina una parte importante de la ayuda humanitaria internacional, como aquellos gestionados directamente por donantes y ONG. Queda 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 CICR (Comité Internacional de la Cruz Roja).

El mayor incremento se ha dado en la financiación gestionada por donantes y ONG fuera del sistema de NNUU que ha crecido un 25% (unos 2.575 millones de dólares); por el contrario, los fondos de llamamientos y planes de respuesta de NNUU tan solo han crecido un 6% con respecto a 2017.

Como se observa en el gráfico 4.2, un año más los fondos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades humanitarias en el mundo, consolidándose la brecha de financiación.

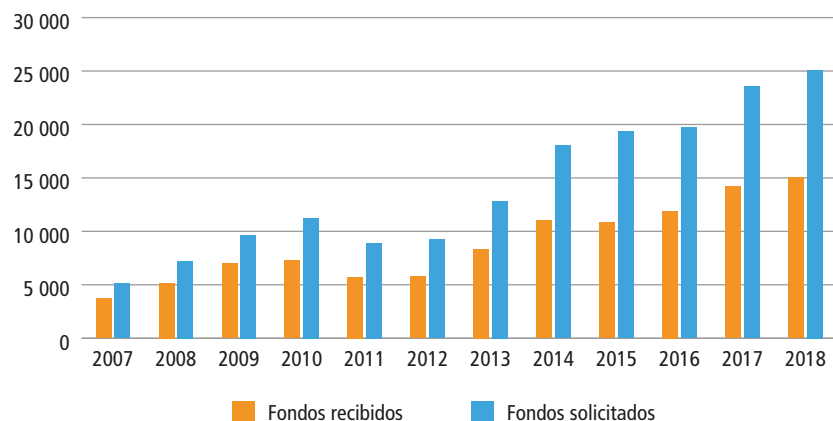
En 2018 Naciones Unidas, la principal coordinadora de la ayuda humanitaria, logró cubrir el 60% de la financiación solicitada a través de 34 llamamientos, el mismo porcentaje que en los últimos 4 años. Preocupa especialmente que desde 2013 la brecha de financiación se ha estancado en el 60%, a pesar del agravamiento de muchas crisis humanitarias y de los compromisos de los líderes políticos que culminaron en 2016 con el llamamiento del Secretario General de Naciones Unidas de alcanzar el 75% de los fondos solicitados²⁰.

18. Development Initiatives, Global humanitarian Assistance Report 2019

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

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

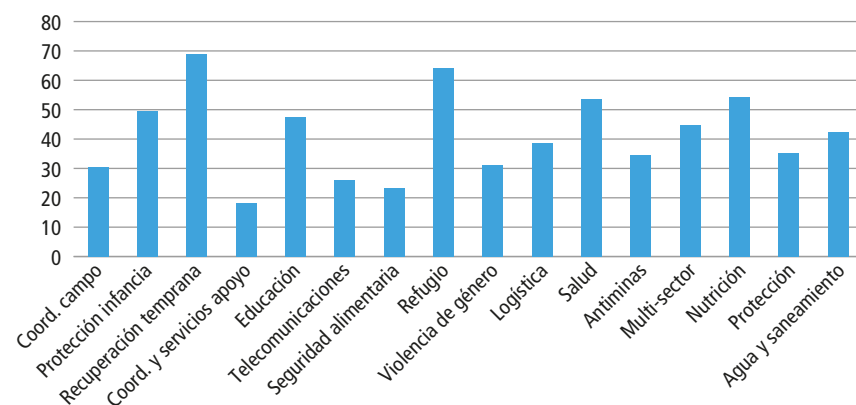
GRÁFICO 4.3. FINANCIACIÓN LLAMAMIENTOS DE NNUU 2008-2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

En cuanto a la financiación por sectores, la salud se encuentra entre los que reciben menos del 40% de los fondos solicitados. De aquellos sectores directamente relacionados con ésta como agua y saneamiento, protección y nutrición, solo el sector de la nutrición recibe algo más del 50% de los fondos solicitados en los llamamientos realizados por NNUU.

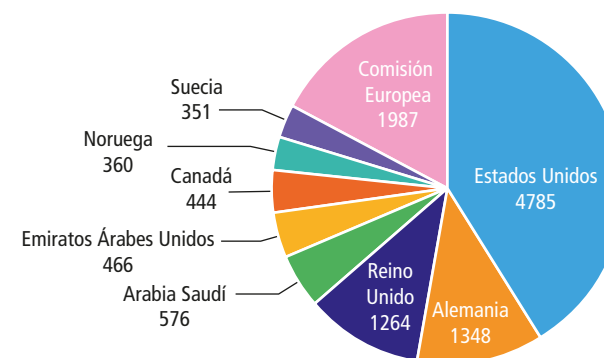
GRÁFICO 4.4. PORCENTAJE DE FINANCIACIÓN POR SECTORES EN 2018



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

En cuanto a los países donantes, como viene siendo habitual, un pequeño grupo de países aporta la mayor parte de la financiación. Tres países, Estados Unidos, Alemania y Reino Unido aportan algo más del 50% de la financiación, seguido de las Instituciones europeas, que son el cuarto donante por volumen.

GRÁFICO 4.5. PRINCIPALES DONANTES EN 2018 (EN MILLONES DE DÓLARES)



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

No obstante, si analizamos la proporción de la Renta nacional bruta (RNB) que destinan estos donantes a la Acción humanitaria, es decir, el esfuerzo real que hace cada país, la imagen es radicalmente diferente, ya que los Emiratos Árabes Unidos y Arabia Saudí, con el 0,55% y 0,20% respectivamente, son los principales donantes, seguidos de Suecia y Noruega, con el 0,16%. Mientras que los tres primeros donantes por volumen son los últimos por porcentaje de RNB, Reino Unido con el 0,09%, Alemania con el 0,08% y por último Estados Unidos con el 0,003% de su RNB.

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

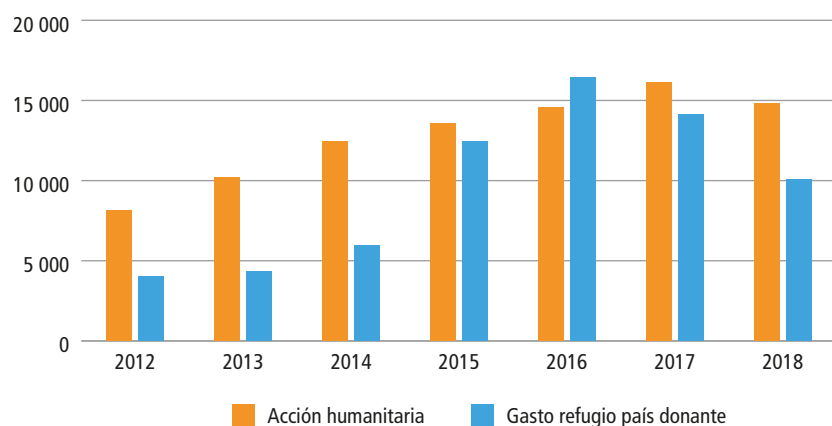
TABLA 4.1. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL EN 2018

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Agencias de NNUU	14 870
ONG	4233
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	2660
Sector público	637
Organismos intergubernamentales	237

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

En 2018 se mantiene la tendencia 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, pasando de 14.112 millones de dólares en 2017 a 10.103 millones en 2018. Este descenso sitúa a este tipo de gasto en los países donantes del CAD por debajo de la financiación que estos mismos países destinan a la acción humanitaria, y que en 2018 alcanzó los 14.807 millones de dólares. No obstante, no podemos olvidar que sigue siendo el doble que en 2014.

GRÁFICO 4.6. GASTOS REFUGIO EN PAÍSES CAD FRENTE A LA FINANCIACIÓN DE AH



Fuente: Elaboración propia con datos de CAD

Aunque en términos globales los fondos asignados al gasto de atención a personas refugiadas en los países donantes ha disminuido, hay fuertes diferencias entre países. Así mientras Alemania (37%), Italia (41%), Suecia (37%) y Holanda (36%)

han reducido su gasto de forma importante, otros como Francia, Canadá y España lo han incrementado en un 10% de media.

4. LA AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NNUU

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

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

TABLA 4.2. AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, 2018

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	Porcentaje del total
Planes estratégicos de respuesta	15 040	92,2%
Fondos comunes	1 281	7,8%
Total	16 321	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

En 2018 OCHA realizó un llamamiento para los Fondos Coordinados que ascendió a 25.080 millones de dólares. Esta fue la cantidad estimada por las agencias humanitarias de NNUU para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta (SRP en sus siglas en inglés) para atender las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por las diferentes crisis. Del total de los fondos requeridos, se recibieron 15.040 millones de dólares, aunque continua la tendencia al crecimiento de los últimos años, dicho aumento sigue siendo insuficiente, cubriéndose de nuevo solo el 60%, de los fondos solicitados.

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

País receptor de SRP	Total en millones de dólares
Plan de ayuda a los refugiados de Siria	2 817
Yemen	2 506
Siria	2 124
Sudán del Sur	1 218
Somalia	912
RD Congo	768
Nigeria	711
Etiopía	655
Sudán	614
Irak	544

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Los Planes Estratégicos de Respuesta²¹ para atender las necesidades básicas de la población de países afectados por crisis humanitarias, se concentraron prácticamente en los mismos países que en años anteriores: Siria, Yemen, Sudán del Sur, Somalia, Irak, Nigeria, Etiopía, Sudán y RD del Congo, todas ellas crisis complejas que se prolongan en el tiempo y que requieren financiación suficiente y sostenida. Y eso es justamente lo que no reciben, de estas diez crisis humanitarias, solo Irak y Yemen han recibido en torno al 85% de los fondos solicitados, mientras que Siria, Sudán del Sur y Nigeria han recibido el 65% de los fondos solicitados. Sudán, Etiopía, Somalia y los países que acogen personas refugiadas de Siria han recibido alrededor del 50% y por último, la República Democrática del Congo recibió solo el 46% de los fondos solicitados.

En cuanto a los Fondos Comunes que gestiona OCHA, en 2018 ha recibido 1.425 millones de dólares, de los que se han asignado a proyectos 1.281 millones.

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

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
Fondo Central de respuesta a emergencias - CERF	426	480	491	463	478	442	424	503
Fondos comunes a nivel país - CBPF	453	441	373	427	549	694	673	778
Total fondos comunes de NNUU	879	922	864	890	1027	1136	1097	1281

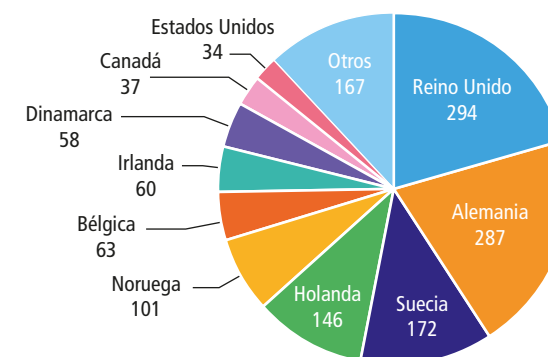
Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

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

Ambos fondos son fundamentales porque permiten atender aquellas crisis que siendo importantes, no son prioritarias para los donantes. El Fondo Común a nivel país es además uno de los pocos fondos que canaliza una parte importante de sus fondos a través de agentes nacionales y locales. Lamentablemente sigue faltando un enfoque a medio plazo 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 Unión Europea, con el Reino Unido como principal donante.

GRÁFICO 4.7. PRINCIPALES DONANTES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES)



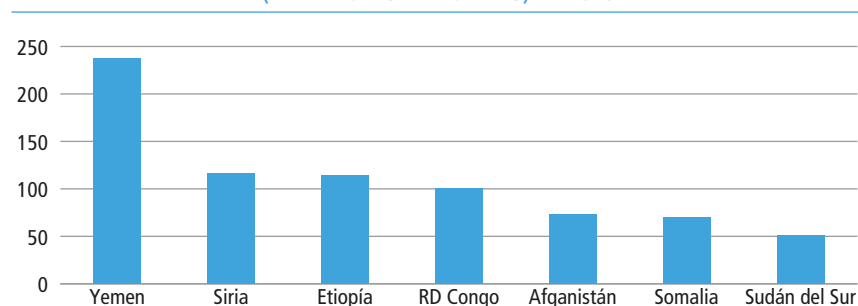
Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA

Reino Unido y Alemania son los principales donantes de los Fondos comunes. De nuevo Estados Unidos, el primer donante de ayuda humanitaria por volumen, es el décimo donante de los Fondos comunes de NNUU, por detrás de países mucho más pequeños como Bélgica o Irlanda.

Es de esperar que un mayor compromiso de los donantes con el Grand Bargain, lleve 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, siendo este, uno de los principales compromisos del Grand Bargain.

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos asignados, las crisis humanitarias de Yemen, Siria, Etiopía y RD del Congo han sido las principales receptoras de fondos, concentrando el 59% del total.

GRÁFICO 4.8. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES) EN 2018



Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA

Estos 8 países, Yemen, Siria, Etiopía, RD del Congo, Afganistán, Somalia, Sudán del Sur y Sudán, han estado desde hace 6 años entre los principales receptores de financiación y tres de ellos, RD 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. Como señala Development Initiatives²², el 33% de las personas que viven en extrema pobreza, es decir, con menos de 1,9 dólares al día, viven en países con crisis humanitarias recurrentes.

22. Global Humanitarian Assistance Report 2019, Development Initiatives.

5. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

La Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026

La nueva Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española (CE) marcará el camino de los próximos siete años (2019-2026). La estrategia es una clara y evidente evolución del recorrido de la AH española (AHE) como sistema de alcance amplio y que recoge todos los aspectos y enfoques claves de la AH en el ámbito internacional, a la vez que se asumen compromisos ambiciosos en materia de género, protección, respeto de los Derechos Humanos y diplomacia humanitaria. Llega en tiempos de claroscuros, de tiempos en los que los principios humanitarios son ignorados en los conflictos y el acceso a las poblaciones afectadas queda supeditado a la voluntad del contendiente de turno.

En ella, se reafirma que la respuesta debe seguir marcada por las necesidades humanitarias y hay una apuesta estratégica por las crisis olvidadas, que España viene promoviendo en el ámbito de Naciones Unidas y de la Unión Europea.

Se trata de una estrategia impulsada por la DGPOLDES en estrecha colaboración con la Oficina de AH (OAH) de la AECID, en el marco de la cual se ha llevado a cabo un amplio proceso de consultas con actores diversos (cooperación descentralizada, ONG, sociedad civil, universidades y otros ministerios de la Administración General del Estado, entre otros). De esta manera se pretende impulsar la AH como una política de estado, dando una respuesta a la sensibilidad y el compromiso que la sociedad española ha demostrado a lo largo del tiempo hacia los temas humanitarios.

A partir del análisis y valoración de la estrategia anterior (Estrategia 2005-2017), con sus conclusiones y las recomendaciones extraídas de la evaluación del ciclo precedente, en marzo de 2019 se ha adoptado la nueva estrategia, que se inserta dentro de lo previsto en el V Plan Director de la CE 2018-2021, siendo la primera Estrategia que se define a partir del nuevo Plan Director.

La estrategia se estructura en torno a un objetivo y a tres **líneas estratégicas**:
Objetivo: Contribuir mediante una respuesta basada en principios humanitarios y alineada con compromisos asumidos internacionalmente, a salvar y proteger vidas, aliviar el sufrimiento y mantener la dignidad humana antes,

durante y después de crisis humanitarias, mejorando la calidad y rendición de cuentas.

Línea estratégica 1. Promoción de los principios humanitarios, del derecho internacional humanitario (DIH) y de otros marcos jurídicos, con el fin de garantizar la protección y los derechos de las personas afectadas por conflictos y desastres.

Línea estratégica 2. Mejora de la respuesta integral de la AHE a las crisis y su articulación con el conjunto de la CE, respetando su especificidad e independencia.

Línea estratégica 3. Adecuación de los medios e instrumentos a las nuevas tendencias y compromisos asumidos internacionalmente (*Grand Bargain*) en el sector, para mejorar la calidad y rendición de cuentas de la AHE.

En la Línea estratégica 1, promoción de los principios humanitarios y del Derecho Internacional, se incluye la diplomacia humanitaria, una seña de identidad que en los últimos años ha cobrado importancia y sigue constituyendo un ámbito relevante donde se pueden conjugar acciones de incidencia. Además, España asume hasta junio de 2020 la Presidencia del Grupo de Donantes de Apoyo a OCHA y tendrá una oportunidad única para contribuir al fortalecimiento del sistema humanitario global, incidir en sus actividades y promover el equilibrio entre las prioridades temáticas y estratégicas, y los aspectos de gestión u operativos. Es importante que la diplomacia española pueda ejercer su influencia por la preservación de la agenda de cooperación al desarrollo y AH sin caer en instrumentalizaciones al servicio de las agendas de seguridad.

En la Línea estratégica 2 se pretende promover la coordinación interinstitucional entre los diferentes dispositivos de respuesta a emergencias de la CE: diferentes ministerios, Comunidades Autónomas y otros actores. Entre las acciones prioritarias, están: consolidar mecanismos como el equipo técnico español de ayuda y respuesta en emergencias (START, en sus siglas en inglés), poner en marcha programas de fortalecimiento de capacidades y evaluar el desempeño de los diferentes mecanismos en las emergencias atendidas.

En la Línea estratégica 3 se hace referencia a las nuevas tendencias e iniciativas humanitarias en el sector para mejorar la calidad y rendición de cuentas. La percepción es que a veces los compromisos tienen un carácter general y/o no son suficientemente concretos. Por ejemplo, en el caso de la localización (Mayor apoyo a actores locales y nacionales), unos de los pilares del *Grand Bargain*, no existen algoritmos sencillos

y se necesita un cambio de paradigma, una apuesta fuerte de cara a transformar los mecanismos de financiación, los procesos de planificación, los modelos de implementación y las prácticas.

A pesar de definir resultados específicos por líneas estratégicas y actuaciones prioritarias, no se definen claramente cuáles son las metas para el periodo considerado y tampoco se explicita ni un marco presupuestario concreto (si bien se hace referencia al compromiso del 10% de la AOD española en 2022) ni cuáles son los criterios de atribución para la ayuda. Además, los indicadores clave de rendimiento son reducidos y limitados a aspectos cuantitativos. Por otro lado, no aparecen claramente identificadas las áreas y/o personas responsables del logro de resultados, lo que condiciona tanto la ejecución como el seguimiento y rendición de cuentas de la propia Estrategia.

Se trata, en definitiva, de un documento con un buen planteamiento de principios marco, proponiendo una AH basada en principios y con enfoques simultáneos de derechos y necesidades, que pretende orientar el trabajo del conjunto de actores de la CE, mejorando la complementariedad de la AH con las iniciativas de desarrollo. Sin embargo, si el sistema humanitario pretende mejorar eficacia, eficiencia, pertinencia e impacto, debemos contar con una hoja de ruta que establezca un horizonte claro e incluir en ella a todos los actores, que son quienes van a recorrerla.

Aunque la estrategia no es perfecta, ninguna lo es, cuenta con cimientos colectivos que permitirán afianzar una propuesta que está viva, abierta y flexible, volcada a incidir más en la contextualización y el análisis detallado de las crisis.

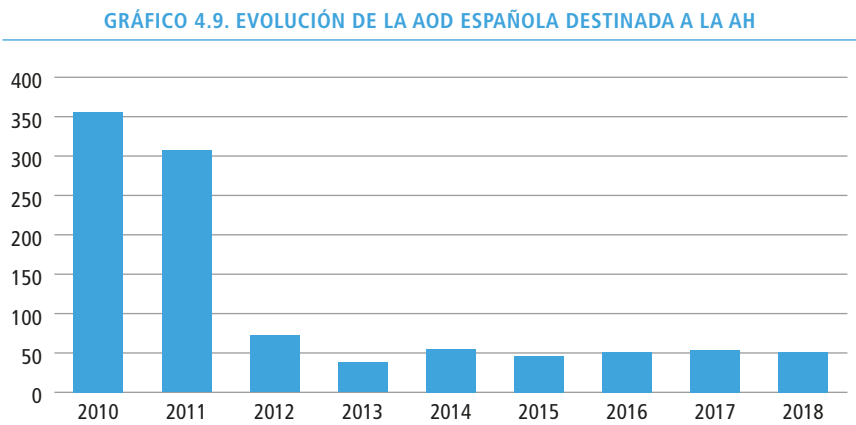
Como afirmó el Grupo de AH de la Coordinadora de ONG para el Desarrollo (CONGDE), que participó en el proceso de consultas, "(...) Esta estrategia es un auténtico manifiesto de intenciones cuya meta es hacer justicia allí donde se necesita. No hagamos nuestra aquella máxima de *"Algo debe cambiar para que todo siga igual"*. Que esta estrategia sea el esperado momento, la gran oportunidad de la CE y haga cambiar algo para que todo cambie".

5.1. Principales datos de la AOD destinada a AH en 2018

En 2018 la acción humanitaria de la cooperación española en su conjunto (AGE, CCAA, EELL y universidades) ha experimentado un ligero descenso con relación a 2017 y rompe así la tendencia de los últimos cuatro años en el que la AOD destinada a la Acción humanitaria crecía, aunque fuese de manera muy modesta.

Como muestra el gráfico 4.9, siete años después del desplome de 2012 la AOD en Acción humanitaria se mantiene como una cooperación testimonial que a duras penas le permite seguir formando parte del grupo de donantes comprometidos con la acción humanitaria. A pesar de las buenas palabras de responsables políticos

la realidad sigue siendo que la acción humanitaria española está a la cola de los donantes europeos.



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

Cuando comparamos la AOD destinada a acción humanitaria con la AOD total la imagen es todavía más negra, en 2018 la AH representó el 1,9%, de la AOD total, lo que supone bajar del 2% y se sitúa en un mínimo histórico que nos aleja todavía más de la media del CAD del 11% y del compromiso de la propia cooperación española de destinar el 10% de la AOD. La nueva Estrategia de Acción Humanitaria de la CE recoge como uno de sus resultados el aumento de los recursos de la AH hasta al menos el 10% de la AOD española en 2022²³. Queda por ver si esta vez la cooperación española cumplirá su propio compromiso.

5.2. Canalización de los fondos

En 2018 se han canalizado 31.241.632 euros por la vía bilateral y 20.544.193 euros por la vía multilateral, se mantiene así el cambio de tendencia en la asignación de fondos que tradicionalmente ha primado la vía multilateral.

Un año más hay que señalar que la vía multilateral ha desaparecido como vía de financiación de la acción humanitaria, a pesar de que desde NNUU se recuerda insistentemente la importancia de la financiación multilateral. La nueva estrategia de AH apuesta por recuperar la financiación multilateral, reconociendo su importancia para

23. Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026

mantener la presencia efectiva de la CE en el sistema humanitaria internacional, algo que vienen pidiendo las ONG desde hace años.

5.2.1. LA ACCIÓN HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos canalizados a través de la vía bilateral descendieron ligeramente en 2018, situándose en algo más de 31 millones de euros, lo que supone el 60% de la AOD destinada a AH. Las ONGD del país donante siguen siendo la principal vía de canalización de fondos, con algo más del 50%. En 2018 se consolida el aumento de la financiación de las ONGD internacionales que recibieron 9,8 millones, lo que supone el 31,5% de los fondos.

TABLA 4.5. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH POR VÍA DE CANALIZACIÓN EN 2017 Y 2018

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2017		2018	
Entidades públicas del país donante	5 050 904 €	13,93%	2 995 293 €	9,59%
Entidades públicas del país socio	400 000 €	1,10%		
ONGD Internacionales	9 610 000 €	26,50%	9 858 425 €	31,56%
ONGD del país donante	19 691 489 €	54,31%	16 060 716 €	51,41%
ONGD del país socio	1 373 022 €	3,79%	1 680 000 €	5,38%
Otras ENL del país donante	99 652 €	0,27%	110 442 €	0,35%
Otras ENL del país socio				
Universidades públicas del país donante	7818 €	0,02%	20 039 €	0,06%
Partenariados público-privados				
Redes				
Otras entidades	25 000 €	0,07%	516 717 €	1,65%
Entidades con ánimo de lucro en el país socio				
Entidades con ánimo de lucro en el país donante				
Total	36 257 885 €		31 241 632 €	

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

En cuanto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, crece ligeramente la financiación destinada a las ONGD, situándose en 1.680.000 euros lo que supone el 5,38% de la financiación bilateral, mientras que desaparece la destinada a entidades públicas.

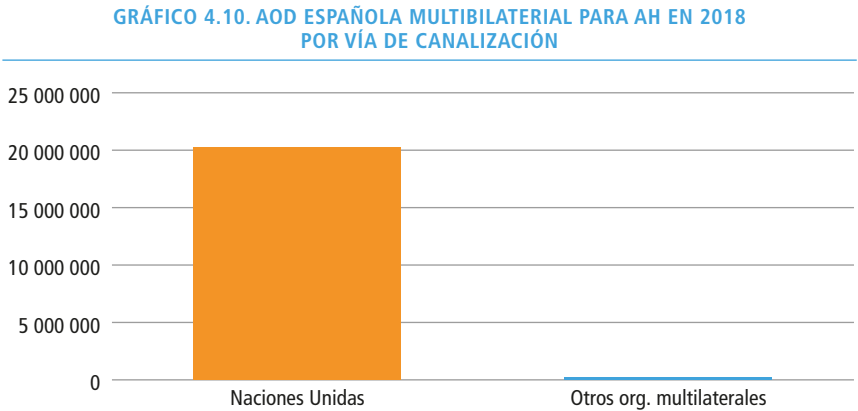
Hay que valorar muy positivamente el incremento de la financiación canalizada a través de las ONGD nacionales, de acuerdo con el compromiso adquirido en el Grand Bargain de asignar al menos el 25% de financiación directa a actores locales

y nacionales antes de 2020. Compromiso recogido en la nueva estrategia de Acción humanitaria (2019-2026)²⁴: “Destinar un porcentaje creciente de la AHE al apoyo de actores locales. Se trabajará asimismo para asegurar el liderazgo de los actores locales y nacionales en la respuesta humanitaria, fomentando la transferencia de capacidades y recursos a la población local y sus organizaciones y respetando siempre los principios humanitarios”.

No obstante, no se podrá avanzar sin un compromiso presupuestario anual tanto hacia la Acción humanitaria en su conjunto como al trabajo con actores locales.

5.2.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTIBILATERAL

La ayuda multilateral se ha recuperado ligeramente en 2018, situándose en 20.544.193 euros, el 40% de los fondos canalizados. Si analizamos las vías de canalización de los fondos, Naciones Unidas, con casi el 100% de los fondos, es casi en el único receptor de fondos, aunque dada la naturaleza de la ayuda multilateral es el donante, en este caso España, quien decide a qué agencia, país y programa se destinan los fondos.



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

La nueva estrategia reconoce la necesidad de reducir las contribuciones finalistas, uno de los compromisos del Grand Bargain adquiridos por la CE. Esto debería llevar a un aumento de los fondos destinados a mecanismos multilaterales como los Fondos comunes de NNUU y especialmente al CERF.

24. Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026

5.3. Distribución geográfica de la acción humanitaria

De nuevo, África y Oriente Medio acaparan el 57% de los fondos, reflejo del elevado número de crisis humanitarias que se viven en estas dos regiones.

TABLA 4.6. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A AH POR REGIONES

Región	2018	%
África del Norte	3 182 391 €	6,15%
África Subsahariana	9 114 032 €	17,60%
África, no especificado	110 000 €	0,21%
América Central y Caribe	4 251 268 €	8,21%
América Latina no especificado	60 000 €	0,12%
América del Sur	3 156 562 €	6,10%
Asia, no especificado		
Asia Central		
Asia del Sur	780 008 €	1,51%
Asia Oriental	1 080 853 €	2,09%
Europa	530 000 €	1,02%
Oceanía		
Oriente Medio	17 084 552 €	32,99%
PVD no especificado	12 436 161 €	24,01%
TOTAL	51 785 826 €	100%

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

En el continente africano, África subsahariana recibe el 75% de los fondos destinados a esta región, experimentando un descenso del 10% con relación a 2017, y apenas superando los 9 millones de euros. Múltiples factores que llevan a la cronicación de las crisis hacen de esta región la más vulnerable del mundo, la situación humanitaria está marcada por la persistencia de crisis relacionadas con la inseguridad alimentaria, la malnutrición, los desplazamientos de población, la violencia, las inundaciones y las sequías, y las epidemias. Un buen ejemplo son los tres países principales receptores de fondos, Malí, con 3,2 millones de personas que requieren ayuda; Níger, donde 2,3 millones de personas han requerido asistencia para cubrir sus necesidades básicas y 1,8 millones de personas sufren malnutrición y Sudán del Sur, donde 7 millones de personas, dos tercios de la población, precisan de asistencia humanitaria para su supervivencia.

En cuanto a África del Norte, desciende la financiación que pasa de 5 millones a algo más de 3 millones de euros, siendo la población saharauí la principal, y casi única receptora de fondos.

Oriente Medio se mantiene como el principal receptor de fondos, con el 33% de la ayuda humanitaria española. La crisis humanitaria provocada por la guerra civil en Siria, junto a Jordania y Líbano como países de acogida de personas refugiadas siguen sido los principales receptores de fondos en la región. En 2018 los fondos destinados a estos tres países han aumentado ligeramente, pasando de 10,7 a 11,3 millones. Por último, el Territorio palestino ocupado sigue siendo otro destino prioritario de la acción humanitaria española, en respuesta a la crisis que vive la población palestina tanto en Gaza como en Cisjordania.

TABLA 4.7. PRINCIPALES RECEPTORES DE AH ESPAÑOLA EN 2018

País	2018
Líbano	5.296.489 €
Siria	4.742.027 €
Palestina	3.926.656 €
Población saharauí	3.088.548 €
Mali	2.820.000 €
Colombia	2.675.358 €
Níger	2.601.589 €
Jordania	1.340.179 €
Irak	1.269.000 €
Sudán del Sur	1.262.117 €

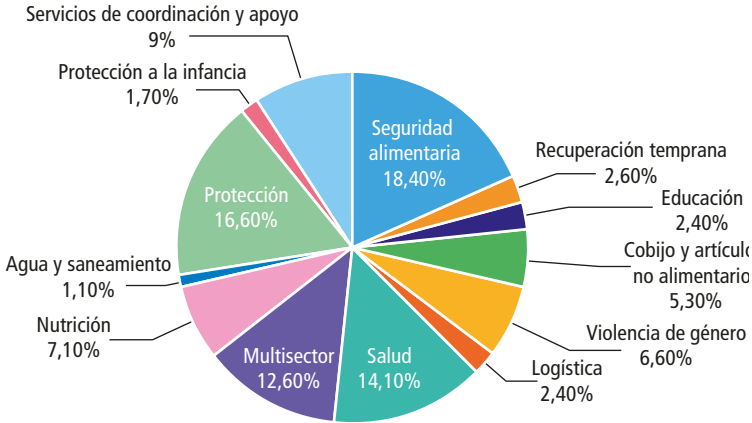
Fuente: elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIC

En cuanto a América Latina, Colombia es el principal receptor de fondos para afrontar las necesidades humanitarias de los 5 millones de personas desplazadas internas y de 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 Seguridad alimentaria, Protección, Salud y Multisector (proyectos y actividades en los que están implicados varios sectores) que recibieron el 61% de los fondos, cuatro partidas clave en el contexto de la crisis de personas refugiadas, de conflicto e inseguridad alimentaria que se está viviendo tanto en Oriente Medio como en África.

GRÁFICO 4.11. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES 2018



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

Destaca especialmente el aumento del sector Protección, que ha ido ganando peso en los últimos años y especialmente en 2018, pasando de recibir el 7% de los fondos en 2017 a recibir el 16%.

La seguridad alimentaria también ha visto incrementar los fondos de manera significativa, pasado del 3,9% en 2017 al 18,4% en 2018, reflejo de la grave situación que viven millones de personas.

Por último, también han aumentado los fondos destinados al sector Salud que ha pasado de disponer del 8,2% en 2017 al 14% en 2018.

5.5. La Acción humanitaria por agentes

La Administración General del Estado es el principal agente financiador de la AHE, aportando el 80% de los fondos, y dentro del mismo, el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación con el 94,3% de los fondos (39.681.250 euros), manteniéndose en los niveles de 2017. La financiación del Ministerio de Defensa ha sido inferior a la de 2017, aunque se mantiene por encima de los 2,5 millones de euros.

TABLA 4.8. AOD ESPAÑOLA PARA ACCIÓN HUMANITARIA POR AGENTES EN 2018

Agentes	Total	%
AGE	42 087 832 €	81
CCAA	8 148 732 €	16
EELL	1 525 300 €	3
Universidades	23 963 €	0
TOTAL	51.785.826 €	

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

En cuanto a los demás agentes (Comunidades autónomas, Entidades locales y universidades) se ha producido un nuevo descenso en la financiación de la acción humanitaria con respecto a 2017, especialmente acusada en el caso de las Entidades locales.

5.6. La Acción humanitaria descentralizada

En términos globales, la AOD destinada a la Acción humanitaria representa el 3,9% del total de la AOD descentralizada, casi un punto porcentual menos que en 2017, cuando supuso el 4,8%, descenso que equivale a 2 millones de euros.

Los fondos destinados para acción humanitaria por la cooperación descentralizada (Comunidades autónomas, Entidades locales y universidades), descendieron un 10% en 2018 pasando de 11,7 millones de euros a 9,7 millones. Aunque tanto las Comunidades autónomas como las Entidades locales han reducido su presupuesto en un millón de euros, porcentualmente el mayor descenso se ha producido en las EELL, que lo han recortado un 40%, un recorte importante que se suma al que tuvo lugar en 2016 y que supuso una reducción del 60%.

En el análisis de la ayuda descentralizada, las Comunidades autónomas redujeron su aportación en un millón de euros. Se ha producido una caída casi generalizada de la financiación de las comunidades, ya que 13 redujeron su financiación. Preocupa que los gobiernos de las CCAA que tradicionalmente han estado más comprometidos con la acción humanitaria, como Andalucía o el País Vasco, estén reduciendo su financiación de forma importante. Andalucía acumula descensos del 80% en los últimos dos años pasando de 6 millones a apenas 500.000 euros situándola a la cola de las CCAA. Mientras que el País Vasco ha reducido su financiación en casi un millón de euros.

Por otra parte, preocupa que algunas comunidades como Aragón y Asturias, que tradicionalmente han sido financiadoras estables, por primera vez no hayan asignado fondos a la acción humanitaria.

Por último, entre las CCAA que han incrementado su financiación destacan la Comunidad Valenciana y Cataluña que han triplicado su financiación.

TABLA 4.9. ACCIÓN HUMANITARIA POR CCAA

CCAA	2017	%	2018	%
Andalucía	979 840 €	10,87%	500 000 €	6,14%
Aragón	269 799 €	2,99%		
Asturias	150 000 €	1,66%		
Baleares	369 851 €	4,10%	546 749 €	6,71%
Cantabria	55 000 €	0,61%	50 000 €	0,61%
Canarias	30 000 €	0,33%		
Cataluña	218 131 €	2,42%	796 889 €	9,78%
País Vasco	3 420 898 €	37,95%	2 652 419 €	32,55%
Castilla-La Mancha	170 400 €	1,89%	190 400 €	2,34%
Castilla y León	115 000 €	1,28%		
Extremadura	862 811 €	9,57%	500 500 €	6,14%
Galicia	511 162 €	5,67%	229 675 €	2,82%
La Rioja	211 189 €	2,34%	130 000 €	1,60%
Madrid	564 047 €	6,26%	405 999 €	4,98%
Murcia	50 000 €	0,55%	32 500 €	0,40%
Navarra	536 750 €	5,95%	418 000 €	5,13%
Comunidad Valenciana	499 366 €	5,54%	1 695 600 €	20,81%
TOTAL	9 014 244 €	100%	8 148 732 €	100%

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

De nuevo, tenemos que señalar nuestra preocupación por la inestabilidad que venimos observando desde hace años en la financiación de la acción humanitaria, que hace imposible una respuesta adecuada frente a crisis prolongadas o emergencias sobrevenidas que requieren apoyo a medio plazo, y esto solo se puede conseguir a través de una financiación estable y plurianual.

En cuanto a la financiación de las Entidades locales, aunque la mayoría ha incrementado su financiación, dichos incrementos han sido inferiores a los descensos acumulados en 4 EELL. Los principales descensos se han producido en Cataluña y

Madrid, especialmente importante es el de esta última que ha pasado de más de 2 millones de euros en 2017 a 37.000 euros. Estas fuertes caídas se han visto parcialmente compensadas por importantes incrementos en Andalucía, Aragón, Castilla y León, País Vasco y Valencia.

La nota negativa la aportan Cantabria, La Rioja y Extremadura cuyas las entidades locales lleven dos años sin asignar fondos a la AH.

TABLA 4.10. ACCIÓN HUMANITARIA POR EELL

EELL	2016	2017	2018
Andalucía	617.957 €	16.045 €	135.000 €
Aragón	636.544 €	- €	371.954 €
Asturias	668.054 €	25.000 €	- €
Baleares	79.164 €	6.632 €	76.632 €
Cantabria	- €	- €	- €
Canarias	57.363 €	- €	24.000 €
Cataluña	224.377 €	200.410 €	25.181 €
País Vasco	487.552 €	86.860 €	334.170 €
Castilla-La Mancha	54.338 €	26.320 €	14.000 €
Castilla y León	212.945 €	43.798 €	144.077 €
Extremadura	20.805 €	- €	- €
Galicia	31.230 €	11.252 €	25.240 €
La Rioja	- €	- €	- €
Madrid	5.688.369 €	2.113.350 €	37.000 €
Murcia	- €	14.100 €	66.000 €
Navarra	102.092 €	84.000 €	99.500 €
Comunidad Valenciana	180.335 €	23.757 €	172.546 €
Total	9.061.125 €	2.651.524 €	1.525.300 €

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

Por último, en cuanto a la distribución geográfica, Oriente Medio, América Latina y África vuelven a ser las tres regiones que concentran el 77,6% de la AH descentralizada. Oriente Medio se ha convertido en la principal receptora de fondos con 3,8 millones de euros, seguida de África con 2,2 millones y América Latina con 1,4 millones.

6. EN FOCO

ÉBOLA EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO: ¿OBJETIVO FALLIDO?

A lo largo del pasado año un brote de Enfermedad de Virus Ebola (EVE) en el Este de la República Democrática (RDC) hizo que el Ministerio de Salud declarase el 1 de agosto la décima epidemia. En sus inicios comenzó localizada en el área de Manguina y Beni en la provincia de Kivu del Norte. Sin embargo, lentamente a lo largo del año se fue extendiendo a la provincia de Ituri y otros territorios vecinos como Butembo o Katwa donde alcanzó grandes proporciones, llegando a convertirse en la segunda epidemia de Ebola de la historia tras la acaecida en África Occidental en 2014. Lejos de remitir, los nuevos casos siguieron aumentando a lo largo del presente año hasta que el 17 de julio de 2019 la OMS la declarase Emergencia Internacional.

La declaración de Emergencia Internacional se hizo tras la confirmación del primer caso en Goma, una ciudad en la frontera con Ruanda, que alberga casi dos millones de habitantes y es la vía de acceso al resto del país y la conexión internacional. El Comité de Emergencia de la OMS realizó un llamamiento a la financiación internacional para reforzar la respuesta, e hizo hincapié en la necesidad de proteger los medios de subsistencia de las personas más afectadas por el brote, manteniendo abiertas las rutas de transporte y las fronteras.

En el momento de escribir este artículo, se cuentan más de 3.300 casos registrados y 2.150 fallecidos lo que supone una letalidad cercana al 70%. La epidemia que ha estado descontrolada, con 213 áreas de salud afectadas sobre 471 en la región, se ha extendido al sur del Kivu y ha cruzado en dos ocasiones la frontera limítrofe con Uganda. Los datos muestran una mayor afectación de las mujeres con un porcentaje del 58% del total, mientras que los menores de 5 años suponen el 14%, una cifra que se duplica al 28% de los casos si se hace extensible hasta los 18 años. Un caso especial son las personas supervivientes a la enfermedad, en las que se han confirmado complicaciones físicas ya que el virus puede permanecer en algunos órganos, transmitirse por vía sexual y afectar, en algunos casos, a la salud mental.

A las graves consecuencias físicas de la enfermedad hay que añadir los problemas psicosociales generados por la epidemia. El temor, la frustración, la desesperanza conducen a elevados niveles de estrés en las personas afectadas. Se consideran como tal a las personas enfermas, sus familias, los menores huérfanos o separados, los contactos, los casos sospechosos de padecer la enfermedad y los supervivientes. También padecen las consecuencias psicosociales los agentes de la respuesta, como el personal de los Centros de Tratamiento o Centros de Tránsito, profesionales de los centros

sanitarios y todos los equipos de intervención. Más allá, puede considerarse que la comunidad entera sufre las consecuencias del impacto de esta enfermedad devastadora.

Ante la situación de descontrol de la epidemia, MdM decidió intervenir desplegando un equipo multidisciplinar en la zona de mayor incidencia del brote. Aparte de la propagación de la EVE en la comunidad, el equipo sobre el terreno observó una alta tasa de transmisión nosocomial. Con una media del 11% desde el inicio de la epidemia, se alcanzaron en el momento del despliegue picos del 20%. Como consecuencia se observó una disminución en el uso de los servicios a nivel de los centros y por el contrario un aumento de la demanda de atención sanitaria a domicilio con el consecuente incremento del riesgo de contagio en el ámbito comunitario. Esto estaba teniendo un gran impacto en los trabajadores sanitarios constituyendo el 5% del total de los casos. Esta situación marcó la estrategia de respuesta que se focalizó en acciones de prevención y control de la infección en la red de estructuras sanitarias mediante la capacitación de profesionales sanitarios y equipamiento de los centros de salud.

Entre los factores que están dificultando el control de la epidemia destacan las reticencias de la población a tomar las medidas para prevenir la transmisión, como el rechazo a la prueba diagnóstica por convertirse en personas sospechosas de tener la enfermedad, al aislamiento hasta la confirmación diagnóstica o la negatividad de la prueba en los Centros de Tránsito, o al tratamiento en los CTE alejados de sus hogares. El rechazo se incrementa en el caso de descontaminación de las casas de las personas afectadas o de los Centros de Salud, al igual que a los entierros sin los rituales propios, al control de movimiento de los contactos o el temor a la vacunación.

En algunas comunidades los actores de la respuesta son vistos con desconfianza, sobre todo los equipos de intervención gubernamentales. Existe un rechazo generalizado entre la población hacia cualquier iniciativa o actividad proveniente del Gobierno Central de Kinshasa y esto tiene origen en el largo y continuado conflicto y marginación de la etnia Nande que habita este territorio. El rechazo se incrementa cuando los agentes de la respuesta se desplazan a las comunidades escoltados por las fuerzas de seguridad, o cuando los CTE y las instalaciones desplegadas son protegidas por el ejército.

En menor intensidad se aprecia rechazo a las agencias humanitarias de Naciones Unidas y por extensión a las ONG internacionales que operan en la zona. Se les relaciona con las Fuerzas Armadas de Estabilización de las Naciones Unidas en la RDC (MONUSCO) que son acusadas de partidistas en la misión que desempeñan en el conflicto. También contribuye al rechazo la canalización de los fondos de ayuda a la respuesta contra la epidemia por parte de las agencias intencionales: Estas, componen sus equipos con profesionales venidos de otras regiones de la RDC, incluso otros países en lugar de contar con profesionales de la zona.

Otro factor condicionante es la inseguridad en la zona: Hay numerosos grupos armados activos desde hace años y esto impide que los equipos de vigilancia epidemiológica y los equipos de prevención y control de la epidemia puedan actuar con tranquilidad. Se producen con regularidad ataques a estos equipos e incluso a los Centros de Tratamiento a pesar de contar con vigilancia.

Además, los numerosos movimientos de población de las zonas afectadas por la epidemia hacia otras regiones de la RDC e incluso cruzando las porosas fronteras hacia países vecinos están provocando un aumento del riesgo de dispersión geográfica de la enfermedad.

El conflicto prolongado durante décadas y la inseguridad son causa de la fragilidad del sistema de salud pública que está condicionando el control de la epidemia. A lo que se añade una red de servicios sanitarios asistenciales limitada y precaria.

A todo lo anterior se añade las condiciones de bajo desarrollo de extensas zonas rurales sin conducciones de agua, ni sistema de saneamiento y que carecen de electricidad lo que ocasiona unas condiciones higiénicas precarias que favorecen la propagación de la epidemia fácilmente.

Sin embargo, al contrario que en epidemias anteriores, en esta ocasión se dispone de una vacuna. Denominada rVSV-ZEBOV fabricada por los laboratorios Merck, y en fase experimental IV se está utilizando en el actual brote epidémico. Con una estrategia de vacunación en anillo, cerca de 250.000 personas entre afectados de la EVE, sus familias, contactos y los actores de la respuesta han sido vacunados. Los resultados iniciales de la evaluación muestran una alta tasa de protección ante la enfermedad con una eficacia del 95%.

Otra ayuda terapéutica disponible son los fármacos contra el virus. El estudio experimental PALM «Together save lives» es una iniciativa de la OMS que se ha puesto en marcha en esta epidemia para evaluar la seguridad y la eficacia de estos fármacos en los *Centros de Tratamiento de Ebola*. De los cuatro tratamientos iniciales dos de ellos: REGN-EB3 y mAb114 están dando resultados positivos, proporcionando una mayor supervivencia a quienes los recibieron.

Muchos son los retos que se afrontan. Sin duda la expansión geográfica de la enfermedad representa un desafío en términos de organización y coordinación efectiva por parte del Ministerio de Salud que lidera la respuesta y de los co-líderes OMS y UNICEF, junto al resto de agencias de NNUU y las ONG. El cuarto plan de respuesta estratégica a la epidemia de EVE (SRP4) constituye una herramienta clave para garantizar la coordinación.

La disponibilidad de recursos es otro de los retos a afrontar. La operativización de la respuesta precisa de medios esenciales para implementar ciertas actividades, particularmente las relacionadas con la actividad asistencial en los centros sanitarios.

Estos necesitan mejorar las condiciones higiénicas, las infraestructuras y la dotación de equipamiento para el desarrollo de medidas de prevención y control de infecciones, así como la capacitación del personal de salud. Las necesidades de financiación estimadas actuales para el periodo de julio a diciembre de 2019 ascienden a 287 millones de dólares, de los que, en el momento actual, falta por cubrir la mitad.

Respecto a la vacunación, si bien la estrategia de vacunación en anillo muestra buenos resultados, se debería ampliar la población objetivo a todos los grupos de riesgo. Otro gran reto lo constituyen las personas supervivientes que precisan una atención y seguimiento del estado somático y salud mental a lo largo del tiempo. Para esto se precisa el desarrollo e implementación de programas integrales que hagan frente de una manera efectiva a las necesidades de este colectivo.

Por encima de todo y a pesar de las prometedoras medidas terapéuticas y programas de rehabilitación, la estrategia más eficaz sigue pivotando en las medidas de prevención basadas en el fortalecimiento de la salud pública. Conseguir esto de una manera eficaz y sostenible requiere de una apuesta decidida por el desarrollo de esta región.

EL CONFLICTO DEL ESTE DE UCRANIA: UNA CRISIS OLVIDADA A LAS PUERTAS DE EUROPA

En abril de 2019 se cumplió el quinto aniversario desde el comienzo del conflicto en el Este de Ucrania. 2014 marca el inicio de este conflicto, que siguió la desafortunada estela de la Revolución ucraniana y del movimiento Euromaidán²⁵. Estas manifestaciones, que tuvieron lugar tras la anexión de Crimea por parte de la Federación Rusa, y que formaban parte de un grupo más amplio de protestas prorrusas simultáneas en el Sur y en el Este de Ucrania, se convirtieron en un conflicto armado entre las fuerzas de las autodeclaradas República Popular de Donetsk y República Popular de Luhansk (DPR y LPR, respectivamente), y el Gobierno de Ucrania. Los países de la Unión Europea (UE), con la iniciativa de Francia y Alemania, facilitaron que Ucrania, Rusia, el DPR y el LPR firmaran el Protocolo de Minsk para establecer un alto el fuego. No obstante, esto ni detuvo ni redujo la intensidad del conflicto, ya que las violaciones del alto el fuego por ambas partes se convirtieron en algo habitual.

En 2019, la lucha continúa segando vidas y dañando casas e infraestructuras civiles a las puertas de la UE. Más de 13.000 personas han muerto (de las cuales aproximadamente 3.000 eran civiles) y 800.000 han sido desplazadas. Aproximadamente 5,2 millones de personas se han visto afectadas por el conflicto armado activo en el Este de Ucrania, de las cuales 3,5 millones necesitan asistencia humanitaria y protección.

25. Es el nombre de una serie de multitudinarias protestas que estallaron en una plaza céntrica de Kiev entre noviembre 2013 y febrero 2014, tras el rechazo del gobierno de Ucrania a firmar un acuerdo de asociación económica con la Unión Europea (UE).

Las más afectadas por este conflicto son las ancianas, las personas con bajos ingresos, las enfermas crónicas, las personas con discapacidad, las mujeres y los niños y niñas. Sus principales preocupaciones son la inseguridad y no poder abandonar sus casas. A menudo dependen de sus exiguos ingresos y de sus familias o vecinos para acceder a los servicios básicos y a la comida, y sobrevivir.

Al tiempo que se incrementaba la intensidad del conflicto, se creó una frontera *de facto* de casi 500 km entre áreas controladas y no controladas por el gobierno (GCA y NGCA, respectivamente). Como resultado, el Gobierno de Ucrania estableció un rígido régimen de cruce que ha restringido desde entonces la libertad de movimiento de la población entre las áreas controladas y no controladas por el gobierno. Al otro lado de la línea de contacto, las autoridades *de facto* también han impuesto restricciones al traslado de bienes y al acceso de personal humanitario.

La llamada línea de contacto divide regiones antiguamente unidas. Impide el acceso a servicios esenciales, separa familias, evita que su población consiga cualquier forma de sustento y altera las relaciones sociales. En esencia, el conflicto ha separado áreas rurales y pequeñas ciudades pertenecientes al área controlada por el gobierno de los dos principales centros urbanos proveedores de servicios de la región, las ciudades de Luhansk y Donetsk. Ambas ciudades están ahora ubicadas en la zona no controlada por el Gobierno y, por ello, las personas afectadas por el conflicto deben hacer frente a importantes obstáculos físicos y no físicos para acceder a servicios básicos, como atención sanitaria y servicios sociales.

A pesar de ello, muchos hombres, mujeres y familias necesitan cruzar con regularidad la frontera *de facto* para ver a sus familiares, visitar sus propiedades, sacar dinero, cobrar pensiones (aunque el Gobierno de Ucrania ha suspendido el pago de las pensiones de toda la población que resida oficialmente en la zona no controlada por el gobierno) y acceder a servicios legales. En 2018, se registró una cifra media mensual de más de un millón de traslados que atravesaban la línea de contacto.

No obstante, el cruce entraña una serie de dificultades. Sólo existen cinco puntos de entrada/salida (EECP) a lo largo de los 500 km de la línea de contacto y más de 30.000 personas deben atravesarlos cada día. Cuatro de ellos están situados en el óblast²⁶ de Donetsk y pueden ser cruzados por vehículos. En el óblast de Luhansk sólo hay un punto de cruce destinado únicamente a peatones formado por un puente inestable, dañado a menudo por los bombardeos, y, probablemente, rodeado por restos de la guerra sin explosionar. Como resultado, el cruce puede prolongarse durante varias horas de colas, procesamiento y espera.

26. Unidad administrativa correspondiente a una estructura territorial local/regional, *oblast*. En la Ucrania actual se cuentan 24 unidades administrativas/*oblasts*.

RESTRICCIONES AL MOVIMIENTO, CONFLICTOS PERMANENTES E INSTALACIONES OBSOLEScentes COMPROMETEN EL ACCESO A LA ATENCIÓN SANITARIA E INCREMENTAN LOS RIESGOS PARA LA SALUD FÍSICA Y MENTAL

El sistema de atención sanitaria se ha visto afectado directamente por el conflicto, que ha provocado la reducción tanto de la calidad de sus servicios como de la accesibilidad. De todas las personas afectadas, aproximadamente 1,3 millones de personas en un radio de 20 km de la «línea de contacto» necesitan servicios sanitarios básicos. Es importante subrayar que, de entre todas las poblaciones que reciben actualmente asistencia humanitaria, Ucrania cuenta con el porcentaje más alto de personas mayores (de más de 60 años), que asciende al 30%. Hasta un 87% de ellas tienen necesidades específicas de atención sanitaria, que siguen sin ser satisfechas.

El acceso a la atención sanitaria básica se ha visto gravemente alterado tanto en las GCA como en las NGCA. Antes del conflicto, las personas residentes en áreas afectadas por el conflicto, que ahora se encuentran en áreas controladas por el Gobierno, dependían de centros sanitarios ubicados en las ciudades de Donetsk y Luhansk para recibir atención secundaria y terciaria. Por el momento, las diferentes limitaciones (tanto nuevas como ya existentes) a las que tienen que hacer frente los centros sanitarios, como restricciones al movimiento, incluido el cruce de la línea de contacto, desempeñan un papel principal.

En una región cuya situación económica se había visto ya de por sí deteriorada a consecuencia del conflicto, los daños que han sufrido las carreteras, las restricciones al movimiento, la falta de transporte público y el consecuente incremento del precio del transporte, han reducido la capacidad de la población para llegar hasta los centros sanitarios. La falta tanto de tratamientos como de medicamentos amenaza la supervivencia de pacientes que sufren diabetes, cáncer y enfermedades cardiovasculares, como hipertensión, que es extremadamente común, ya que afecta a más de la mitad de la población de más de 50 años. Las farmacias son limitadas en las áreas más próximas a la «línea de contacto» y se han incrementado los precios de casi todos los fármacos, lo que dificulta todavía más atender la salud de la población. Además, la falta de recursos humanos especializados en el sector de la atención sanitaria es una de las causas principales de la reducción de la disponibilidad de la atención sanitaria en estas áreas. Mucho personal especialista ha salido de la zona desde que estalló el conflicto: 1.500 profesionales de la salud han abandonado las áreas afectadas por el conflicto desde 2014.

Mucho personal cualificado ha abandonado también las áreas no controladas por el Gobierno de Ucrania y el bloqueo comercial impuesto por el mismo reduce la dis-

ponibilidad de fármacos y de equipo médico. La población depende de los suministros de la Federación Rusa. El conflicto ha dañado numerosas instalaciones sanitarias y, con ellas, un equipo que en muchos casos ya estaba desfasado antes del inicio de la contienda. Es el caso del Hospital Regional Infantil de Luhansk.

La separación, su impacto y el entorno general que ha creado el conflicto también tienen graves consecuencias para la salud mental de las personas que viven tanto en las GCA como en las NGCA. A la falta de acceso a los servicios se añade la pérdida (o la separación) de familia y amistades, el deterioro de las condiciones de vida y la incapacidad de las personas para garantizar su subsistencia y la de su familia, además de los peligros que entraña un conflicto permanente. Esto tiene consecuencias inmediatas y a largo plazo para niños, niñas, familias y comunidades, y continúa impidiendo el transcurso normal de la vida. Esta situación afecta a pacientes, pero también al personal sanitario, que vive en las mismas comunidades que aquellas personas a las que asiste.

Las mujeres y las niñas son las más vulnerables, ya que se exponen a riesgos derivados de la crisis, como una mayor probabilidad de sufrir violencia y abusos. Conforme se incrementa la violencia de género, aumentan las necesidades generales. Las denuncias por violencia de género y sexual (incluida la relacionada con el conflicto) siguen siendo significativamente bajas y no se abordan adecuadamente con los recursos y los servicios sanitarios disponibles.

INTERVENCIONES HUMANITARIAS: DESAFÍOS

Desde el comienzo del conflicto, organismos internacionales de ayuda humanitaria comenzaron a prestar asistencia y apoyo a las poblaciones afectadas a ambos lados de la línea de contacto. Un ejemplo de esto es Médicos del Mundo, una de las pocas ONG internacionales con acceso a la zona no controlada por el Gobierno, está en Ucrania desde 2015, y que trabaja para garantizar el derecho a la salud de la población afectada por el conflicto en las provincias de Luhansk y Donetsk, con especial atención a las personas mayores que son el grupo de población más vulnerable en este conflicto. Actualmente, MdM apoya al distrito de salud en centros de atención primaria situados en las proximidades de la línea de contacto con equipos médicos móviles, medicamentos y equipamiento médico. Estos equipos móviles incluyen la presencia de psicólogos y matronas, con el objetivo de garantizar el acceso a la salud sexual y reproductiva y a la salud mental y el apoyo psicosocial (SMAPS) como parte de la atención primaria.

No obstante, las agencias de ayuda humanitaria operan sin un mecanismo específico que facilite el acceso de la población a este tipo de ayuda.

En los territorios no controlados por el Gobierno, en las regiones de Luhansk y Donetsk, los procedimientos de registro impuestos por las autoridades *de facto* dificultan en gran medida el acceso a la ayuda humanitaria.

Por su parte, en los territorios bajo el control del Gobierno, las reformas sanitarias y de descentralización llevadas a cabo por el mismo dificultan todavía más el acceso a los servicios sanitarios: la administración civil y militar local es responsable de estas áreas afectadas por el conflicto y tiene muchas dificultades para aplicar la nueva normativa, lo que afecta negativamente a las comunidades y a las personas que viven allí.

I. En el cuarto año de implementación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), Naciones Unidas (NNUU) alerta de la necesidad imperiosa de tomar medidas urgentes si no queremos poner en riesgo el cumplimiento de las metas.

Existen 4 grandes problemas que ponen en riesgo alcanzar los ODS en 2030:

- Falta de datos fiables y de calidad para dos terceras partes de los 232 indicadores propuestos en los ODS, así como ausencia de una metodología común para poder medir al menos 88 de los indicadores propuestos.
- Tibieza en la respuesta de los países a la hora de plantear acciones urgentes, tanto a nivel nacional como global, que den un impulso importante a algunas de las grandes metas como puede ser acabar con la pobreza extrema, las inequidades de género o el hambre.
- Ausencia de criterios claros, consensuados y basados en la evidencia sobre cómo alcanzar los ODS. Cada país puede elegir cómo y en qué avanzar.
- Incremento de la inestabilidad en el panorama mundial y puesta en cuestión de algunos de los instrumentos que son más necesarios para avanzar en una agenda común, como es el caso de la cooperación multilateral. Los conflictos y la inestabilidad han aumentado en muchas partes del mundo, el crecimiento económico mundial sigue siendo lento y desigual, persistentes las tensiones comerciales y los niveles de deuda de países, hogares y empresas son insostenibles.

Para avanzar en la agenda 2030, es necesario que todos los países vean estos compromisos con un enfoque de derechos, donde las personas y el planeta se pongan por encima de otros intereses, y aceleren las medidas basadas en la evidencia para conseguir alcanzar las metas propuestas.

II. La inequidad en salud sigue siendo el mayor problema que tenemos en la salud mundial, y las personas más empobrecidas y vulnerables siguen teniendo una peor salud.

Los avances en las metas propuestas en el ODS de salud a nivel mundial, *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades*, no son suficientes para poder afirmar que estamos en condiciones de alcanzarlos. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) sigue siendo una quimera en muchos países como se desprende de los datos que año tras año reflejan informes como este. Las causas son múltiples y los datos sangrantes:

- Más del 80 % de las muertes de menores de 5 años en el mundo (15.000 muertes diarias) ocurren en solo dos regiones: África al sur del Sahara y Asia meridional.
- De las 830 mujeres que cada día mueren en todo el mundo por complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto, la casi totalidad (99%) corresponde a los países en desarrollo: más de la mitad a África subsahariana y casi un tercio a Asia Meridional.

La mayoría de estas muertes son evitables. Tenemos los conocimientos técnicos suficientes para mejorar sustancialmente la salud materna y neonatal, y evitar casi todas estas muertes.

Necesitamos conseguir que la salud tenga un abordaje integral, que incorpore los determinantes sociales de la salud, que se fortalezcan los sistemas públicos de salud y se dé cobertura a la salud universal en su apuesta por un Derecho a la Salud que “no deje a nadie atrás” y que no esté subordinado a intereses comerciales o políticos. Además, debemos trabajar el derecho a la salud en todas las políticas, tanto locales, nacionales como globales.

III. Nuevos factores se incorporan al análisis de las causas de la mala salud de la población como el cambio climático que, según la OMS, causará entre 2030 y 2050 unas 250.000 defunciones adicionales cada año debido principalmente al aumento de la malnutrición, el paludismo, la diarrea y el estrés calórico.

El cambio climático es un factor que se tiene poco en cuenta a la hora de analizar las causas de la mala salud. El cambio climático influye en los determinantes sociales y medioambientales de la salud, como un aire limpio, agua potable, alimentos suficientes o una vivienda segura. El impacto extremo del cambio climático tiene otras consecuencias importantes en el día a día de las personas como la saturación de los servicios sanitarios ya que las temperaturas extremas afectan a personas con enfermedades cardiovasculares, diabetes o enfermedades crónicas. De hecho, los problemas

medio ambientales conocidos provocan 13 millones de muertos al año, sobre todo entre las personas más vulnerables.

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, teniendo en cuenta que algunas de las últimas epidemias (ébola, Zika) lo fueron cuando las consecuencias de este cambio climático afectan a muchas más personas.

IV. En un mundo hiperconectado, la salud se ve afectada poderosamente por las fake news, que provocan que las personas tomen decisiones que pueden afectar a su salud.

La oposición al cáncer o a las vacunas son algunos de los temas que más bulos y falsas mentiras acaban generando en la red. Los movimientos antivacunas, por ejemplo, consiguieron que el 19% de la población en Italia se opusiera a todo tipo de vacunas, lo que provocó que las autoridades sanitarias tuvieran que reaccionar para contrarrestar la tendencia y evitar así problemas mayores. Conviene recordar cierta debilidad en la credibilidad del paradigma científico sanitario, que no ha hecho lo suficiente por evitar que los intereses comerciales hayan afectado a la toma de decisiones basados en una evidencia falsa, que supone otra forma de fake news en salud.

La medicalización de la vida, la falta de relación y transparencia entre lo que cuesta la investigación de un medicamento y su precio al público, o directamente la propagación de estudios falsos determinados por intereses comerciales, que finalmente se han demostrado falsos, no ayudan en nada a que la población confíe en la evidencia científica.

La sociedad en la que vivimos accede a medicalizar la vida lo que convierte la salud en un caldo de cultivo para todo tipo de fake news. Para poder combatir este problema, además de exigir evidencia científica, urge poner al alcance de la ciudadanía herramientas para identificar las fake news en salud.

V. En 2018 la AOD total de los países del CAD se sitúa en 143.218 millones de dólares netos, lo que implica una caída del 2,7% (unos cuatro mil millones) respecto a 2017.

La cantidad total de AOD de los miembros del CAD representa solo el 0,31% del ingreso nacional bruto, porcentaje que está muy por debajo del 0,7%, objetivo mínimo comprometido en la asamblea de Naciones Unidas. Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Japón y Francia siguen siendo los mayores donantes del CAD, y su AOD conjunta supone el 68% de toda la AOD destinada por los 29 países del CAD.

Mientras Reino Unido destina por ley el 0,7% de su PIB, Alemania destinó el 0,61%, Francia el 0,43%, Japón el 0,28% y EEUU un pírrico 0,17%.

España repite en el puesto número 13 en cuanto a cifras absolutas destinadas a cooperación y el 20 de 29 en cuanto a porcentaje de renta nacional bruta. Después de 4 años de implementación de la Agenda 2030, siguen sin observarse grandes cambios que permitan deducir que el conjunto de donantes del CAD va a cumplir el compromiso de destinar el 0,7% de su renta nacional bruta a cooperación en 2030.

Es necesario que todos los países CAD apuesten realmente por destinar el 0,7% de su renta nacional bruta a AOD genuina. Para ello es necesario primero una hoja de ruta creíble y pública en el que todos los países establezcan un plan para alcanzar el 0,7%. El ejemplo del Reino Unido, que desde que asumió por ley el 0,7% lo cumple todos los años es una buena forma de asegurar ese porcentaje, más allá de los vaivenes políticos de los países.

VI. La AOD en salud del CAD se incrementa un 14,6% en 2017, hasta situarse en 24.091 millones de dólares lo que equivale al 13,8% del total de la ayuda visibilizando la importancia que tiene este sector para el conjunto de los donantes.

En 2017 se destinaron a salud 24.091 millones de dólares, 3.000 millones más que en 2016. Este incremento se ha producido tanto en la ayuda bilateral como en la multilateral, aunque ésta última ha crecido ligeramente más que la ayuda bilateral. Y si hablamos de ayuda distribuible (la ayuda que los países pueden elegir donde enviarla), de cada 5 dólares que el conjunto de donantes destina libremente a cooperación una vez cumplidos los compromisos institucionales, uno va hacia el sector sanitario, lo que indica la importancia media que este sector tiene para los países donantes. Sin embargo, las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, destinan apenas el 5% a salud.

En el ámbito internacional la salud debe considerarse como una cuestión intersectorial de políticas, pues constituye un requisito indispensable, un resultado y un indicador de las tres dimensiones del desarrollo sostenible. Todos los países deberían adoptar un enfoque multisectorial y actuar en relación con los determinantes sociales, ambientales y económicos de la salud, con miras a reducir las desigualdades en materia de salud y posibilitar el desarrollo sostenible.

VII. El “Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030” plantea el reto de avanzar hacia una sociedad con un crecimiento económico inclusivo

y mayor cohesión y justicia social, en paz y con un horizonte medioambiental sostenible.

Los ODS son universales, se aplican por igual a países desarrollados y en vías de desarrollo, y abordan las raíces de la pobreza, la desigualdad y la degradación del planeta, con voluntad transformadora.

El Plan de Acción para la implementación de la Agenda 2030 se considera como un primer paso para establecer una estrategia de desarrollo sostenible. Define los elementos básicos y los primeros pasos que se deben dar para conseguirla, así como los mecanismos de gobernanza necesarios para su implementación. Plantea 10 compromisos. En salud pretende transversalizar los contenidos de la Agenda 2030 y trabajar la salud en todas las políticas, integrar las 3 dimensiones de la Agenda, la social, la medioambiental y la económica, y mantener el carácter universal, público y gratuito del sistema sanitario.

Es muy necesario que haya un acuerdo entre todos los partidos políticos, y autoridades a todos los niveles sobre qué y cómo quiere desarrollar España los ODS. Si no, corremos el riesgo de que cambios en la dirección política del país o de alguna institución pública provoque parálisis, incluso retrocesos en la consecución de las metas de los ODS. La participación de la sociedad debe ser real al igual que la financiación ya que si no es imposible cumplir con los compromisos adquiridos.

VIII. En 2018 la AOD española alcanza el 0,20% de la renta nacional bruta, un porcentaje insuficiente para cumplir el compromiso del 0,7%, y muy alejado del 0,31% de la media del conjunto de donantes del CAD y del 0,47% de la media de los países de la Unión Europea.

La AOD bruta desembolsada en 2018 por España alcanzó los 2.483 millones de euros, lo que supone un 3% menos que en 2017. Esta cifra no se corresponde con el aumento que estaba previsto en la Propuesta de Presupuestos Generales del Estado para 2018 para el primer año del V Plan Director, que debía alcanzar los 2.602 millones de euros, el 0,22% de la renta nacional bruta. Con la tendencia actual, en 2030 apenas llegaríamos a un 0,32%. Otro año más se siguen recibiendo las devoluciones de préstamos antiguos que se computaban como AOD, y cuyo monto en 2018 asciende a más de 328 millones de euros, un 13,2% del total del dinero destinado a AOD en 2018.

La cooperación al desarrollo tiene que dejar de ser un instrumento prescindible en España y debe haber un gran consenso que consiga que la cooperación española sea más eficaz y tenga un mayor impacto.

IX. El peso de la salud en la cooperación española sigue bajando y se sitúa en 2,47% del total de la AOD bruta, muy alejado del 13,8% de la media del conjunto de donantes.

En 2018 se destinaron a salud 61,3 millones de euros, disminuyendo en un 6,4% lo que se destinó a este sector en 2017, lo que supone que la salud sigue perdiendo peso en la cooperación española, muy lejos de las cifras y el porcentaje que se destinaban hace 10 años al sector sanitario. Si descontamos lo devuelto por los préstamos anteriores, la cooperación española solamente hubiera destinado en 2018 20 millones de euros a salud, ya que suponen el 67,3% del monto total destinado a salud en ese año.

España debe incrementar sus partidas de AOD en salud y el peso de su AOD en salud en el total de la AOD española hasta alcanzar la media del conjunto de donantes, dada la importancia debiera tener España en la esfera internacional. Asumir que la salud es un derecho universal, tanto internamente dentro del Estado como a nivel mundial, ayudaría a priorizar la salud sobre otras políticas.

X. La cooperación descentralizada representa el 43% del total de la AOD sanitaria española. No obstante, sigue siendo una ayuda muy heterogénea y con mucha variabilidad de un año para otro, lo que le impide ser más eficiente y tener mayor impacto.

En 2018 se produjo un leve incremento del 1% de la AOD descentralizada respecto a 2017, alcanzando los 247,5 millones de euros, 2,5 millones más que en 2017. Esta cantidad supone casi el 10% del total de la AOD española. En 2018, y a diferencia de los años anteriores, la cooperación autonómica ha disminuido sus aportaciones en alrededor de 20 millones, mientras que la cooperación local ha aumentado sus presupuestos en 22 millones de euros.

La suma de la cooperación sanitaria de ambos actores (CCAA y EELL) alcanzó los 26,4 millones de euros, 5,2 millones más que en 2017, doblando el incremento de la AOD general descentralizada y alcanzando el 43% del total de la AOD española en salud. Esta cantidad supone el 10,67% del total de la ayuda descentralizada, un porcentaje más cercano al 13,8% del conjunto de donantes del CAD y muy superior al destinado por parte de la cooperación estatal.

Sin embargo, sigue habiendo un comportamiento muy desigual entre los diferentes actores e incluso entre los mismos actores, lo que dificulta la predictibilidad de su ayuda, su eficacia y su impacto.

La cooperación descentralizada, tanto autonómica como local es y debe seguir siendo un referente en la cooperación sanitaria española. Es necesario que aumente su participación en las definiciones de las prioridades de esta cooperación. Pero

tiene también que ser una apuesta política, y crecer de forma constante en presupuesto y en calidad.

XI. La brecha de financiación de la Acción humanitaria internacional se mantiene en el 60% y la comunidad internacional sigue siendo incapaz de responder adecuadamente a las crecientes necesidades humanitarias.

En 2018 la ayuda internacional humanitaria ascendió a 28.900 millones de dólares, aunque supone un ligero crecimiento respecto a 2017, esta financiación apenas cubre el 60% de las necesidades humanitarias, porcentaje que no se ha superado desde 2013.

Es probable que el número y gravedad de las crisis humanitarias aumente por la crisis climática que puede impulsar mayores conflictos, grandes desplazamientos y favorecer el incremento del riesgo epidémico y de las olas de calor. Un reciente estudio de la Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en su escenario más pesimista, estima que para 2050 se doblará el número de personas que necesitarán ayuda humanitaria, superando los 200 millones de personas.

Este aumento exigirá una mayor respuesta por parte de la comunidad internacional tanto en términos de respuesta humanitaria como de reducción de la vulnerabilidad, mejora de los sistemas de alerta y fortalecimiento de las capacidades de respuesta.

Responder de forma adecuada a este reto precisa de la voluntad política real de todos los países y una financiación robusta y sostenida en el tiempo de la acción humanitaria.

Por eso, los donantes deben asumir sus responsabilidades y compromisos internacionales, como el de destinar al menos el 7% de la AOD a la Acción humanitaria e incrementar de forma substancial los fondos destinados a la acción humanitaria.

XII. La Acción humanitaria de la cooperación española sigue a la deriva, con nuevos recortes que la sitúa en los mismos niveles de 2016. Si en 2017 se asignaron 54,4 millones de euros, en 2018 apenas ha llegado a los 51,7 millones.

En 2018 la acción humanitaria de la cooperación española en su conjunto (AGE, CCAA, EELL y universidades) ha experimentado un descenso con relación a 2017 y vuelve a los niveles de 2016.

En 2018 la AH representó el 1,9%, de la AOD total, lo que supone bajar del 2%, situándola en un mínimo histórico que nos aleja todavía más del compromiso de la propia cooperación española de destinar el 10% de la AOD. Compromiso que se ha incluido en la nueva Estrategia de Acción Humanitaria de la cooperación española 2019-2026 que recoge como uno de sus objetivos el aumento de los recursos de la AH hasta al menos el 10% de la AOD española en 2022. Queda por ver si esta vez la cooperación española sí cumplirá su compromiso, tantas veces ignorado.

Dada la debilidad de la Acción humanitaria en la cooperación española, 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 la AOD a la Acción humanitaria en 2022.

XIII Nuevo descenso de la cooperación descentralizada destinada a la acción humanitaria que la sitúa, por primera vez, por debajo del 4%.

Los fondos destinados para acción humanitaria por la cooperación descentralizada (Comunidades autónomas, Entidades locales, Diputaciones y universidades), descendieron un 10% en 2018 pasando de 11,7 millones de euros a 9,7 millones. Se ha producido una caída casi generalizada de la financiación de las comunidades, ya que 13 redujeron su financiación. Además, preocupa que los gobiernos de las CCAA que tradicionalmente han estado más comprometidos con la acción humanitaria, como Andalucía o el País Vasco, estén reduciendo su financiación de forma importante.

De nuevo, hay que señalar la inestabilidad de la financiación de la acción humanitaria descentralizada, que hace imposible una respuesta adecuada frente a crisis humanitarias cada vez más complejas y prolongadas que requieren apoyo a medio plazo, y esto solo se puede conseguir a través de una financiación estable y plurianual.

La cooperación descentralizada debe incrementar la financiación destinada a la Acción humanitaria y asumir como propio el objetivo de la Estrategia de AH de destinar el 10% en 2022 para recuperar de nuevo su papel como actor de relevancia en la Acción humanitaria.

ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Accra
AAAA	Agenda de Acción de Addis Abeba
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y para el Desarrollo
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios
AGE	Administración General del Estado
AIM	Alianza Internacional de Microbidas
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
AOD	Ayuda oficial al desarrollo
AOED	Alianza de OSC para la Eficacia del Desarrollo
APS	Atención primaria de salud
ATTAC	Asociación por la Tasación de las Transacciones y por la Ayuda a los Ciudadanos
BAfD	Banco Africano de Desarrollo
BAoD	Banco Asiático de Desarrollo
BDR	Bancos regionales de desarrollo
BM	Banco Mundial
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial
BRICS (países)	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CAP	Procedimiento de llamamientos unificados / Consolidated Appeals Process
CCAA	Comunidades autónomas
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental
CERF	Fondo de Emergencia Central de Respuesta / Central Emergency Response Fund
CES	Consejo Económico y Social
CHF	Fondos comunes para emergencias
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIN-1	Primera Conferencia Internacional de Nutrición
CIN-2	Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición
CODC	Catálogo de ocupaciones de difícil cobertura
CRED	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes

CRS	Sistema Acreedor de Información / Creditor Reporting System	IOM/OIM	Internacional Organisation for Migration / Organización Internacional para la Migraciones
CSU	Cobertura Sanitaria Universal	IPCC	Grupo Intergubernamental de Expertos sobre el Cambio Climático
CTL	Transacciones de divisas / Currency Transaction Levy	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
DDHH	Derechos humanos	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
DES	Documento estratégico salud	MAEUEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
DGPOLDES	Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible	MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española
DNDC	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas / Drugs for Neglected Diseases initiative	MCIU	Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades
DOTS	Directly Observed Treatment short-course	MINECO	Ministerio de Economía y Empresa
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea	MFMATMN	Mecanismo de Financiación Mundial en Apoyo de Todas las Mujeres y Todos los Niños
EELL	Entidades locales	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
EM-DAT	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes	MITYC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio
ERC	Emergency Relief Coordinator	MMV	Medicines for Malaria Venture
ETD	Enfermedades tropicales desatendidas	MSCBS	Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	NHLBI	Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo	NIAID	Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Food and Agriculture Organization of the United Nations	NNUU	Naciones Unidas
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (AECID)
FG	Fondos globales	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
FICMLR	Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja	OCHA (OCAH)	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios / Office for the Coordination of Humanitarian Affairs
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa	ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo	OEA	Organización de Estados Americanos
FpD	Financiación para el Desarrollo	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
FTS	Financial Tracking Service	OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
FTT	Financial Transaction Tax	OIT	Organización Internacional del Trabajo
GAVI	Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones	OMC	Organización Mundial del Comercio
GFATM	Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis / The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria	OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization)
GHD	Principios y Buenas Prácticas de la Buena Donación Humanitaria	OMUDES	Organismos multilaterales de desarrollo
IASC	Comité Permanente Inter-Agencias	ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
IAVI	Iniciativa Internacional para la vacuna del sida / Internacional AIDS Vaccine Initiative	ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
ICD	Instrumento de Cooperación al Desarrollo	ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ICESDF	Comité Intergubernamental de Expertos sobre Financiamiento para el Desarrollo Sostenible (por sus siglas en inglés)	ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida
IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización	OPS	Organización Panamericana de Salud
IFRC	Federación internacional de la Cruz Roja y Media Luna	OSCE	Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa
IHP	International Health Partnership	OTC	Oficina técnica de cooperación
		PACI	Planes anuales de cooperación internacional
		PAE	Programas de Ajuste Estructural

PEPFAR	Plan presidencial de respuesta contra el sida
PDPs	Partenariados desarrolladores de productos
PIB	Producto interior bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PMA (WFP)	Programa Mundial de Alimentos / World Food Programme
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PKK	Partido de los Trabajadores del Kurdistan
PRB	Países de renta baja
PRM	Países de renta media
PRMA	Países de renta media alta
PRMB	Países de renta media baja
RANSA	Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional
RDC	República Democrática del Congo
RNB	Renta Nacional Bruta
RTVE	Radio Televisión Española
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional y para Iberoamérica
SRP	Planes Estratégicos de Respuesta
SUS	Sistemas Universales de Salud
SWAP	Sector Wide Approach
TCA	Terapia Combinada de Artemisina
TAR	Terapia Antiretroviral
TB	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UN HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
UNDG	Grupos de desarrollo de las Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNITAID	Facilidad internacional de compra de medicamentos
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UNPFA	UN Fund for Population Activities
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
VIH/sida	Virus de la inmunodeficiencia humana



**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