

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2021


medicusmundi



La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2021

EQUIPO TÉCNICO

Carlos Mediano
Conchi Ballesteros

EQUIPO ASESOR

Félix Fuentenebro
Emiliana Tapia
José Félix Hoyo

EDITA

medicusmundi
Médicos del Mundo

TRABAJO DE EDICIÓN

Félix Fuentenebro
Emiliana Tapia

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Estudio BLG

IMPRESIÓN

Advantia

PARA MÁS INFORMACIÓN:

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MEDICUSMUNDI EN ESPAÑA

Lanuza 9, local / 28028 Madrid (España)
Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65
federacion@medicusmundi.es
www.medicusmundi.es

MÉDICOS DEL MUNDO

Conde de Vilches, 15 / 28028 Madrid (España)
Tel.: 91 543 60 33
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org

Gracias a todas las personas que han contribuido a esta publicación y en especial a Jorge Seoane y al resto del equipo del Departamento de Estadística de la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible, de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos.

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

medicusmundi
Médicos del Mundo

ÍNDICE

PRÓLOGO	12		
CAPÍTULO 1. LA SALUD EN EL MUNDO	18		
1. Introducción	20		
2. Evolución de la implementación de la Agenda 2030	21		
2.1. Análisis del ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”	22		
3. La pandemia COVID-19 en el mundo	35		
3.1. Evolución	35		
3.2. La gobernanza mundial de la salud	39		
Seguridad sanitaria versus acceso universal a la salud: el tratado pandémico mundial	40		
3.3. La vacunación de la COVID-19	42		
4. La otra emergencia mundial en salud: el cambio climático	49		
4.1. Impactos en la salud del cambio climático	51		
4.2. La respuesta del sistema sanitario: adaptación, mitigación y responsabilidad	53		
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	56		
1. Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD	59		
1.1. “Grant equivalent”: La nueva metodología de cómputo de la AOD	59		
1.2. La AOD del CAD	60		
1.3. Distribución de la AOD en 2020	66		
2. Evolución de la AOD en salud	70		
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	74		
3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud	74		
3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud	77		
4. La UE en la pandemia y post pandemia	79		
• La insuficiente respuesta europea y mundial frente a la pandemia: ni la seguridad sanitaria ni las vacunas contra la COVID-19 han sido bienes públicos	82		
• “No profit on pandemic”, iniciativa de la sociedad civil para un acceso equitativo a las vacunas COVID-19	85		
CAPÍTULO 3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	90		
1. Consideraciones generales	92		
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	92		
2. Datos generales de la AOD en 2020	93		
La Agenda 2030 en España	95		
3. AOD en salud en 2020	98		
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2020	98		
3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud	105		
3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud	108		
		• La Cooperación Española en Salud en los últimos 20 años, retos de cara al futuro	111
		4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales	112
		4.1. La AOD descentralizada	112
		4.2. La AOD descentralizada en salud	115
		4.2.1. La cooperación autonómica en salud	118
		4.2.2. La AOD de Entidades Locales en salud	121
		• La reforma del sistema de Cooperación Española	122
		5. Los ODS en España	123
		6. La pandemia de COVID-19	125
		6.1. La vacunación en España	128
		6.2. La Cooperación Española y la COVID-19	130
		• Por una política de Estado: blindemos el 0,7% de AOD en la nueva ley	132
		CAPÍTULO 4. ACCIÓN HUMANITARIA	134
		1. Introducción	136
		• Veinte años de Acción Humanitaria en diez claves	141
		2. La Acción Humanitaria en la Agenda Internacional	143
		2.1. El impacto de la COVID-19 en contextos humanitarios	143
		2.2. Grand Bargain 2.0	145
		Respuesta de las ONG al Grand Bargain 2.0	147
		• Los actores humanitarios se enfrentan diariamente a los retos de una reducción del espacio humanitario	148
		2.3. Crisis olvidadas por la comunidad internacional: la urgente necesidad de memoria y responsabilidad	150
		3. La Acción Humanitaria Internacional	152
		4. La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas	154
		5. La Acción Humanitaria en España	158
		5.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2020	158
		5.2.1. La acción humanitaria bilateral	159
		5.2.2. La acción humanitaria multilateral	159
		5.2. Canalización de los fondos	159
		5.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria	160
		5.4. La Acción Humanitaria por sectores	161
		5.5. La Acción Humanitaria por agentes	161
		5.6. La Acción Humanitaria descentralizada	162
		6. En foco	163
		Haití: la urgencia de compromisos a largo plazo que impidan volver a convertir la tragedia en olvido	163
		Siria: la necesidad de un compromiso suficiente y sostenido de la comunidad internacional	166
		CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	168

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Muertes anuales por enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles, 2019-2020. Fuente: Elaboración propia a partir de diferentes informes de la OMS y Statista	27	Gráfico 3.3.	Evolución de la AOD bruta en salud y porcentaje sobre total de AOD, 2008-2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	98
Gráfico 1.2.	Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal. Fuente: OMS	30	Gráfico 3.4.	Distribución AOD salud sectorial por canales, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	101
Gráfico 1.3.	Evolución del crecimiento mensual de casos diagnosticados y muertes en el mundo, enero 2020-septiembre 2021. Fuente: Informes de situación de la COVID-19 de la OMS y portal Statista	36	Gráfico 3.5.	Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2020. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	107
Gráfico 1.4.	Número de dosis administradas de vacunas COVID por regiones mundiales, 21 septiembre 2021. Fuente: elaboración propia, a partir de datos de Statista	47	Gráfico 3.6.	Evolución de la AOD descentralizada 1994-2020. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	113
Gráfico 1.5.	Impacto del cambio climático en la salud. Fuente: Centre for Disease Control, Estados Unidos	50	Gráfico 3.7.	Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	114
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 (en naranja, la aportación según “grant equivalent”, GE)	60	Gráfico 3.8.	AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	119
Gráfico 2.2.	AOD 2020 en millardos de dólares. Fuente: OCDE, 2020	62	Gráfico 3.9.	Evolución de casos y muertes acumuladas por COVID-19 en España. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del Departamento de Seguridad Nacional del Gobierno de España	126
Gráfico 2.3.	AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2020. Fuente: OCDE, 2020	64	Gráfico 3.10.	Porcentaje tasa de vacunación completa en diferentes países. Fuente: https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus-vacuna	128
Gráfico 2.4.	Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2014-2020. Fuente: Datos OCDE-CAD	69	Gráfico 4.1.	Mapa de crisis humanitarias por nivel de severidad en 2020. Fuente: Development Initiatives, Global Humanitarian Assistance Report 2021	138
Gráfico 2.5.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	71	Gráfico 4.2.	Principales donantes del CAD en 2020 (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE/CAD (datos preliminares)	152
Gráfico 2.6.	Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	71	Gráfico 4.3.	Financiación llamamientos de NN. UU. 2011-2020. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	154
Gráfico 2.7.	Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-España. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	72	Gráfico 4.4.	Porcentaje de financiación por sectores en 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	155
Gráfico 2.8.	Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total (en millones de dólares corrientes) Fuente: Creditor Reporting System	73	Gráfico 4.5.	Principales donantes de fondos comunes (en millones de dólares) 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	157
Gráfico 2.9.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2019 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	75	Gráfico 4.6.	Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	157
Gráfico 3.1.	Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2006-2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	94	Gráfico 4.7.	Evolución de la AOD española destinada a AH. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	158
Gráfico 3.2.	Evolución y comparativa de la AOD total y de lo gestionado por el MAEC y lo asignado a la AECID, 2010-2020. Fuente: Elaboración propia	95	Gráfico 4.8.	Asignación de fondos por sectores CRS 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	161
			Gráfico 4.9.	Asignación de fondos por regiones. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	163

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.1.	Variantes relevantes del virus SARS CoV2, según listado de la OMS. Fuente: OMS	38	Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según prioridades V Plan Director, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	109
Tabla 1.2.	Vacunas contra la COVID-19 aprobadas por la OMS para su uso de emergencia, septiembre 2021. Fuente: elaboración propia	43	Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	109
Tabla 1.3.	Número de vacunas en investigación marzo 2021. Fuente: Statista	44	Tabla 3.9.	Principales receptores de AOD bruta en salud, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	110
Tabla 2.1.	AOD neta de los países del CAD 2016-2020, desembolsos en millones de dólares corrientes. Fuente: OCDE-CAD	66	Tabla 3.10.	AOD total autonómica, 2017-2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	115
Tabla 2.2.	AOD de países no miembros del CAD en millones de dólares corrientes. Fuente: OCDE-CAD	67	Tabla 3.11.	AOD descentralizada total en salud, 2017-2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	116
Tabla 2.3.	Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares). Fuente: Datos OCDE-CAD	68	Tabla 3.12.	AOD descentralizada en salud por subsectores y componentes CRS, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	117
Tabla 2.4.	Descripción de los subsectores y componentes relacionados con salud (según actualización del CAD de 2021). Fuente: Creditor Reporting System	74	Tabla 3.13.	AOD Descentralizada en salud por áreas geográficas, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	118
Tabla 2.5.	Desembolsos brutos de aod total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	76	Tabla 3.14.	AOD en salud de las CC. AA., 2017-2020. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES.	119
Tabla 2.6.	Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	77	Tabla 3.15.	AOD autonómica en salud por subsectores CRS, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	120
Tabla 2.7.	Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2019 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	78	Tabla 3.16.	Principales EE. LL. en salud, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	121
Tabla 3.1.	Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2018-2020. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	99	Tabla 3.17.	Desembolso bruto de AOD por meta ODS 3, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI.	124
Tabla 3.2.	Resumen de la AOD española en salud, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2020 publicados por DGPOLDES-SECIPIIC	100	Tabla 3.18.	Desembolso bruto de AOD en salud incluidos en otros ODS, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI.	125
Tabla 3.3.	Distribución de la AOD multilateral en salud por agente y receptor, 2017-2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	103	Tabla 3.19.	Población mayor de 12 años vacunada por CC. AA., noviembre 2021. Fuente: Cuadro de mando resumen de datos de vacunación. Gobierno de España	129
Tabla 3.4.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2017-2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	104	Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	153
Tabla 3.5.	Distribución de AOD salud por canales y subsectores, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC	106	Tabla 4.2.	Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU., 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	154
Tabla 3.6.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	108			

Tabla 4.3.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2020. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	156
Tabla 4.4.	Financiación recibida para los fondos comunes gestionados por OCHA (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	156
Tabla 4.5.	AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2019 y 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	159
Tabla 4.6.	AOD española destinada a AH por regiones. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	160
Tabla 4.7.	Principales receptores de AH española en 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	160
Tabla 4.8.	AOD española para AH por agentes en 2020. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	161
Tabla 4.9.	AH por CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	162
Tabla 4.10.	AH por EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	162

Prólogo

En 2001, hace ahora 20 años, cuatro Organizaciones No Gubernamentales con gran experiencia en cooperación sanitaria, convinieron en que era necesario un informe específico sobre salud, tanto desde un enfoque de desarrollo como desde la ayuda humanitaria. Es así como *medicusmundi*, Médicos del Mundo, Prosalus y Médicos sin Fronteras pusieron en marcha el Informe “La salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria”. Por diferentes motivos, a lo largo de estos años Médicos sin Fronteras y Prosalus dejaron el proyecto.

La finalidad que llevó hace 20 años a poner en marcha esta iniciativa sigue vigente, influir en las políticas de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en el sector salud y en el sector de la acción humanitaria (AH), mejorando su calidad, eficacia y eficiencia, así como su objetivo general, aportar un análisis crítico de la AOD internacional, estatal y descentralizada en el ámbito de la salud y la AH.

El informe inició su recorrido analizando los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), aprobados por la Asamblea General de Naciones Unidas en el año 2000, con el ambicioso propósito de poner fin a la pobreza extrema y buscar una mayor equidad en el planeta. De los ocho

ODM, tres eran de salud: reducir la mortalidad infantil, reducir la mortalidad materna y combatir el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis.

Durante estos 20 años muchas cosas han cambiado: los ODM dieron paso a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la arquitectura de la salud mundial se ha visto alterada con la aparición de nuevos actores, privados y públicos, cada vez hay más conciencia de que la salud está interrelacionada con otros sectores más allá de la sanidad, y de que los aspectos globales que no se controlan desde el ámbito nacional influyen mucho en las realidades locales de salud. Los indicadores de salud, como los de mortalidad materna o infantil, han mejorado sustancialmente, aunque no se han alcanzado los objetivos previstos. Desde el año 2000 la financiación del sector mundial de la salud ha crecido un 3,9% —más que el crecimiento económico global, que ha sido del 3%—, pero con grandes disparidades entre países. Mientras la AOD en salud supone el 1,5% de la financiación del sector salud en los países en desarrollo, es el 20% en los países menos adelantados (PMA), lo que indica la importancia de la cooperación sanitaria, que ha crecido de forma significativa desde principios de siglo.

A lo largo de este tiempo hay aspectos que se mantienen invariables, como la incapacidad de generar una respuesta mundial, que anteponga la salud a otros intereses, o que se logre reducir la inequidad en salud de manera significativa. Quizás influya en ello el incumplimiento permanente de los compromisos firmados, ya sean los ODM, ya sean los ODS, así como la incapacidad de muchos países para considerar la salud como un derecho y, en consecuencia, hacer todo lo posible por garantizarlo. Y en lo que a inequidades se refiere, no solo no se reducen, sino que aumentan como advierte el Informe sobre Desarrollo Humano 2019.

Estos 20 años han visto cómo la AOD española ha pasado de acercarse con paso firme hacia el objetivo del 0,7%, con un máximo histórico en 2009 cuando se situó en el 0,46%, a desplomarse hasta el 0,12% en 2015, relegando la Cooperación Española a la cola de los donantes. Desde entonces el crecimiento ha sido insuficiente; en 2020 apenas ha llegado al 0,23%, la mitad del porcentaje que se destinaba en 2009, por lo que se hace difícil imaginar que el gobierno pueda cumplir su promesa de destinar el 0,5% de la renta nacional bruta (RNB) a AOD al final de la legislatura —2023—.

El sector de la salud pasó de ser uno de los sectores clave de la Cooperación Española, llegando a alcanzar en 2008 y 2009 el 10% del total de la AOD, a tener un papel residual apenas destinando el 1,58% de la AOD a salud en 2016. Ha tenido que llegar una pandemia mundial para que se triplique el porcentaje de AOD destinada al sector salud, pasando del 2,39% en 2019 al 7,64% en 2020. La pregunta es si supone un reconocimiento del sector salud como sector clave o solo la respuesta puntual a una emergencia global.

Pero el sector que más cayó y al que más le está costando recuperarse es la AH, que pasó de recibir 465 millones de euros en 2009 y suponer casi el 10% de la AOD a estancarse en torno a los 50 millones de euros y el 2% de la AOD. No ha sido hasta 2020 cuando, con un presupuesto de 96 millones de euros, se ha alcanzado el 3% de la AOD.

La cooperación descentralizada, que sigue siendo un actor importante en la Cooperación Española, ha pasado de un crecimiento espectacular y continuado hasta 2009, a desplomarse y volver a tratar de recuperarse a partir 2015, eso sí, lentamente y con altibajos. En 2020, a pesar de la pandemia, se ha producido un nuevo descenso de casi el 7%, que sitúa a la AOD autonómica en 298 millones de euros.

Estas dos décadas han visto lo mejor y lo peor de la Cooperación Española: si la primera década era de crecimiento, de fortalecimiento de sus estructuras y de mayor participación en el ámbito internacional, la segunda década solo podemos calificarla como una década pérdida. Queda por ver si la década que iniciamos es la de la recuperación.

Finalmente, queremos agradecer a todas las personas que durante estos años nos han ayudado a mejorar este informe con sus comentarios y aportaciones, así como a aquellas que han querido celebrar con nosotras este 20 aniversario con sus generosas palabras.

NIEVES TURIENZO RÍO
PRESIDENTA
Médicos del Mundo

CRUZ CUEVAS CANAL
PRESIDENTA
Federación de
Asociaciones de *Medicus*
Mundi en España

20 años de informe

He leído y utilizado este informe anual durante la última década. Sus contenidos resultan siempre de interés, utilizando datos estables y confiables que los autores convierten en información preciosa para los que tenemos algo que ver con la cooperación y ayuda humanitaria internacional.

Recuerdo en especial algún capítulo 1 de un informe reciente que he recomendado a varios grupos de estudiantes en programas de la EASP. No es fácil mantener durante tanto tiempo un trabajo documental y de análisis, con calidad e interés creciente.

Gracias y enhorabuena. Y que os dure el ánimo y los recursos para seguir "informando".

NATXO OLEAGA
Investigador y profesor

De una forma o de otra, he estado vinculado a este informe desde su inicio, durante estos 20 años. Mirado en perspectiva, creo que ha supuesto una gran contribución a la maduración de la cooperación para la salud hecha con gran esfuerzo y pocos medios. Muchos de los temas que el informe ha ido señalando a lo largo de los años, desde su análisis de la AOD y de la realidad de la salud en el mundo, han sido referencias clave para la agenda de las políticas de cooperación en salud. ¡Enhorabuena por el camino realizado y ánimo para los próximos pasos!

JOSÉ MARÍA MEDINA REY
Enraíza Derechos

La cooperación al desarrollo de España ha sufrido desde sus inicios una lamentable carencia de análisis y estudios orientados a la transformación de políticas. Este informe es una clara excepción. Desde que medicusmundi y Médicos del Mundo lo pusieran en marcha, "La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria" ha sido una referencia necesaria para cualquiera que se internase en este debate fascinante. Ojalá sigamos contando con él otros 20 años.

GONZALO FANJUL SUÁREZ
Director de Políticas y Análisis
IsGlobal

Aportar análisis, reflexiones, autocríticas, críticas en el sector humanitario y de cooperación es cada vez más relevante. El sector debe abordar con valentía las reformas necesarias. Si éstas se basan en evidencias, mucho mejor. Pues bien, a esto ha contribuido el Informe en estos veinte años. Desde nuestro Instituto, que hacemos un seguimiento de la acción humanitaria internacional y española, el Informe de los y las colegas de Médicos del Mundo y medicusmundi ha sido una referencia para entender mejor el ámbito de la salud, sus prioridades y tener una desagregación de datos en ese sector. Enhorabuena y adelante, que ahora, más que nunca, se necesitan trabajos como el vuestro.

FRANCISCO REY MARCOS
Coordinador
Instituto de Estudios sobre Conflictos
y Acción Humanitaria

En este 20 aniversario, felicitar a Médicos del Mundo y medicusmundi por su informe anual. Un documento esencial para comprender la importancia estratégica de la salud en la cooperación al desarrollo, para analizar su impacto en la lucha contra la pobreza y el desarrollo humano sostenible, para situar los retos pendientes, pero, sobre todo, para reivindicar la necesidad de invertir en salud como un bien público global.

BEATRIZ COTO RODRÍGUEZ
Directora
Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo

Cada año, celebro la publicación del informe "La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria". Considero que se trata de un informe con una metodología y contenido adecuado para poder evidenciar la realidad de la Cooperación en Salud y en Ayuda Humanitaria. Me he servido de él para informes y cursos ya que presenta un análisis de la situación a nivel mundial y de las brechas entre los objetivos y los recursos empleados para conseguirlos. Agradezco a los autores y editores el trabajo que realizan y espero que siga manteniéndose como documento de referencia.

Sin embargo, creo que su función de influir en la distribución de recursos AOD hacia la salud, y, dentro de ella, a los diferentes subsectores, no tiene el efecto deseado y me permito hacer un llamamiento para que, entre todos, consigamos que las decisiones se basen más en la evidencia acumulada por el documento.

MIGUEL CASADO GÓMEZ
Jefe de Área Salud/Head of Health Sector
Dirección General de Políticas para
el Desarrollo Sostenible
Ministerio de Asuntos Exteriores,
Unión Europea y Cooperación

En primer lugar, quiero felicitar a Médicos del Mundo y a medicusmundi, y manifestar mi gratitud y reconocimiento por el excelente trabajo realizado durante todos estos años en los que han elaborado Informes anuales sobre la Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria, del que se cumple este año 2021 el 20 aniversario.

El excelente y riguroso trabajo realizado periódicamente, incorporando y analizando datos sobre la AOD proporcionados por el equipo de Estadística de la DGPODES de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, ha servido de información, consulta, y estímulo a la reflexión, a muchos profesionales de la salud y de la cooperación, entre los que me encuentro.

MARÍA CRUZ CIRIA MATILLA
Jefa del Área de Salud. Departamento
de Cooperación Sectorial
Agencia Española de Cooperación
Internacional para el Desarrollo
Ministerio de Asuntos Exteriores,
Unión Europea y Cooperación

En estos 20 años de informe "La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria", ha ido evolucionado y consolidándose como una lectura obligada para quienes tenemos un compromiso con la Salud global. Un documento de cabecera que permite conocer desde el rigor, el estado y rol de la Salud en las políticas de cooperación española y lo que es más importante, poder analizar su evolución en el tiempo. Un instrumento útil al que acudimos a menudo y en el que apoyamos muchos de nuestros análisis.

LEIRE PAJIN IRAOLA
Directora de Desarrollo Global
IsGlobal

Este magnífico informe que cumple 20 años es un ejemplo de trabajo riguroso, detallado y relevante. Su lectura es imprescindible cada año para comprender los retos a los que se enfrenta la salud global, las actuaciones y tensiones a que se enfrentan diferentes actores, y la contribución española a dichos retos. En los años más recientes su peso ha sido especialmente fuerte, con una sección de análisis internacional muy valorada también fuera de nuestras fronteras.

En diferentes etapas profesionales, como investigador, responsable de campañas y contenidos en diferentes organizaciones, y ahora en una Agencia de Naciones Unidas especializada precisamente en retos de la salud global, este informe es todo un lujo. ¡Enhorabuena a Médicos del Mundo y medicumundi por estos 20 años y mis mejores deseos para el futuro!

JAIME ATIENZA AZCONA
Chief, Health Financing
UNAIDS - Geneva

La Cooperación al Desarrollo de Navarra ha estado y está marcada por un fuerte componente de solidaridad sanitaria internacional y que desde sus orígenes a finales de la década de los ochenta del siglo pasado ha acompañado a nuestros socios locales en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en múltiples países. Esta característica ha sido recogida por este Informe de modo fehaciente, y ha permitido visibilizar y mejorar nuestra apuesta por la salud para todos y todas.

ANDRÉS CARBONERO
Director General de Protección Social
y Cooperación al Desarrollo
Gobierno de Navarra

Informe elaborado con responsabilidad y compromiso que pone el acento en los puntos que, a quienes formamos parte de la cooperación al desarrollo, nos preocupan y nos ocupan. En Aragón, la Salud ocupa un lugar importante en el Plan Director de la Cooperación Aragonesa para el Desarrollo 2020-2023, por lo que las recomendaciones del informe son una oportunidad en el diseño e implementación de políticas públicas que posibiliten la existencia de un mundo más justo e igualitario y en el que el derecho a la vida y a la salud sean cada vez más una realidad. ¡Felicidades por los 20 años del Informe!

MARÍA JESÚS PERICH SANCHO
Jefa de Servicio de Cooperación al Desarrollo
Gobierno de Aragón

El 20 Aniversario del Informe “La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria” es una buena ocasión para mostrar mi enhorabuena y agradecimiento a medicumundi y a Médicos del Mundo por haberlo hecho posible durante estos años y por su gran calidad. El Informe es referencia obligada para conocer la historia y los grandes temas de la cooperación sanitaria durante estos años. En el Departamento de Salud Internacional de la Escuela de Sanidad muy frecuentemente hemos utilizado artículos del Informe como material de trabajo y de referencia de los alumnos. Muchas gracias a medicumundi y a Médicos del Mundo y que siga habiendo Informe durante muchos más años.

DR. JOSÉ-MANUEL FREIRE CAMPO
Prof. Emérito
Ex Director del Departamento de Salud
Internacional de la Escuela Nacional de Sanidad
Instituto de Salud Carlos III

Quisiera felicitaros por este informe y por los 20 años del mismo. El informe permite contrastar con datos la consecución de las metas del ODS 3 de salud y bienestar, y delimita los retos a los que debemos hacer frente para no dejar a nadie atrás. Nos muestra el impacto de la pandemia sobre los sistemas públicos de la salud y las debilidades que se han ido mostrando en los distintos espacios geográficos; unos retos se unen a los que ya existían, mostrando cómo el aumento de la inequidad revierte en el bienestar de la ciudadanía mundial.

Informes como este ayudan a revalorizar el papel de la cooperación descentralizada andaluza al mostrar el valor añadido de esta cooperación en el conjunto de la cooperación española y lo que supone poder desarrollar acciones más cercanas a la ciudadanía y con mayor flexibilidad, creando alianzas por una salud que tenga en el centro a la persona.

Por otro lado, el informe es orientador de la política de cooperación al posicionar las políticas de salud como elementos igualadores y de reducción de inequidades, lo que nos permite buscar estrategias más integrales que permitan atender las metas del ODS 3 en relación con el resto de los ODS, con el claro objetivo de promover el bienestar de la población independiente.

M^a LUZ ORTEGA CARPIO
Directora
Agencia Andaluza de Cooperación
para el Desarrollo

Este informe, rigurosamente elaborado, aporta a la Cooperación Española elementos para defender y apostar por la salud como bien público global e irrenunciable para seguir caminando por la senda marcada por la Agenda 2030. Es este informe valiente y propositivo. ¡Enhorabuena y Gracias!

RAMÓN ALMANSA LÓPEZ
Director Ejecutivo
Fundación Entreculturas

Con ocasión de la vigésima edición del informe anual “La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria”, desde la AECID queremos felicitar a medicumundi y Médicos del Mundo en esta efeméride por el detallado y motivador trabajo realizado durante estos años.

La crisis sanitaria global causada por la pandemia de SARS-CoV-2 / COVID-19, ha subrayado, aún más si cabe, la necesidad de fortalecer los sistemas de salud en todo el mundo para lograr alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal en 2030 (ODS 3.8). La salud es un derecho humano fundamental, y ha sido, es, y seguirá siendo una prioridad para la AECID y la Cooperación Española.

Los exhaustivos informes anuales son un activo imprescindible para recordarnos periódicamente a las organizaciones y actores españoles que trabajamos en salud, con datos y cifras contrastadas, la evolución de la AOD, integrar lecciones aprendidas, y estimarnos para obrar en consecuencia.

ANTÓN LEIS GARCÍA
Director
Agencia Española de Cooperación
Internacional para el Desarrollo
Ministerio de Asuntos Exteriores,
Unión Europea y Cooperación

1

La salud en el mundo



- Hace 20 años, cuando se redactó el primer informe, el VIH/SIDA, era una de las mayores prioridades de la salud mundial. En 2021, otra enfermedad infecciosa, la pandemia de la COVID-19 ocupa el primer puesto entre las preocupaciones que tiene la salud mundial. Por segundo año consecutivo es la enfermedad infecciosa por una sola causa que ha provocado más muertes en el planeta, además de agravar la situación del resto de enfermedades. La pandemia está lejos de controlarse a nivel global. La aparición de nuevas variantes puede poner en riesgo los avances logrados hasta el momento.
- Las vacunas contra la COVID-19 ha supuesto un cambio en la evolución de la pandemia, pero solamente en aquellos países que han podido acceder a ella, ya que el nacionalismo de las vacunas ha impedido un reparto equitativo de las mismas. Se ha puesto en evidencia los problemas que existen para cualquier producto sanitario a la hora de priorizar una distribución equitativa y eficaz para todos los países. Hay problemas en la investigación, en la producción, en la distribución mundial y local, así como en la apropiación de la comunidad, que es necesario afrontar para evitar que futuras pandemias afecten igual o peor que la de la COVID 19.
- Los problemas de salud habituales no han desaparecido, si bien han quedado ocultos por la explosión de la pandemia. Las metas previstas para el ODS 3 no se cumplirán a menos que exista un mayor compromiso por parte de los países. Los avances que se

han dado en los últimos 20 años en algunos indicadores de salud no evitan el incremento de la inequidad como demuestra el hecho de que la mayor parte de los 5,2 millones de muertes de niños y niñas menores de cinco fueran evitables, al igual que el 80% de las muertes maternas o de las muertes prematuras por enfermedades no transmisibles. Es imprescindible apostar por el fortalecimiento de los sistemas de salud, especialmente en países de renta media y baja, si queremos impulsar el ODS 3, así como trabajar los determinantes sociales y comerciales de la salud a nivel global.

- El cambio climático es un factor determinante para la salud de las personas en cualquier parte del planeta. Las olas de calor están aumentando, los fenómenos extremos como inundaciones o sequías, los cambios en la distribución de vectores que transmiten enfermedades como malaria, dengue o zika, el aumento de la inseguridad alimentaria o las consecuencias en salud de las migraciones debido a la subida del nivel del mar son los efectos más importantes del cambio climático en salud. Pero no podemos olvidar que trabajar en salud también afecta al cambio climático, y el conjunto de los sistemas de salud son responsables del 4,4% de las emisiones totales mundiales de gases de efecto invernadero. Es necesario que estos sistemas se adapten para no contribuir al cambio climático y que tengan planes de respuesta para mitigar las consecuencias del cambio climático en la salud.

1 Introducción

La pandemia de la COVID-19 nos ha mostrado con toda su crudeza que, en un mundo globalizado, los problemas de salud también son globales, y es necesario una respuesta mundial y multilateral para afrontar los problemas de salud. Veremos si tras todo lo dicho en este último año, cambian las cosas o, por el contrario, volvemos a la casilla de salida que, a nuestro entender, no fue capaz de resolver los desafíos que afronta la salud global.

En septiembre de 2021, después de más de año y medio desde su aparición, la pandemia de la COVID-19 sigue siendo la máxima prioridad en la agenda mundial de salud, y sigue demostrando lo lejos que estamos en tener una salud mundial equitativa. Los enormes avances en la aparición de soluciones —sobre todo las vacunas— para afrontar esta pandemia, no benefician a toda la población mundial por igual y muchas personas con elevado riesgo de sufrir consecuencias graves por el SARS-Cov2 sigue sin poder acceder a estas soluciones, mientras en los países enriquecidos se discute sobre la aplicación generalizada

de una tercera dosis, sin que esté comprobada su necesidad. El nacionalismo de vacunas ha hecho que algunos países hayan adquirido más dosis de las que necesitan. En enero de 2021 la ONU ya alertaba de este hecho y de que, de darse, como así ha sido, iba a retrasar la recuperación mundial¹. Pero este hecho no es más que el reflejo de la inequidad mundial en salud que llevamos denunciando desde que iniciamos esta serie de informes hace ya dos décadas.

Esta pandemia y futuras pandemias, porque habrá más pandemias, no se van a poder controlar exclusivamente con la creación de programas de reducción de riesgo en desastres epidémicos. Es absolutamente necesario que reflexionemos sobre qué cambios se deben realizar para que la salud sea un derecho de todas las personas, y no el privilegio de unas pocas. No hacer nada no es una opción. Urge que la innovación a la que tanto citamos cuando hablamos de soluciones tecnológicas, se vincule también en el desarrollo de políticas, estrategias, e incluso modelos de desarrollo, económicos, políticos, sociales y ecológicos.

1 <https://es.euronews.com/2021/01/17/la-onu-alerta-de-que-el-nacionalismo-de-la-vacunas-es-contraproducente>

2 Evolución de la implementación de la Agenda 2030

Han pasado seis años desde la aprobación de la Agenda 2030 que incluye 17 ODS y 169 metas para cumplir antes de 2030. En su conjunto, aspira a disminuir de forma significativa la inequidad en el mundo sin dejar a nadie atrás. Los ODS plantean una visión integral e indivisible y una colaboración internacional renovada del mundo que se quiere. Consideran, de manera equilibrada, las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la económica, la social y la medioambiental². El sector sanitario está enmarcado en el ODS 3, aunque para trabajar la salud realmente deben considerarse los otros 16 objetivos, ya que la salud está condicionada no solamente por el funcionamiento de los sistemas sanitarios, sino por otros factores que determinan el estado de salud, como economía, equidad de género, protección social o medio ambiente.

Esa apuesta por una visión indivisible de todos sus objetivos da a los ODS más sentido que nunca, aunque realmente la evolución de los últimos años nos muestra que los avances se han conseguido sin saber realmente cómo trabajar los ODS de forma integral. Y si bien todas las soluciones que se están poniendo encima de la mesa para la recuperación expresan la necesidad de hacer realmente cambios en los modelos sociales, económicos y ecológicos imperantes para evitar nuevos problemas, el comportamiento visto con la pandemia hace dudar de la predisposición a cambiar realmente las cosas.

El contexto en el que se desencadenó la pandemia, tremendamente complejo, ha contribuido a que sus efectos sean más letales para una parte de la humanidad. Los avances en los ODS pueden quedar reducidos a la mínima expresión

si el mundo no reacciona de manera solidaria y generosa. Se sabe que la pandemia acapara la atención mundial y que está influyendo en el comportamiento de otras enfermedades. Cuánto está influyendo es algo que ya se va conociendo, aunque aún es pronto para tener un conocimiento científico global.

Ahora más que nunca hay que aplicar el enfoque de *Salud en todas las políticas (HiAP)*, para la formulación de políticas, que considera sistemáticamente las implicaciones sanitarias de las decisiones en todos los sectores, buscando sinergias y evitando los efectos nocivos para la salud de las políticas fuera del sector salud. Es decir, debe abordarse la salud en todas las políticas, especialmente en economía, protección social, equidad de género o medioambiente, reforzando los sistemas públicos de salud a todos sus niveles, priorizando la Atención Primaria de Salud e incluyendo el refuerzo de la salud pública, con unos sistemas de información fiables que permitan la toma de decisiones correctas y rápidas. A nivel global es necesario establecer una gobernanza mundial pública en salud, fuerte, independiente y transparente, que oriente ante los problemas transnacionales que afectan a la salud.

Además, es necesario refrendar este interés con unos medios adecuados, a lo que no ayuda la ausencia de compromiso presupuestario de la Agenda 2030. De hecho, las instituciones multilaterales ya venían avisado de que o se incrementan las aportaciones durante los próximos años, o no se conseguirán los resultados esperados. Y eso sin contar con las consecuencias derivadas de la pandemia de la COVID-19.

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

Por otro lado, aunque esta pandemia haya afectado a la gran mayoría de los países y de sus sistemas sanitarios, y por lo tanto a todos los problemas de salud, no es el único problema al que nos hemos enfrentado en 2020. El resto de las enfermedades no han desaparecido, y deben

2.1. Análisis del ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”

El ODS 3 consta de 13 metas y 28 indicadores. Como se ha comentado, uno de los problemas que ha confirmado la pandemia ha sido que los sistemas de información en muchos países y regiones son muy frágiles, lo que unido a las dificultades de trabajar en contexto pandemia hace que no se disponga de todos los datos actualizados para analizar 2020.

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

A pesar de los avances en las últimas décadas en la mortalidad materna, los datos pre pandémicos no auguraban que se consiguiera la meta propuesta. Y es que, aunque entre 2000 y 2017 la tasa de mortalidad materna se redujo un 38%, y supuso tener una disminución anual de esta tasa del 2,9%, este porcentaje es menos de la mitad de la tasa anual de disminución de mortalidad materna que se necesitaba para alcanzar la meta de 70 muertes maternas cada 100.000 nacidos vivos, que era del 6,4%³.

Esta mortalidad no está distribuida de forma uniforme por el mundo. El riesgo de muerte materna a lo largo de la vida varía sustancialmente en función de los países. En los países de ingresos altos la tasa es de una de cada 5.400 nacidos

analizarse, aunque no se haya hablado de ellas. Conocer los progresos o retrocesos de los ODS es fundamental para tomar las decisiones necesarias que nos lleven a un planeta más sano, sostenible y equitativo.

vivos, mientras que en los países de ingresos bajos la tasa es de una de cada 45, 120 veces mayor. Las regiones de África Subsahariana y Asia Meridional sufren el 86% de las muertes maternas donde, a pesar de los avances de los últimos años, los partos institucionales solamente llegan al 60% y 77% de las mujeres respectivamente. Dos países, Nigeria e India, acumulan el 35% de las muertes totales maternas del mundo, 102.000 muertes en 2017⁴. Se sabe en qué países se debe poner el foco, cuáles son las causas más frecuentes y que muchas de ellas son prevenibles y evitables. Ese es nuestro fracaso como sociedad. El 27% de las muertes maternas son por hemorragias, el 14% por hipertensión y el 11% por infecciones⁵. En cuanto al porcentaje de mujeres de 15 a 49 años que ven satisfechas sus demandas en planificación familiar, se ha estancado en un 77% desde 2015, lo que se traduce en una mayor posibilidad de embarazos de riesgo y abortos.

Uno de los elementos principales para disminuir la mortalidad materna es conseguir el acceso a unos servicios sanitarios de calidad. En 2020, la pandemia obligó al 35% de los países a interrupciones en algunos servicios de salud, siendo los más afectados los servicios de salud reproductiva, materna, neonatal, infantil y adolescente o nutrición. Aún no se puede saber cuántas muertes maternas han provocado estas

interrupciones, pero es seguro que los países con los sistemas sanitarios más débiles están sufriendo más las consecuencias.

En el informe de 2020 se pedía, y en este se reafirma, la necesidad de desarrollar una estrategia global específica para disminuir la mortalidad materna de manera acelerada, priorizando las áreas geográficas más sensibles y teniendo en cuenta las mayores causas de mortalidad, incorporando una perspectiva de género, ya que la inequidad de género explica gran parte de estas cifras.

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

Entre el año 2000 y 2019 la tasa mundial de mortalidad de niños y niñas menores de 5 años disminuyó a la mitad, pasando de 76 muertes por cada 1.000 nacidos vivos a 38. A pesar de los avances, en 2019 murieron 5,2 millones de niños y niñas menores de cinco años, la mayoría por causas que eran evitables. El 46% de las muertes se produjeron en el primer mes de vida lo que pone en valor la necesidad de que el acceso a los servicios sanitarios de calidad incorpore el enfoque de género, influyendo así no solo en la disminución de la mortalidad materna sino también en la neonatal.

De nuevo, las situaciones son muy diferentes según las regiones. En la Tabla de progreso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2021⁶, se puede observar que en el indicador de reducir a 25/1000 nacidos vivos la mortalidad infantil, todas las regiones mundiales están en camino de conseguirlo, salvo la región de África Subsahariana, que no mejora, y en los países de las islas del Pacífico, cuyo avance es menos intenso del necesario para alcanzar esa meta. El indicador que hace referencia al porcentaje de vacunas DTP (difteria, tétanos, pertussis) en menores de

un año, que es un indicador que se puede utilizar para medir la calidad de los servicios de salud⁷, no avanza en las regiones, y en América Latina y las islas del Pacífico incluso disminuye.

La pandemia de la COVID-19 puede tener efectos devastadores en cuanto a mortalidad infantil. El PNUD en su informe “COVID-19 and Human Development: Assessing the Crisis, Envisioning the Recover” estimaba que la pandemia provocaría durante seis meses un aumento en las muertes infantiles diarias de más de 6.000, que se sumarían a las 14.245 muertes diarias esperadas de menores de 5 años. De confirmarse los datos se estaría hablando de un incremento diario del 42%, una cifra muy preocupante. En el informe de los avances de los ODS este incremento se cifra en 228.000 muertes adicionales debido a las interrupciones de los servicios de salud, ya que la mortalidad infantil directamente vinculada al SARS COV-2 es muy escasa.

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

VIH-SIDA, malaria y tuberculosis han tenido grandes avances en los últimos veinte años, aunque éstos se están estancando.

En 2019 la **malaria** provocó 229 millones de casos y 409.000 muertes. Han pasado ya 65 años desde que en 1955 se lanzó el primer programa para su erradicación en la 8ª Asamblea de la OMS⁸. A fecha de hoy sigue siendo una amenaza global y real en muchas partes del planeta, como constatan las cifras y el hecho de que en los últimos años se haya producido un estancamiento, cuando no retroceso, en los progresos que venían dándose en África Subsahariana, en África del Norte, Oeste de Asia, América Latina e islas

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

4 [file:///C:/Users/proprietario/Downloads/Maternal_mortality_ratio_2000-2017_Executive_summary%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/proprietario/Downloads/Maternal_mortality_ratio_2000-2017_Executive_summary%20(1).pdf)

5 Say L et al., ‘Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis’ Lancet Global Health. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(14\)70227-X](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X), May 6, 2014.

6 <https://unstats.un.org/sdgs/report/2021/progress-chart-2021.pdf>

7 <https://www.oecd.org/els/health-systems/36262514.pdf>

8 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/88150/WHA8.30_eng.pdf

del Pacífico, aunque estos hechos no pueden hacernos olvidar algunos avances que muestran que con voluntad se pueden conseguir grandes avances contra la malaria. En el informe “*Eliminación hasta cero de la malaria*” de la iniciativa E-2020⁹ se muestran los resultados en 21 países a los que la OMS apoyó en sus esfuerzos en los últimos años por lograr cero casos autóctonos de malaria en 2020. Siete países de los 21 alcanzaron este objetivo (Argelia, Belice, Cabo Verde, El Salvador, Irán, Malasia y sobre todo China), a los que se sumaron tres más que no estaban en el grupo inicial (Azerbaiyán, Tayikistán y Sri Lanka).

En el año 2000 las muertes por malaria superaban el millón. En 2019 las 409.000 muertes representan menos de la mitad. Lo que no ha cambiado es el hecho de que sean los niños y niñas menores de 5 años los más vulnerables, y África Subsahariana quien soporte la mayor carga de mortalidad por esta enfermedad.

La pandemia de la COVID-19 y las medidas tomadas para evitar su extensión han empeorado la situación en 2020, y países que estaban libres de malaria, se han visto afectados por esta enfermedad. En Bután, el retraso en la distribución de mosquiteras provocó un aumento en los casos de malaria, y en Timor del Este, que no había declarado ningún caso en 2018 ni 2019, declaró un brote de malaria en la frontera compartida con Indonesia. En una encuesta realizada por la OMS, un tercio de los países reportaron interrupciones en los servicios de lucha contra la malaria en los 3 primeros meses de 2021.

En septiembre de 2021 la OMS ha aprobado la vacuna RTS,S/AS01 contra el *Plasmodium falciparum*, que es la especie más mortal que causa malaria. Esta aprobación se ha producido después de realizar un programa experimental en donde se han vacunado a 800.000 menores de

Kenia, Malawi y Ghana¹⁰. Es sin duda una buena noticia pues como afirma la OMS es un hito que puede cambiar la situación de la malaria en el mundo. El estudio realizado mostraba que la vacuna había disminuido la mortalidad y los casos graves en un 30%, pero no comenta nada sobre que reduzca su transmisión. Es obvio que de momento no se está ante una solución definitiva, sino más bien complementaria a otras acciones. A día de hoy, la vacunación requiere que se administren 3 dosis, con lo que la logística puede ser un problema en algunas zonas rurales de países empobrecidos. La OMS afirma que esta vacuna es rentable, si bien aún no se conoce el coste real y por consiguiente no se ha podido comparar con otras acciones de prevención. En el estudio que se realizó en 2015 para medir la eficacia de esta vacuna 18 meses después de su inoculación¹¹, se planteaba que su máxima eficacia era para menores entre los 5 y 17 meses. Y aunque era una vacuna segura, también se mostraban algunos efectos secundarios como meningitis, y que están siendo analizados posteriormente con un mayor número de casos, aunque no se publican todavía las cifras. Como se decía al principio, es una buena noticia, y puede ampliar el arsenal de herramientas en la lucha contra esta enfermedad que lleva con el ser humano miles de años. Por otra parte, aún hay una docena de potenciales vacunas que están en desarrollo clínico, que proyectan buenos resultados, como la vacuna PfSPZ de la compañía Sanaria¹² o la R21¹³.

En cuanto al **VIH-SIDA**, los progresos han sido muy importantes desde el año 2000, si bien en 2019 se produjeron 680.000¹⁴ muertes por esta enfermedad. Después de 2015 los progresos se han visto ralentizados, lo que impide conseguir los resultados intermedios previstos y pone en

riesgo la consecución de la meta. Ya han pasado 40 años desde que el 5 de junio de 1981 el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) alertaba de los primeros casos de una nueva enfermedad que ha sido y es uno de los mayores problemas infecciosos de la historia reciente de la humanidad. Se han desarrollado terapias que permiten cronificar la enfermedad, lo que ha permitido salvar 16,6 millones de vidas desde el año 2000 si bien a fecha de hoy muchas personas siguen sin tener acceso a ellas. De los 37,7 millones de personas que viven con VIH en 2020, 10,2 millones no tenían acceso a tratamiento, un 27%.

Ha habido avances que es necesario mencionar ya que el compromiso mundial de lucha contra esta enfermedad ha conseguido que casi se alcanzaran los objetivos de la estrategia “90-90-90”¹⁵. A finales de 2020 el 84% de las personas que vivían con el VIH conocían su estado serológico, el 87% de estas personas que conocían su estado serológico estaban accediendo a la terapia antirretroviral y el 90% de las personas en tratamiento tenían supresión viral. Hay que destacar que África Subsahariana es la que más sufre esta enfermedad, pero también una de las regiones en donde más se ha avanzado en la lucha contra el VIH/SIDA. La prevención ha tenido menos éxito, lo que supone un número demasiado elevado de nuevas infecciones. En 2020 se cifró en 1,5 millones las nuevas infecciones, muy lejos de ser una enfermedad controlada, y lejos también del compromiso de su disminución en menos de 500.000 para 2020, como se acordó en la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016 para la erradicación del sida¹⁶.

Los programas de lucha contra el VIH/SIDA también se han visto afectados por la pandemia.

Los diagnósticos de VIH/SIDA disminuyeron un 22% y los servicios de prevención para esta enfermedad disminuyeron un 11%, según el informe 2021 del Fondo Global contra el sida, la malaria y tuberculosis¹⁷. Estos datos pueden suponer que las cifras de mortalidad de personas que viven con VIH aumenten de forma considerable, pues éstos tienen un 37% más de probabilidad de morir o tener una enfermedad grave debido a la COVID-19¹⁸.

En cuanto a la **tuberculosis**, en 2019, previo a la pandemia, enfermaron 10 millones de personas, siendo en ese año la enfermedad infecciosa por un solo agente que más personas mató, 1,5 millones de personas, reemplazada en 2020 y 2021 por la COVID-19. De esos 10 millones, el 8,2% convivían con VIH y se estima que hubo 214.000 muertes entre las personas seropositivas. Aún hoy, la tuberculosis sigue siendo una de las diez causas más frecuentes de muerte en el mundo¹⁹.

En 2018 los líderes mundiales firmaron un compromiso para luchar contra la tuberculosis y conseguir unos objetivos muy claros en tratamiento, prevención y financiación de esta enfermedad en 2022²⁰. Cubierto la mitad del tiempo estimado para la estrategia, hay metas que van muy retrasadas por lo que no será fácil su cumplimiento. Además, la COVID-19 ha alterado los posibles progresos paralizando los servicios que se proveían contra esta enfermedad en muchos lugares del planeta. Es urgente actuar para cerrar la brecha en el diagnóstico, el tratamiento y la atención de los millones de personas afectadas por esta enfermedad prevenible y tratable si no se quiere que se confirme la previsión de que en 2021 las muertes por tuberculosis superaran las registradas en 2020. Por el momento sólo se ha logrado el objetivo de

9 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340881/9789240024359-eng.pdf>

10 <https://www.who.int/es/news/item/06-10-2021-who-recommends-groundbreaking-malaria-vaccine-for-children-at-risk>

11 <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001685>

12 <https://sanaria.com/ipfspzc/>

13 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2821%2900943-0>

14 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2021-global-aids-update_en.pdf

15 <https://www.unaids.org/es/resources/909090>

16 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016HighLevelMeeting_en.pdf

17 https://www.theglobalfund.org/media/11304/corporate_2021resultsreport_report_en.pdf

18 <https://www.who.int/news/item/15-07-2021-who-warns-that-hiv-infection-increases-risk-of-severe-and-critical-covid-19>

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

20 <https://www.who.int/tb/unhlmonTBDeclaration.pdf>

“tratar preventivamente de TBC a personas que viven con VIH” y va por buen camino la meta que busca proporcionar “tratamiento TBC todas las edades”. Por el contrario, el “tratamiento preventivo de contactos en los hogares” no supera el 1,6%. En cuanto a diagnósticos de nuevos casos, en 2020 han disminuido de 7,1 millones de casos a 5,8 millones, retrocediendo a las cifras que se daban en 2012.

Los avances que se han producido en los últimos años no son suficientes. Desde 2015 hasta 2020 la tuberculosis apenas ha disminuido sus tasas de incidencia en un 11%, cuando estaba prevista una bajada del 20%. El número de muertes debería haber bajado en un 35% en estos 5 años y, sin embargo, solo ha disminuido un 9,2%. Y ninguna persona debería de tener gastos catastróficos por sufrir esta enfermedad en 2020, pero más del 50% de las personas en esta situación lo ha sufrido.

Es necesario un impulso en la lucha contra esta enfermedad, la segunda que causa más muertes después de la COVID-19. Hay que recordar que alrededor del 85 % de las personas que desarrollan la enfermedad pueden ser tratadas con éxito con un régimen de medicamentos de 6 meses, y que la mayoría de los nuevos casos, según la OMS, son atribuibles a cinco factores de riesgo: desnutrición, infección por el VIH, trastornos por consumo de alcohol, tabaquismo y diabetes.

En 2020 el Fondo Global proporcionó el 77% de toda la financiación internacional de lucha contra esta enfermedad. Es evidente que se requiere más apoyo y que este se enmarque en una estrategia más global de fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. El propio Fondo Global afirma que los sistemas de salud resistentes y sostenibles son la base de la lucha contra las enfermedades infecciosas y es imprescindible

para responder a los retos de esta y de futuras pandemias.

En cuanto a **otras enfermedades infecciosas**, se debe volver a mencionar la hepatitis, que sigue aumentando su relevancia en el mundo. En 2019 se estima que hubo 354 millones de personas que vivían con hepatitis B o C²¹, sumando 3 millones de nuevas infecciones anuales entre ambas y 1,1 millones de muertes. A pesar de que la hepatitis C tiene cura y la hepatitis B se puede prevenir con una vacuna, solo el 16% del total de casos accedió a tratamiento (9,4 millones de personas con hepatitis C). Otro dato preocupante, solo el 10% de las personas que tienen una infección por el virus de la hepatitis B saben que están infectadas, porcentaje que sube hasta el 21% en el caso de la hepatitis C. Estas cifras complican enormemente el control de esta enfermedad. Hay que reflexionar cuáles son las grandes limitaciones al acceso a los posibles diagnósticos y soluciones, incluyendo los precios del tratamiento de la hepatitis C que, si bien han bajado, siguen siendo una enorme barrera que impide el acceso a una gran parte de la población mundial. Las ventas acumuladas de los antivirales recomendados por la OMS para la hepatitis C alcanzan los 49.000 millones de dólares en 2019. Y los precios medios estándar por ejemplo del tratamiento con sofosbuvir es de más de 40.000 dólares, mientras que el coste del mismo medicamento genérico sería de 28 dólares²².

Las veinte **enfermedades tropicales desatendidas** (ETD) definidas por la OMS²³ afectan a una de cada cinco personas del planeta, 1.740 millones en 2019²⁴. Siguen siendo un problema mundial, a pesar de los avances de los últimos años. Desde 2010 se ha eliminado al menos una de las enfermedades tropicales desatendidas en 42 países, lo que explica los avances obtenidos

en la lucha contra este grupo de enfermedades. Pero según un estudio realizado por la OMS en 109 países, las estrategias de lucha contra las ETD han sido de las más afectadas por la pandemia de COVID-19. El 44% de estos países²⁵, muchos de ellos de renta media y baja, ha visto alterada y/o interrumpida su estrategia lo que provocará sin duda incrementos en la mortalidad y morbilidad por estas causas.

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

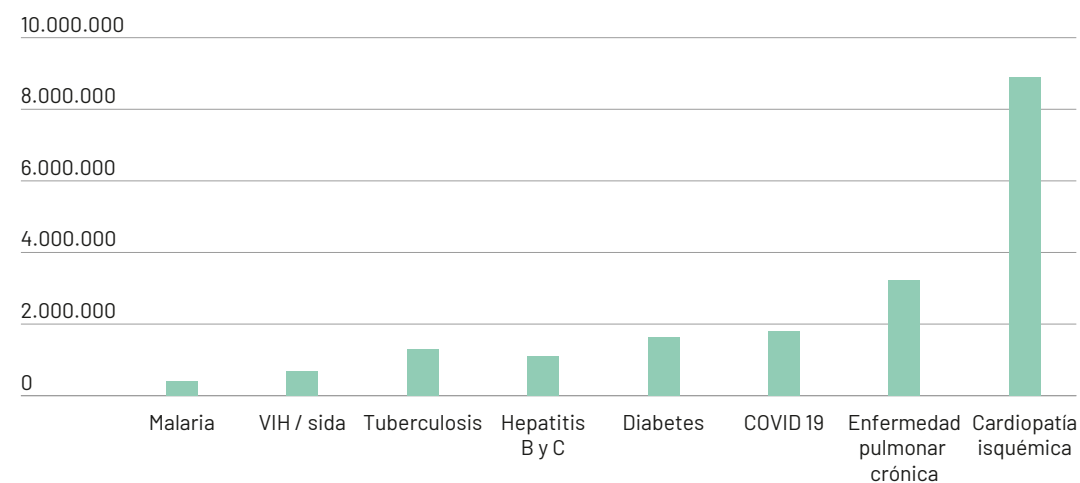
Las **enfermedades no transmisibles** (ENT) son actualmente la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo. Son responsables del 74 % de las cerca de 56 millones de muertes registradas en 2019. En 2001, cuando se elaboró por primera vez este informe, no eran consideradas una prioridad global, pues se pensaba que solo

tenían peso en los países más avanzados, y por eso no aparecieron en los ODM. Solamente a partir del año 2010 se empezaron a considerar un problema global.

Hasta 2019, los progresos realizados en varias regiones mundiales (Australia y Nueva Zelanda, América del Norte y Europa), hacían ser optimistas en cuanto a la posibilidad de cumplir esta meta en esas zonas mundiales. La mayor parte de la carga de esta enfermedad está en los países de renta media y baja, ya que el 85% de los 15 millones de las muertes prematuras anuales (entre 30 y 64 años) se dan en estos países²⁶.

La aparición de la COVID-19 va a empeorar los resultados previstos para 2020 y 2021, pues las personas que sufrían varias patologías incluidas en este grupo de enfermedades eran mucho más susceptibles a sufrir una enfermedad grave o morir por la pandemia. Además, como se ha comentado anteriormente, esta pandemia ha afectado a todos los programas de lucha contra las demás enfermedades, incluyendo las crónicas.

GRÁFICO 1.1. Muertes anuales por enfermedades infecciosas y enfermedades no transmisibles, 2019-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DIFERENTES INFORMES DE LA OMS Y STATISTA

21 <https://www.cdc.gov/hepatitis/global/index.htm>

22 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2055664020300017>

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

24 <https://worldntdday.org/>

25 <https://www.who.int/teams/control-of-neglected-tropical-diseases/overview/ntds-and-covid-19>

26 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

Para valorar su relevancia en el mundo, en la siguiente tabla se observa que la mortalidad de algunas de las ENT es mucho más relevante que las infecciosas en este momento, incluyendo la COVID-19. De hecho, la mortalidad debido a cardiopatía isquémica, similar al conjunto de los cánceres en el mundo, provoca directamente 5 veces más mortalidad que la pandemia. El conjunto de problemas cardiovasculares provoca casi 19 millones de muertes cada año.

Según un informe de la OMS sobre el monitoreo del progreso en enfermedades no transmisibles 2020²⁷, solo dos de los 10 indicadores²⁸ que se deben conseguir en 2025 relativos a este grupo de enfermedades se están cumpliendo y únicamente en la mitad de los 194 países en los que se realizó la investigación, lo que indica el gran retraso que se tiene para poder alcanzar las metas propuestas de aquí a 2025. Es insólito que la mayor carga de mortalidad y morbilidad mundial reciba tan escasa atención y compromiso en las prioridades de la salud mundial. Quizás se deba al hecho de que no se pueda realmente incidir en su evolución solamente con una aproximación sanitaria.

La OMS desarrolló hace unos años un plan con 88 intervenciones que cubrían los cuatro factores de riesgo principales de las ENT (tabaquismo, uso nocivo del alcohol, dieta malsana e inactividad física) y las cuatro enfermedades principales que engloban la mayor parte de la carga de mortalidad y morbilidad por ENT (las enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y las neumopatías crónicas)²⁹. Para la implementación de este plan se consideraba que la Atención Primaria era un elemento esencial para poder controlar las enfermedades no transmisibles. Es por eso que estas

acciones, mayoritariamente preventivas y de promoción de la salud se pueden desarrollar en un primer nivel de atención. Pero también estos factores de riesgo se deben trabajar desde el nivel de la salud pública, pues algunas de las intervenciones se referían a asuntos como el aumento de impuestos por el tabaco, las restricciones de publicidad del alcohol, o fomentar comidas más saludables con menos sal, azúcar o grasas, entre otras. Cualquier estrategia de lucha contra las ENT debe tener un enfoque multisectorial donde la salud se relacione con los alimentos, el agua, el aire y las condiciones en las que las personas viven, trabajan y se relacionan.

Por su parte, las enfermedades mentales están cada vez más presentes en las discusiones globales de salud, algo que no sucedía en el año 2000. En 2019 se produjeron unas 700.000 muertes por suicidio, aunque la tasa de mortalidad mundial ha mejorado un 23% respecto al año 2000. No obstante, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la COVID-19 puede exacerbar los factores de riesgo de suicidio³⁰, y puede aumentar su incidencia.

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

A pesar de ser legales, o quizás por ese motivo, el alcohol y el tabaco siguen siendo las dos drogas que más preocupan a la OMS por sus consecuencias en la salud —existe una cierta tolerancia a su abuso en muchos países ya que tienen un componente social. El abuso del **alcohol** es responsable del 5,1% de la carga mundial de morbilidad³¹, unos 3 millones de muertes. Esta

mortalidad se da tres veces más en los hombres que en mujeres. Es la primera causa de mortalidad prematura y discapacidad en la franja de 15 a 49 años. Hay una gran cantidad de jóvenes que consideran el abuso de alcohol una forma de ocio, lo que explica que más de una cuarta parte (26,5%) de todos los jóvenes de 15 a 19 años sean bebedores, lo que equivale a 155 millones de adolescentes en el mundo³².

Tal y como muestra el “informe sobre la epidemia global de **tabaco**” de la OMS³³ éste mata a la mitad de las personas que lo consumen, y en estos momentos más de mil millones de personas fuman. Su mortalidad anual asciende a más de 8 millones de personas, 1,2 millones son de fumadores pasivos³⁴. Además, provoca un gasto de 1,4 billones de dólares en el mundo. La mayor parte de las muertes por tabaco se dan en países de renta baja o media, donde viven el 80% de las personas fumadoras del mundo. Hay dos grandes retos, por una parte, conseguir que todos los países pongan en marcha las 6 medidas de prevención y regulación de la iniciativa MPOWER: (i) monitoreo de las políticas sobre la prevención y el uso del tabaco, (ii) proteger a las personas del humo del tabaco, (iii) ofrecer ayuda para dejar el tabaco, (iv) avisar —Warn en inglés— sobre los peligros del tabaco, (v) hacer cumplir —Enforce en inglés— las prohibiciones de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, y (vi) aumentar —Rise en inglés— los impuestos del tabaco³⁵. Desgraciadamente, y a pesar del optimismo de la OMS por los avances en los últimos años, solo la mitad de los países han implementado 2 o más de estas medidas, quedando mucho trabajo por realizar. El segundo reto es la incorporación al mercado de los sistemas electrónicos de administración de nicotina, que son adictivos y no

están exentos de daño, por lo que es necesaria incorporar su regulación.

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

1,35 millones de personas mueren cada año por accidente de tráfico³⁶, siendo la octava causa de muerte en el conjunto de la población mundial. con unas pérdidas económicas mundiales estimadas entre 2015 y 2030 de 1,8 billones de dólares³⁷, siendo Asia Oriental la región con mayor carga económica, 560 millones de dólares. Sin embargo, los veinte países con una tasa de mortalidad más alta son africanos, a pesar de contar sólo con el 63% del parque automovilístico mundial. El 93% de las muertes se da en los países de renta media y baja³⁸, lo que indica que factores como estado de carreteras o la calidad del parque automovilístico son factores fundamentales para disminuir la mortalidad por esta causa³⁹. Globalmente, los peatones y ciclistas suponen un 26% de la mortalidad mundial por estos accidentes, en África Subsahariana alcanzan el 44%.

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

Como se indicaba en 2020, esta meta está muy relacionada con la meta 3.8, lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), pero además tiene algunos aspectos específicos que superan el ámbito sanitario. La falta de acceso a estos servicios tiene que ver con la baja cantidad de servicios

27 Noncommunicable diseases progress monitor 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

28 <https://www.who.int/nmh/events/2015/Updated-WHO-Technical-Note-NCD-Progress-Monitor-September-2017.pdf>

29 Organización Mundial de la Salud. (2017). Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

30 <https://www.paho.org/es/noticias/10-9-2020-pandemia-por-covid-19-exacerba-factores-riesgo-suicidio>

31 https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1

32 <file:///C:/Users/proprietario/Downloads/9789241565639-eng.pdf>

33 <file:///C:/Users/proprietario/Downloads/9789240032095-eng.pdf>

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

35 <https://www.who.int/initiatives/mpower>

36 <file:///C:/Users/proprietario/Downloads/9789241565684-eng.pdf>

37 [https://www.thelancet.com/journals/lanph/article/PIIS2542-5196\(19\)30170-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanph/article/PIIS2542-5196(19)30170-6/fulltext)

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

39 <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277370/WHO-NMH-NVI-18.20-eng.pdf?ua=1>

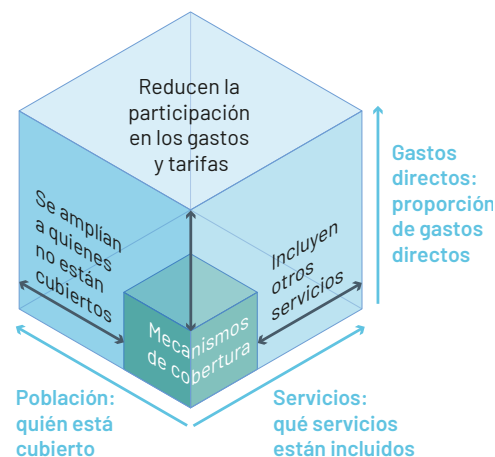
en el mundo de calidad que incluyan actividades para todas las necesidades que puedan tener las mujeres en edad fértil, incluyendo, por ejemplo, la violencia de género en todos sus niveles. Pero es la inequidad de género el mayor problema para poder garantizar una salud sexual y reproductiva plena. Las mujeres más empobrecidas son las que más sufren problemas como embarazos no deseados, abortos inseguros, muerte y discapacidad maternas, infecciones de transmisión sexual o violencia de género⁴⁰. Muchas mujeres tienen enormes dificultades para poder tomar decisiones sencillas como poder acceder a servicios de planificación familiar, o incluso ir simplemente al puesto de salud sin tener que pedir permiso al marido.

Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son uno de los grandes problemas de salud mundial. Cada día, un millón de personas se infectan de ETS que son curables si se tratan a tiempo, lo que implica 376 millones de casos al año de cuatro enfermedades: clamidia, gonorrea, tricomoniasis y sífilis⁴¹.

META 3.8. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) es una meta que engloba la mayor parte del resto de metas de este objetivo, pues 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, que causa cada año la pobreza de millones de personas. Su objetivo es que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, cuándo y dónde los necesiten, sin incurrir en dificultades económicas.

GRÁFICO 1.2. Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal



FUENTE: OMS

Según el Índice de Servicios de Cobertura Sanitaria Universal la evolución en los últimos años ha sido positiva, habiéndose registrado mejoras en la CSU en todas las regiones y en todos los grupos de ingresos. Este índice aumentó desde una media de 45 (sobre 100) en el año 2000 a 66 en 2017. El mayor avance se produjo en África Subsahariana, donde el índice casi se duplicó del año 2000 al 2017, de 23 a 44. Pero según el informe "Estado del compromiso con Cobertura de Salud Universal 2020"⁴², en muchos países, los grupos pobres y vulnerables se vuelven a quedar atrás, y las inequidades se están agrandando debido a la crisis del COVID-19.

Una visión más realista indica que la situación está lejos de ser óptima. Según estas cifras, y de mantenerse las tendencias actuales, en 2030 únicamente estaría cubierta entre el 39 % y el 63 % de la población mundial por los servicios esenciales de salud que necesitan. Por otro lado, la proporción de la población que dedica más del 10 % del presupuesto familiar a gastos

sanitarios por cuenta propia aumentó sin cesar desde el año 2000 cuando era de un 9,4%, hasta 2015 con un 12,7%. Si se mantienen las tasas actuales, el porcentaje alcanzará el 12,9 % (1.000 millones de personas) en 2020, lo que supondrá que 90 millones de personas se verán abocadas a la pobreza extrema a causa de los gastos médicos por cuenta propia. En los países de renta baja y media baja sensiblemente el gasto individual de bolsillo, situándose en el 40% del total del gasto sanitario.

La iniciativa privada

En este análisis, otro elemento a tener en cuenta es saber si se están produciendo cambios en la eficacia, eficiencia o impacto en función de si quien proporciona esos servicios es una iniciativa privada o pública, o si tiene el mismo impacto que los gastos mancomunados provengan de un sistema público de financiación que de una aseguradora privada. En la salud mundial cada vez está más extendida la iniciativa privada, no solamente en la provisión de servicios, sino que su influencia está alcanzando a los niveles de toma de decisiones. En la actualidad existe un movimiento de respuesta a esta situación que afirma que la sanidad privada no mejora la salud pública, sino que por el contrario la empeora, que es menos eficiente y más costosa, y que ejerce ciertas presiones e influencias sobre las autoridades públicas⁴³. Estas reflexiones sobre el papel de la sanidad privada, también aparece en los diferentes comités de Derechos Humanos de Naciones Unidas, como el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Comité de los Derechos del Niño, el Comité de los Derechos de las Personas con Discapacidad, el Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer o el Comité contra la Tortura. Todos ellos están prestando cada vez más atención al papel que los actores

privados desempeñan en los cuidados de salud y las posibles vulneraciones de derechos que pueden ocurrir. La Iniciativa Global para los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ha presentado un compendio de las declaraciones de estos comités, que plantean a los posibles problemas que puede tener la incorporación de la iniciativa privada en los cuidados de salud de una población, y como debería hacerse. Estas orientaciones van dirigidas a las instituciones públicas de los Estados, que son quienes deben cumplir la función de rectoría en este sector. Las orientaciones se resumen en (i) asegurar que la incorporación de la iniciativa privada no suponga ningún obstáculo para la realización del derecho a la salud, en (ii) valorar, monitorear y regular los proveedores privados de salud, (iii) revisar las subcontratas de prestación de servicios a proveedores de servicios privados para saber si es la mejor manera de gestionar los recursos eficazmente y, finalmente, (iv) asegurar que los seguros privados no afectan al acceso a la atención médica⁴⁴.

Las nuevas tecnologías

Está creciendo el uso de las nuevas tecnologías como una nueva forma de acceso a los servicios de salud. En la pandemia de la COVID-19 ha habido experiencias, sobre todo en Europa, donde las tecnologías digitales aprovechadas a través de los teléfonos inteligentes se han usado para respaldar la respuesta a COVID-19, mediante asociaciones entre corporaciones de telecomunicaciones y autoridades de salud pública. Se ha dado sobre todo en tres campos: rastreo de contactos, modelización de epidemias y comunicación de salud pública para gestionar la 'infodemia' de información falsa sobre el nuevo coronavirus.

Desde el principio aparecieron críticas sobre las potenciales amenazas a la privacidad y

40 <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health#readmore-expand>

41 <https://www.who.int/news/item/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>

42 <https://www.uhc2030.org/blog-news-events/uhc2030-news/state-of-commitment-to-universal-health-coverage-synthesis-2020-555434/>

43 https://auditanidad.org/wp-content/uploads/2021/01/El-papel-del-sector-privado-en-la-sanidad-p%C3%BAblica-madrile%C3%B1a-Definitivo_2021-05-31.pdf

44 <https://static1.squarespace.com/static/5a6e0958f6576ebde0e78c18/t/60d59c5171e96802e057b7a3/1624611921938/2021-Compendium-UNHR-Treaty-bodies-health.pdf>

el posible uso que los Estados pudieran hacer de la tecnología para controlar a la ciudadanía, a lo que algunos estudios añaden el cómo las empresas tecnológicas promueven soluciones técnicas a los desafíos de salud pública que son políticamente seductoros, pero que tienen una efectividad incierta e implicaciones sociales que justifican, al menos, un análisis crítico. Se corre el riesgo de caer en una “gobernanza algorítmica”, donde los modelos de respuesta ante una situación de emergencia estén por encima de los resultados en salud pública. Urge valorar la difuminación de la soberanía digital nacional, o la falta de investigación sobre la eficacia de las intervenciones tecnológicas en salud pública, que se dan sobreentendidas⁴⁵.

La OMS aprobó su “Estrategia Global en salud digital 2020-2025”⁴⁶, con el propósito de reforzar los sistemas de salud mediante el uso de las tecnologías digitales, con la visión de salud para todas las personas. En esta estrategia advierte que los datos de salud son datos sensibles que requieren altos niveles de seguridad y una sólida base legal y regulatoria para proteger la privacidad, confidencialidad, integridad y disponibilidad y el procesamiento de datos de salud de las personas. Este marco legal está ausente o incompleto en muchos países, lo que no impide que se estén implementando estas soluciones digitales. El acceso a los servicios en salud está cambiando, pero las nuevas formas de interacción no pueden suponer mayores brechas de inequidad, ni restar eficacia a la acción sanitaria, ni conllevar la pérdida de otros derechos como puedan ser el uso de tus datos privados de salud.

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

Como ya se comentó en 2020, a pesar de su relevancia, no parece que haya muchos datos sobre la contaminación del aire, del agua y del suelo. Y tampoco parece estar dentro de las prioridades de muchos países a pesar de su relevancia. En 2016, último año del que se han encontrado datos, la contaminación del aire, sumando los espacios cerrados (doméstica) y espacios abiertos (ambiental) causó unos 7 millones de muertes en todo el mundo. Los servicios inadecuados de agua, saneamiento e higiene ocasionaron un total de 870.000 muertes ese mismo año.

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

Se ha descrito en la meta 3.5 la situación mundial del tabaco y las iniciativas para luchar contra el uso de este. Desde 2003 existe el Convenio Marco de la OMS de lucha contra el tabaco, donde se propusieron medidas para reducir la demanda y la oferta de este en el mundo⁴⁷. Desde entonces, muchos países se han adherido y se han producido grandes avances, aunque no de manera uniforme en el mundo. En la región americana se estableció la “Estrategia y Plan de Acción para Fortalecer el Control del Tabaco en

la Región de las Américas 2018-2022”⁴⁸. En 2020 la mayoría de los países contaban con normativas sobre ambientes 100% libres de humo en lugares cerrados públicos, de trabajo y en el transporte público, y advertencias sanitarias gráficas grandes en los paquetes de tabaco. Desde el 2016 se duplicó el número de países que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio del tabaco y que aplican impuestos al tabaco. Sin embargo, y aunque no se hayan alcanzado aún las metas previstas al 2022 para ninguna de esas medidas, es un buen ejemplo de cómo una rectoría pública fuerte y comprometida puede conseguir resultados.

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

El acceso a vacunas, medicamentos y productos para la salud sigue siendo uno de los grandes problemas de salud mundial. Las actividades de investigación están casi todas en manos de iniciativas privadas que no tienen mucho interés en investigar ciertas enfermedades, así que su impulso es insuficiente. Es reconocido que la inmunización es una de las intervenciones en el ámbito de la salud de mayor éxito y más rentable a escala mundial, pero seguimos con grandes carencias. Mientras que la cobertura vacunal de lactantes aumentó del 72 % en 2000 al 85 % en 2015, esta cobertura apenas subió hasta el 86 % en 2018, lo que supuso que 19,4 millones de menores de un año no recibieron sus vacunas esenciales. Los niveles de cobertura mundial de la vacuna neumocócica, que

puede reducir significativamente la neumonía, aún no han alcanzado el 50 % de cobertura. Y el sarampión, que es una enfermedad sumamente contagiosa, tenía en 2018 una cobertura vacunal en dos dosis de solamente el 69%, lo que impide controlar los brotes de esta enfermedad, y explica que desde 2016 las muertes hayan aumentado un 50%, alcanzando las 207.500 muertes⁴⁹ en 2019.

Estos problemas de acceso tienen en la gestión de las patentes una de sus causas. Las patentes de medicamentos se fundamentaron inicialmente para apoyar la protección de la propiedad intelectual, pero cuando son utilizadas en exceso y sin verdaderas restricciones, llevan a determinar unos elevados precios del producto que limita el acceso. Para facilitar que una respuesta sanitaria no estuviera tan condicionada por el mercado, se aprobó la Declaración relativa a los ADPIC (Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio)⁵⁰ en Doha 2001, que consagra en el derecho internacional público el derecho de los gobiernos a adoptar diversos tipos de medidas que matizan o limitan los derechos de propiedad intelectual por motivos de salud pública. Pero la realidad es que las patentes han ayudado a determinar oligopolios en la investigación, producción y comercialización de nuevos medicamentos⁵¹, y muy raramente se han utilizado estas excepciones en el ámbito sanitario, a pesar de ser muy necesario, como el ejemplo reciente de la actual pandemia de la COVID-19.

Hay inequidad en la capacidad de investigación y producción de medicamentos y vacunas. África representa solo el 3% de la producción mundial de medicamentos, con más del 17% de la población. Pero no es una situación homogénea, hay mucha diferencia entre países. Mientras que el 95% de los medicamentos con-

45 Katerini Tagmatarchi Storeng & Antoine de Bengy Puyvallée (2021): The Smartphone Pandemic: How Big Tech and public health authorities partner in the digital response to Covid-19, Global Public Health, DOI: 10.1080/17441692.2021.1882530

46 <https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf>

47 https://www.who.int/tobacco/framework/WHO_ftc_spanish.pdf

48 <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51575>

49 <https://www.who.int/es/news/item/12-11-2020-worldwide-measles-deaths-climb-50-from-2016-to-2019-claiming-over-207-500-lives-in-2019>

50 https://www.wto.org/spanish/thewto_s/minist_s/min01_s/mindecl_trips_s.htm

51 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872015000200008

sumidos en África se importan, países como Sudáfrica y Marruecos logran producir entre el 70% y el 80% de sus medicamentos. Algunos países de África central importan cerca del 100% de sus necesidades⁵². Varios estudios han identificado diferentes beneficios de la producción local; como serían garantizar la calidad de los medicamentos, evitar el desabastecimiento, respaldar los ingresos y los empleos locales, desencadenar la difusión de tecnología, abordar los nuevos desafíos como las enfermedades no transmisibles y ayudar a la sostenibilidad de los planes sanitarios gubernamentales⁵³.

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

El gasto en salud ya supone el 10% del PIB mundial, 8,3 billones de dólares, pero está muy mal repartido⁵⁴, y existen pocos datos que puedan llevar a pensar en cambios a corto plazo. El presupuesto que destinan muchos países es insuficiente. El compromiso de los países africanos de destinar el 10% de su presupuesto a salud no se cumple. La cooperación internacional dedica sus recursos sobre todo a enfermedades infecciosas, y no a fortalecer el sistema de salud en su conjunto, por lo que los gobiernos de los países con sistemas más frágiles deben hacerse cargo de las enfermedades no transmisibles.

En cuanto al personal sanitario, además de la crónica escasez que sufre el mundo, que se estima que en 2030 alcanzara los 18 millones de profesionales⁵⁵, éstos se han visto muy afectados por la pandemia de COVID-19 y ha restringido aún más la prestación de servicios de

salud esenciales, especialmente para los países con un personal sanitario limitado. La situación no es la misma dependiendo de la región mundial que se analice. La densidad de personal de enfermería y obstetricia en América del Norte es 15 veces mayor que la de África Subsahariana y 8 veces la de África septentrional y Asia meridional. En cuanto a la densidad de personal médico, en América del Norte es 12 veces mayor que en África Subsahariana.

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

La situación de prácticamente todos los países cuando apareció la COVID-19 era de una debilidad extrema en cuanto a capacidad para afrontar una crisis como la que se ha sufrido con la pandemia. El Reglamento Sanitario Internacional (RSI) debía de haber sido la referencia para poder dar una respuesta conjunta, pero no ha servido ya que ni los países lo habían desarrollado, ni la OMS tenía la capacidad para gestionar una pandemia.

La Agenda 2030 se ha visto alterada en gran medida por la aparición de la pandemia de la COVID-19 en 2020, lo que ha supuesto retrocesos en la consecución de muchas de las metas en los ODS. De hecho, se ha estimado que el Índice de Desarrollo Humano (IDH) sufrió una disminución sin precedentes en 2020 por primera vez en los 30 años desde que se está calculando este índice, y en algunas dimensiones del desarrollo humano se ha retrocedido a los niveles de los años 80 del siglo pasado⁵⁶. Además, supondrá

un incremento de la brecha de inequidad entre las personas que viven en países ricos y en países pobres⁵⁷, y solamente una acción decidida de impulsar los ODS a través de políticas e inversiones en gobernanza, protección social, economía verde y digitalización puede variar la situación en la que se encuentran los países de rentas bajas y medias debido a la pandemia. Por primera vez desde 1998 va a crecer la pobreza mundial. En concreto se prevé que 71 millones de personas caigan en la extrema pobreza, con

las consecuencias que esto puede tener en su salud. El 90% de los países seguían informando en el verano de 2021 de interrupciones en alguno de sus servicios sanitarios esenciales. Es difícil poder desligar el análisis de este año con la pandemia de la COVID-19, pero es evidente que los demás problemas de salud no han desaparecido y se necesita seguir luchando por encontrar una respuesta global que ayude a alcanzar las metas del ODS 3, consensuando los procesos más eficientes, efectivos y de mayor impacto.

3 La pandemia COVID-19 en el mundo

3.1. Evolución

Como se ha visto en los apartados anteriores de este capítulo, todos los sistemas sanitarios del mundo se han visto afectados, bien directamente por la pandemia, bien por las medidas tomadas para evitar su expansión. La COVID-19 ha ocupado en 2020 el primer puesto en cuanto a mortalidad mundial por una sola causa, con 1,8 millones de muertes, provocando tantas muertes como el cáncer de pulmón⁵⁸. En 2021 es aún peor, ya que hasta el 30 de septiembre había provocado 2,7 millones de muertes, casi un millón más. En menos de dos años esta pandemia ha provocado directamente 5 millones de

muertes. Además, la pandemia ha colapsado los servicios sanitarios, por lo que también ha provocado una mortalidad indirecta por otras causas. El exceso de mortalidad que se ha dado en 2020, que es el número de muertes por todas las causas que ocurren en una crisis, más allá de lo que esperado en condiciones normales⁵⁹, mide de una forma más real el impacto que esta pandemia ha tenido en el mundo. Algunos estudios apuntan a que este exceso de mortalidad duplica las cifras oficiales de muertes directamente por COVID-19⁶⁰. *En este informe se quiere hacer una mención especial a los y las 17.000*

52 <https://www.orfonline.org/expert-speak/expanding-pharmaceutical-local-production-in-africa-an-idea-whose-time-has-come-49805/>

53 https://www.unido.org/sites/default/files/2015-05/PRINT_Pharma_Brochure_SPREADS_0.pdf

54 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017788>

55 https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

56 http://hdr.undp.org/sites/default/files/covid-19_and_human_development_0.pdf

57 Abidoye, B., Felix, J., Kaptó, S. & Patterson, L. (2021). Leaving No One Behind: Impact of COVID-19 on the Sustainable Development Goals (SDGs). New York, NY and Denver CO: United Nations Development Programme and Frederick S. Pardee Center for International Futures

58 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

59 Checchi, F., & Roberts, L. (2005). Interpreting and using mortality data in humanitarian emergencies. Humanitarian Practice Network, 52.

60 <http://www.healthdata.org/news-release/covid-19-has-caused-69-million-deaths-globally-more-double-what-official-reports-show>

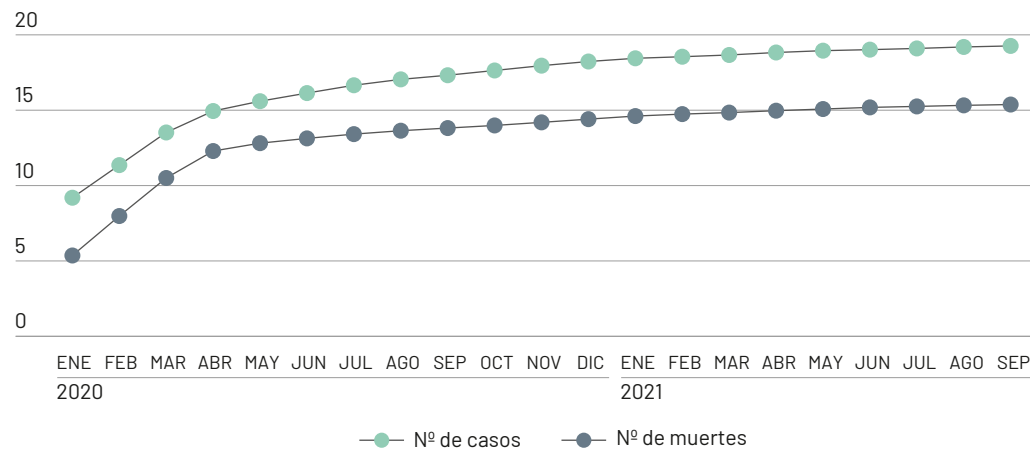
profesionales de salud que perdieron su vida en 2020 a causa de la COVID-19 en todo el mundo⁶¹.

El número de personas diagnosticadas de COVID-19 hasta el 30 de septiembre de 2021 superan los 232,6 millones de personas, aunque, como pasaba con la mortalidad, el número real de casos será mucho mayor. La pandemia ha afectado a todos los continentes, aunque la región de África Subsahariana, la más castigada crónicamente por epidemias y problemas de enfermedades infecciosas, lo ha sido de una manera mucho menos intensa por el momento, aunque haya sufrido las consecuencias derivadas de la interrupción de casi todos los programas de salud.

A pesar de que ha habido avances significativos en el control de la pandemia en los países que han tenido acceso a vacunación masiva está lejos de acabar. El gráfico 1.3 describe el progreso de la enfermedad mes a mes. Por lo tanto, una línea ascendente indicaría un crecimiento exponencial de los casos de la pandemia, una línea horizontal in-

dicaría que el número de casos es estable, ni sube ni baja, y una línea descendente indicaría que está habiendo menos casos que el mes anterior, o sea que se empezaría a controlar la pandemia. En el gráfico se puede observar como en los primeros meses los casos en el mundo crecieron exponencialmente, y a partir de ese momento esta línea se fue suavizando hasta la fecha, pero aún no se está en una línea descendente, ni en número de casos ni en mortalidad. Por lo tanto, sería prematuro decir que, porque en algunas zonas del planeta haya mejorado la situación, se esté mejorando a nivel mundial. En diciembre de 2020 hubo 19,8 millones de casos, y en septiembre de 2021 hubo 15,4 millones de nuevos casos en el mundo. Aunque esta disminución es importante y puede deberse sobre todo a la vacunación contra esta enfermedad, también muestra que queda mucho por hacer. Tener tantos nuevos casos cada mes supone un peligro para que puedan aparecer nuevas cepas más resistentes a las soluciones que existen actualmente.

GRÁFICO 1.3. Evolución del crecimiento mensual de casos diagnosticados y muertes en el mundo, enero 2020-septiembre 2021



FUENTE: INFORMES DE SITUACIÓN DE LA COVID-19 DE LA OMS Y PORTAL STATISTA

61 <https://www.amnesty.org/en/latest/press-release/2021/03/covid19-health-worker-death-toll-rises-to-at-least-17000-as-organizations-call-for-rapid-vaccine-rollout/>

Parece haber una cierta tendencia a mejorar más la mortalidad que la morbilidad de esta enfermedad. Así se puede observar cómo las líneas que marcan la evolución del número de casos y de mortalidad se van separando en el tiempo. Esto indica que la mortalidad está mejorando en relación con el número de casos, posiblemente por una mejor gestión de los enfermos y porque la vacunación protege y reduce la mortalidad. En septiembre de 2021 murieron 251.000 personas por la COVID-19, un 39% menos que en diciembre de 2020, pero aún un número muy significativo. Los seis países con más número de muertes por el SARS-CoV-2 son Estados Unidos, Brasil, India, México, Rusia y Perú. Todos, salvo Perú, están entre los diez países con mayor población mundial, pero destaca que no esté en este listado China, donde comenzó la pandemia. España, que está en el puesto 30 en número de habitantes, ocupa el puesto 16 en cuanto a mortalidad por COVID-19. La edad es uno de los factores más importantes con relación a la mortalidad, pero hay diferencias entre regiones. En Europa occidental el 95% de la mortalidad se ha dado en mayores de 60 años, mientras que en varios países de América como Brasil, Colombia o Costa Rica la mortalidad de menores de 60 años supera el 20%. Y en Estados Unidos, con una pirámide poblacional similar a la europea, la mortalidad de menores de 65 años alcanza el 21%⁶². Un posible factor que podría explicar esta diferencia sería la calidad de la atención en salud —la supervivencia en los menores de 60 años en los hospitales de Europa occidental es muy alta— pero también hay que tener en cuenta las condiciones previas de las personas en nutrición o en enfermedades que puedan empeorar el pronóstico de las personas infectadas.

A nivel económico y social, los datos son demoledores, y no solo a corto plazo. Esta pandemia va a dejar unas pérdidas de 11 billones de dólares entre los años 2020 y 2021, y de 22 billones entre 2020 y 2025⁶³. Más de la mitad de la población estudiantil mundial seguía sufriendo interrupciones en su educación en enero de 2021 debido a la pandemia⁶⁴. La 15ª edición del “Informe sobre la brecha de género a nivel global”⁶⁵, publicada por el Foro Económico Mundial, analiza la brecha de género en 4 dimensiones: economía, salud, educación y política. La principal conclusión es que esta pandemia y la crisis económica subsecuente ha supuesto un retroceso en los avances hacia la paridad, respecto a 2020. Con esta tendencia, se necesitarían 135 años para conseguir cerrar la brecha de género.

El virus SARS-CoV-2 es un virus ARN que ha ido evolucionado con el paso del tiempo, debido a mutaciones o cambios que suceden en sus procesos de replicación⁶⁶. La mayor parte de estos cambios no tienen un gran efecto práctico, pero algunos cambios pueden afectar a su capacidad de propagación, a la gravedad de la enfermedad, a su letalidad o a su capacidad de resistencia a las vacunas y potenciales tratamientos y, por lo tanto, cambiar las dinámicas de la pandemia. Según los estudios realizados hasta el momento, no tiene la gran capacidad de mutación de la gripe, pero sí que ha provocado la aparición de nuevas variantes que es preciso controlar. La OMS ha coordinado un esfuerzo importante de vigilancia de la evolución de estas mutaciones, para poder reaccionar si algún cambio es de suficiente gravedad⁶⁷. Las variantes que pueden suponer cambios significativos en la evolución de la pandemia se han dividido en dos grupos: la variante de interés y variante

62 <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53770/v45e422021.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

63 <https://blog-dialogoafondo.imf.org/?p=14361>

64 [n.unesco.org/news/unesco-figures-show-two-thirds-academic-year-lost-average-worldwide-due-covid-19-school](https://www.unesco.org/news/unesco-figures-show-two-thirds-academic-year-lost-average-worldwide-due-covid-19-school)

65 https://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2021.pdf

66 <https://elpais.com/ciencia/2021-01-01/por-que-mutan-los-virus.html>

67 <https://www.who.int/es/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants>

TABLA 1.1. Variantes relevantes del virus SARS CoV2, según listado de la OMS

TIPO VARIANTE	DEFINICIÓN	NOMBRE	LUGAR DE APARICIÓN
Variantes preocupantes	Asociada a uno o más de los siguientes cambios en un grado que resulte significativo para la salud pública mundial: Aumento de la transmisibilidad Aumento de virulencia /cambio presentación clínica Disminución eficacia medidas sociales/terapéuticas, diagnósticas	Alpha	Reino Unido
		Beta	Sudáfrica
		Gamma	Brasil
		Delta	India
Variantes de interés	Presentan cambios en el genoma que, afectan a características fundamentales del virus, o que dan lugar a una transmisión significativa en medio extrahospitalario o causan varios conglomerados de COVID-19 en distintos países, con una prevalencia relativa creciente, o que presentan características que indiquen que pueden entrañar un nuevo riesgo para la salud pública mundial.	Lamba	Perú
		Mu	Colombia

FUENTE: OMS

preocupante. En la tabla 1.1. se describe las características principales de ambos grupos y las variantes que hasta el momento la OMS ha incluido en la lista. Hay que aclarar que cuando se habla de lugar de aparición se refiere al país donde se recogieron las primeras muestras documentadas, no necesariamente el lugar donde esta variante surgió. Y como se observa en la tabla, variantes han aparecido en diferentes regiones del planeta.

Hasta el momento, ninguna variante ha tenido una importancia crucial en la evolución de la pandemia, si bien alguna de las variantes preocupantes se han mostrado más resistentes a algunas de las vacunas que estaban en el mercado.

Esta pandemia está demostrando varias cosas que además están relacionadas entre sí. La primera es que ningún sistema de salud estaba realmente preparado para luchar contra pandemias. Las regiones de Europa y América del Norte, con los sistemas sanitarios más avanzados han sido de las que más han sufrido la crisis pandémica por la COVID-19. La segunda lección que deja es que los problemas globales no se pueden solventar con soluciones locales; aun así, a pesar de las grandes palabras utilizadas como “no

dejar a nadie atrás”, se ha seguido fomentando respuestas que no eran globales, sino que miraban priorizando exclusivamente las necesidades internas, bien de cada país individualmente, o bien de un conjunto de países, como la Unión Europea. De hecho, a pesar de los esfuerzos de la OMS, se ha visto que la gobernanza pública de la salud mundial está fragmentada y se necesita una profunda reflexión para fortalecer realmente esta gobernanza. La tercera lección que deja es que un problema de salud puede afectar de manera muy grave a otros sectores como la economía, protección social o equidad de género. A su vez, estos sectores pueden afectar a la salud, tanto o más que el sistema sanitario. Por lo tanto, la respuesta y el análisis de la situación para evitar que vuelva a pasar una crisis como la sufrida por la COVID-19, debe ir más allá de fortalecer la capacidad del sistema sanitario para responder a esta y futuras pandemias. Por último, se ha visto que en un lapso muy breve de tiempo se han conseguido elaborar vacunas eficaces para luchar contra el SARS-CoV-2, pero no había capacidad mundial para responder en un año al gran reto de tener vacunas suficientes para todas las personas, y no ha habido equidad en su distribución.

3.2. La gobernanza mundial de la salud

La OMS ha sido la organización multilateral que ha asumido el papel de coordinar la respuesta mundial ante la pandemia. En 2020 elaboró más de 400 documentos para orientar el trabajo de particulares, comunidades, escuelas, empresas, industrias, personal de salud, centros sanitarios y las administraciones públicas. A través de la plataforma de aprendizaje en línea *OpenWHO.org* realizaron 133 cursos gratuitos sobre la COVID-19, desde prevención y control de las infecciones hasta gestión clínica, planificación operacional o recopilación de datos⁶⁸.

Sin embargo, a pesar de que ha tenido muchos más aciertos que errores, desde el principio de esta pandemia el papel de la OMS ha sido cuestionado por su escasa capacidad de autocrítica y, sobre todo por cómo gestionó la geopolítica entrando en la disputa entre China y Estados Unidos y su utilización de la pandemia. En agosto de 2021, en un informe de la inteligencia americana, se afirmaba que no era posible asegurar que este virus hubiera sido parte de un arma biológica, pero era plausible que este virus hubiera escapado de un laboratorio y que China obstaculizaba una investigación global y se resistía a compartir información⁶⁹. China respondió con el informe realizado en marzo de 2021 por la OMS, donde se consideraba “extremadamente improbable” ese escenario⁷⁰. Ninguno de los informes puede afirmar cual es el origen y ambos consideran que hay mucho más que analizar, pero ambos países han utilizado políticamente estos documentos, como si los resultados de ambos informes fueran concluyentes.

Tampoco ayudó las decisiones que tomó la OMS en los primeros meses, aun reconociendo

el comportamiento singular de la pandemia y la dificultad de predecir su evolución en un entorno tan complejo. Una evolución que puede ser cambiante en el tiempo, ya que la capacidad de recolección de información en un primer momento era escasa con relativamente pocos casos para analizar. En su primer informe de febrero de 2020, recomendaba “una vigilancia extremadamente proactiva para detectar casos de inmediato, diagnóstico muy rápido y aislamiento inmediato de casos, seguimiento riguroso y cuarentena de contactos cercanos”, pero se consideraba que las transmisiones se daban sobre todo en el ámbito familiar y no hablaba de la posibilidad de que hubiera casos asintomáticos⁷¹. Tampoco la recomendación de usar las mascarillas médicas sólo para las personas que están enfermas y quienes las cuidan⁷², porque podían dar una falsa sensación de seguridad, o desaconsejar en los primeros meses aplicar restricciones de viaje o comercio a países con brotes de la COVID-19⁷³, fueron decisiones acertadas, que hubieran necesitado de una pronta autocrítica para evitar las sospechas que se cernieron sobre el papel de la OMS en la gestión de la pandemia.

Es cierto que las críticas a la OMS han disminuido en 2021 si bien no ha conseguido convencer a los países para aceptar sus recomendaciones para tener una distribución más equilibrada de las vacunas en el mundo. El fortalecimiento del papel de la OMS en la gobernanza mundial es una de las prioridades a corto plazo si se quiere tener respuestas globales eficaces. Una OMS que debe ser más eficaz, más transparente y participativa.

68 <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-executive-board-meeting>

69 <https://www.dni.gov/files/ODNI/documents/assessments/Unclassified-Summary-of-Assessment-on-COVID-19-Origins.pdf>

70 <https://www.who.int/publications/i/item/who-convoked-global-study-of-origins-of-sars-cov-2-china-part>

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

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

73 https://www.who.int/ith/2019-nCoV_advice_for_international_traffic_rev/es/

SEGURIDAD SANITARIA VERSUS ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD: EL TRATADO PANDÉMICO MUNDIAL

El 30 de marzo de 2021, 25 jefes de Gobierno y el Director General de la OMS pidieron que se negociara un tratado sobre pandemias que permita a los países de todo el mundo reforzar las capacidades y resiliencia nacionales, regionales y mundiales ante futuras pandemias⁷⁴. La idea provenía de la experiencia con la COVID-19, donde ningún gobierno u organismo multilateral había podido abordar este problema individualmente. A partir de ese momento se han iniciado las discusiones sobre qué debería asumir o no este nuevo tratado pandémico, aunque es necesario que al menos se definan qué actores, qué hoja de ruta y qué procesos tendría el desarrollo de este tratado pandémico.

Quizás lo primero sería definir los valores en los que se sustenta. La equidad en el acceso a las posibles soluciones que emanarían de su desarrollo debería estar en el centro de la discusión, por encima de intereses comerciales o políticos, porque no se puede ni se debe repetir la situación de inequidad que se ha visto en la pandemia provocada por el SARS CoV2. Otro asunto importante que debe clarificarse es si este tratado debe ser de obligado cumplimiento o voluntario. Existen demasiados compromisos mundiales voluntarios que se muestran poco efectivos, y sería importante que los acuerdos derivados de este tratado fueran vinculantes, aunque habría que superar problemas importantes. El primero es saber si todos los países lo suscribirían, porque esto les obligaría a ceder parte de su independencia por un bien común, y ha habido demasiados ejemplos recientes de lo contrario, sobre todo de las grandes potencias mundiales.

Si se quiere un tratado eficaz también hay que decidir sobre quien recaería el control y se-

guimiento de este nuevo tratado pandémico, que debería de ser la OMS, ya que la gestión a nivel mundial de las acciones para evitar la propagación internacional de enfermedades ha sido históricamente una responsabilidad fundamental de esta institución. Pero en estos momentos no tiene ni la capacidad ni los recursos para hacerlo, por lo que los países deberían reforzarla, y no hacer como en esta y en anteriores pandemias, donde asignaron poderes y financiación a estructuras fuera de la OMS, debilitando su papel como garante de la salud mundial⁷⁵. Sería la única forma de que todas las regiones estuvieran en una situación de igualdad, a pesar de las diferentes situaciones de partida en la que se encuentran actualmente.

Entre el contenido que debería tener este tratado pandémico deberían estar el establecimiento de los mecanismos necesarios para un intercambio rápido de I+D+I en el mundo, que permita desarrollar las mejores soluciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas, anteponiendo el derecho a la salud a otro tipo de intereses y de cómo y quién van a financiar las potenciales necesidades que pudieran aparecer. Por último, debe haber una responsabilidad individual de cada país para desarrollar los mecanismos de prevención, protección (incluyendo medidas de protección social), y alarma que se puedan decidir en este tratado pandémico.

Además de reflexionar sobre qué medidas sanitarias globales hay que poner en marcha, es necesario tener un enfoque multidimensional del problema. Habría que incorporar al análisis de la salud humana el análisis de la salud animal y planetaria, pues las zoonosis que provocan las pandemias están muy relacionadas con ambas, y éstas con otras disciplinas, como la economía o la ecología.

Hay una cierta expectación por conocer si realmente se va hacia un tratado pandémico

eficaz, que pueda responder a las futuras necesidades mundiales. Las conclusiones que han aparecido en la evaluación del RSI, que sería la herramienta para desarrollar este tratado pandémico, arrojan en este sentido luces y sombras.

El Reglamento Sanitario Internacional⁷⁶ es la herramienta que, desde 2005, debería de servir a todos los países para poder prevenir, detectar, responder e informar contra pandemias como la COVID-19. Ya en 2011, después de la pandemia del virus H1N1, se alertaba de que “el mundo no está preparado para responder a una pandemia de gripe grave o a cualquier emergencia similar que amenace la salud pública global”⁷⁷. Además, los países que parecían mejor preparados para luchar contra este tipo de problemas de salud tampoco han podido contener las consecuencias de la pandemia. En septiembre de 2020 se creó un Comité independiente de 20 expertos, con el mandato de revisar el funcionamiento del RSI a nivel global durante la respuesta al COVID-19, especialmente en los siguientes campos:

- Alerta de brotes, verificación y evaluación de riesgos, intercambio de información y comunicación;
- Coordinación y colaboración internacional, incluida la función de los puntos focales nacionales del RSI;
- Las modalidades de trabajo del Comité de Emergencias y la declaración de una emergencia de salud pública de importancia internacional, incluida la consideración de un nivel intermedio de alerta;
- Medidas de salud adicionales implementadas por los Estados Parte en relación con los viajes internacionales;
- La implementación y presentación de informes de las capacidades básicas del RSI, incluido el posible establecimiento de procesos de revisión por pares; y

- Avances en la implementación de las recomendaciones de los comités de revisión del RSI anteriores.

Los resultados de esta revisión se presentaron en la Asamblea de la OMS de mayo 2021⁷⁸, y han mostrado algo que era evidente, que demasiados países no cuentan todavía con la capacidad de salud pública para poder proteger a sus poblaciones y alertar a otros países y a la OMS de posibles problemas que puedan derivar en pandemias. Y es que el RSI no se había implementado en muchos países. La propia OMS, así como otras organizaciones internacionales, carecen de capacidades y recursos para afrontar el liderazgo de respuesta a una pandemia.

El RSI tiene varios aspectos que mejorar. No se tiene elaborado un mecanismo de seguimiento para conocer cómo evolucionan los elementos claves del RSI en los países, incluyendo los que cubren los derechos humanos, tanto para mejorar como para la rendición de cuentas. El Comité de Emergencias debe ser más operativo, y se deben incorporar nuevos elementos que no estaban previstos antes, tales como la importancia de compartir muestras de patógenos y secuencias genéticas, la digitalización, el impacto de las redes sociales en los sistemas de alerta, incluso el mecanismo de aceptación de recomendaciones por parte de los países.

Entre las conclusiones de esta revisión se destaca la necesidad de que la responsabilidad de la implementación del RSI se encuentre en los más altos niveles de los gobiernos, que se debe trabajar un sistema de evaluación adecuado y debe haber una mayor colaboración entre los países, así como una financiación adecuada del RSI.

Pero esta revisión está muy limitada a la parte operativa del RSI y no ha entrado a discutir las raíces económicas, políticas o sociales

74 <https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/op-ed---covid-19-shows-why-united-action-is-needed-for-more-robust-international-health-architecture>

75 <https://www.southcentre.int/wp-content/uploads/2021/07/PB-93-A-New-WHO-International-Treaty-on-Pandemic-Preparedness-and-Response-SPANISH-REV.pdf>

76 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246186/9789243580494-spa.pdf?sequence=1>

77 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_10-en.pdf

78 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-en.pdf

que han causado la enorme expansión y consecuencias de esta pandemia. Ni tampoco se ha puesto demasiado énfasis en detallar cómo una emergencia sanitaria ha sido utilizada para vulnerar otros derechos humanos en algunos países, donde se han utilizado para limitar la libertad de expresión⁷⁹. El Reglamento debería hacer referencia explícita a los Principios de Siracusa⁸⁰ sobre las disposiciones de limitación y derogación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, que aconsejan cómo y cuándo se pueden restringir los derechos civiles y políticos en una crisis como ésta. Estas restricciones deben ser necesarias y proporcionadas a un fin legítimo, estar prescritas por la ley y aplicarse como último recurso, utilizando los medios menos restrictivos disponibles.

Por lo tanto, la mejora del RSI es un buen paso que puede mejorar la capacidad técnica de preparación para futuras pandemias, pero

3.3. La vacunación de la COVID-19

Los tratamientos que se tienen actualmente para luchar contra la pandemia no son específicos para la COVID-19, pero la mejor gestión de las personas enfermas con oxigenoterapia y corticoides ha conseguido disminuir la mortalidad por esta enfermedad. Se siguen estudiando algunos medicamentos específicos que como el molnupiravir están en fase de evaluación por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) y la Administración de Medicamentos y Alimentos (FDA)⁸¹ estadounidense para tratar a las personas adultas⁸². El precio acordado en Estados Unidos de 700 dólares por tratamiento⁸³ puede suponer una importante limitación en algunos países.

insuficiente si se quiere realmente prevenir los efectos catastróficos que otra pandemia como la COVID-19 puede tener en el mundo. Es necesario fortalecer la gobernanza mundial de la salud y un tratado pandémico puede ayudar a ello, aunque no se puede esperar que este tratado sea la panacea que solucione todos los retos que afectan al derecho a la salud de las personas. Existen muchos problemas de salud y factores que les afectan que quedarían fuera de ese posible tratado pandémico. Por ejemplo, los problemas de salud sexual y reproductiva o las enfermedades no transmisibles. Por lo tanto, este tratado debería de ser parte de una estrategia más amplia, donde las prioridades serían la de fortalecer la gobernanza mundial pública de salud, se fortalezcan los sistemas públicos de salud en su conjunto, priorizando el trabajo de la Atención Primaria de Salud, y trabajando la salud en todas las políticas.

La protección individual, el uso de mascarilla, la distancia social y el lavado de manos, aunque han mostrado una cierta eficacia en los primeros meses de la pandemia, tampoco ha revertido la situación después de casi dos años. Además, estas medidas no son fáciles de tomar en muchos países, donde gran parte de la población no puede cumplirlas, ya sea por falta de recursos para poder tener mascarillas apropiadas, ya sea por la imposibilidad de asegurar distanciamiento social.

La vacunación ha sido y es la esperanza para poder cambiar el curso de esta pandemia. Diversas vacunas se han puesto en marcha, la

TABLA 1.2. Vacunas contra la COVID-19 aprobadas por la OMS para su uso de emergencia, septiembre 2021

NOMBRE	EMPRESA/ INSTITUCIÓN	PAÍS PRODUCCIÓN	CARACTERÍSTICA	Autorizada por la EMA o la FDA	DOSIS
ChAdOx1 nCoV-19	AstraZeneca Univ. Oxford	Reino Unido	Adenovirus chimpancé genéticamente modificado	Si	2
mRNA-1273	Moderna	Estados Unidos	Fragmentos de ARN mensajero	Si	2
BNT162b2	BioNTech Pfizer	Alemania	Fragmentos de ARN mensajero	Si	2
Sputnik V	Gamaleya	Rusia	Adenovirus humano + proteína S	En estudio por la EMA	2
CoronaVac	Sinovac Biotech/ Sinopharm	China	Virus inactivado	No	2
Ad5-nCoV	CanSino Biologics	China	Vector adenovirus humano tipo 5	No	1-2
BBIBP-CorV	Sinopharm	China	Virus completo inactivado	No	2
Ad26.COV2-S	Johnson & Johnson (Janssen)	Estados Unidos	Vector adenovirus 26	Si	1

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

mayor parte de ellas con bastante eficacia. Hasta septiembre de 2021 las vacunas que han sido aprobadas por la OMS para su uso de emergencia y que por lo tanto han sido utilizadas en diferentes países aparecen en la tabla 1.2, aunque no se nombran las diferentes variantes de cada una de estas vacunas.

Hasta el momento los estudios indican que todas estas vacunas son seguras y aunque tienen más o menos efectos secundarios, éstos son en su mayoría leves, siendo muy infrecuentes la aparición de efectos secundarios graves o permanentes⁸⁴.

Una vacuna puede tener 5 funciones, que no son excluyentes:

- Que la persona vacunada no se contagie
- Que, aunque se contagie, no enferme,
- Que, aunque enferme, no enferme gravemente
- Que no muera
- Que no contagie a las demás personas

Hasta el momento lo que se ha publicado mayoritariamente sobre las vacunas ha sido su eficacia, esto es, cual es la probabilidad de no desarrollar la enfermedad de las personas vacunadas con relación a las no vacunadas. Es difícil comparar eficacias entre estas vacunas, pues

están usando diferentes tipos de estudio, de grupos de personas, incluso de definición de lo que es formas moderadas o graves de la enfermedad⁸⁵. Sí que empíricamente se está viendo que las vacunas que se están distribuyendo por el mundo parecen disminuir la enfermedad grave y la muerte, que son las dos funciones más importantes de la vacuna. Pero se deberían estudiar hasta qué punto son eficaces para sus otras funciones, si bien es necesario recordar que la aparición de nuevas cepas puede cambiar los resultados de forma muy relevante.

Además de los problemas técnicos, la vacunación mundial contra la COVID-19 ha mostrado diversos problemas que es preciso afrontar si se quiere conseguir una vacunación equitativa. Y es que, si no se controla la explosión del virus, además de la posibilidad de que surjan cepas que puedan disminuir la eficacia de las vacunas actuales, las consecuencias económicas pueden ser muy graves. En concreto se estima que no tener a la población mundial vacunada puede costarle a la economía global hasta 1,2 billones de dólares al año en términos de PIB⁸⁶. Si son solo los países más pobres los que no pueden acceder a las vacunas, el mundo aún perdería alrededor de 153.000 millones de dólares al año de PIB. Pero esta pérdida no sería solamente en

79 <https://www.amnesty.org/es/latest/news/2021/10/covid-19-global-attack-on-freedom-of-expression-is-having-a-dangerous-impact-on-public-health-crisis/>

80 <https://www.icj.org/wp-content/uploads/1984/07/Siracusa-principles-ICCPR-legal-submission-1985-eng.pdf>

81 La Administración de Medicamentos y Alimentos es la agencia del Gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos, medicamentos, cosméticos, aparatos médicos, productos biológicos y derivados sanguíneos.

82 <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-ema-starts-rolling-review-molnupiravir>

83 <https://www.newsweek.com/merck-covid-pill-cost-molnupiravir-1637550>

84 [https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)-vaccines-safety](https://www.who.int/es/news-room/q-a-detail/coronavirus-disease-(covid-19)-vaccines-safety)

85 <https://theconversation.com/que-significa-realmente-que-una-vacuna-tenga-una-eficacia-del-90-156710>

86 https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA769-1.html

estos países. La UE perdería alrededor de 40.000 millones al año, y Estados Unidos podría perder hasta 16.000 millones de dólares. De hecho, los países de ingresos altos recuperarían alrededor de 4,8 dólares por cada dólar gastado en el suministro de vacunas a los países de rentas más bajas, que costarían unos 25.000 millones de dólares.

Los grandes retos que la implementación de una estrategia de vacunación mundial nos ha mostrado han sido en las siguientes fases:

Investigación

En la investigación de las vacunas se deben analizar varios aspectos. El primero es la cantidad de vacunas que se están investigando para luchar contra esta enfermedad. En marzo de 2021 había 321 vacunas en las distintas fases de investigación, un número que es demasiado elevado. Esta enorme cantidad de iniciativas se debe sobre todo a un modelo económico imperante en el mundo, que considera que para crecer y mejorar es más adecuado asegurar la competencia que promover alianzas. Pero parece más lógico que se hubieran impulsado una veintena de iniciativas, donde se hubieran integrado aquellas investigaciones que tenían una base común, para poder encontrar vacunas más eficaces y seguras.

También es importante definir cuál es el papel de las instituciones públicas en cuanto a

responsables de la gobernanza en salud. Se han invertido aproximadamente 5.600 millones de dólares de diferentes gobiernos para la investigación y el desarrollo de la vacuna COVID-19 desde enero de 2020 hasta julio de 2021⁸⁷, pero no se sabe si ha habido algún tipo de contraprestación, pues la opacidad en las negociaciones con las empresas farmacéuticas ha sido total.

Producción

Esta pandemia ha mostrado las carencias que existen a nivel mundial para promover soluciones globales a problemas como la pandemia en un corto espacio de tiempo. Las dificultades para encontrar una solución en la producción de vacunas o suministros tienen que ver también con el modelo económico imperante, donde el papel de lo público queda exclusivamente como regulador y donde las patentes juegan un papel determinante para dificultar el acceso universal a los productos sanitarios. En la producción de vacunas para la COVID-19, además de las ayudas antes mencionadas destinadas a las empresas productoras de vacunas, éstas redujeron su riesgo financiero al comprometerse los gobiernos, incluso antes de que las vacunas obtuvieran la aprobación regulatoria, a comprar más de 45.000 millones de dólares en estos productos. Unas negociaciones que, al no ser públicas, era muy complicado saber cómo se habían desarrollado

y qué capacidad de imponer el derecho a la salud a los intereses comerciales. Gracias a esto, las empresas negociaban diferentes precios según sus intereses. Aun así, la escasez de vacunas en los primeros meses fue evidente, imposibilitando tener acceso a las mismas.

Para acelerar la producción de todas las tecnologías para combatir la COVID-19, entre ellas las vacunas, la OMS auspició el C-TAP (Covid Technology Access Pool), un pool de patentes público y de acceso universal de todas estas tecnologías. De hecho, la OMS y el resto de los socios de la C-TAP han buscado ampliar la capacidad de los países de ingresos bajos y medianos para producir vacunas COVID-19 y ampliar la fabricación para aumentar el acceso mundial a estas vacunas⁸⁹. Sin embargo, esta iniciativa no ha funcionado debido a que la industria farmacéutica que desarrollaba las vacunas no ha querido participar en la iniciativa, presumiblemente porque quería proteger sus ganancias a corto plazo. Son los gobiernos quienes han permitido o no han sabido convencer a la industria de la necesidad de anteponer la salud mundial a unos posibles beneficios económicos a corto plazo. La falta de una gobernanza pública en salud mundial, lo suficientemente fuerte para poder establecer las reglas de juego, con unos países que han estado luchando y compitiendo entre ellos para conseguir apropiarse de las escasas vacunas que se producían, en vez de exigir un comportamiento más solidario a las empresas farmacéuticas, han sido las verdaderas responsables de esta situación.

Hay conclusiones que es necesario extraer. Es necesario que los gobiernos impulsen y diversifiquen la capacidad de producción de vacunas en América Latina, África y Asia mediante la transferencia de tecnología y asegurando que las protecciones de propiedad intelectual, como

las patentes, no supongan barreras legales para la fabricación⁹⁰. En los últimos meses del año 2021 la producción de vacunas está aumentando. Se están produciendo actualmente unos 1.500 millones de dosis cada mes y a finales de 2021 habrán producido 12.000 millones de dosis⁹¹, lo que puede hacer olvidar rápidamente los graves problemas de producción de los últimos meses, y no cambiar ninguna de las causas principales que han llevado a esta situación.

Distribución global

Mientras la pandemia se extendía, las empresas farmacéuticas comenzaron a investigar vacunas y tratamientos. La comunidad internacional empezó a discutir sobre la mejor y más equitativa manera de acceder a estas vacunas y tratamientos. Fruto de ello, nació el ACT-Accelerator (Acelerador de acceso a las herramientas contra la COVID-19), cuyo objetivo era agilizar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las pruebas, tratamientos y vacunas frente a la COVID-19⁹². El pilar referente a la vacunación de esta iniciativa era el Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), una iniciativa público-privada coordinada por la OMS y dos coaliciones que trabajaban el acceso a las vacunas, como CEPI (The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) y GAVI (the Vaccine Alliance). El objetivo primario de COVAX era que, a través de la colaboración con los fabricantes de vacunas, los países de todo el mundo tuvieran un acceso equitativo a vacunas seguras y eficaces. COVAX sería la encargada de negociar con las empresas las cantidades globales de sus vacunas para todo el mundo, lo que permitiría precios más ajustados. Sin embargo, pronto se vio que era imposible cumplir con ese objetivo, ya que los países más enriquecidos, incluyendo la Unión Europea, empezaron a llegar a acuer-

TABLA 1.3. Número de vacunas en investigación marzo 2021⁸⁸

TIPOS DE VACUNA	PRE-CLÍNICA	FASE I	FASE I/II	FASE II	FASE III	FASE IV	EN USO	TOTAL
ARN	27	3	3	1	1	2	2	39
ADN	16	3	5	-	2	-	-	26
Vector viral no replicante	26	7	-	-	4	1	4	42
Vector viral replicante	18	2	2	1	-	-	-	23
Virus inactivado	9	2	2	1	5	2	5	26
Virus vivo atenuado	2	1	-	-	-	-	-	3
Subunidad proteica	74	6	10	2	8	-	2	102
Partícula similar a virus	19	1	2	-	1	-	-	23
Otro/desconocido	34	2	1	-	-	-	-	37
TOTAL	225	27	25	5	21	5	13	321

FUENTE: STATISTA

87 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2107528>

88 <https://es.statista.com/estadisticas/1135710/covid-19-numero-de-vacunas-candidatas-en-el-mundo-por-fase-y-tipo/>

89 <https://www.who.int/news-room/articles-detail/establishment-of-a-covid-19-mrna-vaccine-technology-transfer-hub-to-scale-up-global-manufacturing>

90 <https://www.nature.com/articles/s41587-021-00912-9>

91 <https://www.nytimespost.com/covid-millions-more-people-can-die-100-million-vaccines-to-expire-by-december/>

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

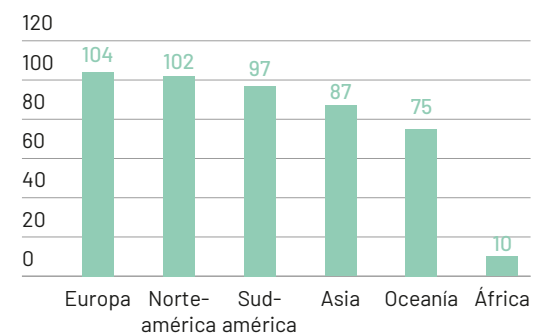
dos bilaterales con las compañías farmacéuticas, que preferían estos acuerdos a una solución global, ya que eran acuerdos menos transparentes que permitían mayores beneficios. Entre 2020 y 2021 se realizaron más de 70 acuerdos bilaterales de compra de vacunas fuera de la iniciativa COVAX⁹³. Al final COVAX tuvo que reorientar su objetivo, que se fijó en proporcionar 2.000 millones de dosis de vacunas para el 20% de la población en 92 países de bajos ingresos a finales de 2021⁹⁴. Hasta octubre de 2021 solamente había distribuido 330 millones de dosis, ya que no se le han provisto de recursos y vacunas ni por parte de los donantes, ni por parte de las empresas. Aunque pretende distribuir 1.100 millones más hasta el final de 2021⁹⁵, dejarían para el primer trimestre de 2022 el alcanzar el objetivo de los 2.000 millones de dosis⁹⁶. Pero COVAX no ha tenido solamente problemas por la falta de interés internacional. En la revisión realizada del funcionamiento del ACT-A, COVAX ha recibido varias críticas por su falta de previsibilidad en el envío de vacunas, lo que dificultaba las estrategias locales de los países, poca transparencia, la falta de participación de los países de renta media y baja y de la sociedad civil en la toma de decisiones. Pero, sobre todo, porque COVAX no estaba haciendo lo suficiente para expandir la producción de vacunas a través de medidas como la transferencia de tecnología⁹⁷. De parecer que podía ser una solución global del problema de la distribución global de vacunas, se ha quedado en un mecanismo de reparto de las vacunas sobrantes de los países enriquecidos.

El 18 de enero el director general de la OMS dijo que el mundo está al borde de un “catas-

trófico fracaso moral” debido a la negación de las vacunas COVID-19 a los países en desarrollo y más pobres⁹⁸, con más de 39 millones de dosis de vacuna administradas en ese momento en 49 países de ingresos más altos y solo 25 dosis en un país de ingresos más bajos”. Esta tendencia se ha mantenido en el tiempo, y el nacionalismo de vacunas ha seguido siendo utilizado para el acaparamiento de vacunas, a pesar de que tener esa inequidad en el acceso puede poner en riesgo los avances en la lucha contra la pandemia a nivel mundial, y afectar, como ya se ha comentado, a la economía de todos los países, tanto los de altos ingresos como los de medios y bajos ingresos. El acaparamiento ha sido enorme, y países como Canadá reservó vacunas suficientes para vacunar al menos 3 veces a su población y la Unión Europea unas dos veces. Esto, además de dificultar una cobertura vacunal mundial adecuada y eficaz, ha provocado que los países ricos tengan en los últimos meses del año un sobrante de 1.200 millones de dosis, de las cuales 241 millones podrán llegar a desperdiciarse si no se donan rápidamente⁹⁹.

África es la región que menos vacunas han recibido y menos población está vacunada, si bien, aunque ya ha llegado a superar los 8 millones de personas que han sufrido la enfermedad, es también la región mundial que menos casos se han diagnosticado, salvo Oceanía¹⁰⁰. El 21 de septiembre de 2021 la diferencia entre regiones en el reparto de vacunas sigue siendo abismal, y como se observa en el siguiente gráfico, África apenas había recibido 10 dosis por cada 100 habitantes, mientras que Norteamérica y Europa superaban las 100 dosis por habitante, 10 veces más.

GRÁFICO 1.4. Número de dosis administradas de vacunas COVID por regiones mundiales, 21 septiembre 2021



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, A PARTIR DE DATOS DE STATISTA

Había planes para conseguir vacunar en 2021 a toda la población susceptible, o al menos avanzar de forma significativa, pero la realidad es muy diferente. Por ejemplo, la población total de los 17 países de la región de la África del Sur y del Este es de aproximadamente 450 millones, alrededor del 60% requieren inmunización para lograr la inmunidad colectiva. Es decir, en 2021 se debían haber inoculado 540 millones de dosis de vacunas de doble dosis¹⁰¹. Para conseguirlo se proponían 3 vías:

- La iniciativa multilateral a través de COVAX tiene como objetivo, centrándose en grupos prioritarios como personal sanitario y otros colectivos de trabajadores clave y las personas ancianas o aquellas altamente vulnerables. Pero esta iniciativa es claramente insuficiente para conseguir la inmunidad colectiva.
- La Unión Africana puso en marcha la iniciativa del Equipo de Tareas para la Adquisición de Vacunas en África que pretendía adquirir 400 millones de dosis en junio de 2021¹⁰².

- Compras o donaciones bilaterales, como Sudáfrica que compró 1 millón de dosis de AstraZeneca en febrero de 2021.

Pero se ha visto que esta estrategia no ha funcionado, ya que la falta de producción mundial de vacunas y el nacionalismo vacunal se ha impuesto a la equidad en el acceso. Discusiones sobre una tercera dosis para toda la población en Europa cuando existen tantas carencias en otras partes del mundo no tienen sentido desde un punto de vista de salud pública, ni global ni siquiera a nivel nacional en los países más enriquecidos. Y la caridad vacunal que se está poniendo en funcionamiento una vez se tienen las necesidades nacionales cubiertas, puede complicar las soluciones mundiales a esta pandemia, fomentando las ideas de que se están utilizando las vacunas como una herramienta de un nuevo neocolonialismo¹⁰³, que pueden acabar influyendo negativamente en las decisiones de países de renta media y baja en cuanto a la vacunación contra la COVID-19. En vez de eso, hubiera sido mucho más efectivo la solidaridad mundial, utilizando herramientas e iniciativas globales transparentes y participativas, priorizando en las tomas de decisiones los intereses derivados de buscar la equidad en el acceso, y no otros intereses, sociales, económicos o políticos. Y es que, si todos los países compartieran sus vacunas, además de salvar las vidas en otros países y reducir el riesgo de aparición de variantes nuevas y peligrosas, según el Fondo Monetario Internacional se generarían 9 billones de dólares adicionales para la economía global, a través de la restauración completa en todas partes del comercio, los viajes y el trabajo, con un coste de 50.000 millones de dólares¹⁰⁴.

93 <https://www.bloomberg.com/graphics/covid-vaccine-tracker-global-distribution/contracts-purchasing-agreements.html>

94 <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>

95 <https://elpais.com/planeta-futuro/2021-10-12/asi-ha-fracasado-covax-en-su-intento-de-vacunar-al-mundo-contra-la-covid-19.html>

96 <https://www.unicef.org/press-releases/global-leaders-commit-further-support-global-equitable-access-covid-19-vaccines-0>

97 <https://www.who.int/publications/m/item/act-accelerator-strategic-review>

98 <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-148th-session-of-the-executive-board>

99 <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-58651211>

100 <https://es.statista.com/estadisticas/1107712/covid19-casos-confirmados-a-nivel-mundial-por-region/>

101 <https://www.equinetfrica.org/sites/default/files/uploads/documents/EQ%20Info%20brief%20vaccines%20and%20EHP%20Feb2021.pdf>

102 <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2021/06/21/world-bank-and-african-union-team-up-to-support-rapid-vaccination-for-up-to-400-million-people-in-africa>

103 <http://yris.yira.org/comments/4878>

104 <https://www.imf.org/en/Publications/Staff-Discussion-Notes/Issues/2021/05/19/A-Proposal-to-End-the-COVID-19-Pandemic-460263>

Distribución local

Incluso aunque se resolvieran los problemas anteriores, hay otro par de factores que es preciso tener en cuenta. Uno de ellos es la capacidad de muchos de los países para realizar una vacunación masiva de su población. Internamente, muchos países no tienen esta capacidad. Por una parte, sus sistemas sanitarios son frágiles y algunas de estas vacunas precisan de una tecnología que dificulta su utilización en muchos países empobrecidos. A la escasez de recursos materiales, se le añade la falta de personal sanitario. Faltan 18 millones de profesionales sanitarios en el mundo hasta 2030, muchos de ellos en los países de renta media y baja¹⁰⁵. Si se suman los problemas crónicos en salud pública, en concreto en epidemiología, sistemas de información, planificación y gestión sanitaria, que se han visto potenciados por la falta de predictibilidad en el acceso a las vacunas que han sufrido estos países, se tiene un panorama complejo para asegurar una distribución local adecuada.

A las dificultades propias de los sistemas sanitarios se le suma las dificultades en el acceso geográfico. El 60% personas africanas viven en zonas rurales, lo que dificulta los desplazamientos de los equipos de vacunación y la logística de las campañas de vacunación.

Los ministerios de salud de los países con sistemas frágiles saben que necesitan reforzar sus sistemas sanitarios. Entre las críticas a la iniciativa COVAX mencionadas anteriormente se aludía a que no contemplara que los sistemas de salud de los países más empobrecidos necesitarían un apoyo en los últimos meses del 2021 y primeros del 2022 para implementar un mayor suministro de vacunas. Sin un fortalecimiento de los sistemas públicos de salud de todos los países del mundo en todos sus niveles, será imposible enfrentarse a este reto global que supone la COVID-19, ni los retos futuros que están por venir.

Aceptación de la población

El último eslabón de la cadena para una implementación real de cualquier estrategia de vacunación es la aceptación por parte de la población. Se necesitan unos porcentajes tan elevados para alcanzar la inmunidad de grupo que es imprescindible que la población sienta que la vacunación le va a reportar beneficios. Y después de un año, se observa que hay países que tienen una gran disponibilidad de vacunas, pero no alcanzan una importante tasa de vacunación. En una encuesta hecha por el Imperial College de Londres en mayo de 2021 sobre la confianza en las vacunas de COVID-19, ningún país supera el 90%, siendo reino Unido quien más confianza tiene en estas vacunas con un 87%. Sin embargo, en Francia no tienen reticencias un 56%, en Alemania un 63% y en Estados Unidos un 62%. En Japón se queda en un 47% las personas que confían en estas vacunas¹⁰⁶, lo que puede llevar a no conseguir el 70%-80% necesario para la inmunidad de grupo.

No se puede pensar que los mensajes deben ser exclusivamente individuales, también es importante trabajar a nivel comunitario, y en este sentido el primer nivel de atención sanitaria es muy importante, aunque en esta pandemia no ha jugado el papel que debiera haber jugado. Los resultados de una encuesta realizada en 25 países el último trimestre de 2020 para evaluar el impacto de la COVID-19 en la seguridad alimentaria, agua, saneamiento, higiene, salud, educación, ingresos, endeudamiento y las condiciones psicosociales de los hogares muestra que la comunidad ha jugado un papel fundamental a la hora de ayudar a sus miembros a afrontar las repercusiones económicas más directas de la pandemia. El sentimiento de pertenencia a la comunidad ha influido en las respuestas individuales positivas a la pandemia, aumentando la confianza en las instituciones y la disposición a

seguir consejos e instrucciones, aunque las circunstancias individuales de pobreza también han influido y limitado en gran medida la capacidad de respuesta¹⁰⁷.

Los problemas más relevantes que se deben afrontar para asegurar la aceptación de la población serían:

- Capacidad de decisión: es necesario mejorar la participación de la sociedad en la implementación de las políticas de salud. La población no puede ser solamente una receptora de mensajes. Además, hay que encontrar las herramientas para que esta participación sea de toda la sociedad y se eviten que sectores de la población no participen por cuestiones de género o sociales.
- Calidad de la información: La información debe ser suficiente, pero no demasiada, por-

que confunde a la población. Debe ser una información veraz, transparente y basada en la evidencia. La proliferación de las fake news ha distorsionado mucha de la información recibida por la población en referencia a las vacunas. Se han detectado ya 1.183 bulos sobre el coronavirus¹⁰⁸, muchos de ellos sobre las vacunas, afirmando que son letales o que pretenden controlar a la humanidad.

- Credibilidad: El aumento del desencanto con los líderes políticos en todo el mundo y la fragilidad de la OMS como garante de la salud mundial contribuyen a generar un sentimiento de desconfianza ante la información que proviene de esas fuentes.

El hecho es que en el planeta existe una gran diversidad de sociedades, a las que se les está llevando el mismo mensaje.

4 La otra emergencia mundial en salud: el cambio climático

La COVID-19 está ocupando prácticamente toda la atención mundial en salud, pero no se puede olvidar ni el resto de los problemas de salud ni los nuevos retos que hay que abordar en estos momentos para prevenir sus consecuencias. Entre ellos hay que destacar el cambio climático, ya que está siendo y va a ser uno de los más graves problemas para la salud en el futuro. Este cambio climático es debido a la emisión de gases de efecto invernadero, que provocan una retención del calor en las capas inferiores de la atmósfera. Los gases de invernadero más importantes son:

vapor de agua, dióxido de carbono (CO₂) metano (CH₄), óxido nitroso (N₂O) clorofluorcarbonos (CFC) y ozono (O₃).

Se sabe desde hace mucho tiempo que los problemas de salud están estrechamente relacionados con el medio ambiente en el que se vive, por lo que, para que las personas de ahora y del futuro estén sanas, deben vivir en un planeta saludable. Esta interconexión entre salud y ecología también afecta y es afectada por otros ámbitos, relacionándolos con otros sectores como la economía, la política o los aspectos sociales. Si no

105 https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

106 https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/institute-of-global-health-innovation/GlobalVaccineInsights_ICL-YouGov-Covid-19-Behaviour-Tracker_20210520_v2.pdf

107 https://www.alliance2015.org/wp-content/uploads/2021/03/01_ES_report_A2015_A4.pdf

108 <https://maldita.es/malditobulo/20211022/coronavirus-bulos-pandemia-prevenir-virus-covid-19/>

se actúa con decisión, el cambio climático tendrá funestas consecuencias para la salud de las personas, sobre todo en las regiones más vulnerables que sufren en mayor medida las consecuencias.

En 2015 196 países firmaron el Acuerdo de París, donde se comprometieron a limitar el calentamiento mundial entre 1,5 y 2 grados centígrados a finales del siglo XXI, en comparación con los niveles preindustriales, cifra que se consideraba el límite para reducir el impacto del cambio climático hasta unos niveles aceptables para el planeta y las personas. En 2020, los países presentaron sus planes de acción climática conocidos como Contribuciones Determinadas Nacionales (NDC en sus siglas en inglés), que son las medidas que toman los países para reducir sus emisiones de CO₂, y poder alcanzar los compromisos del Acuerdo de París. El informe de síntesis de los planes de acción climática,

conocidos como Contribuciones Determinadas Nacionales (NDC en sus siglas en inglés) realizado por Naciones Unidas en 2021 indica que, si bien existe una clara tendencia a la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero en algunos países, no es suficiente para revertir la tendencia alcista global, y se deben acelerar las acciones para evitar que el aumento de la temperatura global a finales de siglo supere el objetivo del Acuerdo de París. La Organización Meteorológica Mundial ha advertido que en 2025 hay un 40% de probabilidades de alcanzar ya un aumento de 1,5 grados.

Ningún país va a estar libre de las consecuencias ecológicas, sociales, económicas y de salud del cambio climático, pero los países empobrecidos, que son quienes menos contribuyen al cambio climático son los que más sufren sus consecuencias, a lo que se suma que suelen te-

ner también los peores resultados en salud. Por ejemplo, los 10 países del mundo con mayor inseguridad alimentaria, uno de los impactos del cambio climático, generan solo el 0,08% del CO₂ global total. Los países empobrecidos, además, deben endeudarse aún más de lo que están para financiar la mitigación y adaptación climáticas, así como financiar la reconstrucción y recuperación después de los eventos climáticos extremos. Por lo tanto, al afrontar el cambio climático se debe plantear también la justicia climática, porque no solamente es un problema ambiental o físico, sino también ético y político. Hay que incorporar en los análisis conceptos como la equidad (no solo por países, sino por género, raza o condición social), o los derechos humanos, incluyendo las responsabilidades históricas por el cambio climático.

También en salud las instituciones multilaterales están trabajando en el cambio climático. En la Asamblea de la OMS de mayo de 2021, la OMS presentó los progresos realizados de su Estrategia mundial sobre salud, medio ambiente y cambio climático, que comenzó en 2019. Dos años después de su inicio, la OMS está apoyando la implementación de la estrategia mundial a través del liderazgo y la coordinación de iniciativas mundiales y regionales, recopilando pruebas y modelizando el comportamiento de la evaluación, promoción y seguimiento del impacto del cambio climático en salud.

A finales de 2021, The Lancet Countdown publicó su informe anual “Salud y cambio climático: código rojo para un futuro saludable”. En este informe se analiza la evolución de 44 indicadores seleccionados en una consulta global abierta para medir el impacto del cambio climático en la salud mundial, organizados en cinco dimensiones: impactos, exposiciones y vulnerabilidades del cambio climático; adaptación, planificación y resiliencia para la salud; acciones de mitigación y co-beneficios en salud; economía y finanzas; y participación pública y política. En este informe se concluye que se ha hecho poco para proteger a la población de los impactos del cambio climático en salud. Y mientras estos impactos crecen cada vez más, las emisiones de gases efecto invernadero o están disminuyendo muy lentamente o se dirigen en la dirección equivocada en los sectores de mayor emisión. Y visibiliza las contradicciones e incoherencias de políticas en muchos países que dicen preocuparse de este problema y siguen subvencionando los combustibles fósiles, uno de los elementos que más emisiones de gases produce. Por último, considera que los gobiernos están trabajando más que nunca con las dimensiones en salud del cambio climático, pero no es suficiente. Se deberían fomentar economías bajas en dióxido de carbono, y a su vez, implementar políticas que reduzcan las inequidades y mejoren la salud humana.

GRÁFICO 1.5. Impacto del cambio climático en la salud



FUENTE: CENTRE FOR DISEASE CONTROL, ESTADOS UNIDOS

4.1. Impactos en la salud del cambio climático

En el informe de Lancet Countdown se resumen los impactos directos en salud en 5 apartados, aunque, como pasa con la COVID-19, existe un impacto global en la salud, debido a la afectación de otros sectores que es difícil de valorar. Que se incrementen los problemas de salud debidos al cambio climático no supone que el resto de los problemas en salud desaparezcan, por lo tanto, si los recursos técnicos, materiales y humanos no

umentan en los sistemas sanitarios para atender los problemas relacionados con el cambio climático, implica que otras necesidades en salud no se van a cubrir. Y el impacto económico de tener peores cultivos, de cómo los desastres naturales pueden afectar a los sistemas sanitarios, o los problemas derivados de la migración y de posibles tensiones políticas por la escasez de recursos, también van a afectar a la salud de las personas.

En concreto, los impactos directos en salud serían los siguientes:

1.- Salud y calor

El calor extremo pone en riesgo la vida de las personas, especialmente las mayores de 65 años y las menores de 15. No es de extrañar que la mortalidad asociada al calor en las personas mayores de 65 años haya alcanzado en 2019 las 345.000 personas, un 80,6% más que en el año 2000. Aunque India y Brasil son los países con mayor número de muertes, si se analiza por regiones, es Europa, con 108.000 muertes, la más afectada.

Este informe también mide el número total de días que las personas mayores de 65 años y menores de un año (las dos poblaciones más sensibles) estuvieron expuestos a eventos de olas de calor potencialmente mortales. En 2019, ambos grupos aumentaron una media, respectivamente, de 4,6 días y de 4 días al año de verse más expuestos a estas olas de calor comparando con el promedio entre 1986 y 2005.

En cuanto a su efecto en el trabajo, por el calor, en 2019 se perdieron 295.000 millones de horas de trabajo, especialmente en India, Bangladés y Pakistán. Estas pérdidas se dan sobre todo en el sector agrícola, por lo que su efecto en la nutrición es evidente.

2.- Salud y fenómenos extremos

Las sequías, incendios e inundaciones son fenómenos que se están exacerbando debido al cambio climático. Así, en el 72% de los países del mundo se aumentó la exposición de las personas a incendios forestales en 2019. El 19% de la superficie terrestre mundial se vio afectada por sequía en al menos un mes, lo que supone una amenaza para el acceso al agua potable y al saneamiento de muchas personas, elementos indispensables para evitar la proliferación de enfermedades diarreicas y mantener un adecuado nivel de salud.

África es una de las regiones que más sufren las consecuencias de los fenómenos extremos, que se suman a la débil situación en salud de base. En el Informe “Estado del Clima de África

2020” se estima que, para 2030, hasta 118 millones de personas en extrema pobreza estarán expuestas a la sequía, las inundaciones y el calor extremo en África, si no se establecen medidas de respuesta adecuadas.

3.- Cambios en los patrones de enfermedades infecciosas

El cambio climático provoca cambios de temperatura que a su vez cambian la distribución de los vectores que propagan algunas de las enfermedades infecciosas más importantes, ya sean artrópodos, o las transmitidas a través del agua o la comida. El cambio climático junto a otros factores, como el aumento de la movilidad global o la creciente urbanización son los causantes de que el dengue haya duplicado sus tasas de infección cada década desde 1990. Otros arbovirus, como Zika o Chikunguya también están incrementando su presencia en diferentes partes del mundo por la expansión del mosquito Aedes, y empieza a haber riesgos epidémicos en países de IDH (Índice de Desarrollo Humano) alto, que antes no había.

Una de las enfermedades más prevalentes y que más atención ha tenido por parte de las instituciones mundiales de salud es la malaria. Variaciones en la humedad relativa, la temperatura y las precipitaciones debidas al cambio climático ha provocado que en las zonas montañosas de los países de IDH bajo y medio hayan aumentado en las áreas montañosas un 39% y un 15% respectivamente el número de meses adecuados para la transmisión de la malaria, si se comparan las décadas 1950-1959 y 2010-2019. Y este aumento es más importante en las zonas más empobrecidas.

También está provocando cambios en el comportamiento de la bacteria Vibrio, responsable de cólera y otras enfermedades gastrointestinales, que está encontrando un medio ambiente más idóneo para su reproducción. En las zonas costeras, el aumento de la temperatura del agua y los cambios en la salinización de la misma mejora las condiciones para la expansión de esta

bacteria Vibrio, tanto las que provocan cólera como las que no.

4.- Seguridad alimentaria y nutrición

En 2019, 2.000 millones de personas sufrieron inseguridad alimentaria, y la crisis climática puede exacerbar esta situación. Al aumentar las temperaturas, los cultivos tardan menos tiempo en madurar, lo que supone menos rendimiento en los cultivos. Desde 1981 hasta 2010 el maíz ha reducido su tiempo de maduración una media del 6%, entre 4%y 6% la soja o un 3% el trigo.

Casi el 70% de los países mostraron aumentos en la temperatura media de la superficie del mar en sus aguas territoriales en comparación con 2003-2005, lo que refleja una amenaza cada vez mayor para la productividad de los alimentos marinos y la seguridad alimentaria marina. Más de tres mil millones de personas dependen de la biodiversidad marina y costera para su sustento.

5.- Migración, desplazamiento y aumento del nivel del mar

Hay cerca de 570 millones de personas que viven en zonas a menos de 5 metros sobre el nivel del mar que están en riesgo por el aumento del nivel del mar. Este riesgo puede ser directo o indirecto, provocando desplazamientos, la mayor parte de las veces internos. Según un informe del Banco Mundial, unos 216 millones de per-

sonas podrían verse obligados a desplazarse dentro de su país por motivos climáticos en el año 2050. Esto puede tener consecuencias, ya que estas migraciones saturan los establecimientos de salud de las zonas de acogida, y a la vez, los establecimientos de salud que están en estas zonas cercanas a la costa dejarán de funcionar, lo que supone un gasto de recursos en países con unos sistemas muy frágiles. Además, las migraciones pueden tener consecuencias en la salud mental de las personas que debe abandonar forzosamente sus hogares.

6.- Factores causantes de cambio climático y mala salud

Además de estos 5 impactos que aparecen en el informe de Lancet Countdown, no hay que dejar de mencionar que factores que provocan este cambio climático, como la emisión de gases invernadero, también afectan a la salud de las personas. El ozono, que es un componente clave del smog (la nube baja formada de dióxido de carbono, hollines, humos y polvo en suspensión que se forma sobre las grandes ciudades o núcleos industriales), está asociado con muchos problemas de salud, como la función pulmonar disminuida, el aumento de las admisiones hospitalarias y las visitas a la sala de emergencias por asma y el aumento de las muertes prematuras.

4.2. La respuesta del sistema sanitario: adaptación, mitigación y responsabilidad

Para hacer frente a los retos en salud que provoca el cambio climático los sistemas sanitarios deben de responder de una manera integral y adecuada. Para ello, es necesario que los sistemas sanitarios se adapten a esa realidad y consigan mitigar los efectos del cambio climático.

Pero no parece que las múltiples advertencias de diferentes organizaciones sobre la gravedad del cambio climático se hayan traducido en un interés

real en la mayoría de los gobiernos. Solamente el 52% de 91 países que participaron en una encuesta de la OMS reportaron que tenían un Plan de adaptación del sector salud al cambio climático. Y menos del 25% de estos 91 países tenían altos niveles de implementación, siendo la financiación insuficiente la principal barrera para su desarrollo.

La adaptación debe producirse a todos los niveles. Salud pública debe poder regular los fac-

tores que provocan este cambio climático como puede ser la contaminación del aire, agua o suelos. Los hospitales y centros sanitarios deben tener definidos programas para poder afrontar las necesidades de la población con relación a las consecuencias en su salud del cambio climático. Por ejemplo, el uso de gases anestésicos generales tiene un impacto muy importante en la emisión de gases de efecto invernadero. El óxido nitroso tiene un efecto de calentamiento climático 289 veces mayor que el dióxido de carbono, y el desflurano, otro gas anestésico, es 3.714 veces más potente que el dióxido de carbono. Además del sistema, hay que pensar en el personal. Los y las profesionales en salud deben estar preparados y cualificados para atender esas necesidades, porque el cambio climático no afecta a su trabajo solamente, sino también a ellos personalmente. Algunos autores sugieren que impactos del cambio climático como el aumento del calor también provocan una mayor migración del personal sanitario respecto a la población general, lo que incrementa la escasez de personal en esas áreas.

Los sistemas de salud también deben tener presente su contribución a este cambio climático. La huella climática del conjunto de los sistemas sanitarios es el 4,4% de las emisiones netas mundiales, equivalente a dos gigatonnes de CO₂ anuales. Si el conjunto de sistemas sanitarios fuera un país, sería el 59º país que más gases emite a la atmósfera. China, Estados Unidos y la Unión Europea suponen el 56% de la huella climática total de los sistemas de salud.

Las emisiones que emanan directamente de las instalaciones de los servicios de salud y los vehículos para atención médica representan el 17% de la huella mundial del sector, las emisiones indirectas de fuentes de energía como electricidad, refrigeración o calefacción suponen un 12%. El 71% proviene de la cadena de suministro de bienes y servicios para los cuidados de salud, a través de la producción, el transporte y la provisión de bienes y servicios, como productos farmacéuticos, alimentos y equipamiento sanitario. La combustión de combustibles fósiles

representa más de la mitad de la huella climática de estos cuidados de salud.

Según un informe del Banco Mundial, los elementos clave de unos cuidados de salud con bajas emisiones de carbono deberían incluir:

1. Diseño de sistemas de salud y modelos de atención basados en:
 - Tecnología apropiada,
 - Coordinación de los cuidados de salud
 - Énfasis en la compra a proveedores locales
 - Impulsados por necesidades de salud pública.
2. Diseño y construcción de edificios basados en enfoques de bajas emisiones de carbono.
3. Programas de inversión en energías renovables y eficiencia energética
4. Minimización de residuos y gestión sostenible de residuos sanitarios.
5. Políticas sostenibles de transporte y consumo de agua
6. Políticas de adquisición de productos farmacéuticos, dispositivos médicos, alimentos y otros productos con bajas emisiones de carbono.
7. Estrategias de resiliencia para resistir eventos climáticos extremos

Es esencial la voluntad política para poder desarrollar sistemas sanitarios con cero emisiones. En este sentido el ejemplo del Reino Unido debería ser seguido por todos los países. En 2008 su Parlamento firmó el "Acta del cambio climático", donde se proponía que para 2050 se consiguiera disminuir en un 80% las emisiones de gases efecto invernadero, algo que en 2019 se revisó, pasando a ser el objetivo el 100%. En ese sentido, el sistema sanitario también debía reaccionar, ya que es el responsable del 4% de las emisiones de CO₂ del Reino Unido. En 2020 se convirtió en el primer sistema de salud nacional del mundo en comprometerse a convertirse en un sistema con cero emisiones de gases de efecto invernadero, con 2 objetivos:

Conseguir una huella de carbono cero en 2040 de las emisiones bajo control directo del

sistema sanitario, con una disminución del 80% entre 2028 y 2032.

Para las emisiones indirectas, conseguir en 2045 una huella de carbono cero en la cadena de suministros, con una reducción provisional del 80% para 2036-2039. Para conseguir calcular todas sus emisiones, establece un sistema complejo de mediciones de diferentes variables que las divide en tres grandes grupos, las controladas directamente por el sistema de salud, el consumo de electricidad, y el tercer grupo engloba las indirectas, que no recaen directamente bajo el control del sistema sanitario.

En 2018, el informe "Reduciendo el uso en los sistemas de salud y sociales" ya presentaba algunos datos muy esperanzadores, demostrando que la voluntad política es muy importante para conseguir implicar al sector de la salud en la lucha del cambio climático. En concreto, desde 2007, la huella de carbono de la atención sanitaria y social se había reducido en un 18,5%.

Es importante que se realicen más estudios y análisis que ayuden a las autoridades de los diferentes países a implementar estrategias de descarbonización de los sistemas sanitarios y el ejemplo británico puede ser la base de estos estudios. En estos análisis no solamente debe de hablarse de las consecuencias del cambio climático, sino de las ventajas de tener un sistema sanitario con cero emisiones en términos económicos, de salud, sociales y ecológicos, analizando los costos y beneficios de la transición a una atención sanitaria verde.

Pero el papel del sistema sanitario debe estar dentro de una reflexión más amplia y profunda. Si se va a la raíz del problema, se debe analizar el modelo económico y social imperante en gran parte de las sociedades mundiales. Un modelo económico que sigue primando la competencia y la búsqueda de los mayores beneficios posibles a corto plazo en las empresas, que pretenden alcanzar un crecimiento infinito e insostenible. El mercado se autorregula en base a las demandas de las personas que han dejado de ser ciudadanía con derechos para

convertirse en clientes. Existen actualmente nuevos modelos económicos, como el modelo rosquilla o donut de Kate Raworth que relaciona los requisitos básicos para el bienestar del ser humano (anillo interior) con los ODS, entre ellos el cambio climático (anillo exterior), y la parte intermedia es donde la humanidad debe prosperar, en un lugar "ecológicamente seguro y socialmente justo",

A nivel social, el fomento de una sociedad donde prima el bienestar individual por encima del bien común, donde se aceptan las desigualdades mundiales, como algo estructural y no como consecuencia de las relaciones políticas, económicas y sociales, y que por lo tanto se pueden revertir, no ayuda a promover una salud global equitativa. Es, por tanto, un cambio absoluto de modelo económico y social el que se debe emprender para afrontar, de verdad, los problemas del cambio climático.

La justicia climática debe ser una preocupación central en todas las personas que trabajan en salud global. Es necesario analizar las causas mediatas e inmediatas de este cambio climático y su relación con la salud, establecer medidas de salud pública mundial y nacional de adaptación y mitigación de las consecuencias del cambio climático, así como reflexionar y actuar para reducir la responsabilidad de los propios sistemas de salud en el cambio climático. Es necesario tener un enfoque multidimensional del problema, trabajar mucho más la evidencia. En este sentido hay pocos análisis sobre el papel de la Atención Primaria de Salud en la lucha del cambio climático, al igual que sucedió con la pandemia de COVID-19. La APS puede jugar un papel muy relevante ya que puede ser una puerta abierta para una participación real de la comunidad que permita buscar soluciones locales y una apropiación de las estrategias de intervención que contrarresten todas las fake news y el negacionismo. Y se necesita un fuerte y decidido impulso por parte de todas las personas para intentar que la emergencia climática no se traduzca en una catástrofe sanitaria.

2

Perspectiva internacional

Los datos del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de 2020 se construyen desde 2 metodologías diferentes: “cash flow” y “grant equivalent”. Como norma, en este informe se utilizará la nueva metodología, la de “grant equivalent” —equivalente de donación—, si bien en ocasiones se recurrirá a la de “cash flow” para ver tendencias y comparaciones históricas, en cuyo caso se indicará.

- Al comienzo de la pandemia muchos miembros del CAD aseguraron que protegerían los presupuestos de cooperación, y así lo han hecho. En 2020 la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de los miembros del CAD totalizó 161.200 millones de dólares, lo que supone un aumento del 3,5% respecto a 2019, estableciendo una cifra récord jamás antes alcanzada, que parece tener continuidad en 2021. Las proyecciones reflejan que, para 2021, se proyecta un aumento del 5,2% de las cifras de AOD respecto a 2020.
- En los últimos 20 años la AOD neta del CAD se ha duplicado, concretamente ha aumentado un 110%, aunque no ha sido un crecimiento constante, ni todos los países lo han hecho de la misma forma.
- Los países del CAD han destinado 12.000 millones de dólares para la lucha contra la COVID-19 en cooperación, lo que suponen el 7,4% de los fondos de 2020 destinados a AOD, de los cuales más de la mitad son fondos reorientados de otros programas.
- La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,32% de la renta nacional bruta (RNB), manteniéndose casi estable en la tendencia de los últimos 10 años, muy lejos del compromiso del 0,7%. Sólo 6 países del CAD

1 Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD

1.1. "Grant equivalent": La nueva metodología de cómputo de la AOD

Anunciamos en el Informe de 2018 que el CAD de la OCDE estaba cambiando la forma de computar la AOD.

La AOD puede adoptar la forma de donaciones o préstamos en condiciones favorables. Hasta 2018 las donaciones y los préstamos se valoraban siguiendo el sistema de medición "cash flow" (flujo de caja), que tiene como principio computar los flujos reales de efectivo del año, y registrar los reembolsos en los años en que se iba devolviendo el crédito. La nueva métrica se basa en el "grant equivalent" (donación equivalente), una fórmula más compleja, que consiste en computar el elemento de donación implícito en cada una de las operaciones como reflejo del esfuerzo del donante, contabilizando tanto el principal como los intereses, pero descontándose del valor que representan en el año de reporte. El razonamiento es que el dinero de hoy vale más que la perspectiva de la misma cantidad en el futuro y, por consiguiente, esa suma de dinero en el futuro puede ser reducida a su valor actual aplicando una tasa de descuento. Es decir, se aplica el valor de mañana al dinero de hoy. Si el valor de los reembolsos que esperamos recibir en el dinero de hoy es inferior a la cantidad extendida hoy, entonces la diferencia representa una "donación" que se denomina "grant equivalent" —si se expresa como un valor monetario— o "grant element" —si se expresa como un porcentaje del valor del préstamo—.

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

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

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

—Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido y Suecia, al que se les unió Alemania en 2020— cumplieron con el objetivo del 0,7%.

- El G-7 (Alemania, Canadá, Estados Unidos (EE. UU.), Francia, Italia, Japón y Reino Unido) supone el 74% de toda la AOD. La Unión Europea (UE) y sus Estados miembros son en conjunto el principal donante mundial, con 72.700 millones de euros.
- La ayuda destinada a personas refugiadas en países donantes sigue disminuyendo su peso, un 6,8% respecto a 2019. Representa el 5,6% del total de la AOD del CAD y el 7,3% de la UE.
- España se coloca en el puesto 12 de 27 en cuanto a volumen de AOD, pero en el puesto 19 porcentualmente, manteniéndose aún en el vagón trasero de los donantes tradicionales, a pesar de mejorar 2 puestos.
- Los 21.296 millones de dólares destinados a salud por el conjunto del CAD en 2019 representan el 12,09% del total de la AOD, un 5,4% menos que en 2018.
- Se mantienen básicamente las prioridades sectoriales y geográficas de la AOD en sa-

lud para el conjunto de donantes, aunque haya mucha variabilidad entre ellos. La lucha contra enfermedades de transmisión sexual (ETS), que incluye el VIH/SIDA, sigue siendo el componente más financiado de la cooperación en salud.

- La pandemia ha evidenciado las grandes contradicciones de los países más desarrollados del planeta, comportándose la UE de forma errática en sus políticas internas y externas. Por una parte, ha estado acaparando muchas más vacunas de las que en principio va a necesitar para su ciudadanía, impulsando un "nacionalismo de vacunas" que ha impedido una distribución más equitativa de las mismas. Por otra, está impulsando algunas herramientas para que haya vacunas para todas las personas del planeta. Es imperativo que las nuevas políticas europeas sanitarias se alineen con las necesidades globales de salud y que la equidad, tanto interna como externa, sea un elemento fundamental en la definición de las nuevas políticas de salud.

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS

Las cifras desagregadas de AOD que presenta públicamente el CAD suelen ir con 2 años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2020 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2019.

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

1.2. La AOD del CAD

La AOD del CAD alcanzó en 2020 la cifra de 161.200 millones de dólares, lo que supone un incremento del 3,5 % respecto a 2019. Se trata de una cifra récord resultado del gasto adicional hecho por los países donantes para asistir a los países empobrecidos a afrontar la crisis derivada de la COVID-19. En números absolutos el crecimiento ha sido de 8.392 millones de dólares.

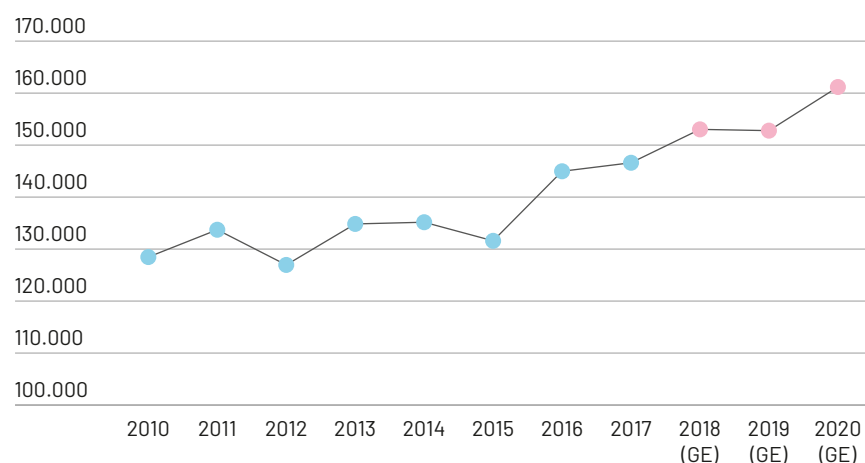
Muchos de los miembros del CAD aseguraron al comienzo de la pandemia que protegerían los presupuestos para AOD tanto en 2020, con la cifra récord que acabamos de ver, como para 2021, proyectando un crecimiento del 5,9%.

Desde un punto de vista histórico, la AOD neta del CAD se ha duplicado desde el año 2000, concretamente ha aumentado un 110%². Sin embargo, y a pesar de los diferentes compromisos firmados por los países donantes, no ha sido un crecimiento constante. Hasta 2010, posiblemente por el impulso de los ODM, hubo un crecimiento sostenido. La crisis económica frenó sensible-

mente el crecimiento de la AOD, debido a los recortes aplicados por algunos países miembros del CAD, como fue el caso de España. La crisis de personas refugiadas que vivió Europa en 2015, con la llegada de casi 1 millón de personas que huían de la guerra civil en Siria, volvió a hacer crecer la AOD en 2016 manteniendo una tendencia al alza que se vio interrumpida de nuevo en 2018 para, con la COVID-19 para volver a crecer en 2021 hasta alcanzar cifras nunca vistas.

El crecimiento de la AOD siempre es una noticia positiva, si bien cuando este crecimiento responde exclusivamente a situaciones extraordinarias conviene hacer una mínima reflexión. El problema de las personas refugiadas, así como el de la COVID-19, son situaciones excepcionales que requieren de fondos adicionales y que en ningún caso deberían de detraerse de los fondos destinados a cubrir los problemas habituales del desarrollo y las crisis humanitarias. Los 12.000 millones de dólares destinados por

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 (EN NARANJA, LA APORTACIÓN SEGÚN "GRANT EQUIVALENT", GE)

los países que integran el CAD a actividades relacionadas con la COVID-19 suponen el 7,4% del total de fondos destinados en 2020, mientras que el crecimiento de la AOD fue del 3,5%. Esto significa que casi un 4% de los fondos destinados a actividades relacionadas con la COVID-19 fueron redirigidos; es decir, se trata de fondos que ya habían sido comprometidos para programas de desarrollo existentes. Si bien los países donantes afirman que esta reorientación no ha paralizado programas que estuvieran en marcha³, se hace difícil creer que estos programas de cooperación no se hayan visto afectados. Hay que tener presente que algunas partidas de cooperación son esenciales y su reducción puede derivar en consecuencias a medio y largo plazo peores que las de la propia pandemia. Si hacemos el ejercicio de restar los fondos destinados a actividades COVID de los fondos destinados por el CAD a AOD, esta ayuda hubiera descendido 2,36%. Si lo que hacemos es solamente eliminar los fondos adicionales no reorientados (que se hubieran gastado en cooperación), el crecimiento en 2020 se hubiera quedado en 2.878 millones de dólares, un 1,78%, la mitad de lo conseguido.

Siendo positivo el crecimiento de la AOD experimentado por el conjunto de los países del CAD, no podemos sino reafirmarnos en que sigue siendo mucho menor de lo que se necesitaría realmente para "ayudar a los países a forjar un camino hacia una vida mejor mientras se ahorran miles de millones de dólares para los contribuyentes y se fomentan unas economías y sociedades más sólidas, justas y limpias", tal y como reza el objetivo de la OCDE para su cooperación⁴.

Desglosando la AOD por países, observamos que los cinco países que tradicionalmente mantienen un mayor aporte bruto a la AOD —Alemania, EE. UU., Francia, Japón y Reino Unido—, siguen aumentando su peso hasta situar su

aporte en el 70% de toda la AOD del CAD, un 1,8% más que en 2019. EE. UU., con un aporte de 35.500 millones de dólares —22% de toda la AOD del CAD—, se mantiene en el primer puesto de la lista de donantes. Le sigue Alemania, con 28.400 millones, y Reino Unido, con 18.600 millones de dólares. Japón supera a Francia y se sitúa en cuarta posición con 16.300 millones, mientras que Francia aporta 14.100 millones. Todos estos países crecen a excepción de Reino Unido. Tal y como se ha señalado al principio de este capítulo, el G-7 (Alemania, Canadá, EE. UU., Francia, Italia, Japón y Reino Unido) supone el 74% de toda la AOD.

A pesar del crecimiento en cifras absolutas, motivadas principalmente por la COVID-19, aún queda mucho por hacer. De los 5 grandes donantes, solamente Alemania (0,73%) y Reino Unido (0,7%) cumplen con el compromiso del 0,7%. Francia se sitúa en el 0,53 %, Japón en el 0,31% y EE. UU., el mayor donante en cifras absolutas apenas alcanza el 0,17%.

En abril de 2020 los miembros del CAD firmaron una declaración sobre la COVID-19⁵ reconociendo que las personas más pobres eran quienes más sufrían las consecuencias de esta pandemia, y se comprometían a dar "una contundente respuesta global, coherente, inclusiva y coordinada". Es coherente, por tanto, que los países donantes hayan centrado sus esfuerzos en tratar de detener la propagación del virus por el mundo, comprometiéndose muchos de ellos a apoyar el acceso a vacunas y medios diagnósticos, así como a abordar las repercusiones sociales y económicas de la pandemia (aunque esas buenas intenciones parecen diluirse cuando vemos las políticas reales de acaparamiento de vacunas y medios diagnósticos que se han desarrollado durante estos dos últimos años por parte de estos mismos países). Se debe recordar que existen muchos otros problemas

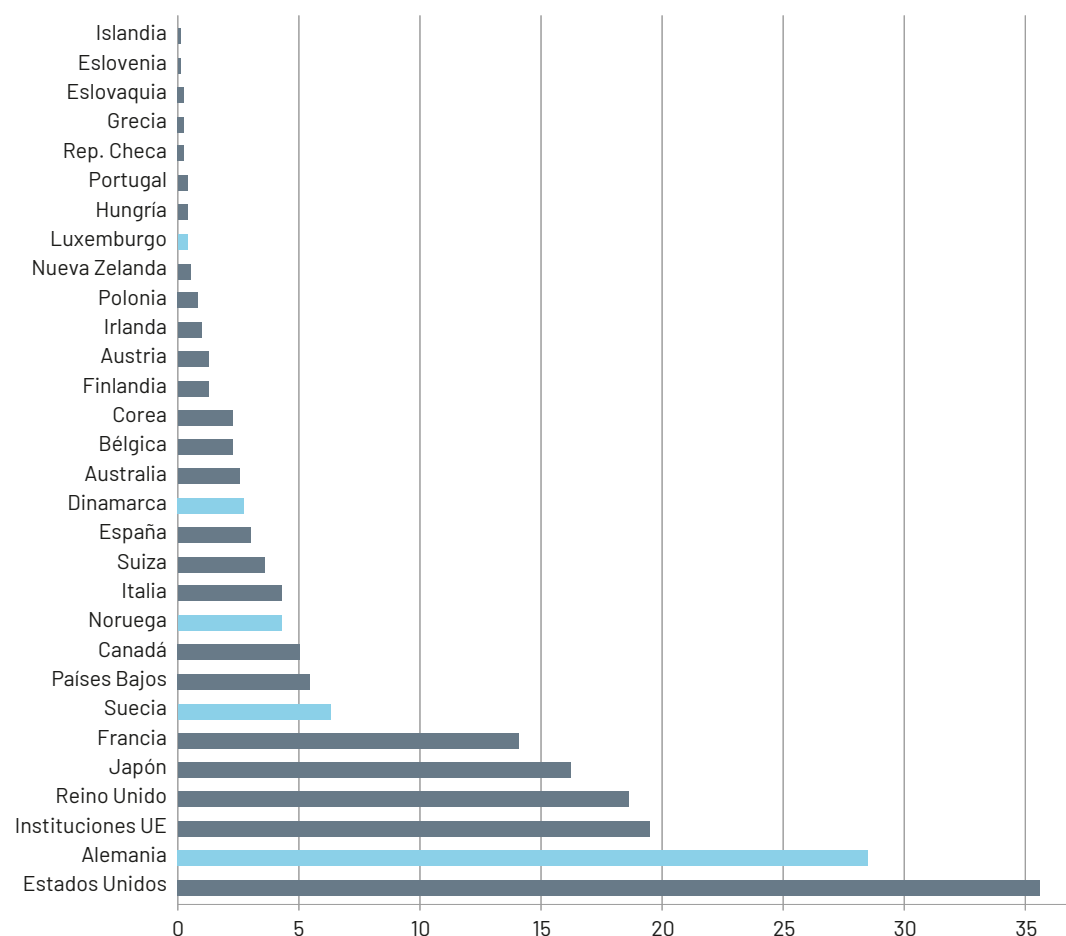
2 "COVID-19 spending helped to lift foreign aid to an all-time high in 2020. Detailed Note", 13 April 2021. Paris: OECD; 2021.

3 [https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT\(2020\)35/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT(2020)35/en/pdf)

4 <https://www.oecd.org/about/>

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

GRÁFICO 2.2. AOD 2020 en millardos de dólares



FUENTE: OCDE, 2020

estructurales, como la pobreza, los problemas medioambientales, o la falta de equidad en el acceso a servicios sanitarios, que no pueden ser aparcados ni siquiera en tiempos de pandemia global, pues son elementos imprescindibles para luchar contra los próximos problemas globales de salud a los que nos tendremos que enfrentar.

Esta meta pretende velar por que los países desarrollados cumplan sus compromisos en re-

lación con la AOD, incluido el compromiso de destinar el 0,7% de la RNB a la AOD, y entre el 0,15% y el 0,20% de la RNB a la AOD de los países menos adelantados (PMA)⁶.

Si en vez de cifras absolutas se analiza el esfuerzo global que han realizado el conjunto de los países del CAD en cooperación, se observa que en 2020 se destinó el 0,32% de la RNB, dos décimas más de lo destinado en 2019, man-

teniendo la tendencia que desde 2010 sitúa la media del esfuerzo de los países del CAD en la franja del 0,29% y 0,32%. No solamente las cifras actuales, sino también la tendencia en los últimos 10 años, cuestionan las declaraciones públicas y los compromisos internacionales firmados para incrementar la AOD hasta alcanzar el 0,7%. Una cifra que proviene de un compromiso adquirido por última vez en la Tercera Conferencia sobre la Financiación para el Desarrollo de las Naciones Unidas (NN. UU.), celebrada en Adís Abeba en julio de 2015⁷ y que aparece como meta 17.2 de los ODS. No se observa entre los países que integran el CAD ningún movimiento creíble hacia una planificación realista que garantice alcanzar el 0,7% en 2030, lo que nos hace ser bastante pesimistas en cuanto a la posibilidad de conseguir este objetivo. La COVID-19 ha demostrado una vez más que la cooperación no sólo es necesaria para reducir las inequidades, sino que en un mundo globalizado no tiene sentido aplicar estrategias exclusivamente locales. Si los países del CAD destinaran el 0,7% a Cooperación al Desarrollo, el desembolso actual sería de 352.000 millones de dólares, 191.000 millones más que los consignados en 2020.

Han pasado ya 50 años desde que los países asumieran el compromiso de destinar el 0,7% de su RNB a AOD y a fecha de hoy únicamente 6 países de los 29 que son parte del CAD destinan el 0,7 a cooperación. En estos años la ayuda ha crecido considerablemente, si bien porcentualmente estamos por debajo de lo destinado en 1975. La mejora de la situación particular de cada país no explica el comportamiento de los países más desarrollados. De hecho, la OCDE afirma en su informe preliminar que el análisis histórico de los flujos de AOD indica que el crecimiento de la RNB no ha sido el principal impulsor que pueda explicar el aumento de la AOD. Por lo tanto, lo que se necesita es un compromiso mucho más profundo con la cooperación internacional para que este 0,7% sea una realidad.

A Suecia (1,14%), Noruega (1,11%), Luxemburgo (1,02%), Dinamarca (0,73%) y Reino Unido (0,7%), que repiten como los únicos países del CAD que en 2020 cumplieron el objetivo del 0,7%, se suma Alemania destinando el 0,73%. Por encima del 0,5% se sitúan Países Bajos, que tradicionalmente destinaba el 0,7% y ahora se queda en el 0,59%, y Francia. Todos los países que destinan más del 0,6% son Estados miembros de la UE, salvo Noruega. Completan la lista de países que estarían por encima de la media del 0,32% Bélgica, Finlandia y Suiza. Es decir, un total de 11 países de los 29 que integran el CAD superan la media del conjunto del CAD, cuando en 2019 eran 12 países.

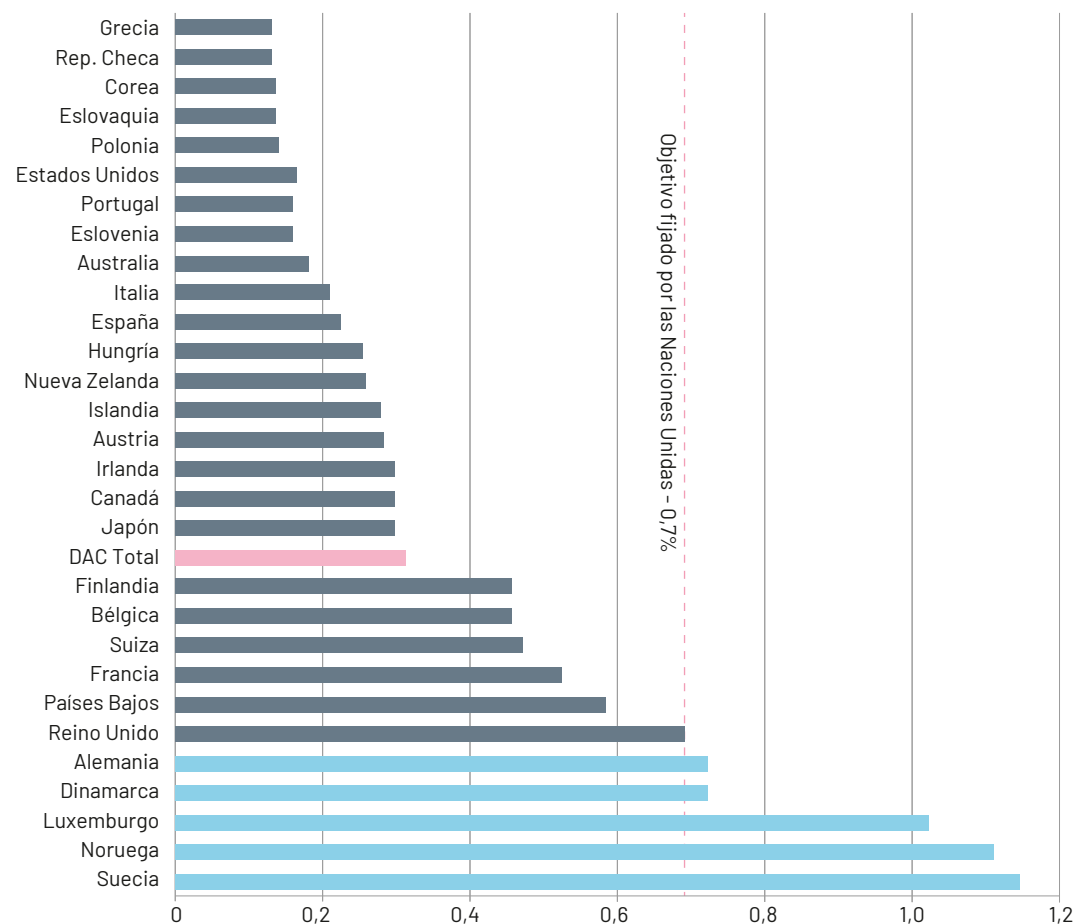
Por debajo del 0,2% se quedan 9 países (uno más que en 2019), algunos tan importantes como EE. UU. (0,17%) o Australia (0,19%). Estos datos indican que se está manteniendo desde hace ya muchos años una brecha en el seno de los países CAD entre los que están más comprometidos con la AOD y los que no, y que sería ahora, cuando se está reflexionando sobre cómo evitar futuras amenazas globales, un momento adecuado para poder darle a la cooperación el papel que se merece y establecer una estrategia orientada a alcanzar el objetivo del 0,7%.

La AOD de España en 2020, según el cómputo de "grant equivalent" (GE), asciende a 2.969 millones de euros, lo que equivale al 0,23% sobre la RNB. Respecto a 2019, se produce un incremento del 2,5%; es decir, de 73 millones de dólares. Sin embargo, dado que la RNB de España sufrió un descenso importante en 2020, en términos porcentuales la AOD pasa de 0,21% al 0,23%, muy lejos aún tanto de la media del CAD (0,32%) como de la de la UE, que es del 0,50%, y por supuesto del compromiso del 0,7%. Con estos datos pasa del puesto 13 al 12 en cuanto a volumen de AOD (GE) y ocupa el puesto 19 del porcentaje de AOD (GE) sobre la RNB con respecto a los países miembros del CAD.

6 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/globalpartnerships/>

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

GRÁFICO 2.3. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2020



FUENTE: OCDE, 2020

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

La UE y sus Estados miembros son en conjunto el principal donante mundial. En 2020 destinaron 72.700 millones de dólares a AOD (66.800 millones de euros), lo que supone el 0,50% de la RNB de la UE, ligeramente superior al 0,48% de 2019, y muy por encima de la media del conjunto del CAD, lo que indica la relevancia que tiene la cooperación para la UE.

No obstante, no solamente es importante contar con unas cifras adecuadas de AOD. A pesar de los intentos de mejora de coordinación y de tra-

bajo conjunto dentro de la UE, como la aprobación del “Nuevo Consenso Europeo sobre Desarrollo. Nuestro mundo, nuestra dignidad, nuestro futuro”⁸, que se abordó en el Informe de 2020, la realidad es que sigue sin haber una política común de cooperación clara entre los países europeos. Se priman los intereses particulares de los países en la elaboración de sus políticas de cooperación nacionales sobre una visión más global de las posibles causas y soluciones que se pueden poner en marcha. Esto provoca que se tenga menos impacto positivo en las poblaciones más vulnerables y que el objetivo principal de luchar contra la inequidad en el mundo se vea ralentizado por la aparición de intereses económicos o sociopolíticos, que determinan las prioridades de la cooperación de los países donantes.

Un ejemplo de esto último sería la utilización en las operaciones de AOD de préstamos hacia los países receptores de la ayuda, un instrumento que puede ser más beneficioso para el donante que para el receptor. En su conjunto, los préstamos y las inversiones de capital supusieron en 2020 un 20% del total de la AOD del CAD, 3% más que en 2019. Según la propia OCDE, parte del crecimiento de 2020 se debe a que algunos miembros del CAD han aumentado los préstamos bilaterales soberanos. De hecho, éstos se han incrementado en el conjunto de los países del CAD un 38,7% respecto a 2019. Los países que registraron los mayores incrementos en términos reales de préstamos soberanos fueron Francia (63%), Alemania (69%), Italia (55%), Japón (11%), Portugal (143%), así como los de las instituciones de la UE, que también aumentaron hasta un 136%.

En el informe “Financiamiento para el desarrollo en la era de la pandemia de COVID-19 y después. Prioridades de América Latina y el Caribe en la agenda de política mundial en materia de financiamiento para el desarrollo”⁹, editado en marzo de 2021 por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), se asegura que los efectos de la pandemia y las políticas que se han aplicado para responder a la misma son un factor primordial que explica el aumento del nivel de endeudamiento de esta región americana, que es la más endeudada del mundo en desarrollo. CEPAL propone cinco medidas:

1. Ampliar y redistribuir la liquidez desde los países desarrollados hacia los países en desarrollo.
2. Aumentar la capacidad de préstamo y respuesta de las instituciones financieras regionales.
3. Realizar una reforma institucional de la arquitectura de la deuda multilateral.
4. Proporcionar a los países un conjunto de instrumentos innovadores destinados a aumentar la capacidad de reembolso de la deuda y evitar el endeudamiento excesivo.
5. Integrar las medidas de liquidez y de reducción de la deuda a una estrategia de financiación para el desarrollo encaminada a construir un futuro mejor.

En esta situación, utilizar préstamos no parece la mejor solución a medio y largo plazo para esta región.

⁸ <https://www.consilium.europa.eu/media/24011/european-consensus-for-development-st09459en17.pdf>
⁹ https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46710/1/S2100064_es.pdf

1.3. Distribución de la AOD en 2020

Si analizamos el comportamiento de los 29 países del CAD, vemos que en 2020 ha sido muy desigual. 16 países han aumentado su AOD, mientras que 13 la han disminuido, aun habiendo afirmado que mantendrían los recursos en cooperación debido principalmente a la COVID-19. Entre los países que incrementaron porcentualmente su AOD destaca Hungría con un crecimiento del 35,8%, debido a un incremento en sus partidas generales de Cooperación al Desarrollo; Suecia, con un aumen-

to del 17,1% debido a sus aportaciones al Fondo Verde del Clima de NN. UU.; y Eslovaquia, con un incremento del 16,3%, sobre todo en operaciones de alivio de deuda. En el aspecto negativo, entre los países que reducen su AOD destaca Grecia, con una reducción del 36,2% debido a menores aportaciones a personas refugiadas internas; Australia, con un recorte del 10,6% debido a la desaceleración del gasto como resultado de la pandemia; y Reino Unido, con un 10%.

TABLA 2.1. AOD neta de los países del CAD 2016-2020, desembolsos en millones de dólares corrientes¹⁰

AOD Neta	2016		2017		2018		2018 GE		2019 GE		2020 GE	
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Australia	3.278	0,27	2.957	0,23	3.119	0,23	3.119	0,23	2.949	0,22	2.563	0,19
Alemania	24.736	0,70	24.681	0,66	25.886	0,61	24.985	0,61	23.806	0,60	28.405	0,73
Austria	1.635	0,42	1.230	0,30	1.175	0,26	1.178	0,26	1.211	0,27	1.268	0,29
Bélgica	2.300	0,50	2.204	0,45	2.361	0,43	2.294	0,43	2.177	0,42	2.290	0,47
Canadá	3.930	0,26	4.277	0,26	4.616	0,28	4.655	0,28	4.673	0,27	5.031	0,31
Corea del Sur	2.246	0,16	2.205	0,14	2.417	0,15	2.351	0,15	2.521	0,15	2.249	0,14
Dinamarca	2.369	0,75	2.401	0,72	2.568	0,72	2.582	0,72	2.546	0,71	2.649	0,73
EE. UU.	34.412	0,19	35.261	0,18	34.261	0,17	33.889		34.615	0,16	35.475	0,17
Eslovaquia	106	0,12	113	0,12	133	0,13	133	0,13	129	0,12	140	0,14
Eslovenia	81	0,19	76	0,16	83	0,16	83	0,16	86	0,16	90	0,17
España	4.278	0,35	2.415	0,19	2.581	0,20	2.874	0,20	2.896	0,21	2.969	0,23
Finlandia	1.060	0,44	1.054	0,41	983	0,36	983	0,36	1.126	0,42	1.275	0,47
Francia	9.622	0,38	11.363	0,43	12.504	0,43	12.155	0,43	12.176	0,44	14.139	0,53
Grecia	369	0,19	317	0,16	282	0,13	28.226	0,13	308	0,14	238	0,13
Hungría	199	0,17	149	0,11	190	0,14	190	0,14	317	0,22	411	0,27
Irlanda	803	0,32	808	0,30	928	0,31	928	0,31	935	0,31	972	0,31
Islandia	59	0,28	69	0,29	81	0,31	81	0,31	67	0,27	62	0,29
Italia	5.087	0,27	5.734	0,29	4.900	0,24	5.005	0,24	4.900	0,24	4.186	0,22
Japón	10.417	0,20	11.475	0,23	10.064	0,28	14.167	0,28	15.507	0,29	16.266	0,31
Luxemburgo	391	1,00	424	1,00	473	0,98	473	0,98	474	1,05	450	1,02
Noruega	4.380	1,12	4.123	0,99	4.257	0,94	4.257	0,94	4.292	1,02	4.198	1,11
Nueva Zelanda	447	0,25	436	0,23	556	0,28	556	0,28	559	0,28	531	0,27
Países Bajos	4.966	0,65	4.955	0,60	5.616	0,61	5.616	0,61	5.292	0,59	5.359	0,59
Polonia	663	0,15	674	0,13	754	0,14	763	0,14	684	0,12	803	0,14
Portugal	343	0,17	378	0,17	341	0,17	390	0,17	373	0,16	385	0,17
Reino Unido	18.053	0,70	17.940	0,70	19.455	0,70	19.403	0,70	19.365	0,70	18.560	0,70
Rep. Checa	260	0,14	272	0,13	323	0,14	323	0,14	306	0,13	300	0,13
Suecia	4.894	0,94	5.512	1,01	5.843	1,04	5.844	1,04	5.397	0,99	6.349	1,14
Suiza	3.582	0,53	3.097	0,46	3.091	0,44	3.094	0,44	3.093	0,44	3.560	0,48
Total países CAD	144.965	0,32	146.600	0,31	153.025	0,31	147.373		152.780	0,30	161.172	0,32

FUENTE: OCDE-CAD

10 Los años 2018, 2019 y 2020 se analizan también en base al "grant equivalent", GE, la nueva forma de medición.

A nivel geográfico, la AOD neta bilateral para África de los miembros del CAD creció un 4,1% respecto a 2019, subiendo hasta los 39.000 millones de dólares. Sin embargo, la AOD destinada a África Subsahariana, que es donde mayores problemas existen, bajó un 1%, alcanzando la cifra de 31.000 millones de dólares. Los países de bajos ingresos recibieron 25.000 millones de dólares, lo que supone una reducción del 3,5% respecto a 2019. Sin embargo, los flujos destinados a los PMA se incrementaron un 1,8%, llegando a los 34.000 millones de dólares. Los países de renta media-baja aumentaron en un 6,9%, recibiendo 33.000 millones de dólares. Los países de renta media-alta aumentan, por su parte, en un 36,1% respecto a las cifras de 2019, alcanzando los 18.000 millones de dólares. Pero son los países de renta alta, que tienen mayores capacidades para resolver sus problemas de desarrollo, los que han visto incrementar enormemente sus recursos en 2020, aunque las cifras absolutas no sean especialmente importantes. De hecho, aunque se triplicaron las aportaciones hacia estos países, éstas apenas alcanzan los 372 millones de dólares.

Resulta cuanto menos curioso que el aumento del peso de la AOD de los países del CAD haya beneficiado más a los países de renta media-alta y renta alta, cuando estábamos sufriendo una pandemia global que ha mostrado claramente cómo las personas más vulnerables sufrían más. Y confirma, una vez más, la necesidad de reflexionar sobre el papel que debe jugar la cooperación en este mundo globalizado.

En cuanto al esfuerzo que realizan los países que no son miembros del CAD en materia de cooperación, no disponemos de información detallada de todos ellos para poder analizar su AOD, algo que debería ser una prioridad para saber exactamente el papel que juegan en la cooperación internacional. Hay países que no son miembros del CAD, que no han facilitado información sobre su AOD y por eso no aparecen aquí reflejados, como Colombia, Chile o México. Por otro lado, resultaría necesario analizar los datos de todo el grupo "BRIC" (Brasil, Rusia, India y China), pues también tienen un gran peso en la Cooperación al Desarrollo. Por ejemplo, China prometió 51.000 millones de euros en 2018 para favorecer el desarrollo de África¹¹.

TABLA 2.2. AOD de países no miembros del CAD en millones de dólares corrientes

	2016		2017		2018		2019		2020	
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Bulgaria	68	0,13	62	0,11	69	0,11	65	0,10	84	0,13
Chipre							45	0,21	20	0,08
Croacia	41	0,07	50	0,09	55	0,1			84	0,15
Emiratos Árabes Unidos	4.241	1,21	4.595	1,31	4.188	1,03	2.236	0,55	1.695	0,48
Estonia	43	0,19	42	0,17	49	0,16	42	0,13	49	0,16
Israel	351	0,11	342	0,10	434	0,12	278	0,07	288	0,07
Letonia	30	0,11	32	0,11	34	0,10	34	0,10	40	0,12
Lituania	57	0,14	59	0,13	59	0,11	58	0,11	67	0,12
Malta	21	0,20	26	0,22	31	0,23	40	0,29	58	0,44
Rumania			220	0,11	252	0,11	251	0,10	306	0,13
Rusia	1.258	0,10	1.194	0,08	1.036	0,06				
Taiwán			319	0,06	337	0,06	302	0,05	403	0,06
Turquía	6.488	0,76	8.143	0,95	8.562	1,10	8.652	1,15	8.003	1,12

FUENTE: OCDE-CAD

11 https://www.abc.es/economia/abci-china-afrika-50000-millones-euros-para-desarrollo-201809090133_noticia.html

Cabe destacar, entre aquellos países de los que se tiene información, a Turquía, que al igual que en 2018 y 2019, destinó en 2020 más del 1% de su RNB a AOD, concretamente el 1,12%, el segundo país del mundo con mayor porcentaje destinado a cooperación tras Suecia. Poco sabemos, sin embargo, sobre el destino de la AOD turca. Quizás la destinen a mejorar la situación de las personas refugiadas que acogen en su

país, junto con los 6.000 millones de euros que hasta el momento¹² les ha dado la UE y que, como se explica en el siguiente punto de este capítulo, no debería ser computado como AOD. Otros países que no son del CAD y que en el pasado eran grandes donantes, como los Emiratos Árabes Unidos, disminuyen su aportación un 24%, básicamente por la reducción de sus préstamos bilaterales.

1.4. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

La ayuda a personas refugiadas en países donantes sigue disminuyendo su peso dentro del conjunto de la AOD del CAD, concretamente 8.980 millones de dólares, un 6,8% en relación con 2019. No obstante, sigue suponiendo el 5,6% del total de la AOD del CAD.

Seguimos considerando que, aun siendo un gasto necesario, incluir estas partidas para la atención de personas refugiadas en países donantes como AOD supone un sesgo importante, pues no se trata de AOD genuina dado que los fondos permanecen en los países donantes — muchas veces a costa de reducir el importe de la ayuda que realmente se destina a los países donde está el origen de los problemas—. Es cierto que no todos los países tienen el mismo comportamiento respecto a estas asignaciones. Para países como Canadá representan el 12,5%

de la AOD y más del 10% para Islandia o los Países Bajos. Para Alemania, Francia y Suiza estos costes supusieron alrededor del 9%. Sin embargo, para Grecia representan el 0,1%, mientras que en 2019 supusieron el 36,6% de su AOD.

Como se puede observar en la tabla 2.3., fue entre 2015 y 2017 cuando estos fondos alcanzaron su máximo, ligados muy estrechamente al éxodo de personas refugiadas debido al conflicto sirio. En 2016 se superaron los 16.400 millones de dólares, cantidad insuficiente para cubrir la atención de las más de 800.000 personas que llegaron en 2015 y 2016 a Europa. En 2020 las cantidades son algo más de la mitad de lo que se destinó en 2016, concretamente un 45,3% menos.

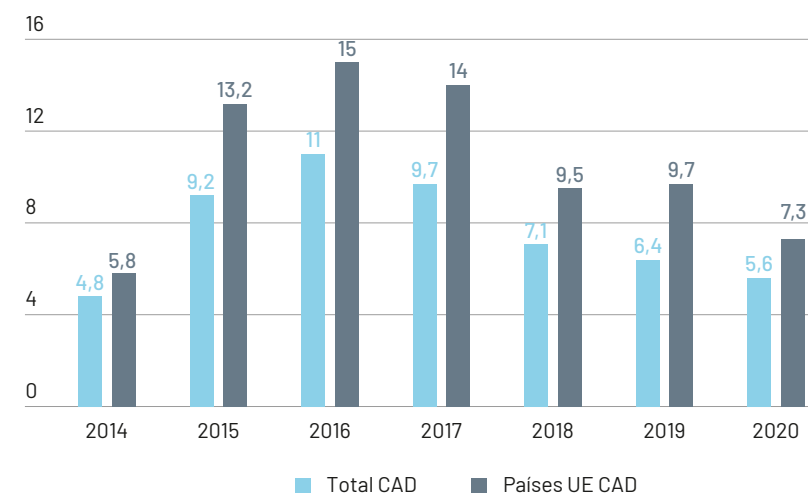
La UE, a pesar de una tendencia a la baja, sigue siendo quien dedica más porcentaje de su AOD a personas refugiadas dentro de sus países, tal y como podemos ver en la tabla 2.4. Ya se ha señalado que en 2020 el CAD destinó el 5,6% de su AOD a la atención a personas refugiadas, que supuso 0,8 puntos porcentuales menos que en 2019. Mientras, la UE destinó un 7,3% de su cooperación a estas partidas, y con un descenso de 2,4 puntos porcentuales, mucho más que la media del CAD.

TABLA 2.3. Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020 (p)
Total CAD	5.950	12.428	16.416	14.111	10.769	9.635	8.980
Países UE del CAD	4.382	9.718	12.343	11.565	8.228	6.301	5.287

FUENTE: DATOS OCDE-CAD

GRÁFICO 2.4. Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2014-2020



FUENTE: DATOS OCDE-CAD

Es necesario focalizar el trabajo de la cooperación internacional de forma que se asegure que las políticas, estrategias, herramientas y recursos estén alineadas para conseguir el objetivo deseado de un mundo más justo y equitativo. No se debe computar como cooperación aquellas acciones que no tengan como objetivo principal el desarrollo participativo de las comunidades y pueblos, y se debe desligar la cooperación de los intereses comerciales o políticos de los propios países donantes. La cooperación no debe de tener como objetivo limitar flujos migratorios a base de recompensas a terceros países que reciben a esas personas, pues con ello solamente

desplazamos el problema de base a otros países que no suelen tener suficientes capacidades para asegurar que se cumplan los Derechos Humanos de dichas personas. La pandemia de la COVID-19 nos ha enseñado que, sin soluciones globales, todas las personas del planeta pueden estar afectadas en un momento dado por un mismo problema. Es una oportunidad para establecer una cooperación real, participativa, que deje de lado el concepto neocolonial de “ayuda” y se oriente hacia una cooperación entre iguales, donde las poblaciones más vulnerables dejen de ser meramente “receptoras” y acaben siendo protagonistas de su propio desarrollo.

12 <https://elpais.com/internacional/2021-03-22/la-ue-ofrece-a-turquia-nuevas-ayudas-para-los-refugiados-en-un-intento-de-reconciliacion-con-erdogan.html>

2 Evolución de la AOD en salud

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS

Como viene sucediendo en anteriores ediciones, las cifras definitivas sobre AOD en salud no estarán disponibles hasta finales de diciembre de 2021 o principios de 2022, por lo que los datos aquí presentados responden al análisis de la AOD de 2019, año previo a la pandemia de la COVID-19.

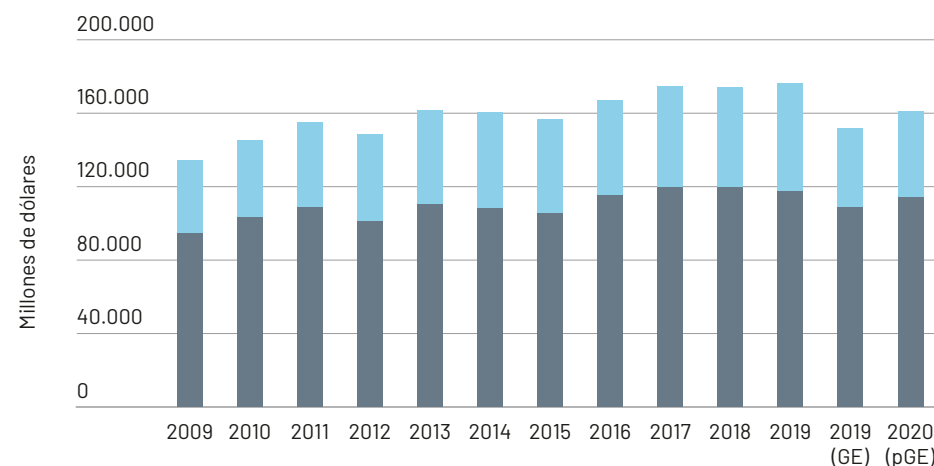
En 2019 se destinaron a salud 21.296 millones de dólares, 1.222 millones menos que en 2018, lo que supone una caída del 5,4%. Este descenso se debe exclusivamente a la disminución de las partidas de la ayuda bilateral, ya que la multilateral creció en ese año. Concretamente la ayuda multilateral creció un 12%, mientras que la ayuda bilateral retrocede un 15%. Esta caída sitúa el peso de la salud en el 12,09%, cuando en 2018 fue del 12,91%. Este porcentaje en salud es el menor en los últimos 10 años, y aunque sigue manteniendo un nivel de importancia que está en consonancia con la que debe tener la salud en el conjunto de la ayuda, preocupa la tendencia bajista que se viene produciendo.

En 2019, dos tercios de la ayuda para el sector de la salud fueron proporcionados por 5 países y/o instituciones muy diferentes. El mayor donante en salud fue EE. UU., con 6.500 millones de dólares, seguidos del Fondo Mundial para la lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, con 3.600 millones; la Fundación Bill y Melinda Gates, con 2.800 millones; la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización (GAVI), con 1.900 millones; y el Reino Unido, con 1.800 millones. El presupuesto para el bienio 2018-2019

de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que es la que debe dirigir la salud mundial y de la que participan todos los países, era de 4.422 millones de dólares¹³, que si lo dividimos en 2 años es menos que lo que gastan los 2 mayores donantes mundiales. Sería conveniente que la única institución global que existe de salud canalizara la mayor parte de los recursos sin condicionalidades, más allá de las derivadas de las prioridades en salud, y poder evitar que existan otras instituciones que puedan influir con sus programas sobre la orientación de las prioridades en la salud mundial.

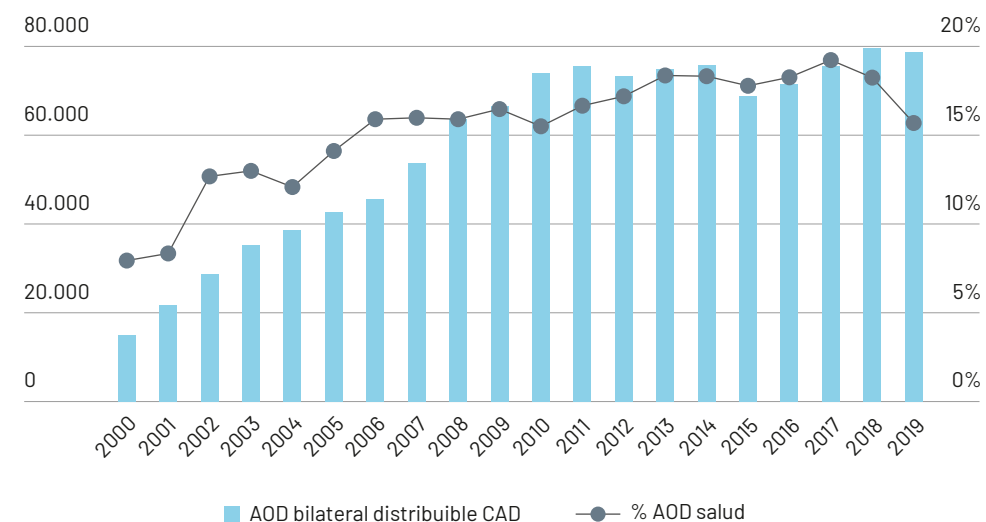
Si se analiza la AOD bilateral distribuible destinada al sector salud —es decir, la ayuda que los países pueden elegir a dónde destinar—, se ve que en cifras absolutas existe un importante descenso respecto a 2018, situándose en 12.366 millones de dólares, lo que supone una reducción del 15%. Porcentualmente la ayuda destinada a salud también desciende de manera relevante y representa en 2019 el 15,69%, 2,5 puntos porcentuales menos que en 2018. Tal y como se ha apuntado, a pesar de que sigue siendo un porcentaje que demuestra la importancia que este sector tiene para el conjunto de países

GRÁFICO 2.5. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares corrientes)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

GRÁFICO 2.6. Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares corrientes)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

13 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/globalreportspdf/files/who-results-report-1819-clean_dc-886fdb-52fe-4af3-bd0b-daadd6ec2e47.pdf?sfvrsn=af8f463d_14&download=true

donantes, su peso decreciente en la AOD distributable preocupa, ya que incluso esas cantidades no son suficientes para poder alcanzar las metas del ODS 3 —específico en salud—, retos a los que tendrán que añadirse en los próximos años los efectos de la pandemia de la COVID-19.

Si comparamos la Cooperación Española con el CAD, lo primero que llama la atención es el bajo porcentaje que España destina a AOD bilateral distributable, el 8,9%, lo que equivale a 6,8 puntos menos que la media del CAD (que, como hemos visto, se sitúa en el 15,69%). También hay que destacar que la ayuda bilateral distributable en salud vuelve a disminuir en 2019, alejándonos del 14,77% del total de la AOD distributable que se destinó en 2014, lo que podría ser una referencia razonable.

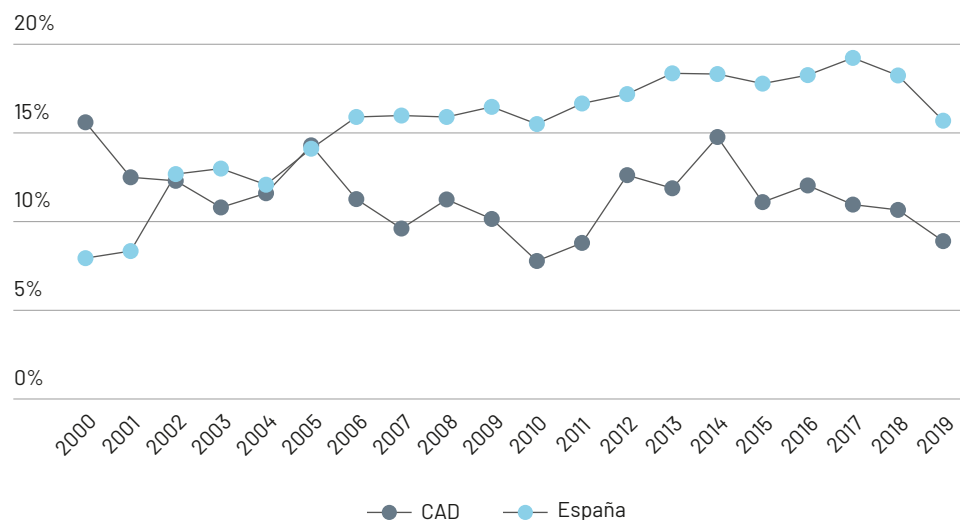
Con estas cifras España, tal y como se ve en el siguiente gráfico, mantiene la brecha que tiene con el conjunto de los países donantes del CAD en cuanto a cooperación en salud, a pesar de la reducción que se ha producido en el conjun-

to de donantes. El desafío para la Cooperación Española pasa por aproximarse a la media de los países del CAD tomando como objetivo, en el corto plazo, la referencia de 2014; es decir, situarnos en torno al 15%.

Las instituciones europeas, que incluyen entre otras a la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, destinaron 17.719 millones de dólares, lo que supone una disminución del 9,9% respecto a 2019, cuando se destinaron 19.664 millones de dólares.

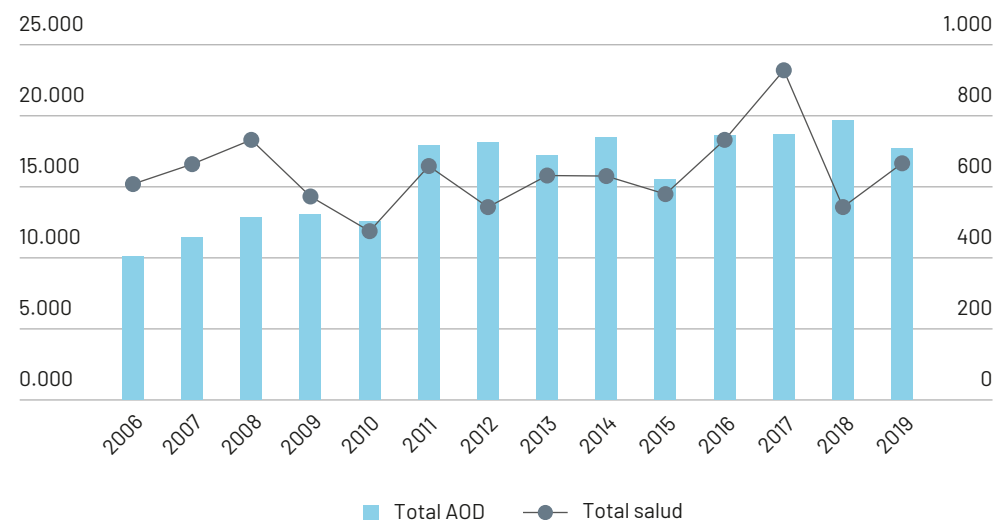
En lo que respecta a los datos específicos de salud de las instituciones europeas, tal y como se observa en el gráfico 2.8, en 2019 se produce un aumento del 22,7% rompiendo la tendencia de los últimos años de descenso de su peso. Los 666,3 millones de dólares destinados a este sector en 2019 van a aumentar de forma exponencial en 2020 por la pandemia de la COVID-19. Las primeras estimaciones del CAD anuncian que las instituciones europeas han desembolsado en 2020 para la pandemia del SARS-CoV-2 unos

GRÁFICO 2.7. Porcentaje de la AOD bilateral distributable destinado a salud. Comparativa CAD-España



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

GRÁFICO 2.8. Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total (en millones de dólares corrientes)



FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

9.000 millones de dólares, aunque para salud solamente habría destinado 730 millones de euros, un 8% del total. Este crecimiento parece ser una aportación puntual debido a la emergencia de la pandemia, cuando debería responder a una política programada y consciente de aumento del peso de la cooperación en salud.

El porcentaje que las instituciones europeas destinan a la salud pasó del 2,75% en 2018 al 3,76% en 2019, aumento importante pero cla-

ramente insuficiente. La brecha con la media de lo que destinan los países del CAD se queda en algo más de 9 puntos porcentuales. Es difícil entender esta constante falta de interés por parte de las instituciones europeas hacia la cooperación sanitaria, cuando es evidente que es uno de los sectores más relevantes para el desarrollo humano y el cumplimiento de los ODS, objetivos con los que la UE está firmemente comprometida¹⁴.

14 https://ec.europa.eu/info/strategy/international-strategies/sustainable-development-goals/eu-and-united-nations-global-framework_es

3 Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD

El CAD de la OCDE, con el fin de catalogar y registrar a qué sectores se dirige la ayuda, definió 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 3 dígitos y definen un sector o área general de intervención. Los “sectores CRS” cuentan con 5 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 5 cifras, compuesto por los 3 dígitos del “sector CAD” más 2 dígitos específicos de cada CRS.

En 2021, se han incorporado algunos “sectores CRS” nuevos, que aparecen destacados en la tabla siguiente

3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

Respecto a los 4 subsectores de salud que computa el CAD —salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122), enfermedades no transmisibles (ENT, código CRS 123), y programas/políticas sobre población y salud reproductiva (código CRS 130)—, es la salud básica, como se puede observar en el gráfico 2.9, el sector más financiado con el 48% del total destinado a salud, alcanzando los 10.221 millones de dólares. Esta cifra supone un aumento del 12,8%; es decir, 1.159 millones más respecto a 2018. El 59,8% de los fondos consignados a salud básica se destina por la

TABLA 2.4. Descripción de los subsectores y componentes relacionados con salud (según actualización del CAD de 2021).

CAD	CRS	DENOMINACIÓN
121	SALUD GENERAL	
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa
	12181	Enseñanza/Formación médicas
	12182	Investigación médica
	12191	Servicios médicos
	12196	Estadísticas sanitarias
122	SALUD BÁSICA	
	12220	Atención sanitaria básica
	12230	Infraestructura sanitaria básica
	12240	Nutrición básica
	12250	Control de enfermedades infecciosas
	12261	Educación sanitaria
	12262	Control de la malaria
	12263	Control de la tuberculosis
	12264	Control COVID-19
	12281	Formación personal sanitario
	123	ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)
12310		Control ENT, general
12320		Control del tabaco
12330		Control del consumo nocivo de alcohol y drogas
12340		Promoción de la salud mental y el bienestar
12350		Otros tratamientos y prevenciones de ENT
130	PROGRAMAS/POLÍTICAS SOBRE POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA	
	13010	Política sobre población y gestión administrativa
	13020	Atención salud reproductiva
	13030	Planificación familiar
	13040	Lucha contra ETS, incluido el SIDA
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva
	13096	Estadísticas sanitarias

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

vía multilateral. Salud sexual y reproductiva recibe 7.817 millones de dólares, un 36,7% del total de la ayuda en salud, disminuyendo su presupuesto de 2018 en un 22,4%. Al contrario que la salud básica, la salud sexual y reproductiva recibió casi todas sus aportaciones por la vía bilateral, el 79,8% del total. En tercer lugar, se mantiene la salud general, con 3.118 millones de dólares, conservando prácticamente las cifras de 2018. Por último, las ENT reciben solamente el 0,65% de la AOD sanitaria, apenas 139 millones de dólares. La asimetría en la asignación entre sectores se repite en los últimos años, y aunque van cambiando las prioridades entre la salud básica, y la salud sexual y reproductiva, parece existir una orientación estratégica por parte del conjunto de donantes hacia unos determinados subsectores.

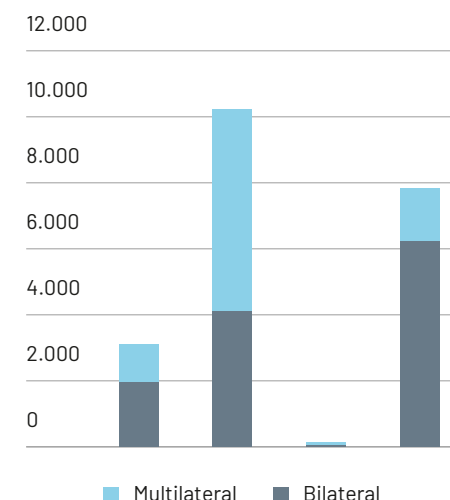
Si desglosamos en sectores y subsectores CRS, tal y como aparece en la tabla 2.4, observamos a nivel global una dinámica similar a la que se describió en 2018, donde las diferentes partidas mantienen una cierta continuidad en cuanto a la diferencia que hay entre ellas en los últimos años. En 2019 hay alguna excepción relevante que se aborda más adelante. Esta continuidad en las tendencias del desglose sectorial no responde a ninguna política concreta que haya sido publicada, pero parece que los intereses y/o hábitos de los donantes se mantienen en el tiempo.

Tal y como viene sucediendo en los últimos años, en salud general sigue destacando el componente de política sanitaria y gestión administrativa (12110), que sigue siendo el más financiado dentro de este grupo, pero que disminuye un 13,6% respecto a 2018. Supone casi el 56% de toda la salud general, bajando 4 puntos. Las cifras absolutas enmascaran la enorme variabilidad que ha habido en este subsector por parte de los países del CAD. En 2019 se ha visto una disminución significativa por parte de Alemania, Australia, Bélgica, Canadá, EE. UU. y Holanda, y, por el contrario, un gran aumento en las asignaciones por

parte de Francia, Luxemburgo y Noruega. Si vemos el conjunto de la AOD en salud, este subsector recibe un 8,1% del total de la ayuda, 0,9 puntos porcentuales menos que en 2018.

En salud básica la AOD está bastante más repartida, a pesar de que siguen siendo 3 los componentes que acaparan gran parte de la ayuda. El primero de ellos es la atención sanitaria básica (12220), que obtuvo 3.318 millones de dólares, un 16% más que el año anterior. Estas cifras suponen el 32% de todos los fondos destinados a salud básica y el segundo subsector más financiado de todos los componentes de salud. Le sigue el control de enfermedades infecciosas (12250), con un incremento del 17,9%, 2.280 millones de dólares. El tercer componente, el control contra la malaria (12262), aumenta un 25% respecto a 2018. La AOD total para el control de enfermedades infecciosas (incluida la malaria y la tuberculosis) ascendió a 7.000 millones de dólares en 2019.

GRÁFICO 2.9. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2019 por canales (en millones de dólares corrientes)¹⁵



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

15 Este gráfico está hecho utilizando datos del sistema antiguo de flujo de caja, ya que la base de datos del CRS bajo el nuevo sistema de “grant equivalent” solo ofrece datos de AOD bilateral.

Los programas/políticas sobre población y salud reproductiva mantienen un importante peso en el conjunto del sector salud. El 63,1% de todo este subsector se destina a la lucha contra ETS, que incluye el VIH/SIDA (13040), siendo el componente de toda la AOD sanitaria más financiado. No obstante, en 2019 disminuyen las aportaciones a este componente en 1.974,5 millones de dólares, un 38,5% menos que en 2018. La atención en salud reproductiva (13020) consigna el 20,5%, 3,7 puntos porcentuales más. También sube levemente el tercer componente de este subsector, la planificación familiar (13030) con un 11,9%.

Por último, si bien el sector sobre las ENT tiene una financiación muy escasa, cabe destacar el subsector más inespecífico, el control general de

las ENT (12310), que con 82,85 millones de euros supone casi el 60% de todo el sector, y que indica que aún existen bastantes dificultades para poder asignar específicamente proyectos al mismo.

El comportamiento de las instituciones europeas, incluidas la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, es diferente al que realizan los países del CAD. Es cierto que en 2019 la salud básica es el sector más financiado, recibiendo el 62,1% de los fondos, pero los programas/políticas sobre población y salud reproductiva siguen disminuyendo su peso, y apenas alcanzan el 2,8% de los fondos destinados a salud, siendo superados incluso por las ENT. Por el contrario, salud general representa el 31%, y es el que más crece en 2019.

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	2018	2019
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	3.376,75	3.118,57
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	2.021,28	1.745,95
12181	109,67	110,29	86,82	95,03	110,09	81,37	116,98	130,55	117,07	85,42
12182	194,09	257,06	270,99	328,05	306,12	284,93	288,22	496,93	680,11	650,00
12191	322,08	366,96	304,24	374,51	402,98	420,90	434,82	487,60	558,29	637,20
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	9.062,78	10.369,18
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	2.854,87	3.317,87
12230	385,95	343,23	347,70	388,99	329,93	360,32	468,82	653,49	420,65	547,93
12240	365,14	408,10	564,88	939,36	934,95	861,69	856,11	986,13	972,18	928,00
12250	1.058,79	1.167,90	978,29	1.325,57	1.297,79	2.250,83	1.983,68	2.385,83	1.934,93	2.280,47
12261	64,71	84,91	118,39	166,58	130,82	81,99	100,58	166,34	136,85	140,20
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	1.759,72	2.201,00
12263	787,07	784,62	773,57	1.086,10	779,92	754,40	870,61	1.065,14	877,48	827,41
12281	89,14	92,99	102,15	106,88	122,14	149,15	118,43	127,20	106,10	126,30
123									15,31	138,97
12310									3,25	82,85
12320									0,87	1,46
12330									2,52	0,84
12340									2,14	9,88
12350									4,14	17,39
12382									2,40	26,55
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	10.078,97	7.817,63
13010	274,43	307,14	398,01	356,87	432,94	289,90	234,84	331,75	290,55	254,56
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	1.700,62	1.602,85
13030	491,79	585,13	732,58	753,27	893,25	858,07	668,40	808,28	1.045,05	929,67
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	6.914,43	4.939,90
13081	8,63	32,17	47,65	69,60	83,54	111,71	109,89	146,66	128,32	90,65

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

TABLA 2.6. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes)

	2015	2016	2017	2018	2019	% en 2019
Total AOD	15.555,13	18.627,54	18.706,09	19.664,05	17.719,56	
AOD 121	145,95	140,48	180,73	140,23	206,67	1,17
AOD 122	335,39	483,41	597,35	377,97	414,15	2,34
AOD 123				1,32	26,63	0,15
AOD 130	98,20	108,42	150,16	23,54	18,84	0,11
Total Salud	579,54	732,31	928,24	543,06	666,29	
%Salud/Total	3,73%	3,93%	4,96%	2,76%	3,76%	

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

Además de aumentar sus cantidades, seguimos considerando que la asignación de fondos que realizan las instituciones europeas a los principales subsectores de salud debería revisarse, ya que no se justifica el escaso protagonismo que tiene el componente de programas/políticas sobre población y salud reproductiva si se toma en cuenta la importancia que tiene este sector relacionado con otros, incluso más allá de la salud, como es la equidad de género.

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

Si se analiza la distribución geográfica de la AOD en salud, se observa de nuevo un aumento importante del volumen de ayuda no asignada geográficamente a un país; concretamente el 20,45%, 1,7 puntos porcentuales más que en 2018. En la AOD general la ayuda no especificada asciende al 23,54%, cifra muy similar a 2018. Como se ha señalado, la ayuda multilateral había crecido y la bilateral disminuido, por lo que el porcentaje de ayuda no asignado debería aumentar. Las dos únicas teorías plausibles para estos datos serían, por un lado, que, a pesar de financiar organismos multilaterales, algunos de éstos hubieran tenido un componente regional; por otro, que no se estuviera haciendo todo el esfuerzo posible para desglosar correctamente este tipo de ayuda. El hecho de que no se precise el destino de una quinta parte de toda la AOD en

En cuanto a 2020, los datos preliminares muestran que los países del CAD destinaron a las actividades relacionadas con la COVID-19 más de 3.000 millones de dólares. En cualquier caso, insistimos en que estas cifras son preliminares y parciales. Muchos países siguen recopilando información pues muchos programas fueron reorientados hacia la COVID-19, por lo que es bastante probable que las cifras finales sean mucho más altas.

salud genera que las conclusiones de este tipo de análisis deban ser tomadas con prudencia.

África, el continente que alberga las mayores carencias, recibe casi un 35,1% de la AOD total, lo que equivale a 61.798 millones de dólares, un incremento de 2.670 millones de dólares respecto a 2018. En lo que respecta a salud, África vuelve a ser el continente que más dinero recibe, 11.755 millones de dólares. De esta ayuda, 11.199 millones va hacia África Subsahariana, el 52,6% del total de AOD para salud. Por lo tanto, se concluye que la AOD sanitaria del CAD está bien orientada geográficamente, ya que África Subsahariana es la región que tiene los peores indicadores de salud del mundo.

Asia, la segunda región que más AOD recibe, 52.226 millones de dólares, ve incrementar los fondos en 1.522 millones. No obstante, este au-

mento no es imputable a una mayor financiación de la salud. ya que prácticamente se mantiene en las cifras de 2018, casi 4.004 millones de dólares, 85 millones más que el año anterior.

La AOD destinada a América disminuyó por su parte un 10,1%, pasando de 11.633 millones de dólares a 10.457 millones. Esta cifra supone que este continente apenas recibe el 5,9% del total de la ayuda, a pesar de ser la región con más inequidades del planeta. La AOD destinada a salud volvió a disminuir en 2019, concretamente 80 millones de dólares, situándose en 678 millones, apenas el 3,18% del total de la ayuda en salud.

Por último, hay que mencionar que las cantidades de AOD total que se destinan a Europa vuelven a disminuir en 851 millones de dólares, mientras que la AOD sanitaria se mantiene estable con relación a 2018. Sigue siendo reseñable que los 265 millones de dólares consignados a

TABLA 2.7. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2019 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes)

	TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África	61.798,78	35,10	11.755,86	55,20
Norte de África	6.092,51		156,99	
África Subsahariana	52.381,33		11.199,78	
África, regional	3.324,94		399,09	
América	10.457,59	5,94	677,86	3,18
América Central y del Norte	4.866,84		415,96	
América del Sur	4.853,63		192,80	
América, regional	737,13		69,10	
Asia	52.226,36	29,66	4.003,91	18,80
Lejano Oriente	9.940,68		1.000,61	
Asia Central y del Sur	27.207,02		2.332,02	
Oriente Medio	13.967,07		604,00	
Asia, regional	1.111,60		67,28	
Europa	7.818,52	4,44	265,57	1,25
Oceania	2.336,23	1,33	238,70	1,12
No especificado	41.447,12	23,54	4.354,59	20,45

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

salud superan lo destinado a América del Sur, cuando esta última región afronta grandes desigualdades en salud.

Tal y como se ha apuntado, es muy previsible que 2020 esté muy condicionado por la evolución de la pandemia de la COVID-19 y que las cifras consignadas a salud aumenten de forma considerable. No obstante, y aunque esta pandemia haya puesto en tensión a todo el sistema de Cooperación al Desarrollo y a todos los países, es necesario no olvidar el resto de los problemas globales, como ya se mencionó en el Informe de 2020. Hay factores de base, como la resiliencia de un sistema de salud, que explican en parte los problemas que se sufren con la pandemia y que hay que abordar desde la cooperación. Pero sin una gobernanza global de salud democrática, donde los intereses individuales de los países no se antepongan a las necesidades mundiales, no avanzaremos mucho, tal y como se ha visto con el acceso a las vacunas contra la COVID-19.

Específicamente en el sector salud, y para la gestión de la pandemia, debemos recordar que las luchas individuales contra enfermedades específicas como el VIH/SIDA, la malaria o la tuberculosis, obtuvieron en los últimos años buenos resultados, pero no sostenibles, y que lamentablemente tampoco cambiaron en realidad la situación de salud en el mundo. Si la cobertura sanitaria universal (CSU) tiene que ser la prioridad en salud en los próximos años, el crecimiento de la AOD en este ámbito debería ir determinado por aquellos componentes sectoriales que de verdad sean necesarios en cada país para fortalecer su sistema público de salud. Además, se debería añadir un componente de salud global, tanto en la gobernanza global como en su gestión holística, incorporando los determinantes de salud.

4 La UE en la pandemia y post pandemia

El 24 de enero de 2020 Francia declaró el primer caso europeo de infección por el SARS-CoV-2¹⁶. Desde entonces y hasta el 23 de agosto de 2021, se han confirmado en la región europea 63.874.366 casos y 1.253.640 personas han fallecido debido a esta pandemia¹⁷. Dentro de esta región, ha sido la Unión Europea y sus 27 Estados miembros los que han tenido un papel más relevante en la gestión de esta pandemia desde sus comienzos y en todas las vertientes, tanto a nivel regional como mundial.

Al comienzo de la expansión de la pandemia, el 28 de febrero de 2020, la Comisión Europea facilitó la adquisición de equipos médicos junto con sus Estados miembros, lo que en teoría debería haber servido para evitar especulaciones y un alza desmedida de precios del material de protección individual, como mascarillas, geles hidroalcohólicos o guantes. Lamentablemente, debido a la enorme demanda mundial y a la carencia de empresas europeas que pudieran asumir la producción de este material en un primer momento, ese esfuerzo no fue suficiente para evitar que los precios se dispararan durante 2020. España, donde las diferentes instituciones autonómicas sanitarias y el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social se vieron desbordados por la pandemia, pagó hasta 32 veces más caro el material sanitario básico¹⁸, firmando en algunos casos por la situación de emergencia contratos millonarios con empresas

que previamente no habían tenido ningún vínculo con el ámbito sanitario/de la salud.

Por este motivo, comienza a continuación entre los propios países europeos una competición por la adquisición de este material sanitario. El 26 de marzo, y ya con más de 49.000 casos nuevos de COVID-19 en el mundo, la Ministra de Hacienda de España declara públicamente que existe una “auténtica guerra” entre todos los países del mundo por hacerse con material sanitario para combatir la pandemia de la COVID-19¹⁹.

Contradictoriamente, ese mismo día y mientras los propios países europeos también luchaban entre sí por esos materiales básicos, la Comisión Europea reafirma su compromiso con la cooperación internacional en la lucha contra la pandemia y su voluntad de seguir ayudando a los países y las comunidades vulnerables de todo el mundo²⁰. Esta voluntad se plasma el 24 de abril, cuando la UE junto a cerca de 40 países, como Canadá, EE. UU. o Japón, y otras instituciones públicas y privadas, lanza la iniciativa “La respuesta mundial a la crisis del coronavirus”²¹, que supone un primer intento para que exista un acceso universal a vacunas, tratamientos y pruebas asequibles contra el mismo. Se consiguen en los primeros meses 15.900 millones de dólares. De éstos, 4.900 millones de euros provenían del Banco Europeo de Inversiones (BEI), en asociación con la Comisión Europea, y 485 millones

16 <https://www.france24.com/es/20200124-francia-confirm%C3%B3-dos-casos-de-coronavirus-los-primeros-en-europa>

17 <https://www.cde.ual.es/coronavirus-situacion-actual-en-europa/>

18 <https://www.larazon.es/sociedad/20210329/uojv27iaa5efvexdyvx3h4ryxq.html>

19 <https://www.publico.es/politica/material-sanitario-covid-19-gobierno-asegura-hay-autentica-guerra-resto-paises-material-sanitario.html>

20 https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/timeline-eu-action_es

21 https://global-response.europa.eu/index_es

de euros fueron comprometidos por los Estados miembros de la UE.

Por esas fechas la Unión también empieza a apoyar específicamente el desarrollo de vacunas. En junio de 2020, el Banco Europeo de Inversiones afirmó que proporcionaría a BioNTech (que luego desarrolló junto a Pfizer la vacuna Comirnaty) 100 millones de euros de financiación para el desarrollo de vacunas contra la COVID-19. Posteriormente se comienzan a firmar acuerdos con diferentes empresas farmacéuticas para precomprar dosis. El primer contrato se firma en agosto de 2020 con AstraZeneca para la compra de 300 millones de dosis, con opción a otros 100 millones, que se prorratearán en función de la población de los países de la UE. El 9 de septiembre la Comisión completa su cartera de vacunas tras las conversaciones con un sexto fabricante, BioNTech-Pfizer (300 millones de dosis, que en enero de 2021 pasó a 600 millones²²), que se suma a Sanofi-GSK (300 millones), Johnson & Johnson (400 millones), CureVac (405 millones de dosis) y Moderna (160 millones de dosis)²³. En total, 2.265 millones de dosis para una población de 446 millones de habitantes, lo que equivale a 5 dosis por persona. El 20 de mayo de 2021 la Comisión Europea firmó un tercer contrato con las empresas farmacéuticas BioNTech y Pfizer, por el que se reservaron 1.800 millones de dosis adicionales para finales de 2021 y 2023. Ese contrato permitirá comprar 900 millones de dosis de la vacuna actual y de una vacuna adaptada a las nuevas variantes, e incluye una opción de compra de 900 millones de dosis adicionales. Esta forma de acaparar vacunas por parte de la UE seguramente complicará, y mucho, el acceso de este tipo de vacunas a otros países con menor capacidad de compra, a pesar de encontrarse en una situación más complica-

da. Porque las capacidades de producción, si bien han ido mejorando durante los últimos tiempos, siguen siendo limitadas. Hay que tener en cuenta que el 25 de agosto de 2021 la UE alcanza el hito de vacunar con al menos una dosis al 75,1 % de la población adulta²⁴, por lo que las necesidades en Europa son bastante menores que en otras partes del planeta. La solución a esta crisis debe ser global y no regional.

Un hecho insólito, por su opacidad, fueron las negociaciones y firma de acuerdos entre la Comisión Europea y las empresas farmacéuticas²⁵ para la compra de vacunas. Ni siquiera el Parlamento Europeo conocía las condiciones de compra, ni los precios que se fijaban, lo que llevó en septiembre a que varios eurodiputados y eurodiputadas de la Comisión de Salud Pública de dicho Parlamento solicitaran más transparencia. Esta opacidad en las compras de medicamentos y material médico impide realizar una evaluación de la gestión de compra y, con ello, exigir la debida rendición de cuentas ante la ciudadanía.

Curiosamente, mientras los países europeos junto al resto de países desarrollados acaparaban vacunas, la Comisión Europea se incorporaba a finales de agosto al Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX). Una herramienta que buscaba proporcionar un acceso equitativo a vacunas asequibles contra la COVID-19 en todo el mundo y para todas las personas que las necesitaran. En febrero de 2021 la UE duplica su contribución al COVAX hasta llegar a 1.000 millones de euros. No es la única iniciativa europea en cuanto a la búsqueda de una cierta equidad en el acceso a vacunas. El 21 de mayo de 2021 se anunció la iniciativa “Equipo Europa” en África²⁶, que deberá ayudar a crear en África un entorno propicio para

la fabricación local de vacunas y medicamentos, y el desarrollo de tecnologías sanitarias, con el fin de superar los obstáculos tanto en la oferta como en la demanda de esa región.

Por lo que se puede ver, la UE se ha comportado de forma absolutamente contradictoria en sus políticas internas y externas. Por una parte, ha estado acaparando muchas más vacunas de las que en principio va a necesitar para su ciudadanía, lo que está impidiendo una distribución más equitativa de las mismas; por otra, está impulsando algunas herramientas para facilitar vacunas a todas las personas del planeta.

Esta pandemia también ha tenido otras muchas consecuencias, más allá de las sanitarias. En julio de 2020, dirigentes de la UE acuerdan un plan de recuperación de la región, denominado “NextGenerationEU”²⁷, con el que se pretende invertir 750.000 millones de euros para contribuir a reparar los daños económicos y sociales inmediatos causados por la pandemia del coronavirus y alcanzar una recuperación sostenible y resiliente. El plan cuenta con varios componentes:

- Ser verdes: Europa está bien encaminada para convertirse en el primer continente climáticamente neutro en 2050. Este plan pretende invertir en tecnologías respetuosas con el medio ambiente para vehículos y edificios. Además, pretende proteger el entorno natural y fomentar una agricultura más respetuosa con el medio ambiente.
- Ser digitales: se aspira a mejor conectividad, a que las ciudades sean más inteligentes y eficientes, promocionando que la inteligencia artificial ayude a combatir el cambio climático y a mejorar la asistencia sanitaria, el transporte y la educación.
- Ser saludables: todos los países de la UE estarán más protegidos ante las amenazas para la salud. Se pretende modernizar los sistemas sanitarios, invertir más en investigación

e innovación, y mejorar la financiación de la formación de las y los profesionales médicos y sanitarios.

- Ser resiliente: se quiere animar a la juventud a realizar estudios científicos y tecnológicos, que abren puertas a los empleos verdes y digitales del futuro, así como apoyar la educación continua y a jóvenes emprendedores.
- Ser equitativo: la igualdad también implica oportunidades económicas y sociales para todas las personas, y luchar contra cualquier tipo de discriminación.

Este plan de recuperación es necesario operativizarlo definiendo los procesos que se pretenden llevar a cabo para que podamos concertar los avances que se esperan conseguir. En el sector salud, los objetivos están muy alineados con el ODS 3, pero es necesario saber cómo se pretende mejorar la protección frente a potenciales amenazas futuras, cuál será el papel de la sanidad pública y la privada, o qué se entiende con “modernizar los sistemas sanitarios”. Por último, la formación de las y los profesionales sanitarios necesita de una inversión a medio y largo plazo, pues ya antes de la pandemia denunciábamos en anteriores informes la carencia de personal de salud en todo el mundo, incluida Europa.

La UE es uno de los actores internacionales más influyentes, pero en la gestión de esta pandemia ha perdido una clara oportunidad para mejorar su coherencia e impacto en el ámbito internacional, debiendo haber elaborado un discurso único basado en los principios que rigen la misma: respeto a los Derechos Humanos, cooperación leal, solidaridad y transparencia²⁸. Es importante que las nuevas políticas europeas sanitarias se alineen con las necesidades globales de salud y que la equidad, tanto interna como externa, sea un elemento fundamental en la definición de las nuevas políticas en este ámbito.

22 <https://www.france24.com/es/minuto-a-minuto/20210108-ue-duplica-demanda-de-dosis-a-pfizer-biontech-y-har%C3%A1-cumbre-virtual-sobre-pandemia>

23 <https://www.rtve.es/noticias/20201122/compra-vacunas-covid-19-ue-proceso-llevo-secretos-interrogantes/2057542.shtml>

24 https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans_es

25 https://www.eldiario.es/sociedad/contratos-estados-europeos-adquisicion-vacunas-coronavirus-rodeados-secretismo_1_6241372.html

26 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_21_2594

27 https://europa.eu/next-generation-eu/index_es#ecl-inpage-30

28 <https://juspedia.es/index.php/fundamentos-de-la-union-europea/la-union-europea/principios-fundamentales-de-la-union-europea>

LA INSUFICIENTE RESPUESTA EUROPEA Y MUNDIAL FRENTE A LA PANDEMIA: NI LA SEGURIDAD SANITARIA NI LAS VACUNAS CONTRA LA COVID-19 HAN SIDO BIENES PÚBLICOS

26 DE SEPTIEMBRE DEL 2021

Daniel López Acuña

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

Si algo nos ha mostrado la pandemia de COVID-19 a lo largo de los últimos veintidós meses ha sido la insuficiencia de los mecanismos europeos y mundiales para garantizar una seguridad sanitaria común, más allá de las fronteras nacionales, para responder con eficacia y de modo coordinado a un fenómeno pandémico como el que hemos tenido que enfrentar y para convertir a las vacunas contra la COVID-19 en bienes públicos por encima de la lógica de mercado.

Ha sido preocupante la cortedad de miras y dispositivos eficaces para lograr un acceso universal equitativo a las vacunas que, hasta el momento, son el medio más importante con el que contamos para prevenir la enfermedad severa, el sufrimiento y la muerte a consecuencia de la infección por SARS-CoV-2.

Estamos muy lejos de alcanzar lo que deberíamos haber construido a lo largo de las últimas décadas: bienes públicos europeos y mundiales en materia de salud pública que permitan trascender los límites egoístas de una lógica de Estado-Nación, y las limitaciones que impone una lógica mercantil cuando nos enfrentamos a una amenaza que trasciende fronteras, soberanías nacionales e intereses particulares de países individuales.

No contamos ni con los instrumentos ni con los mecanismos de gobernanza europea y mundial que viabilicen una acción colectiva supranacional que constituya un ejercicio de autoridad sanitaria más allá de los ámbitos puramente nacionales. Y la pandemia ha dejado muy claro que sin ellos somos ineficaces, que el virus nos vence con mayor facilidad y que, si no introducimos

cambios profundos tanto en el ámbito europeo como en el concierto mundial, la historia se repetirá ante el advenimiento de una nueva pandemia que nos seguirá pillando mal preparados.

No hay duda de que se logró avanzar rápidamente en la secuenciación del genoma del virus y eso permitió desarrollar con prontitud pruebas diagnósticas sensibles y específicas, si bien estuvieron sujetas desde un comienzo a una carrera comercial y a una lógica primariamente mercantil. Ciertamente, la secuenciación obtenida tempranamente y la cuantiosa inversión pública de numerosos Estados ayudó también a que los esfuerzos en torno al desarrollo de vacunas hayan caminado en tiempo récord, lo cual ha posibilitado llegar, un poco más de un año después del inicio de la pandemia, a contar con alrededor de media docena de vacunas eficaces y seguras, que hacen posible ir avanzando en la protección de las personas contra la severidad de la enfermedad y el riesgo de muerte por COVID-19.

Pero la lógica que ha imperado es la de una producción comercial y no la de la generación de un bien público, cuya producción y distribución fuesen adecuadamente orquestadas a través de un mecanismo de cogobernanza por parte de los Estados. Como consecuencia, aún no se cuenta con el suficiente número de dosis para enfrentar las necesidades de vacunación, las vacunas aún no son asequibles para todos los países, no están distribuidas equitativamente, ni ha primado una lógica de protección gradual de las poblaciones más vulnerables del mundo, independientemente de su pertenencia a un país u otro.

Para la ciencia y para la salud pública esta pandemia ha supuesto luces y sombras. Ha destacado avances rápidos y significativos en la investigación científica, pero aun nos falta mucho por conocer y, sobre todo por aprender, para traducir e internalizar el conocimiento en acciones eficaces de amplio espectro social, que contengan el avance del virus y que superan la lógica de mercado cuando existe una necesidad y un interés públicos.

La realidad ha superado los escenarios imaginados para posibles pandemias y las previsiones iniciales con relación a la COVID-19. En un mundo globalizado en el que el trasiego de personas es enorme, una epidemia severa de transmisión respiratoria y alta contagiosidad se extiende a una velocidad inimaginable. También ha quedado claro que esto requiere acciones drásticas para contener su diseminación, más eficaces cuanto más tempranas. Necesitamos tener más capacidad anticipatoria, más acciones colectivas de carácter vinculante, mejor preparación pandémica, mejores planes de contingencia y una mejor gobernanza internacional, europea y nacional para este tipo de situaciones.

La seguridad sanitaria mundial, y en un ámbito más cercano europea, es el proceso que lleva a obtener el resultado de lograr mantener los riesgos sanitarios bajo control, asegurando “el orden sanitario”. Implica una capacidad europea y mundial de detectar interrupciones (alerta) y de corregirlas activa y rápidamente (respuesta), para lo cual es imprescindible contar con acuerdos colaborativos vinculantes, tanto mundiales como regionales, que posibiliten la *acción colectiva* más allá del ámbito nacional.

Por eso hablamos de un bien público mundial, y en su caso europeo, que trascienda las soberanías nacionales y que tiene que ser aceptado claramente por los Estados que lo conforman. Debe tener una naturaleza intergubernamental y multilateral, pero sobre todo tiene que permitir que se reúna, se comparta y se analice la información relevante, sin filtros ni secretos guiados

por un enfoque miope de “seguridad nacional” y, muy especialmente, tiene que llevar a cabo acciones rápidas y decisivas supranacionales para atajar el problema más allá del ámbito nacional.

El alcance del Reglamento Sanitario Internacional vigente, sin embargo, no es suficiente para cumplir con esos requisitos fundamentales, ya que los Estados que son parte de esta convención internacional no han cedido soberanías nacionales y ello imposibilita una acción colectiva supranacional. El problema, en consecuencia, no está en el instrumento, sea éste el Reglamento Internacional o un nuevo Tratado Internacional de Preparación y Respuesta ante Pandemias, como el que han planteado varios líderes mundiales y el propio Director General de la OMS. **Si no se ceden soberanías sanitarias nacionales, ningún instrumento tendrá la efectividad que se requiere.**

En el ámbito de la UE se necesita también un enfoque coordinado y convergente, que no ha existido. Esto ha generado dificultades para poder frenar a tiempo las distintas olas de COVID-19. La incoordinación de medidas restrictivas y acciones sanitarias, y el errático control de fronteras que ha producido un trasiego irregular de personas, no ha logrado interrumpir ni oportuna ni eficazmente la cadena de transmisión de la infección del SARS-CoV-2, ni llevar la situación de seguridad sanitaria regional a un grado razonable de estabilidad. Tampoco ha sido posible armonizar las decisiones en cuanto al uso de las vacunas aprobadas por la Agencia Europea de Medicamentos, el ente regulatorio supuestamente establecido para actuar de manera concordante en todos los países de la Unión en lo referente a la utilización de medicamentos y vacunas, y esto pone en entredicho la eficacia de las actuaciones sanitarias de alcance europeo ya que muchos países de la región han ido a su aire.

Los países van en direcciones diferentes y adoptan medidas sin coordinación suficiente y sin tener un enfoque unificado para la respuesta a los nuevos desafíos de resurgimiento de la

transmisión que ocasiona un aumento del número de casos. Urge adoptar en el seno de la UE una acción concertada. La Comisión y sus distintos órganos relevantes deben asumir el liderazgo que les corresponde y arribar a un marco de actuación común para orientar los esfuerzos que debe realizar cada uno de sus Estados miembros para doblegar la transmisión del virus. De lo contrario, tendremos retrocesos.

El certificado digital sanitario, tal como ha sido planteado, genera falsas seguridades y no garantiza la seguridad sanitaria que tiene que acompañar al restablecimiento de viajes internacionales y a la reanudación de los flujos turísticos. Es una plataforma de información interoperable, que registra si las personas están vacunadas, tienen una PCR negativa o tienen anticuerpos contra el SARS-CoV-2 por haber padecido la enfermedad en los últimos seis meses, pero nada más. No se ha acompañado de disposiciones uniformes en el ámbito europeo para regular viajes y entradas y salidas de los países, que es lo que realmente resulta clave.

Aún hay mucho por hacer en materia de coordinación de las medidas asociadas al cierre y apertura de fronteras, cuarentenas, realización de pruebas diagnósticas para viajar, consejos y restricciones de viaje y movimiento de personas en la región.

El asunto de las vacunas merece una especial referencia, ya que se trata del instrumento fundamental para controlar la pandemia en el mediano plazo, pero que solamente funcionará si es impulsado como un bien público tanto en el ámbito europeo como en el concierto mundial. Sin embargo, ni la actuación de la OMS, GAVI y el Banco Mundial en el ámbito mundial, a través del mecanismo COVAX, ni la plataforma Accelerator, ni las medidas tomadas por la UE en su espacio de competencia, han estado a la altura de lo que se requiere para ello. Empiezan a producirse algunos pasos más decisivos en cuanto a posibilitar el acceso a dosis de vacunas a países en desarrollo por parte de países del G7 y otras

economías avanzadas, especialmente en Europa, España incluida, que fueron anunciados en la Cumbre sobre COVID-19 convocada por el Presidente de los EE. UU., Joe Biden, poco antes de la Asamblea General de las NN. UU. de septiembre de 2021. Por lo pronto son promesas que llegan tarde y no son todavía suficientes para cerrar la enorme brecha de inequidad mundial con relación a la vacunación contra la COVID-19.

Hubiera hecho falta una acción más decisiva desde el comienzo, que hubiera apostado por consolidar las acciones para el desarrollo de vacunas de una manera colaborativa y de centralizar las funciones regulatorias para la aprobación de las vacunas y su revisión en términos de seguridad y eficacia. Por el contrario, se ha permitido la **proliferación de esfuerzos competitivos teñidos de un absurdo nacionalismo vacunal, que han terminado por “acomodar” pactos comerciales con las compañías farmacéuticas productoras de las vacunas aprobadas, en lugar de inducir una producción más acelerada con procesos de terciarización** —en la que podrían haber participado entidades farmacéuticas con capacidad de producción de vacunas en todo el mundo y en los distintos países de Europa, en particular—.

No basta con el mecanismo COVAX para apoyar que los países pobres puedan comprar vacunas, ni con una compra consolidada europea que inicialmente no garantizaba el abasto suficiente de vacunas para poder vacunar al ritmo que se necesitaría en los países de la Unión. Son mecanismos vicariantes, que no corrigen el problema estructural de base y que hacen de las vacunas un bien privativo y no un bien público.

Tanto la UE como la OMS deberían haber convocado al sector farmacéutico para desarrollar un “plan de choque”, con una lógica de economía de guerra, que llevase a una producción intensificada del número de dosis de vacunas necesarias con el pleno respaldo de los gobiernos de sus Estados miembros. Se necesitaba poner en marcha el “compulsory licensing”, que fue aprobado hace casi dos décadas en la ronda de Doha de la Organiza-

ción Mundial del Comercio, que permite flexibilizar las patentes cuando hay una prioridad internacional de salud pública —como en su momento fueron los tratamientos de antirretrovirales para luchar contra el SIDA—, y que habría hecho posible producir a menores costes y mayor agilidad las dosis necesarias de vacunas para todo el mundo.

Un esfuerzo concertado para reducir la fragmentación mundial y europea, y fomentar la coordinación sería especialmente útil. Esto es fundamental para hacer más efectiva la cooperación sanitaria internacional. El leitmotiv de este esfuer-

zo debería ser el enfoque colectivo para frenar los repuntes, un abordaje coordinado y solidario en el control de la pandemia y en la mitigación de sus efectos económicos y sociales, y una acción colaborativa en la producción y distribución de vacunas, ya que no se trata exclusivamente de un asunto individual de cada país. “Ningún hombre es una isla” decía el poeta inglés John Donne. En este caso ningún país es una isla y todos los Estados miembros están en un barco común. Y hay que impulsar una acción rápida, colaborativa y concertada, de la que España debe ser adalid.

“NO PROFIT ON PANDEMIC”, INICIATIVA DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA UN ACCESO EQUITATIVO A LAS VACUNAS COVID-19

Julie Steendam

Coordinadora de la Iniciativa Ciudadana Europea “No Profit on Pandemic”

Garantizar un acceso justo y equitativo a vacunas y tratamientos seguros es uno de los mayores retos de estos tiempos.

Por ello, 375 organizaciones europeas han respaldado la Iniciativa Ciudadana Europea “No Profit on Pandemic”. Juntas, tienen la ambición de animar a un millón de ciudadanos y ciudadanas europeas a firmar una propuesta legislativa ante la Comisión Europea.

¿Qué es una Iniciativa Ciudadana Europea?

Las ciudadanas y ciudadanos de la UE tienen derecho a dirigirse directamente a la Comisión Europea a través de una Iniciativa Ciudadana Europea (ICE) para proponer una modificación legislativa concreta. Cuando la petición reúne un millón de firmas en, al menos, una cuarta parte de los Estados miembros de la UE, la Comisión está legalmente obligada a responder a las demandas. En otras palabras: se trata de una poderosa herramienta democrática.

El 30 de noviembre de 2020, varias organizaciones europeas, ONG, sindicatos, asociaciones

sanitarias, partidos políticos y movimientos estudiantiles lanzaron una ICE para exigir cláusulas de distribución equitativa, asequibilidad, accesibilidad y transparencia de las vacunas y tratamientos contra la COVID-19.

Nuestras peticiones clave: Proteger a todos por igual

En mayo de 2021, el Director de la OMS calificó la actual desigualdad de acceso a las vacunas COVID-19 como una situación de “apartheid de las vacunas”. En septiembre de 2021, las naciones más ricas, que sólo representan el 13% de la población mundial, habrán administrado el 90% de todas las dosis de vacunas disponibles. Si esta tendencia continúa, los países más pobres simplemente no podrán vacunar a su población a principios de 2023. Al ritmo actual, algunos podrían necesitar incluso otros 57 años para llegar a una tasa de vacunación del 75%.

Facilitar el acceso a las vacunas a todas las personas que las necesitan no es sólo una cuestión de justicia, sino también de sentido común

ante una epidemia mundial. Sólo pondremos fin a la crisis cuando se controle la aparición de nuevas cepas del virus en todo el mundo.

Garantizar la transparencia restablece la confianza

La velocidad sin precedentes del desarrollo de las vacunas frente a la COVID-19, a menudo basadas en nuevas tecnologías innovadoras, ha provocado preguntas legítimas por parte de la población. Sus preocupaciones deben ser respondidas con la máxima transparencia.

Sin embargo, la Comisión Europea, que ha recibido un mandato de los Estados miembros de la UE para negociar con las empresas farmacéuticas, sigue siendo peligrosamente opaca sobre las condiciones de los contratos. Exigimos plena transparencia sobre los precios de venta y sobre los resultados de la investigación y los ensayos clínicos. Es un paso innegociable para recuperar la confianza de los ciudadanos y las ciudadanas.

Exigir control público sobre el uso de dinero público

Desde el inicio de la crisis sanitaria, los gobiernos de todo el mundo han movilizado casi 10.000 millones de dólares en fondos públicos para la investigación y el desarrollo de vacunas y otros tratamientos contra la COVID-19.

Pero hay muy pocos controles y condiciones exigidas a cambio de todos estos miles de millones. Las empresas farmacéuticas siguen siendo libres de fijar sus precios en la venta de las dosis de vacunas, que oscilan entre 3 y más de 30 dólares por dosis. Pfizer obtiene descaradamente un margen de beneficio del 20-30%. En un momento en el que millones de personas están muriendo a causa de la COVID-19, y hasta 500 millones de personas en todo el mundo podrían verse abocadas a la pobreza debido a las consecuencias económicas de la pandemia, estos beneficios no son éticos.

Anteponer la cooperación a la competencia

El sistema de patentes y derechos de propiedad intelectual garantiza a las empresas farmacéuticas el monopolio de su producción, comercialización y precios. A pesar de la enorme necesidad de acelerar la producción de vacunas, sólo Pfizer tiene el derecho exclusivo de producir su vacuna con el único fin de garantizar sus beneficios.

Este es el mismo sistema que durante años ha impedido que millones de personas que viven con el VIH y el SIDA tengan acceso a tratamientos que salvan vidas. Hay que cuestionar este sistema para que todos los países con capacidad de producir estas vacunas puedan hacerlo, sobre todo dadas las grandes aportaciones de dinero público. India y Sudáfrica han dado pasos ante la Organización Mundial del Comercio (OMC) para suspender los acuerdos de propiedad intelectual. Pero los países ricos, con la UE a la cabeza, se oponen desde hace un año. ¿Valen realmente los beneficios de las empresas farmacéuticas más que nuestras vidas y nuestra salud?

La gente tiene el poder

Como ciudadanas y ciudadanos de la UE, tenemos el poder de cambiar esta situación. Fue gracias a la presión pública que la Comisión Europea empezó a publicar algunos de sus contratos con empresas farmacéuticas. Y durante la crisis del VIH, la movilización pública masiva obligó a las empresas farmacéuticas a abandonar sus monopolios.

Cuando alcancemos el millón de firmas, la Comisión Europea tendrá que responder a nuestras demandas de transparencia, responsabilidad e igualdad de acceso a estos productos que salvan vidas. Juntos, podemos asegurar que todo el mundo, en todas partes, esté seguro.

Firma la Iniciativa Ciudadana Europea en www.noprofitonpandemic.eu

5 Multilateralismo o multiactores: la gobernanza de la salud mundial

Ha hecho falta una pandemia para que nos diéramos cuenta de que la salud también se ha globalizado, poniendo en evidencia las contradicciones e incoherencias de las estrategias y estructuras que se utilizan para definir las políticas globales de salud.

Hasta hace unos años, la gobernanza en la salud mundial descansaba principalmente en la OMS, integrada por 194 países. La OMS era la que definía las líneas maestras que orientaban las prioridades de la salud mundial. Lo hacía a través de las denominadas “estrategias multilaterales”, definidas, consensuadas y aprobadas por el conjunto de sus países integrantes. Este modelo tenía sus defectos y sus virtudes. Entre los defectos destaca que, a una cierta sensación de inmovilidad de los actores tradicionales, se le unió una crónica y permanente falta de eficacia, dado que no se alcanzaban los resultados previstos a los que los mismos países se habían comprometido. A esta situación habría que añadir la aparición en el sector de la salud internacional de nuevos y relevantes actores, públicos y privados, con muy diversos intereses, que reclamaban su espacio en las estrategias mundiales sanitarias y en la toma de decisiones, aunque esto supusiera difuminar las capacidades de los actores tradicionales en la gobernanza en salud.

De ahí que, en los últimos años, en aras de una potencial mayor eficacia y eficiencia, se hayan fomentado las “estrategias multiactor” donde instituciones públicas, privadas y/o mixtas, participan en la definición de las prioridades de la salud mundial. Esta apuesta se está introduciendo incluso dentro de las mismas instituciones multilaterales tradicionales, como la OMS, donde cada vez más las iniciativas privadas tienen una mayor relevancia. A favor de estas “estrategias multiactor” estaría, en teoría,

un mayor número de enfoques diferentes que aparecen en las discusiones de las políticas, lo que aporta visiones diferenciadas de los problemas y, por ende, de las soluciones globales.

Este enfoque multiactor tiene también sus defectos, algunos tan importantes que hacen dudar de si realmente van a mejorar el trabajo de las instituciones multilaterales. Trabajar en un mismo sector no quiere decir que se tengan los mismos objetivos. La iniciativa privada lucrativa, por ejemplo, tiene entre sus objetivos la búsqueda de beneficios, algo que las instituciones públicas y las privadas no lucrativas no priorizan, aun cuando sea un criterio a tener en cuenta. Por otra parte, ese aumento de participación se suele centrar en grandes instituciones, y no tanto en el día a día, que es lo que garantiza que las estrategias sean realmente participativas.

Tampoco este enfoque favorece la rendición de cuentas a la sociedad, que permite un cierto control de la ciudadanía sobre las decisiones tomadas por estos organismos. Las únicas instituciones a las que la población puede exigir rendición de cuentas son a las públicas. A pesar de los progresos, ni las instituciones multilaterales ni las basadas en un enfoque multiactor suelen caracterizarse por poner a disposición de la ciudadanía una buena herramienta de rendición de cuentas.

Hay muchos ejemplos de cómo esta estrategia multiactor ha entrado con fuerza en el campo de la cooperación, y no siempre con resultados positivos. Si tomamos como ejemplo la agenda de cooperación de los Países Bajos en los últimos años, ésta se ha basado en una mezcla de “ayuda y comercio”, promocionando la participación del sector privado, dentro de la tendencia general entre los países donantes de luchar por un desarrollo beneficioso para todos, es decir, también para los países donantes. Por lo tanto, la

cooperación, que es un elemento que debería de tener como objetivo único el desarrollo de las comunidades locales con un enfoque de Derechos Humanos, ve alterada su base e introduce como actor relevante de su cooperación a la iniciativa privada lucrativa en las agendas de cooperación. En un informe realizado por la ONG “Wemos” se analizó, tomando como ejemplo un hospital de Kenia, cómo esta nueva agenda afecta a los proyectos de cooperación de la salud²⁹. Concluye que el impacto de la política combinada de “ayuda y comercio” en el progreso de los países hacia el acceso universal y equitativo a los servicios de salud (que sería el objetivo a alcanzar en el sector) no ha sido evaluado, y ve difícil un impacto positivo de esta política, ya que los indicadores carecen de un enfoque basado en las dimensiones de CSU o carecen de una base de evidencia sólida.

La situación actual, con una pandemia que ha asolado al mundo, podría ser un buen momento para reflexionar sobre el impacto que este tipo de estrategias suponen en la mejora de la situación de las poblaciones y del papel que debe tener cada actor en la salud global.

Cumbre Mundial sobre la Salud

En la Cumbre Mundial sobre la Salud³⁰ celebrada por el G-20 en Roma, en mayo de 2021, líderes de los países más poderosos del mundo se comprometieron a adoptar una serie de medidas para agilizar el fin de la crisis de la COVID-19 en todo el planeta, y a la vez, prepararse mejor para pandemias futuras. En la Declaración Final, los y las participantes señalaron que, para lograr la CSU³¹, con la Atención Primaria de Salud (APS) en su centro, desarrollar la estrategia “Una Salud”, y asegurar la preparación y la resiliencia de los sistemas de salud, son necesarias amplias inversiones sociales y macroeconómicas en bienes públicos globales de forma sostenida. Y aunque parezca que el coste puede ser alto, la inacción

tendría unos costes mucho mayores que la inversión que se haga.

De los 16 Principios de esta “Declaración de Roma” destacamos el compromiso de:

- Apoyar y mejorar la arquitectura sanitaria multilateral existente para la preparación, prevención, detección y respuesta, apostando por una OMS eficaz, financiada de manera adecuada, sostenible y predecible en su centro.
- Mejorar la implementación del Reglamento Sanitario Internacional.
- Fomentar enfoques de políticas que incluyan a toda la sociedad y políticas de salud para todas las personas.
- Permitir el acceso global equitativo, asequible, oportuno, a herramientas de prevención, detección y respuesta de alta calidad, seguras y efectivas.

Estos objetivos —el refuerzo de la OMS, el enfoque multidisciplinar y participativo de las políticas de salud o la equidad en el acceso a soluciones diagnósticas y terapéuticas— son demandas que desde hace muchos años están sobre la mesa, por lo que estamos muy de acuerdo con el marco teórico aprobado. Pero el problema que se viene repitiendo con este tipo de declaraciones es que no suelen definir (tampoco ésta) cuántos recursos se necesitan ni cómo se pretenden alcanzar esos objetivos. La historia nos indica que nunca hay financiación suficiente para cumplir los compromisos y los países contribuyen de forma voluntaria, ya que este tipo de declaraciones no es vinculante. Esto abre la puerta a que otros actores, privados, entren en la financiación para el abordaje de estos problemas, y por lo tanto, también se les tenga en cuenta en los procesos de toma de decisiones. Sin embargo, que esto influya en la evolución del problema no parece relevante.

Es cierto que en la propia Declaración se habla de la importancia de tener “capacidad de movilizar rápidamente fondos y recursos, públicos y privados, de manera coordinada, transparente y colaborativa, y con una sólida rendición de cuentas y supervisión robustas”. También se habla de “unir esfuerzos para apoyar, en particular, la producción y el suministro de vacunas y otros suministros y/o la provisión de fondos para la compra de vacunas, a los países de ingresos bajos y medios”. La base de este acuerdo es que todas las personas del planeta tienen que estar a salvo de las consecuencias de esta pandemia y crear mecanismos para que podamos protegernos en el futuro. Hubiéramos esperado de esta cumbre alguna declaración circunscrita a los problemas estructurales, como los modelos económicos insostenibles en los que se basa el crecimiento de muchas de las iniciativas privadas que trabajan en salud. Durante estos casi 2 años de pandemia, los países que han firmado este manifiesto han apostado por la gestión individual de la misma, incluyendo el acaparamiento de material, dejando los sobrantes para el resto de los países. Tampoco las empresas privadas han gestionado bien el trabajo contra el SARS-CoV-2. Las empresas farmacéuticas, que han realizado un enorme esfuerzo por conseguir vacunas eficaces en un tiempo récord, no han generado las suficientes alianzas ni en investigación ni en producción, para poder desarrollar soluciones locales a la falta de vacunas en el mundo.

Como ya se ha indicado, en la “Declaración de Roma” también se menciona la necesidad de apostar por un refuerzo de la OMS y una financiación adecuada, necesidad compartida por el conjunto de sus países. Ahora bien, dicho refuerzo no es compatible con congelar o retirar las aportaciones obligatorias a esta institución. En 2019 las aportaciones obligatorias suponían solamente la cuarta parte del presupuesto total de la institución³². El otro 75% se cubría de aportaciones voluntarias, donde el donante decide dónde

o en qué invertir y, por lo tanto, puede llegar a orientar la mayor parte del trabajo de la institución. Dentro de estas aportaciones existen, como hemos mencionado en otros apartados del Informe, bastante iniciativa privada.

La apuesta en estos últimos años por estas estrategias multiactores no están dando, tal y como ocurrió en el pasado con las estrategias multilaterales, los frutos esperados en la salud global. De hecho, los países donantes también están influenciados por intereses económicos y sociales internos de sus propios países, que definen su papel en las instituciones internacionales. El ejemplo más notorio es la dificultad que existe para asegurar que el acceso a los medicamentos básicos y a medios diagnósticos en el mundo no esté limitado por intereses económicos de las empresas productoras.

Apostar por la transparencia en instituciones, tanto multilaterales como multiactores, es una necesidad, así como definir los roles de los actores que participan en las mismas. La inclusión de todos los actores que participan en la toma de decisiones de salud global es importante, pero siempre que exista una buena definición de roles. Las decisiones finales deben ser tomadas por las y los representantes públicos de la ciudadanía, y se deben establecer mecanismos de rendición de cuentas para que esta ciudadanía pueda incorporarse a las decisiones de la salud. El resto de los actores, incluyendo a la sociedad civil y a las empresas, deben ser tenidos en cuenta en las discusiones, y sus mecanismos de influencia deben ser transparentes. A nivel global, se debería apostar por que la gobernanza de la salud mundial descansara principalmente en una OMS más fuerte y más participativa, pero también más independiente, que pueda establecer normas globales de salud con un enfoque de Derechos Humanos y basadas en la evidencia, sin que otros intereses comerciales, sociales, políticos o económicos estén por encima de las mismas.

29 https://www.wemos.nl/wp-content/uploads/2020/10/Dutch-AT-in-Health-Kenya_Wemos-discussion-paper_Oct-2020.pdf

30 https://global-health-summit.europa.eu/index_es

31 “One health” es un enfoque, donde se cruzan la salud humana, la animal y la medioambiental. <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/one-health>

32 http://www.realinstitutoelcano.org/wps/portal/riecano_es/contenido?WCM_GLOBAL_CONTEXT=/elcano/elcano_es/zonas_es/ari65-2020-martinmoreno-oms-en-su-enrucijada

3

La salud en la cooperación española

- En 2020, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española disminuyó en 15 millones, situándose en el 0,23% de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje muy alejado del 0,32% de la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), del 0,50% de la media de los países de la Unión Europea (UE) y del compromiso del 0,7% adquirido hace más de 50 años en el seno de las Naciones Unidas (NN. UU.).
- La Cooperación Española ha destinado a salud 201,9 millones de euros, lo que representa el 7,5% del total de la AOD, un porcentaje que triplica la ayuda destinada en 2019 si bien aún por debajo de la media del conjunto de países donantes del CAD, que se sitúa en el 12,1%.
- La cooperación descentralizada ascendió a 298 millones de euros, disminuyendo un 6,86% respecto a 2019. Este descenso se da tanto en la cooperación procedente de las Comunidades Autónomas (CC. AA., -1,8%), como la procedente de las Entidades Locales (EE. LL., -3,27%).
- La cooperación sanitaria descentralizada tuvo un comportamiento desigual. La parte autonómica disminuyó en 1,3 millones de euros, situándose en 23,49 millones, mientras que la local creció en 3,6 millones, instalándose en 7,95 millones. La suma de ambas asciende a 31,4 millones de euros, lo que supone el 15,57% de toda la AOD sanitaria de la Cooperación española.
- La Estrategia de Desarrollo Sostenible debería influir tanto en el ámbito de la salud en España como en el de la cooperación sanitaria, donde se pretende que los progresos que se hagan en los sectores se vean bajo un enfoque de derechos y feminista, dándole relevancia a la coherencia de políticas (algo que normalmente está ausente como podemos observar al analizar la distribución mundial de vacunas).
- En el segundo año de la pandemia de la COVID-19 se ha impulsado una estrategia de vacunación en España muy efectiva, que ha permitido disminuir los efectos más graves de la pandemia. Pero ésta no está controlada. Es urgente fortalecer el sistema nacional de salud, especialmente en la Atención Primaria de Salud (APS) para evitar que el sistema sanitario vuelva a colapsar.
- La aportación de la cooperación española a la lucha contra la COVID ha tenido claroscuros. Ha apostado por una estrategia multilateral y apoyado la iniciativa COVAX pero, por otra parte, es responsable junto al resto de países europeos de acaparar vacunas mientras otros países las necesitaban. La coherencia de políticas y el derecho a la salud deben ser los elementos sustantivos que guíen las acciones de la cooperación española respecto a la COVID-19.

1 Consideraciones generales

1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

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

A efectos de este Informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD/CRS siguientes¹: 121, 122, 123 y 130, que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica, enfermedades no transmisibles (ENT), y políticas y programas de población y salud reproductiva, respectivamente.

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

- Según se explicita en la “Estrategia de Salud de la Cooperación Española”, la **AOD bilateral** es la AOD que la Cooperación Española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos, por distintas instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios, a través de las oficinas técnicas de cooperación (OTC) de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y de la administración de las CC. AA., en muchos

casos, a través de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral, en sentido estricto, comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.

- La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los “core funding” o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al Fondo Europeo de Desarrollo (FED). En 2007, la entonces Dirección General de Políticas de Cooperación para el Desarrollo (DGPOLDE) introdujo una variación en el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en este sector, se incluían también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente². Este sistema se ha utilizado hasta 2011; desde 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse. Esto hace que los datos de 2012, 2013 y 2014 no sean exactamente equivalentes —y

por tanto directamente comparables— a los de los años anteriores³.

- La **AOD multilateral** o bilateral canalizada vía 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 poder tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad.

2 Datos generales de la AOD en 2020

En 2001, cuando 4 organizaciones de cooperación y acción humanitaria (AH) decidimos analizar la salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria, disponíamos de unos datos bastante más sencillos, sin tanto desarrollo lo que limitaba la posibilidad de análisis. Veinte años después, los datos disponibles permiten un revelador conocimiento de la cooperación si bien hay espacio de mejora como es el tema de los tiempos en los que están disponibles. Hace veinte años no era posible analizar con cierto detalle la cooperación descentralizada, elemento singular y positivo que caracteriza la Cooperación Española. El primer informe, realizado con la colaboración del Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI), sentó las bases del informe actual pues mantiene parte de su estructura lo que nos permite analizar tendencias.

En el año 2001 la salud era uno de los sectores cruciales de la Cooperación Española, tanto cuantitativa como cualitativamente, llegando a alcanzar en 2008 y 2009 el 10% del total de la

AOD, algo más de 500 millones de euros. A partir de ese momento el peso de la salud en la Cooperación Española ha ido disminuyendo hasta 2020, cuando vuelve a crecer debido a la pandemia. Tanto en 2020 como en 2021 la COVID-19 ha afectado de forma muy importante a España, que aparece como uno de los países más afectados por la misma. El buen comportamiento de la vacunación ha conseguido que se alcance a finales de 2021 una situación algo más controlada que lo que han conseguido muchos otros países de nuestro entorno, a pesar de no poder afirmar que la pandemia esté controlada.

La AOD española también se ha visto condicionada por la pandemia. La Cooperación Española ha hecho una apuesta importante por luchar contra la pandemia fuera de nuestras fronteras. Y es que, ante una crisis global, las soluciones internas en los países no son la única respuesta que se debe implementar. La AOD es una de las herramientas que pueden ayudar a paliar algunas carencias que suceden en otras partes del planeta

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

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

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

y que necesitamos resolver para dar una respuesta efectiva a los retos globales de salud.

En cifras absolutas la AOD total desembolsada por España en 2020 alcanzó los 2.646.820.189 euros, lo que supone el 0,23% de la RNB⁴. Lo ejecutado en 2020 son 15 millones menos que en 2019. Si tenemos en cuenta el punto de partida de la Cooperación Española, tras una década de recortes, es evidente que estamos ante unas cifras insuficientes que, una vez más, nos aleja de la senda del compromiso internacional del 0,7% y del adquirido por el Gobierno de Pedro Sánchez de destinar a cooperación al finalizar la legislatura el 0,5% de la RNB.

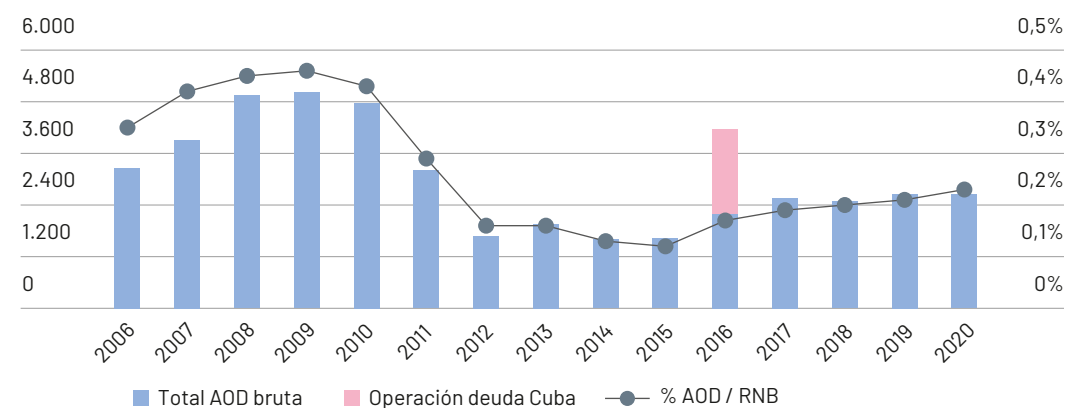
Por otro lado, apuntar que la cooperación descentralizada se mantiene en 2020 debido al esfuerzo que realizan la mayoría de las Comunidades como veremos más adelante.

Como en años anteriores, se siguen recibiendo devoluciones de préstamos antiguos que se computaban como AOD. El monto por reembolsos se incrementa en 15 millones lo que sitúa la cifra en 263.472.088 euros, equivalente al 9,95% de toda la AOD española. Como venimos repitiendo en los últimos informes, valoramos de manera muy positiva que los reembolsos apa-

rezcan en los presupuestos, si bien deberían computarse como partidas extraordinarias y asignarse a aquellos sectores para los que habían sido concebidos cuando se concedieron.

Observando el gráfico que nos muestra la evolución de la Cooperación Española, nos ratificamos en que el futuro no se puede ver con demasiado optimismo. Aunque desde 2016 hay un crecimiento del porcentaje de la RNB destinada a AOD, éste es demasiado pequeño en su evolución como para asegurar el cumplimiento del compromiso del 0,7% y tampoco el del 0,5% al final de la legislatura en 2023. En los últimos diez años, solamente en 2016, y por una operación puntual y extraordinaria de cancelación de deuda con Cuba que no debiera haberse computado como AOD, la Cooperación Española tuvo un crecimiento notable. Por hacer una lectura optimista, respecto a 2015 —año en el que la AOD toca suelo con un 0,12%—, este porcentaje se ha duplicado. Pero es necesario un impulso más decidido para alcanzar el compromiso internacional del 0,7%, ratificado multitud de veces por España (la última vez dentro de las metas propuestas en la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030, que luego analizaremos).

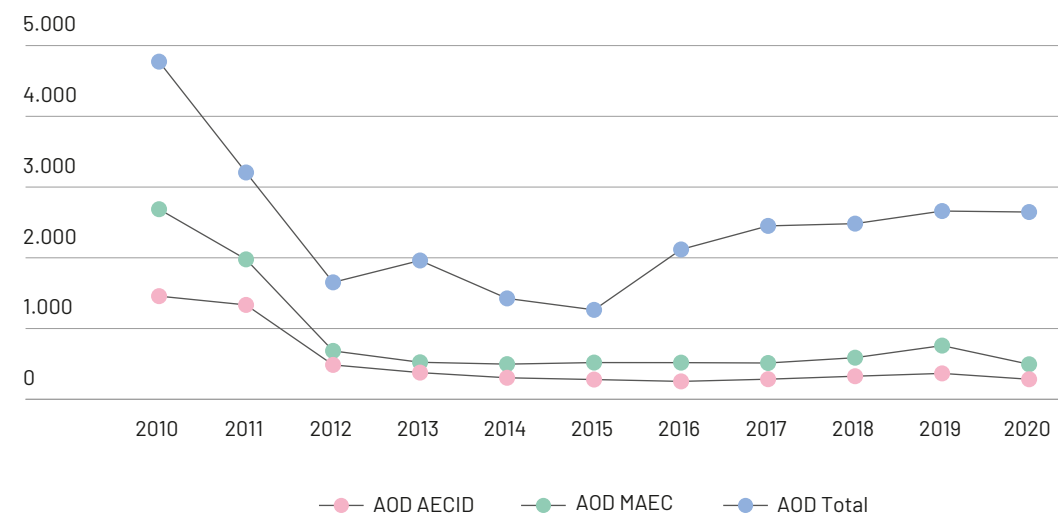
GRÁFICO 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2006-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES

4 La Renta Nacional Bruta de España en 2020 ascendió a 1.128.541 millones de euros.

GRÁFICO 3.2. Evolución y comparativa de la AOD total y de lo gestionado por el MAEC y lo asignado a la AECID, 2010-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

La AOD lleva una década en una prolongada crisis, sin apenas acercarse al 0,20% (con la excepción de 2020, cuando se sitúa en el 0,23%), prolongando y persistiendo en la agonía del sistema de cooperación. España continúa a la cola de los países donantes, con una caída del 53% respecto el año 2009. Utilizando un símil médico podríamos decir que la cooperación técnica, cuya responsabilidad principal recae en la AECID, entró en coma y no responde a estímulo alguno. Por más que crezca la AOD, 1.020 millones en los últimos cinco años, la principal institución ejecutora de la cooperación técnica ni se inmuta, ni se emociona. Está plana, atenazada por una normativa que constriñe sus posibilidades de gestionar un presupuesto, aunque sea exiguo, y una estructura organizativa desfasada y poco práctica. Si pudiéramos hacer un electroencefalograma a la agencia, veríamos que su sistema nervioso central arroja poca actividad. Y aunque esto no fuera cierto, que lo es, no ha sido el argumento manejado por los diferentes gobiernos para constreñir la AECID, sino la incapacidad de diseñar un buen plan de acción con que impulsar la política de cooperación.

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

LA AGENDA 2030 EN ESPAÑA

El 25 de septiembre de 2015 en la sede de NN. UU. en Nueva York, 193 países adoptaron la Agenda 2030 para avanzar hacia un desarrollo sostenible e inclusivo. España, en ese momento, se comprometió con los denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

La Agenda 2030 supone un compromiso que interpela a todos los países, y no sólo a los países más empobrecidos, respondiendo así a la necesidad de diseñar una nueva gobernanza mundial que permita hacer del crecimiento un verdadero desarrollo sostenible inclusivo.

En 2017 España crea el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, cuya reunión inaugural fue el 23 de octubre del mismo año⁵. En junio de 2018 el Consejo de Ministros aprueba el “Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030”⁶, con una participación de todos los Ministerios, y otros actores como CC. AA., EE. LL. y organizaciones sociales.

A principios de 2020 se conforma el gobierno de coalición y se crea la Secretaría de Estado para la Agenda 2030 dependiente del Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Se eleva así el nivel de gobernanza de la Agenda y se trabaja en la elaboración y presentación del Informe de Progreso 2020⁷ “Reconstruir lo común. Implementación de la Agenda 2030 en España”.

En 2021, una vez formalizada la estructura de gobernanza de la Agenda 2030, España elabora dos documentos relevantes: el Informe de Progreso 2021⁸ y la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030⁹, que se supone será la hoja de ruta para alcanzar los compromisos de la Agenda 2030. Esta estrategia fue presentada en el Foro Político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sostenible de las NN. UU. en julio de 2021 en Nueva York, junto a su segundo examen voluntario de los progresos alcanzados con la Agenda 2030.

La Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030 diseña un cambio del paradigma de desarrollo en España. Plantea un desarrollo multidimensional y multisectorial, integrando las esferas social, económica, ambiental y política, con una articulación multinivel que ponga en relación los marcos competenciales, de financiación y de gobierno de distintos niveles de la administración. Y, de base, propone que esta estrategia se desarrolle bajo un enfoque de derechos humanos (DD. HH.) y feminista. Por último, también le da importancia a la coherencia de políticas para

conseguir este desarrollo sostenible. La Estrategia identifica ocho retos país, cuyo abordaje será articulado a través de políticas aceleradoras específicas del desarrollo sostenible, que a su vez definirán las metas a alcanzar en 2030.

Si bien la mayoría de los retos tienen relación con la salud, queremos destacar las metas específicas para el sector que se englobarían en el reto seis, “Revertir la crisis de los servicios públicos”. Metas:

- a. Consolidar la universalidad de la cobertura del Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el acceso efectivo y equitativo de las personas residentes en España con independencia de su situación penal, administrativa, o laboral.
- b. Avanzar en el uso de herramientas como la telemedicina, tanto para su relación con las personas usuarias, como para la interconsulta con los y las profesionales sanitarios del nivel hospitalario.
- c. Mejorar la salud y la calidad de vida de los grupos en situación de especial vulnerabilidad a través del desarrollo de programas y estrategias específicas para cada colectivo.
- d. Establecer mecanismos de coordinación entre los servicios sanitarios y sociales para trabajar desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud, fomentando asimismo la participación ciudadana, para dar una respuesta integral a los desafíos de la salud de los colectivos en situación de particular vulnerabilidad.
- e. En el 2022, proteger la salud pública a través del impulso de los mecanismos públicos institucionales de control de los derechos de las personas consumidoras en los ámbitos del consumo.

El reto siete, “Poner fin a la injusticia global y a las amenazas a los DD. HH., a los principios democráticos y a la sostenibilidad del planeta”, concentra la acción de la Cooperación Española. Entre las metas planteadas destacan las siguientes:

- a. Cumplir en 2030 con el compromiso de destinar el 0,7% de la RNB a la AOD, alcanzando, en el año 2023 el 0,5% y destinando, como mínimo, el 10% a la AH y el 3% a Educación para el Desarrollo Sostenible y la Ciudadanía Global.
- b. Para 2022, aprobar una nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo Sostenible, alineada con los principios y compromisos de la Agenda 2030, el Acuerdo de París y el Marco Internacional de los DD. HH., de la que se desprenda una nueva arquitectura del sistema de Cooperación Española.
- c. En 2025, la cooperación descentralizada cuenta con un entorno facilitador consolidado, capaz de potenciar su contribución diferencial en el conjunto de la Cooperación Española.
- d. En 2030, generalizar el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) como indicador de

desarrollo humano y caracterizador del progreso alternativo a la renta per cápita en la medición de los esfuerzos de los países socios en materia de Agenda 2030.

Esta estrategia es sumamente ambiciosa, y parece estar bien orientada para conseguir un desarrollo sostenible. No obstante, deberemos esperar a su desarrollo para comprobar de qué forma se implementa y cuántas de estas metas se van a conseguir.

Respecto al informe de Progreso 2021, se presentaron los avances que se han producido en las nueve políticas palanca, si bien la pandemia de la COVID 19 ha afectado al desarrollo de las mismas, pues provocó una crisis sanitaria, económica y social que ha requerido unas actuaciones públicas muy intensas para minimizar el impacto de esta crisis en la población. Un ejemplo es la aprobación del Fondo COVID-19 de apoyo a las CC. AA., que supuso una transferencia de 16.000 millones de euros a éstas destinada a financiar los gastos derivados de la pandemia, en especial en el sistema sanitario, así como para posibilitar el incremento de las partidas de educación.

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

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

7 https://www.agenda2030.gob.es/recursos/docs/Informe_de_Progreso_2020_Reconstruir_lo_Comun_.pdf

8 <https://www.agenda2030.gob.es/recursos/docs/informe-progreso21-eds-2030.pdf>

9 <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/eds-cast-acce.pdf>

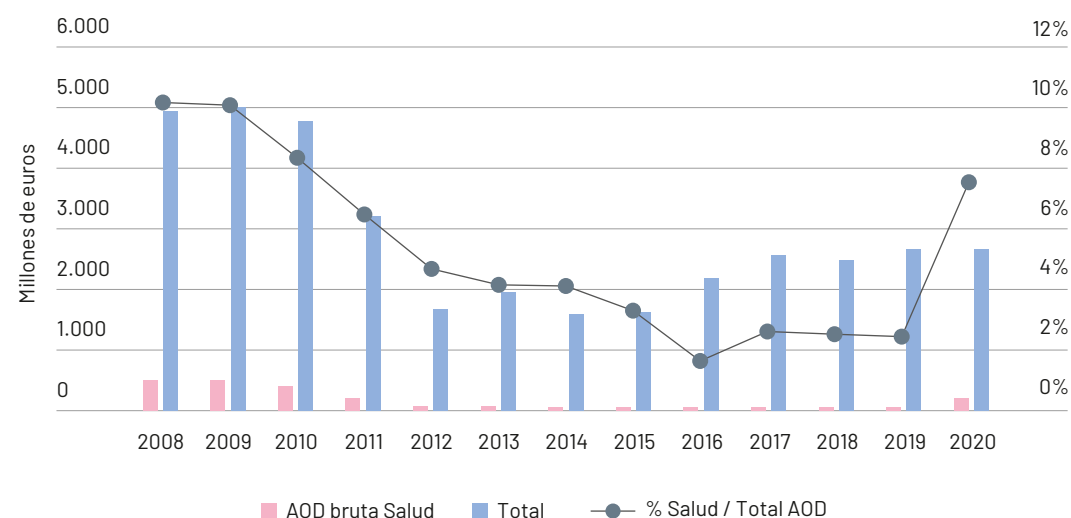
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2020

La pandemia de la COVID-19 afectó de manera muy destacada a la distribución sectorial de la ayuda española. De los 2.646.820.189 de euros destinados a AOD en 2020, se destinaron a salud 201.892.766, el 7,5% del total, un incremento respecto a 2019 de 138 millones de euros. Este aumento supone triplicar el porcentaje que se destinaba en 2019 a la cooperación sanitaria, aunque seguimos lejos de lo que nuestros países vecinos destinan al sector, que como se indica en el capítulo 2 es el 12,09%. No obstante, es el mayor porcentaje destinado a salud por la Cooperación Española desde 2010, cuando se consigna un 8,38% del total de la AOD. Si se hubiera destinado el porcentaje medio que destinan los países donantes del CAD, la Cooperación Española de-

bería haber destinado 320 millones de euros a salud, 118 millones más de los que se destinaron.

Para conocer realmente cuál es la importancia del sector de la salud en el conjunto de la AOD es necesario compararlo con el resto de los sectores. Este ejercicio lo hacemos mediante el análisis de la ayuda bilateral distribuible, que es aquella en la que el donante decide el destino de los fondos y, por lo tanto, expresa mejor su voluntad respecto a la distribución sectorial. En los últimos años la AOD distribuible española ha disminuido enormemente, tanto en sus cifras absolutas como en su peso en el total de la ayuda española. En 2009 representaba el 50% del total de la AOD, mientras que en 2020 su peso supone apenas el 18,6%, similar a 2019, lo

GRÁFICO 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y porcentaje sobre total de AOD, 2008-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES

TABLA 3.1. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2018-2020

Sectores CAD	2018		2019 (GE)		2020 (GE)	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	50.752.583	12,57	49.785.793	11,01	52.975.214	11,11
120+130 Salud	43.791.501	10,85	43.334.935	9,59	88.605.398	18,59
140 Agua y saneamiento	45.613.481	11,3	19.422.577	4,30	24.057.947	5,05
150 Gobernabilidad y sociedad civil	113.244.812	28,05	128.871.451	28,51	126.543.231	26,55
160 Otros servicios e infraest. sociales	22.406.133	5,55	21.704.928	4,80	18.502.151	3,88
210 Transporte y almacenamiento	6.687.180	1,66	4.692.388	1,04	2.887.211	0,61
220 Comunicaciones	593.566	0,15	426.859	0,09	243.779	0,05
230 Generación y suministro de energía	5.182.468	1,28	2.776.850	0,61	1.738.631	0,36
240 Servicios financieros	3.565.661	0,88	12.386.133	2,74	20.482.071	4,30
250 Empresas y otros servicios	2.102.625	0,52	1.975.792	0,44	1.674.404	0,35
311 Agricultura y ganadería	34.319.467	8,50	36.374.457	8,05	42.101.620	8,83
312 Bosques	479.367	0,12	1.095.297	0,24	777.973	0,16
313 Pesca	1.068.646	0,26	1.109.464	0,24	1.355.576	0,28
321 Industria	4.445.376	1,10	3.524.072	0,78	3.121.142	0,65
322 Minería y recursos minerales	6.400	0,00	9.154	0,00	21.475	0,00
323 Construcción	25.512	0,01	149.450	0,03	125.000	0,03
331 Políticas y regulaciones comerciales	734.027	0,18	811.481	0,18	392.945	0,08
332 Turismo	975.472	0,24	751.665	0,17	500.831	0,11
410 Medioambiente	7.389.458	1,83	6.111.745	1,35	6.104.551	1,28
430 Multisectorial	60.376.793	14,95	116.678.843	25,81	84.496.930	17,73
Total AOD bilateral distribuible	403.760.528	100	451.993.334	100	476.708.080	100
Total AOD bilateral	887.183.137		938.194.799		890.801.379	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	2.483.376.674		2.659.878.746		2.646.820.189	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS INFORMES DE SEGUIMIENTO PACI Y DE LOS VOLCADOS DE AOD PUBLICADOS POR DGPOLDES

que indica que no ha aumentado la apuesta por esta línea de cooperación, y a su vez, muestra el escaso margen de maniobra que tiene la Cooperación Española para determinar sus prioridades.

La tabla 3.1. muestra cómo en los últimos años la salud ha duplicado sus cifras, alcanzando los 88,6 millones de euros, el 18,6% del total de este tipo de ayuda. Ahora bien, al no haberse producido un aumento de las cifras absolutas de AOD, este incremento no se produce por haber sumado fondos adicionales a la salud bilateral distribuible, sino por detraerlos de otros canales o de otras partidas distribuibles, especialmente de la multisectorial, que en 2020 disminuye más de 32 millones de euros. Esta reducción de la ayuda multisectorial debe llevar a una reflexión porque es contradictorio si, como hemos visto antes en la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030, realmente se pretenda apostar por un enfoque

multisectorial en la Cooperación Española. Con estas cifras, la AOD sanitaria distribuible se coloca como el segundo sector más financiado con un 18,59%, después de gobernabilidad, que con un 26,55% sigue liderando un año más la apuesta prioritaria de la Cooperación Española. El tercer sector más financiado por este instrumento, después de salud y muy cerca de él, es la apuesta multisectorial con un 17,73%. Estos 3 sectores suman el 62,87% de toda la AOD distribuible de 2020.

También es necesario conocer los actores que conforman la cooperación sanitaria y su implicación con ella. En la tabla 3.2. se muestra la desagregación por canales y actores de la AOD en salud. Debemos destacar que, aunque en cantidades muy pequeñas, en 2020 hay 500.000 euros de ayuda reembolsable sanitaria, que provienen de reembolsos en salud derivados de préstamos anteriores. En 2019 no hubo reembol-

sos provenientes de operaciones vinculadas al sector salud; sí en 2018, cuando alcanzaron los 41 millones de euros.

En 2020 el 35,74% de los fondos son canalizados a través de la ayuda bilateral, 28,36 puntos porcentuales menos que en 2019. La ayuda multilateral duplica su peso, pasando del 4% al 8,2%. La ayuda multilateral absorbe las reducciones de ayuda bilateral y crece hasta alcanzar el 56,6% del total.

El Ministerio de Hacienda es el que más aporta a la cooperación sanitaria, 85,5 millones de euros, lo que supone el 42,34% de toda la AOD sanitaria española. Le sigue el MAEC con 61 millones de euros, duplicando sus cifras de 2019 si sumamos todos los mecanismos de financiación, multilateral, multilateral y bilateral. De estas cifras se deduce que el MAEC gestionó el 30% de toda la ayuda sanitaria. El Ministerio de Ciencia e Innovación, con casi 23 millones, aparece en tercer lugar, cuando en años anteriores no había tenido ninguna relevancia en temas de salud. Las CC. AA. caen del segundo al cuarto lugar con una aportación de 23,5 millones de euros, 1,3 millones menos que en 2019, suponiendo el 11,6% de

toda la ayuda en salud. En quinto lugar están las EE. LL. con un peso del 4,3% y casi 8 millones, 3,6 millones más que en 2019.

Otro año más debemos destacar el escaso papel que el Ministerio de Sanidad juega en la Cooperación Española, con apenas 309.000 euros, superado por las Universidades, y a escasa distancia del Ministerio de Defensa. Hay que recordar que es este Ministerio quien tiene la representación en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la que es necesario fortalecer, como se ha podido comprobar en esta pandemia.

En un marco de recuperación pandémica, con los ODS como base, sería necesario una mayor participación del Ministerio de Sanidad en la cooperación en salud, tanto financiera como técnicamente, y apoyando la multilateralidad en cuestiones de gobernanza mundial de salud. La experiencia en la gestión de la pandemia en España, con sus errores y aciertos, sus debilidades y fortalezas, es un gran ejemplo que puede servir para reflexiones más allá del contexto español. La importancia de promover sistemas de salud equitativos y accesibles, donde la atención

primaria juegue un papel esencial, la necesidad de una financiación adecuada y unos recursos técnicos, materiales y humanos suficientes y de calidad, es algo que debe de analizarse, tanto al interior de España como en el resto del mundo.

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

Si analizamos la distribución de la cooperación sanitaria en base a los cuatro subsectores determinados para salud —salud general (121), salud básica (122), salud reproductiva (130) y enfermedades no transmisibles (123)—, podemos

observar que es el canal multilateral el prioritario para el subsector de salud general suponiendo el 81,3% del total de la ayuda multilateral, siendo su presencia también relevante tanto en salud básica como en salud sexual y reproductiva y ENT. No obstante, el canal bilateral es el preferido para aplicar fondos a los subsectores de salud básica, con el 49,48% del sector, la salud sexual y reproductiva, con el 58%, y el 43% de las enfermedades no transmisibles, éste último con una presencia residual en la cooperación sanitaria española de 1.127.285 euros. La ayuda multilateral tiene presencia en todos los subsectores, especialmente en ENT con 17,74%, salud básica con casi el 13%, en salud sexual y reproductiva alcanza el 10,2% y en y en salud general con el 6,3%.

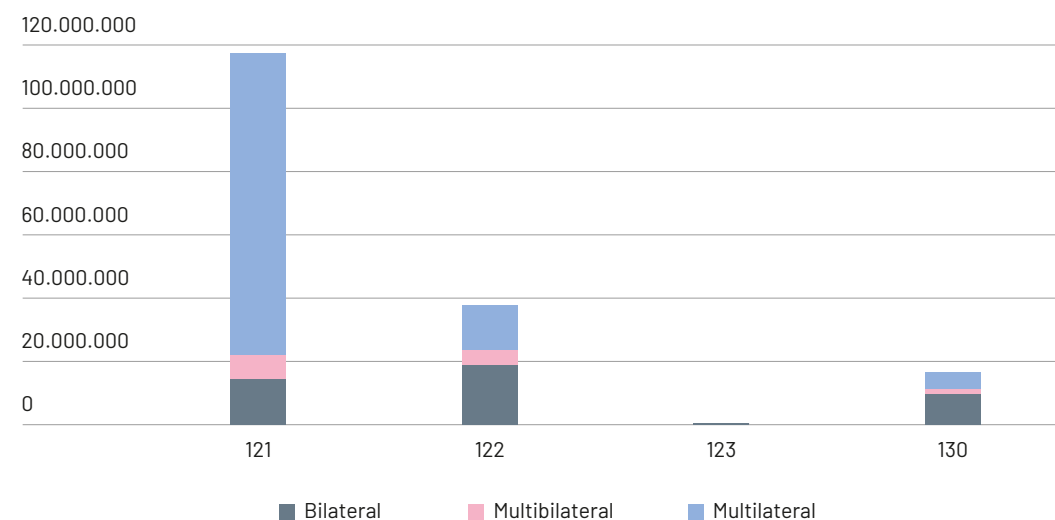
En 2020 la ayuda multilateral afianza la tendencia alcista iniciada en 2019 aumentando en 94,6 millones de euros, hasta situarse en 114,9 millones de euros, un incremento del 566% respecto a 2019. Este aumento viene condicionado por la pandemia de la COVID-19 y habrá que ver si esta apuesta por la ayuda multilateral en salud se mantiene en el tiempo. Teniendo en cuenta de dónde venimos, se trata de una can-

TABLA 3.2. Resumen de la AOD española en salud, 2020

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud	AOD bilateral	No reembolsable	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	19.966.421
Bruta: 201.892.766	Bruta: 72.153.938	70.355.013	Ministerio de Defensa	234.809
100%	35,74%		Ministerio Sanidad	109.916
Neta: 201.392.766	Neta: 69.855.013		Ministerio de Ciencia e Innovación	22.490.328
			CC. AA.	20.968.375
			EE. LL.	7.958.349
			Universidades	425.740
		Reembolsable	AECID	-500.000
		-500.000		
	AOD multilateral		Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	13.718.717
	16.451.459		Ministerio Sanidad	200.000
	8,22%		Ministerio de Ciencia e Innovación	6.532
			CCAA	2.526.211
	AOD multilateral		Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	27.337.462
	113.287.368		Ministerio de Ciencia e Innovación	443.700
	56,61%		Ministerio de Hacienda	85.506.206

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DE SEGUIMIENTO DE AOD 2020 PUBLICADOS POR DGPOLDES-SECIPIC

GRÁFICO 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIC

tividad interesante si bien debemos recordar que en 2010 se destinaron 211 millones de euros a salud por la vía multilateral, un 83% más que lo destinado en 2020.

La ayuda multilateral del Ministerio de Hacienda se ha utilizado para financiar dos organismos europeos: la cooperación internacional de la Comisión Europea y el Fondo Europeo de Desarrollo (FED), que es el instrumento principal de la ayuda comunitaria para la cooperación al desarrollo prestada a los Estados de África, Caribe y Pacífico, y a los países y territorios de ultramar. El FED también se ha utilizado para las contribuciones al Mecanismo COVAX¹⁰, que en la actualidad alcanzan los 500 millones de euros a fin de garantizar el acceso a la futura vacuna contra la COVID-19 en los países de renta baja y media.

Los 27,7 millones de euros de aportación del MAEC al canal multilateral se centra exclusivamente en financiar tres agentes: 10 millones de euros para el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (GFATM, por sus siglas en inglés); 9,4 millones de euros para el Fondo Financiero Internacional para la Inmunización —IFFIm¹¹ en sus siglas en inglés—; y 7,8 millones para la OMS, medio millón menos que en 2019 y muy lejos de los 23,3 millones entregados en 2009. La ayuda multilateral a salud se completa con la aportación de 443.700 euros del Ministerio de Ciencia e Innovación al Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer.

El incremento de la ayuda multilateral que se solicitaba en 2019 para luchar contra futuras pandemias, como luego ha sido la de la COVID-19, no se ha producido. Es necesario que España apueste por iniciativas que sigan los principios de asumir la salud como un derecho equitativo de todas las personas. La estrategia COVAX se ha quedado exclusivamente en un mecanismo de reparto

de vacunas, que no es suficiente para solventar los problemas de acceso a las mismas de los países más empobrecidos. La postura de España en noviembre de 2020, más tarde rectificada¹², de rechazar la propuesta de India y Sudáfrica de suprimir las patentes para todas las tecnologías frente a la COVID-19¹³, no seguía los principios rectores que pretende que guíen la política exterior española, como el enfoque de derechos y la coherencia de políticas. La apuesta por los organismos multilaterales debe ir acompañada de un papel más relevante en el panorama de la cooperación mundial en salud, con unos recursos humanos, financieros y técnicos suficientes para que se defiendan unas políticas globales de salud equitativas, eficaces y donde el derecho a la salud esté por encima de otros intereses.

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

El presupuesto total previsto de la OMS para el bienio 2020-2021 se reduce a 3.378 millones de dólares¹⁴, 1.000 millones menos que en el bienio 2018-2019, sin contar con el efecto que la pandemia está ocasionando. La aportación española a este presupuesto para 2020 equiva-

TABLA 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud por agente y receptor, 2017-2020

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2017	2018	2019	2020
MAEC	NACIONES UNIDAS	9.054.318	6.171.762	8.846.383	7.862.462
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola				
	UNFPA - Fondo de Población de NN. UU.			500.000	
	OMS - Organización Mundial de la Salud	9.054.318	6.171.762	8.346.383	7.862.462
	ONUSIDA - Programa conjunto de NN. UU. sobre el SIDA				
	PNUD - Programa de NN. UU. para el Desarrollo				
	UNICEF - Fondo de NN. UU. para la Infancia				
	PMA - Programa Mundial de Alimentos				
	UNRWA				
	OTROS ORGANISMOS	9.475.000	9.475.000	9.475.000	19.475.000
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas				
	GFATM - Fondo Mundial contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria				10.000.000
	IAVI - Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA				
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000	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 MAEC	18.529.318	15.646.762	18.321.383	27.337.462	
MH	INSTITUCIONES FINANCIERAS				
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial				
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo				
	BAfD - Banco Asiático de Desarrollo				
	UNION EUROPEA				85.506.206
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo				57.090.946
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo				28.415.260
SUBTOTAL MH				85.506.206	
M Sanidad	OMS - Organización Mundial de la Salud				
	SUBTOTAL M Sanidad				
MCIN	IARC - Centro Intern. de Investigaciones sobre el Cáncer				443.700
	SUBTOTAL MCIN				443.700
CC. AA.	OMS - Organización Mundial de la Salud		1.658.846	1.658.674	
	ACNUR		75.000	125.467	
	UNRWA		200.000		
	UNRISD			200.000	
	SUBTOTAL CC. AA.		1.933.846	1.984.141	
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		18.529.318	17.580.608	20.305.524	113.287.368

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES

10 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_20_2075

11 The International Finance Facility for Immunization.

12 <https://www.rtve.es/noticias/20210506/espana-suspension-patentes-marca-camino-pero-avisa-no-suficiente/2089000.shtml>

13 <https://www.publico.es/sociedad/vacuna-covid-espana-rechaza-supresion-patentes-permitiria-paises-pobres-acceder-vacunas-covid.html>

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

le al 0,75% (sumando el aporte multilateral), insuficiente si realmente queremos tener una presencia relevante en la toma de decisiones sobre la salud mundial. El presupuesto de la OMS lleva varios años congelado y es el momento de defender un incremento razonable si realmente queremos que la OMS pueda ejercer de forma más independiente su labor, sin tener que depender tan intensamente de las contribuciones voluntarias de los países y otras instituciones público-privadas.

La ayuda multilateral, al igual que la multilateral, se beneficia de un gran incremento en 2020, cambiando la tendencia de los últimos años a disminuir su presupuesto. Los 16,4 millones de euros destinados a este canal son cifras que no se veían desde 2011 y suponen un aumento del 656% respecto a 2019. Aún con todo, sigue quedando muy lejos de los 197 millones de 2009, cuando se apostaba muy firmemente por la cooperación sanitaria, en concreto por el GFATM.

TABLA 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2017-2020

ORGANISMOS RECEPTORES	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%
GFATM								
UNFPA	100.000	2,30	600.000	21,07	200.000	7,86	900.000	5,47
OPS	300.000	6,90	297.000	10,43	300.000	11,79	1.081.650	6,57
UNICEF	50.000	1,15			900.000	35,37	530.400	3,22
DNDi								
MMV - Medicines for Malaria Venture								
UNRWA	758.000	17,43	650.000	22,83			250.000	1,52
OMS	2.441.420	56,13	1.000.000	35,12	644.554	25,33	5.032.878	30,59
OIEA								
PNUD								
CEDEAO								
ONUSIDA								
Banco Mundial								
OEA - Organización de Estados Americanos								
ACNUR								
ONDUC - Oficina de NN. UU. contra la Droga y el Delito					500.000	19,65		
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos								
UE								
Programa de Voluntarios de NN. UU.								
BID							5.000.000	30,39
SEGIB								
MSF								
FAO			300.000	10,54				
SICA	200.000	4,60					500.000	3,04
UNITAID	500.000	11,50					1.500.000	9,12
Consejo de Europa							200.000	1,22
OIM							150.000	0,91
PMA							300.000	1,82
Unión Africana							1.000.000	6,08
IANPHI - Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública							6.532	0,04
TOTAL	4.349.420	100	2.847.000	100	2.544.554	100	16.451.460	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

Los incrementos se dan en todos los agentes que en 2019 recibieron fondos, salvo UNICEF, que reduce a casi la mitad su contribución. Destaca la apuesta por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que conjuntamente suponen más de 6 millones de euros, más de la mitad destinados directamente a la lucha contra la COVID-19. La apuesta este año por el Banco Interamericano de Desarrollo alcanza los 5 millones de euros. UNITAID recibe un millón y medio,

y la Unión Africana un millón de euros, mientras el Fondo de Población de las NN. UU. (UNFPA) alcanza los 900.000 euros. Habrá que ver en el futuro si se mantiene esta apuesta por estas instituciones, o como está pasando en los últimos años, se mantiene cierta variabilidad en esta selección, lo que no ayuda a mejorar la previsibilidad de la ayuda, uno de los elementos más importantes para asegurar y mejorar la eficiencia y coherencia de la cooperación sanitaria.

3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud

En el tercer año en el que se incorporan las ENT como subsector del CAD referido a salud, éstas siguen sin tener una presencia relevante en la AOD española, a pesar de ser el grupo de enfermedades que provoca la mayor carga de mortalidad en el mundo, como se ha visto en el capítulo 1. A pesar de que en 2020 se duplicaron las cifras respecto al año anterior, alcanzando 1,1 millones de euros, suponen solamente el 0,56% de toda la cooperación en salud, un porcentaje inferior incluso al 0,81% de 2019. Esta aparente contradicción entre el crecimiento de las cifras absolutas y la disminución del porcentaje se podría explicar por los incrementos globales derivados de la aparición de la pandemia de la COVID-19 en 2020.

Con respecto a los otros tres sectores tradicionales, este año cambia la tendencia de los últimos años y la salud general pasa a ser el sector más financiado con el 57,12% de toda la AOD sanitaria, creciendo en 17 puntos porcentuales respecto a 2019. La salud básica, que solía ser la más financiada, pasa al segundo puesto con el 33,5%, un 5% menos. Finalmente, a pesar de crecer 6,4 millones respecto a 2019, la salud sexual y reproductiva disminuye su peso porcentual a la mitad, quedándose en el 8,8%.

El incremento se ha dado en todos los subsectores si bien ha sido el enorme crecimiento del componente “política sanitaria y gestión

administrativa” (código CRS 12110) el que ha incidido más en el orden de relevancia de los subsectores de salud. La política sanitaria ha pasado de recibir 17,2 millones a 102,5 millones, 6 veces más que en 2019, siendo más de la mitad de toda la ayuda en salud. El segundo componente CRS de salud general más financiado ha sido el de los servicios médicos (código CRS 12191), con un 4,4% del total de AOD sanitaria, superando la investigación médica (código CRS 12182), que en 2020 se queda en tercer lugar con un 1,6%. La enseñanza y formación médicas (código CRS 12181) se queda en un 0,35% del total de la AOD sanitaria española y, finalmente, el nuevo componente incorporado en 2020, el de “estadísticas y datos de salud” (código CRS 12196), representa el 0,01% con una asignación de 25.000 euros.

El subsector de salud básica ha incorporado un nuevo código CRS, el 12264, para el “control de la COVID-19” que contabiliza 29,3 millones de euros, siendo el componente de salud básica más financiado. Destaca de nuevo la financiación de la atención sanitaria básica (código CRS 12220), que se coloca como el segundo componente de salud básica que más dinero recibe en el conjunto de la salud, 17,6 millones.

La nutrición básica (código CRS 12240) es el tercer componente en importancia dentro de la salud básica y alcanza el 3,27% del total de la

AOD sanitaria con 6,5 millones. Ningún otro componente alcanza el 3%, pero queremos destacar el control de enfermedades infecciosas (código CRS 12250) que, aunque en 2017 fue el más financiado, en 2020 mantiene la tendencia de 2018 y 2019 de tener un peso residual en el conjunto de la cooperación sanitaria española, suponiendo el 1,05% del total. El control de enfermedades infecciosas es esencial para poder prevenir nuevas pandemias en el futuro, y aunque esperamos que aumente su financiación, no solamente en la Cooperación Española, sino en el conjunto de

donantes, hemos de recordar que a la vez tiene que reforzarse el conjunto del sistema público sanitario, si no queremos volver a cometer los mismos errores que se cometieron cuando se priorizaron programas verticales que debilitaron los sistemas de salud locales mediante la absorción de recursos de otras prioridades de salud de los países.

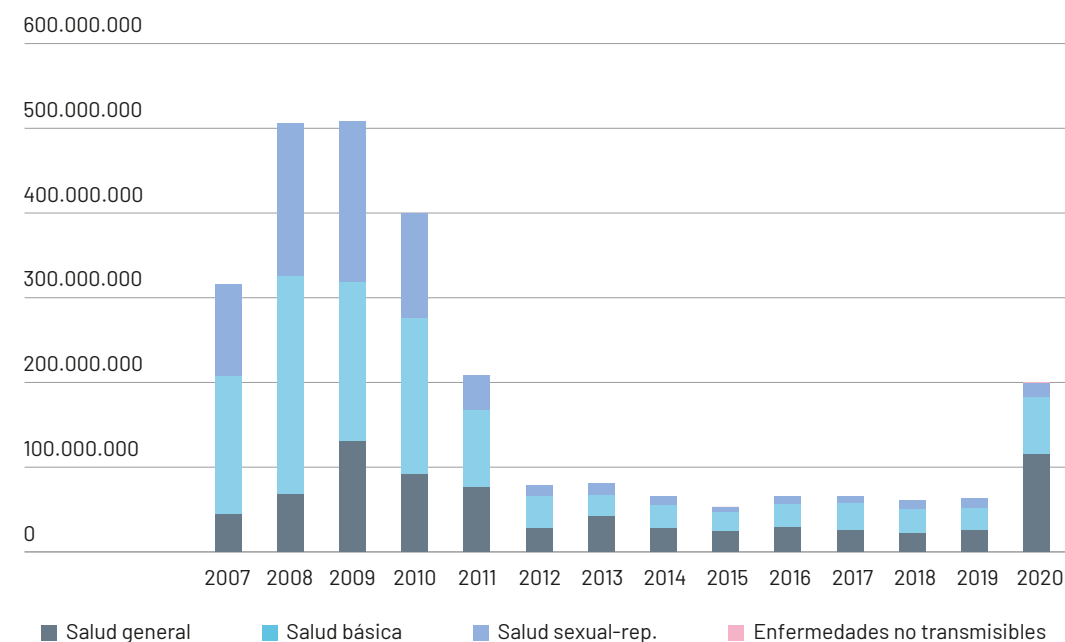
En cuanto a la salud sexual y reproductiva, sigue siendo la atención en salud reproductiva (código 13020) el componente de más peso del subsector con 8,1 millones de euros, seguido del

TABLA 3.5. Distribución de AOD salud por canales y subsectores, 2020

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	14.502.078	7.447.743	93.368.668	115.318.488	57,12
12110	6.787.428	2.347.743	93.368.668	102.503.838	50,77
12181	711.944			711.944	0,35
12182	3.103.082	100.000		3.203.082	1,59
12191	3.874.623	5.000.000		8.874.623	4,40
12196	25.000			25.000	0,01
122	46.384.364	7.068.642	14.175.000	67.628.005	33,50
12220	6.979.957	1.156.650	9.475.000	17.611.607	8,72
12230	1.298.206	105.000		1.403.206	0,70
12240	6.296.801	300.000		6.596.801	3,27
12250	1.520.127	607.663		2.127.789	1,05
12261	2.148.200	32.700		2.180.900	1,08
12262		1.300.000	3.000.000	4.300.000	2,13
12263	14.568	374.963	1.700.000	2.089.531	1,03
12264	27.125.487	2.191.667		29.317.154	14,52
12281	1.001.016	1.000.000		2.001.016	0,99
123	483.585	200.000	443.700	1.127.285	0,56
12310	37.078			37.078	0,02
12330	154.623	200.000		354.623	0,18
12340	244.634			244.634	0,12
12350	47.250			47.250	0,02
12382			443.700	443.700	0,22
130	10.783.913	1.735.075	5.300.000	17.818.988	8,83
13010	863.294	260.000		1.123.294	0,56
13020	7.954.251	200.000		8.154.251	4,04
13030	446.015	900.000		1.346.015	0,67
13040	352.142	375.075	5.300.000	6.027.217	2,99
13081	1.168.211			1.168.211	0,58
13096				0	
TOTAL	72.153.939	16.451.459	113.287.368	201.892.766	100

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIC

GRÁFICO 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS INFORMES DE SEGUIMIENTO PACI Y DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIC

componente de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), donde se incluye el VIH/SIDA (código 13040), con 6 millones. El resto de los componentes de este sector (planificación familiar, políticas de población y formación de personal en salud reproductiva) tienen una financiación residual, de menos del 1% cada uno de ellos.

Es positivo que la Cooperación Española concentre sus esfuerzos en unos pocos componentes para buscar una mayor eficacia, impacto y previsibilidad debido a su reducido presupuesto en salud. Ahora bien, la pandemia nos está mostrando que la cooperación en salud debe ser una prioridad pues nadie estará a salvo hasta que todos lo estemos. Es necesario seguir incrementando los fondos destinados a salud teniendo en cuenta cuáles son los subsectores y componentes CRS que contribuyen en mayor medida a fortalecer los sistemas públicos de salud y alcanzar la CSU. La salud es un derecho que debe situarse por encima de intereses políticos y/o económicos.

El gráfico 3.5. nos muestra la evolución a lo largo de los últimos 13 años de los subsectores de la salud. Llamamos la atención los enormes recortes que han sufrido todos los subsectores sanitarios desde 2010, la insuficiente recuperación de los últimos años previos a la pandemia y como en 2020 crecen principalmente los subsectores de salud general y salud básica. La reducción en este periodo es especialmente significativa en la salud sexual y reproductiva, que ha pasado de ser el segundo componente más financiado en el periodo 2007-2010 a ser, con diferencia, el que menos recursos recibe, exceptuando a las ENT que, como ya se ha indicado, es un subsector relativamente nuevo y quizás no se esté contabilizando debidamente. La falta de peso de la salud sexual y reproductiva está directamente relacionada con la inequidad de género, y contradice el enfoque feminista que se pretende desarrollar en la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030 que orienta la Cooperación Española.

3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud

Como en anteriores ediciones de este informe, al analizar la distribución geográfica de la cooperación sanitaria debemos advertir que la gran cantidad de AOD en salud que no tiene asignación geográfica puede distorsionar el análisis final. En 2020 es especialmente relevante, pues la ayuda multilateral en salud representa el 71,84%, mientras que en 2019 esta cifra alcanzó el 40,43%. Esto lleva a que tres de cada cuatro euros no puedan ser incluidos en este análisis.

En 2020 la AOD distribuible geográficamente aumentó en 19,1 millones de euros, un 50% respecto a 2019. Todas las regiones ven aumentar los fondos que la Cooperación Española destina a salud, salvo Oceanía, que nunca ha sido zona prioritaria. El mayor incremento se da en América Latina, que duplica sus cifras, lo que la coloca en 2020 como la primera región receptora de la AOD en salud, con 26.248.674 euros, el 46% de la AOD distribuida geográficamente. África, con un incremento de 3,8 millones, se sitúa en 26.210.204 euros, cifras similares a las de América Latina.

Hay que destacar que, si desglosamos por subregiones, la partida destinada a África Subsahariana sigue siendo la más importante con 20,8 millones de euros, siendo el área geográfica específica más financiada en salud. El Norte de África también crece, 858.869 euros, así como la no especificada regional, sobre todo gracias al apoyo de 1 millón de euros a la estrategia conjunta continental de la Unión Africana frente a la pandemia por COVID-19.

En América Latina la distribución es algo más equilibrada. La región de América del Sur es la que más crece, 9,5 millones de euros, para colocarse como la segunda subregión mundial que más dinero recibe de la cooperación sanitaria española, con 14,1 millones de euros. Le sigue América Central y Caribe con 11,6 millones. Al contrario que en África, aquí la partida de “no especificado” en la región disminuye algo más de 200.000 euros.

Asia también ve aumentado su presupuesto si bien, aunque triplica las cantidades destinadas en 2019, la cifra final no alcanza el millón de euros. El Sur de Asia es la que recibe el 83% de toda la AOD sanitaria destinada a esta región y el resto lo recibe Asia Oriental. Oriente Medio incrementa su presupuesto en algo más de 500.000 euros y finalmente Europa recibe 269.000 euros.

Sigue habiendo una continuidad en el tiempo en cuanto a las prioridades geográficas, algo que consideramos positivo, al igual que el hecho de que la región de África Subsahariana, que es donde mayores problemas de salud existen, sea la principal prioridad en materia de salud.

TABLA 3.6. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2020

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2020	%
ÁFRICA	26.210.204	12,98
Norte de África	4.279.559	
África Subsahariana	20.792.306	
No especificado	1.138.338	
AMÉRICA	26.248.674	13,00
América Central y Caribe	11.667.964	
América del Sur	14.128.337	
No especificado	452.373	
ASIA	953.335	0,47
Asia Oriental	158.072	
Asia Central		
Sur de Asia	795.263	
No especificado		
OCEANÍA		0
ORIENTE MEDIO	3.169.543	1,57
EUROPA	269.564	0,13
PVD No Esp.	145.041.447	71,84
TOTAL	201.892.766	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

En el V Plan Director de la Cooperación Española 2018-2021 se definieron 21 países prioritarios para la acción de la Cooperación Española, que serían los que más peso deberían tener en la cooperación sanitaria, aparte de la ayuda no especificada geográficamente, que, como hemos visto, tienen un gran peso en este sector, casi el 72%.

Para comprobar que existe cierta coherencia entre la planificación prevista y las acciones financiadas, hemos de revisar lo que indica dicho Plan Director. Éste recoge 21 países prioritarios para la acción de la Cooperación Española, que serían los que más AOD deberían recibir.

Al analizar el destino dado a la AOD en salud, observamos que el 80,85% del total de ayuda especificada geográficamente se ha destinado al conjunto de los países prioritarios, incluidos los países asociación y los países de cooperación avanzada. Este porcentaje aumenta en 2,5 puntos respecto a 2019, que se detraen del conjunto de países que no son prioritarios. En cualquier caso, cerca del 20% de fondos se ha destinado a países no prioritarios, lo que obliga a analizar las motivaciones y corregir esta situación.

Si se analizan los niveles de renta de los países receptores se observa que, del presupuesto asignado geográficamente, son los países de renta media baja los que reciben más ayuda, 21,4 millones de euros, creciendo cerca de 8 millones. Los países menos avanzados (PMA), que en 2019 fueron los más financiados, reciben 19,4 millones, apenas 2 millones más que el año anterior. Los países de renta media alta reciben una cantidad considerable, 13,3 millones de euros, lo que debería revisarse ya que cuentan con una mayor capacidad para responder a sus retos en salud. Si solo analizamos la AOD distribuida geográficamente, el porcentaje destinado a los PMA es del 35,8%, superando el objetivo de destinar el 20% del total de la ayuda sanitaria a estos países.

TABLA 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según prioridades V Plan Director, 2020

PRIORIDADES V PD	AOD SALUD 2020	%
Países de asociación	42.521.546	77,97
Países de cooperación avanzada	1.570.929	2,88
Otros países	10.444.611	19,15
TOTAL Especificada	54.537.086	100
No Especificada	149.401.370	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

TABLA 3.8. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2020

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2020	%
PMA	19.466.266	9,64
Otros de renta baja	16.000	0,01
Renta media baja	21.419.579	10,61
Renta media alta	13.335.242	6,61
No especificado	147.655.680	73,14
TOTAL	201.892.766	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

ses. La apuesta por priorizar los PMA se debería de mantener en el tiempo, ya que son los que más problemas de salud tienen. Y en cuanto a los países de renta media, deberían revisarse mejor sus prioridades. No obstante, en su conjunto consideramos a la Cooperación Española bien orientada geográficamente.

Si se analizan los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2020, se puede ver que repiten 6 países: Mozambique, Guatemala, Malí, Perú, Población saharauí y El Salvador. Entran en la lista de los 10 países que recibieron mayor financiación en salud Bolivia, Colombia, Ecuador y Senegal. Por el contrario, salen respecto a 2019 Palestina, Burkina Faso, Etiopía y Mauritania. La continuidad en el tiempo es positiva, en tanto que ayuda a mejorar la predictibilidad de la cooperación sanitaria y permite a los países receptores tener una planificación a medio y largo plazo, que hace que el trabajo en salud sea más eficiente y con mayor impacto. Mozambique y Guatemala siguen estando entre los principales países receptores de la cooperación en salud. Malí sigue en la lista, si bien ha sido superado por Bolivia y Colombia. Si sumamos el monto de los 10 países que más AOD sanitaria reciben, supone el 56% del total de la ayuda distribuida geográficamente, una vez hemos separado del análisis la ayuda no especificada.

TABLA 3.9. Principales receptores de AOD bruta en salud, 2020

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2020	CATEGORÍA V PD
Mozambique	4.699.930	Asociación
Guatemala	4.071.681	Asociación
Bolivia	3.825.874	Asociación
Colombia	3.127.381	Asociación
Malí	3.027.493	Asociación
Perú	2.925.181	Asociación
Población saharauí	2.640.772	Otros países y territorios
Ecuador	2.071.327	Asociación
El Salvador	2.054.151	Asociación
Senegal	1.981.195	Asociación

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

En estos momentos, en los que la pandemia de la COVID-19 sigue afectando a la salud mundial y en que sus efectos siguen ocupando las prioridades sanitarias en muchos países que no pueden responder por sí solos a este reto, se hace necesario un impulso de la Cooperación Española en términos de recursos económicos, humanos, materiales y técnicos para que, por una parte, colabore en la resolución de esta pandemia, pero por otra, asegure que las posibles soluciones se basen en ese enfoque de derechos y feminista que plantea en su Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030. Esta pandemia nos ha vuelto a mostrar, a través de la inequidad en el acceso a las vacunas, que el acceso a unos servicios de salud adecuados para las necesidades

de la población, junto a una gobernanza mundial de salud equitativa, son los mayores retos a los que se enfrenta el sector sanitario mundial. La COVID-19 no es el único problema de salud del mundo. Los problemas que había antes no han desaparecido, si bien ahora corremos el riesgo de invisibilizarlos. Por lo tanto, una apuesta por un incremento de una cooperación sanitaria eficaz, además de estar bien dotada y distribuida sectorial y geográficamente, no debe de ser algo temporal —sólo mientras dure la pandemia—, sino que debe de plantearse como un reto a medio y largo plazo.

Es necesario que la Cooperación Española apueste por un fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en todo el mundo y en todos los niveles de atención (especialmente en Atención Primaria); con unos recursos y personal suficiente, que aseguren una CSU de calidad y equitativa, así como la coordinación a nivel mundial de aquellos servicios de salud pública capaces de hacer frente a problemas de salud globales a través de una OMS fortalecida e independiente.

Por último, hay que incorporar la visión multidimensional de la salud y trabajar los determinantes sociales y comerciales de la salud, teniendo también presente la coherencia de políticas, que impidan que otros intereses interfieran en el derecho a la salud de las personas, incorporando la máxima de “la salud en todas las políticas y todas las políticas en la salud”.

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN SALUD EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS, RETOS DE CARA AL FUTURO

22 DE OCTUBRE DE 2021

Maria Cruz Ciria

Jefa del Área de Salud
Departamento de Cooperación Sectorial
DCMHF, AECID

Como todos sabemos y repetimos insistentemente, la salud es esencial para las personas, para el desarrollo y la cohesión de las sociedades, para la economía, para la seguridad... tanto a nivel individual, como nacional y global, y depende de numerosos factores y determinantes. En definitiva, sin salud no hay desarrollo posible.

La Cooperación Española considera históricamente la salud como un ámbito prioritario de trabajo, aunque la AOD dedicada al sector haya disminuido proporcionalmente en los pasados años por diferentes razones.

La prioridad de la Cooperación Española y de la AECID en salud durante los últimos 20 años ha sido contribuir al fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Salud de los países socios, apoyando la implementación de sus Planes Estratégicos Nacionales, y el acceso progresivo para todas las personas a servicios de salud de calidad en todos los niveles de atención, contribuyendo a alcanzar la CSU, ODS 3.8. desde 2015. Sin olvidar el enfoque dirigido a actividades de investigación en salud, y el trabajo en el marco de los restantes ODS, que contribuye a abordar los determinantes no sanitarios de la salud, agua y saneamiento, educación, igualdad, etc., utilizando los diferentes instrumentos de que dispone la Cooperación Española.

Los Sistemas y Servicios de Salud son determinantes esenciales para la salud, y la irrupción del coronavirus ha puesto de manifiesto la necesidad imperiosa de todos los países del mundo de invertir en Servicios de Salud integrados y de calidad, de forma indivisible en los tres pilares y niveles de atención que están interrelacionados: salud pública, atención primaria y atención es-

pecializada hospitalaria, sin dejar atrás ninguno de ellos, para conseguir un continuum de cuidados de salud, que permita el acceso equitativo a los servicios que necesita cada persona en cada momento de su vida, sin depender dramáticamente de su situación económica y social, y del país en el que vive.

Existe la ventaja de que el modelo del Sistema de Salud español, basado en la CSU y la continuidad asistencial en los distintos niveles de atención, es considerado un referente para muchos de los países socios, y proporciona un importante valor añadido a la hora de trabajar en el sector salud, permitiendo compartir el conocimiento y la experiencia acumulada en el propio Sistema que aportan sus profesionales, habiendo aumentado durante estos años la cooperación técnica, a solicitud de los propios países socios.

La crisis sanitaria global causada por la pandemia de SARS-CoV-2/COVID-19, ha puesto en evidencia, aún más si cabe, las dramáticas brechas que existen en el mundo en materia de acceso a la salud, y los grandes retos que presenta la interdependencia global en la que vivimos, así como la necesidad imperiosa de avanzar en soluciones sanitarias globales, y en soluciones sanitarias nacionales.

En estos últimos años, la Cooperación Española realiza un gran esfuerzo para contribuir a soluciones globales concertadas y solidarias, y hacer frente a la COVID-19 (y a otros miles de enfermedades), apoyando el multilateralismo, apoyando el mecanismo COVAX para lograr el acceso universal a pruebas diagnósticas, tratamientos y vacunas, y poner a disposición millones de dosis de vacunas para los países de renta baja y

media que lo requieren; y contribuir a soluciones nacionales, que refuercen la capacidad de los Sistemas y Servicios de Salud para que puedan aplicar y hacer accesible de forma operativa y local el conocimiento generado a través de sus servicios de salud, avanzando hacia la CSU.

Es evidente que durante los próximos años las necesidades de todos los países, sean de renta alta, media o baja, para reforzar sus Servicios de salud van a crecer de manera exponencial. En estos próximos años, se prevé también un incremento sustancial de la AOD española y del presupuesto de la AECID, que repercutirá positivamente en los recursos asignados a salud como sector prioritario.

Uno de los retos que habrá que abordar en el futuro inmediato es que el incremento de la cantidad vaya acompañado de un aumento de la calidad de la ayuda, teniendo en cuenta la eficacia

de las actividades y la eficiencia en la distribución de los recursos, dependiendo de las necesidades de los países socios y de los objetivos que se pretendan alcanzar. Será necesario alcanzar el equilibrio adecuado entre contribuciones multilaterales y bilaterales, y en la utilización de los distintos instrumentos de la Cooperación Española en el contexto de cada país, de forma que se utilicen, en la proporción adecuada, los que aporten mayor eficacia y eficiencia, que conduzca a la consecución de los resultados esperados.

Para esta tarea que se nos presenta, estoy segura de que los Informes elaborados por **medicusmundi** y Médicos del Mundo seguirán aportando información, datos y análisis relevantes, que contribuirán a la reflexión necesaria para la utilización adecuada de los recursos disponibles, para la consecución de los ODS.

4 La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales

4.1. La AOD descentralizada

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

Su evolución nos muestra un comportamiento muy irregular, como vemos en el gráfico 3.6. La cooperación descentralizada tuvo un crecimiento espectacular y sostenido en los primeros 15 años, hasta 2008. A partir de 2009 y hasta 2014, la AOD descentralizada experimentó un drástico retroceso, que la situó en ese último año en unos presupuestos por debajo incluso de 1998. En 2015 y hasta la fecha, la cooperación descentralizada volvió a una tendencia positiva al incrementar progresivamente sus presupuestos, pero seguimos en cifras muy alejadas de las cantidades

destinadas en 2008 ó 2009. En 2020 vemos de nuevo un descenso de la cooperación descentralizada, en un año en que la pandemia ha servido de excusa para que algunas instituciones desvirtuaran la cooperación. Esto ha provocado que la AOD descentralizada se quede en cifras similares a las destinadas en 2003, hace ya 17 años. En el gráfico también llama la atención la gran variación que ha tenido el peso de la AOD descentralizada en el conjunto de la AOD española, influenciada no sólo por sus aportaciones, sino también por los posibles recortes o incrementos de la cooperación estatal, como pasó en 2016 con la operación de cancelación de deuda con Cuba del Gobierno de España (que afectó de manera muy relevante al peso final de la cooperación descentralizada).

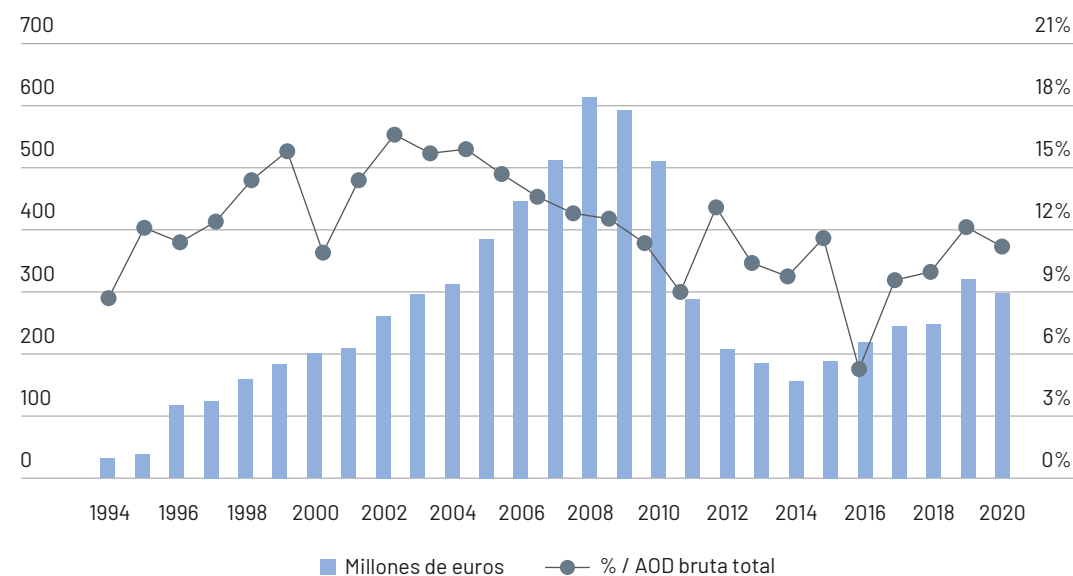
En 2020 se produjo un descenso del 6,9% de la AOD descentralizada respecto a 2019, alcanzando los 298 millones de euros, 22 millones menos. La cooperación descentralizada supone el 11,1% del total de la AOD española en 2020, un

punto porcentual menos que en 2019, rompiendo la tendencia al crecimiento que nos parecía tan positiva el año anterior.

Si se desglosa por actores, se puede ver que la evolución desde 2008 de las CC. AA. y EE. LL. encierra unas tendencias similares, de descenso hasta 2013 y luego de crecimiento, pero sin llegar a las cifras de 2008 ó 2009. En 2020 ambas cooperaciones disminuyen, pero aunque ambas reducen su cooperación en más de 3 millones, no lo han hecho con la misma intensidad. La cooperación autonómica ha disminuido en 2020, 3,88 millones, un 1,8% menos que en 2019. La cooperación local, que es prácticamente un tercio de la cooperación descentralizada, sufrió un descenso algo menor de 3,3 millones de euros, pero al tener menos volumen de AOD, disminuye el 3,27%.

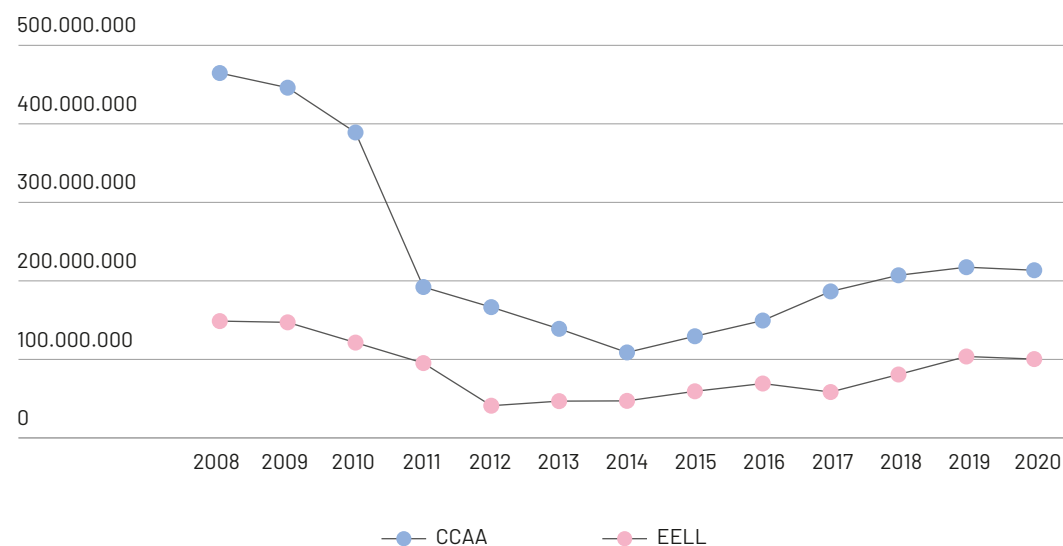
En la tabla 3.10. podemos ver el desglose de la cooperación de las CC. AA., el actor que supone el 68% de la cooperación descentralizada. En esta tabla se observa que en 2020 todas las CC.

GRÁFICO 3.6. Evolución de la AOD descentralizada 1994-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS INFORMES DE SEGUIMIENTO PACI Y DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES

GRÁFICO 3.7. Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIIC

AA. han destinado fondos a cooperación, algo que celebramos ya que no siempre ha sido así.

De nuevo, como en informes previos, hemos de destacar que el crecimiento autonómico no es uniforme. En 2020, la cooperación catalana, que en 2019 sufrió los mayores recortes, incrementa su AOD en 15,9 millones, colocándose como la segunda CC. AA. que más dinero destina tras País Vasco —que lidera con 47 millones, a pesar de sufrir una pequeña reducción de 800.000 euros—. Les sigue la Comunidad Valenciana, que aumenta su ayuda en 3,5 millones de euros, lo que le permite alcanzar los 32 millones. En negativo tenemos que apuntar a Andalucía, que había destacado en los dos años anteriores entre todas las CC. AA. y que en 2020 reduce su presupuesto en 26,6 millones de euros (46,4% de su AOD). Siete son las CC. AA. que reducen su presupuesto destacando, además de Andalucía, Castilla-La Mancha, que suprime el 81,7% de su AOD, y Asturias, que la reduce un 22%.

Las otras diez comunidades incrementan sus partidas de AOD en 2020. Hay que destacar que aquellas que más suben porcentualmente suelen ser las CC. AA. que tenían unos presupuestos bajos en cooperación. Es el caso de Murcia, que destina 14 veces lo que destinaba en 2019, pero que sólo alcanza 475.000 euros. Canarias también sube de manera relevante un 128% hasta alcanzar los 2,2 millones de euros. Entre las que destinan algo más de presupuesto a cooperación debemos mencionar a Navarra, que aumenta un 41% y alcanza los 13,2 millones de euros. Madrid también crece algo más de medio millón de euros, insuficiente en cualquier caso a todas luces pues su AOD total apenas supera los 4,5 millones de euros —lejos de la posición que debiera asumir por el peso que tiene dentro del conjunto de la administración descentralizada—. Cuatro Comunidades, País Vasco, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía, suponen el 72,8% del total de la AOD.

TABLA 3.10. AOD total autonómica, 2017-2020

CC. AA	AOD 2017	AOD 2018	AOD 2019	AOD 2020	Diferencia 2020-2019
Andalucía	35.155.161	54.228.518	57.436.328	30.789.020	-26.647.308
Aragón	2.620.853	1.235.256	3.634.699	4.177.323	542.624
Asturias	4.187.446	3.499.046	4.513.744	4.129.794	-383.950
Baleares	7.182.939	6.534.420	5.530.712	5.316.891	-213.821
Canarias	420.000		969.157	2.209.442	1.240.285
Cantabria	857.104	1.941.871	2.060.468	1.608.717	-451.750
Castilla y León	4.589.522	4.659.442	4.414.390	4.384.650	-29.740
Castilla-La Mancha	2.492.972	3.021.434	2.835.819	517.612	-2.318.207
Cataluña	29.438.862	33.436.862	29.511.448	45.420.681	15.909.232
C. Valenciana	16.846.601	19.834.861	28.606.109	32.093.436	3.487.327
Extremadura	13.336.255	9.624.107	8.194.952	8.343.899	148.947
Galicia	4.811.027	5.486.107	6.606.027	6.978.818	372.791
La Rioja	1.462.800	1.620.431	1.546.639	2.055.866	509.227
Madrid	2.631.866	3.638.530	4.042.719	4.567.238	524.520
Murcia	363.104	360.044	30.743	475.000	444.257
Navarra	7.002.211	8.408.642	9.376.553	13.234.922	3.858.369
País Vasco	53.181.328	49.578.803	48.115.948	47.234.466	-881.482
TOTAL	186.580.050	207.108.374	217.426.454	213.537.775	-3.888.679

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIIC

4.2. La AOD descentralizada en salud

Al contrario de lo que sucede con la AOD general, la suma de la cooperación sanitaria de CC. AA. y EE. LL. se incrementa en 3,28 millones de euros, alcanzando los 31.452.935, un 11,6% más que en 2019.

Las cifras de AOD sanitaria suponen el 14,7% del total de la AOD conjunta entre CC. AA. y EE. LL., 6 puntos más que en 2019; dos puntos y medio por encima de la media del conjunto de donantes del CAD, que se sitúa en el 12,09%; y el doble de la media de la Administración General del Estado (AGE), que está en el 7,5%. Es importante que la cooperación sanitaria descentralizada mantenga su peso en años futuros a través de una planificación estratégica, que asegure la predictibilidad de esta ayuda para que su impacto sea mayor.

Hemos de destacar que, a pesar del aumento en sus cifras absolutas, la AOD descentralizada disminuye el peso que tiene dentro de la coo-

peración sanitaria española, pasando del 44,1% al 15,8% debido al fuerte incremento que ha tenido el sector salud en 2020.

Si analizamos las cantidades destinadas a cooperación sanitaria descentralizada en su conjunto, uniendo las cantidades destinadas por cada gobierno autonómico y las cantidades de sus instituciones locales (Ayuntamientos, Diputaciones, etc.), es el conjunto de las instituciones catalanas el que destaca sobre el resto, con más de 6,3 millones de euros destinados a salud. Le siguen el conjunto de las instituciones andaluzas, con 4,7 millones, y las de la Comunidad Valenciana, con 4,3 millones. El conjunto de instituciones navarras se sitúa en cuarto lugar, con 3,8 millones de euros. Sin embargo, las instituciones del País Vasco apenas destinan 1,8 millones de euros, siendo la comunidad que más fondos destina a cooperación.

TABLA 3.11. AOD descentralizada total en salud, 2017-2020

CC. AA.+EE. LL.	AOD salud 2017	AOD salud 2018	AOD salud 2019	AOD salud 2020
Andalucía	2.895.000	4.148.621	8.328.935	4.752.483
Aragón	540.910	911.630	663.338	1.252.482
Asturias	649.761	67.743	426.231	859.813
Baleares	704.091	612.093	824.607	880.667
Canarias		439.520	225.925	3.071.963
Cantabria	60.000	320.639	153.796	139.257
Castilla y León	536.112	783.637	567.207	760.541
Castilla-La Mancha	401.953	377.632	659.579	381.468
Cataluña	5.363.773	9.576.623	6.603.509	6.361.865
C. Valenciana	1.188.569	3.750.008	2.325.832	4.348.987
Extremadura	1.891.586	1.266.381	491.831	1.181.736
Galicia	503.458	732.712	1.061.898	1.224.558
La Rioja	177.201	174.624	280.897	100.000
Madrid	565.243	1.027.047	1.022.862	1.220.725
Murcia	122.361	87.632	20.000	56.390
Navarra	2.175.552	2.684.548	2.705.500	3.818.184
País Vasco	3.358.706	2.499.596	1.812.515	1.041.815
TOTAL	21.134.276	29.460.687	28.174.464	31.452.935

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES SECIPI C

La distribución de la salud descentralizada desde el punto de vista de los subsectores es diferente a la distribución estatal. La salud básica absorbe más de la mitad de la AOD sanitaria con 17 millones de euros (54,1%), mientras que el segundo puesto es para la salud sexual y reproductiva que, con 7,6 millones, mantiene el mismo peso que en 2019, el 24,2%. La salud general se queda en tercer lugar. Las ENT, al igual que en la cooperación estatal, apenas tienen presencia. Teniendo en cuenta los 3 primeros sectores, la cooperación descentralizada tiene una distribución más equilibrada que la estatal, a pesar de que en su crecimiento debe buscar el aumentar la financiación para las ENT y bus-

car un mayor equilibrio entre los tres sectores principales.

En cuanto a los componentes CRS, su distribución también es bastante diferente a la estatal. La atención en salud reproductiva se mantiene en 2020 en el primer puesto como el componente de salud más financiado, con un 17%, aunque son 3 puntos menos que en 2019. Le sigue el nuevo código CRS de “control de la COVID-19”, con el 15,75%. Por encima del 10% se sitúan otros tres componentes, la “atención en salud básica” (12,86%), la “nutrición básica” (12,35%) y las “políticas sanitarias” (10,66%). Estos cinco componentes CRS suponen el 68,6% de toda la AOD sanitaria descentralizada.

TABLA 3.12. AOD descentralizada en salud por subsectores y componentes CRS, 2020

CAD	CRS		AOD 2020
121		Salud general	6.373.530
	12110	Pol. sanitaria y gestión administrativa	3.354.299
	12181	Enseñanza y formación médicas	232.133
	12182	Investigación médica	1.276.986
	12191	Servicios médicos	1.510.113
122		Salud básica	17.074.462
	12220	Atención sanitaria básica	4.046.068
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.147.807
	12240	Nutrición básica	3.883.537
	12250	Control enfermedades infecciosas	621.671
	12261	Educación sanitaria	1.814.990
	12262	Control de la malaria	
	12263	Control de la tuberculosis	14.568
	12264	Control COVID	4.954.508
	12281	Formación personal sanitario	591.313
123		Enfermedades no transmisibles	393.868
	12310	Control ENT general	37.078
	12320	Control consumo de tabaco	
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	65.900
	12340	Promoción de la salud mental	243.640
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	47.250
	12382	Investigación en prevención y control ENT	
130		Salud sexual y reproductiva	7.611.074
	13010	Pol. Población y gestión administrativa	692.044
	13020	Atención en S.R.	5.346.552
	13030	Planificación familiar	414.765
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	197.142
	13081	Formación RR. HH. en población y salud reproductiva	960.572
TOTAL			31.452.935

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPI C

En lo que respecta a la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, destaca la disminución en 3,1 millones de la partida no especificada geográficamente, lo que permite un buen análisis. La distribución geográfica es similar a la AOD estatal, siendo África Subsahariana la subregión mundial que más dinero

recibe para salud, concretamente 10,5 millones de euros —1,4 millones más que 2019—. Le siguen América Central, con 6,4 millones, y América del Sur, con 4,7 millones de euros. Oriente Medio crece un poco, hasta los 2,5 millones, y el Sur de Asia recibe 847 mil euros, una aportación equivalente al 2,6% del total.

TABLA 3.13. AOD Descentralizada en salud por áreas geográficas, 2020

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2020	%
ÁFRICA	13.225.202	42,05
Norte de África	2.578.868	
África Subsahariana	10.507.996	
No especificado	138.338	
AMÉRICA	11.522.918	36,64
América Central y Caribe	6.450.201	
América del Sur	4.772.717	
No especificado	300.000	
ASIA	847.248	2,69
Asia Oriental	53.849	
Asia Central		
Sur de Asia	793.398	
No especificado		
OCEANÍA		0,00
ORIENTE MEDIO	2.531.496	8,05
EUROPA	269.564	0,86
PVD No Esp.	3.056.508	9,72
TOTAL	31.452.935	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIC

4.2.1. LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

En 2020 la cooperación autonómica ha financiado 1.582 acciones de cooperación, de las que 175 —el 11% del total de acciones—, son de salud. Las CC. AA. han desembolsado 23.494.586 euros en cooperación sanitaria, lo que supone el 74,6% de toda la AOD en salud descentralizada. Si lo comparamos con 2019, observamos un descenso de 1,3 millones de euros.

Los 23,5 millones de euros destinados por las CC. AA. a salud suponen un descenso del 5,3%, lo que sitúa el peso de la salud en la cooperación autonómica en el 11,08%. Este porcentaje está en la línea del peso que el conjunto de donantes da al sector salud y muy por encima de lo que destina la Cooperación Española a salud.

No todas las CC. AA. se comportan de la misma forma. Si hablamos de cifras absolutas, 6 de las 17 CC. AA., las que superan el millón de euros en salud, concentran el 78,5% de toda la ayuda en salud. Éstas son: Cataluña —con 5,1 millones—, Comunidad Valenciana —con casi 4 millones—, Navarra —con 3,4 millones—, Andalucía —con 3,3

millones—, Canarias y Galicia —con 1,3 y 1,2 millones, respectivamente—.

Esta variabilidad también sigue siendo la norma si analizamos la evolución de cada una de las cooperaciones sanitarias autonómicas. En 2020, 9 CC. AA. reducen sus presupuestos, destacando el importante descenso de Andalucía —en la que disminuye un 45%, casi 4 millones de euros—, y País Vasco —que la reduce un 43%—. Las otras 8 CC. AA. lo incrementan, destacando la Comunidad Valenciana —que incrementa en 2 millones de euros su aportación—. Hay que destacar también a Canarias, que multiplica por 7 su AOD en salud; Extremadura, que lo hace por 2,5; y Asturias, que al igual que la Comunidad Valenciana, duplica la financiación en salud.

A la luz de los datos, la cooperación autonómica en salud debe mejorar la previsibilidad, pues estas variaciones anuales de las partidas presupuestarias dentro de cada Comunidad no ayudan a mejorar la planificación, la rendición de cuentas, la sostenibilidad o el impacto de las acciones, ni en los países receptores ni en las instituciones donantes.

TABLA 3.14. AOD en salud de las CC. AA., 2017-2020

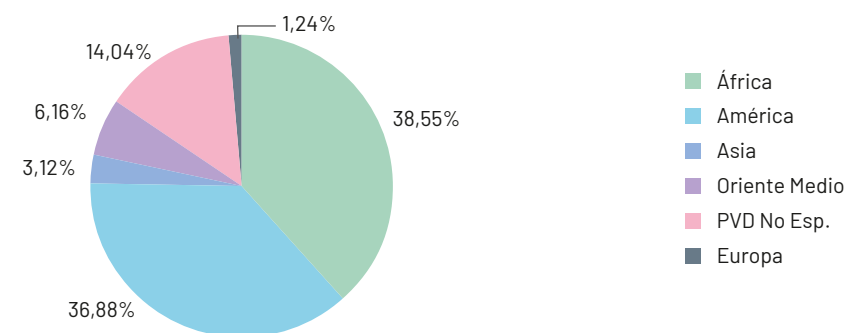
CC. AA.	AOD salud 2017	AOD salud 2018	AOD salud 2019	AOD salud 2020	% AOD a salud
Andalucía	2.543.411	3.722.232	7.250.697	3.293.646	10,70
Aragón	499.031	296.934	603.388	590.828	14,14
Asturias	642.243		261.000	530.884	12,85
Baleares	704.091	276.847	824.607	817.106	15,37
Canarias			181.933	1.354.914	61,32
Cantabria	60.000	320.639	139.379	139.257	8,66
Castilla y León	362.999	628.099	435.108	271.324	6,19
Castilla-La Mancha	285.000	169.733	424.396	87.000	16,81
Cataluña	5.321.240	9.239.499	6.339.830	5.192.702	11,43
C. Valenciana	1.160.725	3.388.811	1.937.348	3.998.893	12,46
Extremadura	1.827.720	1.149.367	351.831	910.228	10,91
Galicia	490.061	689.069	1.010.226	1.212.558	17,37
La Rioja	30.400	160.594	280.897	100.000	4,86
Madrid	550.243	807.821	905.802	962.308	21,07
Murcia	9.634			21.900	4,61
Navarra	1.903.569	2.305.491	2.416.075	3.397.405	25,67
País Vasco	2.784.912	2.187.711	1.435.808	613.633	1,30
TOTAL	19.205.279	25.342.847	24.798.325	23.494.586	11,08

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS INFORMES DE SEGUIMIENTO PACI Y DE LOS VOLCADOS DE AOD PUBLICADOS POR DGPOLDES.

El análisis del interés que supone el sector en cada Comunidad Autónoma se realiza a través del peso que tiene la salud respecto a la AOD general, ya que las cifras absolutas pueden estar sesgadas por la magnitud de los presupuestos generales que gestiona cada una de ellas. Hay 6 CC. AA. que superan la barrera del 15% de AOD destinado al sector sanitario, destacando sobre todas Canarias, con un 61%, cuando

hace dos años no destinaba dinero a este sector. Navarra, que suele figurar en las primeras posiciones, se coloca en segundo lugar, con el 25,67%. Le sigue Madrid, con el 21,07%; Galicia, con un 17,37%; Castilla-La Mancha, con 16,81%; y Baleares, con el 15,37%. Extraña el poco peso que tiene la salud en el País Vasco, con un 1,3%, cuando es una comunidad muy implicada en la cooperación.

GRÁFICO 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIC

El análisis de la asignación de la AOD autonómica en salud según el área geográfica es similar al conjunto de la cooperación descentralizada, ya que las CC. AA. son el actor más relevante en esta cooperación. África es el continente que más AOD sanitaria recibe, un 38,55%, seguida de cerca por América, con un 36,88%. Los países no especificados suponen el 14%, un porcentaje elevado, pero aún lejos del porcentaje del conjunto de la Cooperación Española. Completa el mapa Oriente Medio, con un 6,1%; Asia, con un 3,1%; y Europa, con un 1,24%.

La salud básica es el subsector que más financiación recibe, la mitad de toda la salud autonómica, seguida de la salud sexual y re-

productiva —con 6,5 millones de euros— y de la salud general —con 5,2 millones—. Si analizamos los componentes CRS de la cooperación autonómica en salud, observamos cómo es la “atención en salud reproductiva” el más financiado, con un 20,21%, seguido del apoyo a políticas sanitarias encuadradas en el subsector de salud general. Hay que esperar hasta el tercer y cuarto componente más financiado para encontrar los primeros que pertenezcan a la salud básica: la “nutrición básica”, con 12,13%, y la “atención sanitaria básica”, con un 11,50%. “Investigación médica”, que tenía una importante presencia en 2019, disminuye más de 2,1 millones de euros y se sitúa en quinto lugar.

TABLA 3.15. AOD autonómica en salud por subsectores CRS, 2020

CAD	CRS		AOD 2020
121		Salud general	5.278.509
	12110	Pol. sanitaria y gestión administrativa	3.098.612
	12181	Enseñanza y formación médicas	172.050
	12182	Investigación médica	1.276.986
	12191	Servicios médicos	730.861
122		Salud básica	11.587.979
	12220	Atención sanitaria básica	2.702.501
	12230	Infraestructura sanitaria básica	522.654
	12240	Nutrición básica	2.850.729
	12250	Control enfermedades infecciosas	541.422
	12261	Educación sanitaria	1.452.546
	12262	Control de la malaria	
	12263	Control de la tuberculosis	
	12264	Control de la COVID-19	3.080.066
	12281	Formación personal sanitario	438.061
123		Enfermedades no transmisibles	47.250
	12310	Control ENT general	
	12320	Control consumo de tabaco	
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	
	12340	Promoción de la salud mental	
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	47.250
	12382	Investigación en prevención y control ENT	
130		Salud sexual y reproductiva	6.580.847
	13010	Pol. Población y gestión administrativa	570.946
	13020	Atención en S.R.	4.749.073
	13030	Planificación familiar	414.765
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	99.557
	13081	Formación RR. HH. en población y salud reproductiva	746.506
TOTAL			23.494.586

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIIC

4.2.2. LA AOD DE ENTIDADES LOCALES EN SALUD

En 2020 el conjunto de las EE. LL. españolas financiaron 2.452 acciones de cooperación, de las cuales 368 se destinaron a salud, un 15% —4 puntos más que la cooperación autonómica—. En 2020 las EE. LL. destinaron a este sector 7.958.349 millones de euros, unos 3,6 millones más que en 2019, siendo la explicación del crecimiento de la AOD sanitaria descentralizada, ya que compensa la bajada que hemos visto de la cooperación sanitaria autonómica.

El aumento de las cifras absolutas también tiene su repercusión en el peso que tiene la salud en la AOD de las EE. LL. Así, la salud pasó de ser en 2019 el 3,26% del total de la AOD al 7,93% en 2020. Este porcentaje es similar al que destina el conjunto de la Cooperación Española y, por lo tanto, alejado de lo que el conjunto de donantes del CAD y la cooperación autonómica destinan a cooperación sanitaria.

La ayuda que las EE. LL. destinan a salud suele ser muy heterogénea, ya que se dedica a iniciativas pequeñas y locales. En 2020 las acciones tienen una mayor relevancia al haber duplicado la media de gasto, situándola en 21.626 euros. No obstante, arrastra un problema importante, como es el de la previsibilidad, ya que suelen ser acciones puntuales que no tienen continuidad. Por ese motivo existen grandes variaciones en cuanto a las cantidades destinadas a este sector cada año por cada una de las EE. LL., y por lo tanto, varía también el listado de entidades que más interés muestran en la cooperación sanitaria. De las 10 EE. LL. que más se comprometieron con la salud en 2020, sólo los ayuntamientos de Valencia, Málaga y Pamplona, y la Diputación de Jaén, repiten de la lista de 2019.

La suma de las partidas desembolsadas por las 10 EE. LL. que más dinero han destinado a salud supone 4.871.995 euros, el 61,2% del total, bajando 13 puntos respecto a 2019. Estas cifras indican una mayor dispersión de la ayuda local en salud. El 38,8% restante se lo reparten otras 74

EE. LL. Estos datos tienen lecturas contrapuestas. Por una parte, la atomización de la ayuda dificulta poder potenciar el impacto de las acciones. Pero, por otra, que 13 instituciones locales más se unan a la cooperación sanitaria, y que puedan afrontar problemas que puedan quedar fuera de las grandes estrategias mundiales, son dos aspectos positivos a tener en cuenta. Aun así, y tal y como se indicaba en este mismo informe de 2019, deberían promoverse iniciativas que permitieran unir esfuerzos, lo que ayudaría tanto a mantener una ayuda sanitaria más constante —en forma de apoyos plurianuales para el sector de la salud— como a la previsibilidad de esa ayuda (sin perder su esencia de apostar por una cooperación más cercana a la población que la que realizan en muchas ocasiones los estados).

TABLA 3.16. Principales EE. LL. en salud, 2020

EE. LL.	AOD salud
CI Gran Canaria	1.577.000
Ayto. Barcelona	854.191
Ayto. Zaragoza	599.027
Ayto. Córdoba	370.889
Dip. Córdoba	293.797
Ayto. Gijón	276.902
Ayto. Valencia	234.274
Dip. Jaén	231.538
Ayto. Pamplona	228.013
Ayto. Málaga	206.364

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECIPIIC

La cooperación descentralizada, tanto autonómica como local, posee cualidades y capacidades muy reconocibles, y afronta el reto de tratar de dimensionar todo el potencial que acumula. Su constante crecimiento, tanto en recursos como en capacidades, permite aventurar un buen futuro a una cooperación que ha sabido reaccionar frente a la crisis económica primero, y ahora, a la crisis sanitaria manteniendo lo que es su esencia.

LA REFORMA DEL SISTEMA DE COOPERACIÓN ESPAÑOLA

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

El sistema de cooperación español debe adaptarse a los cambios habidos en el entorno internacional y apropiarse de una agenda más ambiciosa, conectada a los ODS y al cambio climático. El sistema actual tiene cosas interesantes que conviene preservar, pero necesita de una reforma en profundidad, que dialogue con nuevos actores que han irrumpido con fuerza, y que lo haga con una mirada amplia que se eleve por encima de las particularidades de cada uno.

Partimos de un diagnóstico compartido que incide en la excesiva fragmentación del sistema, en la configuración de una arquitectura institucional poco apropiada y en la existencia de unos recursos técnicos, económicos y humanos que son insuficientes —y, en ocasiones, no adecuados para la gestión que se les exige—. La década de ajustes presupuestarios que hemos vivido ha agravado sin duda estas deficiencias, lo que hace más oportuna y necesaria esta reforma.

Tenemos un sistema de cooperación claramente mejorable y un Gobierno que se declara con “ambición reformista y sensibilidad social”, rasgos esenciales para afrontar con ambición y rigor la profunda reforma que el sistema requiere, rediseñando su arquitectura institucional y

dotándolo de los medios y el marco normativo que necesita para operar adecuadamente.

La reforma, que sería importante contara con el consenso de todos los actores, incluye, entre otras cuestiones, una nueva Ley de Cooperación Internacional; una reforma en profundidad de la AECID; del sistema de AH; de la cooperación financiera; una mayor integración de los distintos actores; un presupuesto más ambicioso; y unos recursos humanos adecuadamente formados, con regímenes laboral razonables y escenarios de promoción profesional previsibles. Es decir, un plan de reformas que incluya medidas institucionales, políticas, legislativas, presupuestarias y administrativas.

Despejado el alcance que se le quiere dar a la reforma, se trabaja por tanto con la idea de acometer una “reforma integral”. Toca definir el modelo de desarrollo que se quiere, modelo que por el momento no ha sido ni debatido ni consensuado. Así pues, toca precisar el “para qué” de la reforma. El modelo de cooperación que surja debe responder a los retos que reclama el futuro, como son la lucha contra *la pobreza, las desigualdades, especialmente las de género, acrecentadas por la pandemia, y la emergencia climática.*

La Ley de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y Solidaridad Global se llevará a Consejo de Ministros en febrero de 2022 para, a continuación, iniciar tramitación en el Congreso en el próximo periodo de sesiones. La solidaridad, la justicia global, el cambio climático, el género y los DD. HH. serán los principios que guíen esta política, que deberá estar al servicio de las personas. La mayoría de los recursos se destinarán a afianzar estos pilares.

La AOD, en tanto que política pública, requiere de un compromiso presupuestario cuya hoja de ruta nos lleva al 0,7% en 2030, con escalados

intermedios que no están claros —salvo el del 0,28% en 2022, recogido en los presupuestos generales—. El 10% de los recursos será para AH, con la creación de un fondo de respuesta flexible para crisis emergentes.

La reforma requiere la revisión de los instrumentos, incluidos los asignados a cooperación financiera —como es el caso del Fondo para la Promoción del Desarrollo (FONPRODE)—; el reconocimiento de los actores —en especial el de las ONGD, como expresión de la solidaridad de la sociedad civil—; el desarrollo de nuevos partenariados y alianzas, así como un nuevo estatuto de la AECID, que refuerce sus capacidades en materia de recursos humanos y permita la retención de talento y la especialización.

Importante será también analizar qué encaje tendrá la cooperación descentralizada si se persigue el propósito deseado de que puedan participar de iniciativas conjuntas, com-

partir liderazgos, conocimientos y experiencias. Más allá de la aportación de recursos e iniciativas que promueve, la cooperación descentralizada apuesta por prioridades y modelos de acción y gestión a veces diferentes a los propios de la cooperación que realiza la AGE, muy apreciados y bien valorados por la mayoría de los actores no estatales.

Finalmente, debe subrayarse la necesidad de reforzar la gobernanza con instituciones fuertes: el Ministerio como centro del sistema; un Consejo Superior de Cooperación al Desarrollo; una Comisión Interministerial; una nueva Conferencia Sectorial de Cooperación al Desarrollo, para promover la riqueza de la cooperación descentralizada; y una Oficina de Evaluación de la Cooperación Española.

La labor es ingente, pero parece que hay voluntad política para llevar la tarea adelante. En unos meses podremos despejar dudas.

5 Los ODS en España

Por primera vez desde 2015 se tiene acceso a los datos desagregados de cooperación en relación con los ODS, lo que nos permite conocer si realmente la Cooperación Española está cambiando su forma de trabajar, cómo se interrelacionan los diferentes ODS y dónde focaliza sus prioridades.

Sobre salud hay dos análisis que es preciso realizar. Primero, en la tabla 3.17. se puede comprobar cómo se distribuyen los desembolsos de la AOD 2020 que, aunque pertenezca a otro sector que no es salud, se clasifican dentro

de las metas del ODS 3 sobre salud y bienestar. Como se puede comprobar, las cifras no coinciden exactamente con las desembolsadas según los códigos CRS (hay una diferencia de más de 13,5 millones de euros).

La meta más financiada con diferencia es la 3.8., que se refiere a lograr la CSU, con cerca de 140 millones de euros, el 64,9% del total del monto destinado al ODS 3. En un año definido por la pandemia de COVID-19, es lógico que las siguientes metas más financiadas fueran la lucha

TABLA 3.17. Desembolso bruto de AOD por meta ODS 3, 2020

Total AOD asignada al ODS 3	215.699.447
Meta 3.1.: reducir la tasa mundial de mortalidad materna	3.313.016
Meta 3.2.: poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	2.206.030
Meta 3.3.: poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir otras enfermedades transmisibles	22.029.649
Meta 3.4.: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	3.833.744
Meta 3.5.: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas	575.158
Meta 3.6.: reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico	21.600
Meta 3.7.: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	6.168.457
Meta 3.8.: Lograr la cobertura sanitaria universal	139.987.864
Meta 3.9.: reducir número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo	589.353
Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	11.435
Meta 3.b: Apoyar la investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales	25.649.440
Meta 3.c: Aumentar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario	1.061.728
Meta 3.d: Reforzar la capacidad en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	10.251.972

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI.

contra enfermedades transmisibles y el apoyo a la investigación y acceso de medicamentos y vacunas, con 22 y 25,6 millones de euros —respectivamente—, seguidas del refuerzo de alertas tempranas y reducción de riesgos de los problemas de salud mundiales, con 10,2 millones de euros. Esta distribución, priorizando la CSU, nos parece adecuada, pues esta cobertura es el paraguas necesario para fortalecer los sistemas públicos de salud. Pero es muy importante también definir el proceso para alcanzarla, ya que se debe guiar por los principios de equidad en el acceso y de la prioridad del derecho a la salud sobre otros intereses (algo que, por ejemplo, en el acceso a las vacunas contra la COVID-19 no ha sucedido).

Otro análisis que conviene realizar es cómo los desembolsos del sector salud se relacionan con el resto de los ODS.

La mayor parte de los fondos del sector se relaciona exclusivamente con el ODS 3, 182 millones de euros, el 90% del total. Los únicos ODS que destacan son el ODS 2 —hambre cero, con un 3,4%—, el ODS 1 —la erradicación de la pobre-

za, con un 3,2%—, y el ODS 5 —sobre igualdad de género, con 3,7 millones—.

Es la primera vez que se realiza este tipo de análisis y seguramente en próximos años se afinarán más los resultados. Sorprende que no hay iniciativas de salud relacionadas con la acción por el clima, siendo uno de los mayores retos a los que todo el planeta se enfrentará en los próximos años. La salud se relaciona con el clima, como se ha visto en el capítulo 1, en dos sentidos: por una parte, debe estar preparada para mitigar los efectos del cambio climático en la salud y, por otra, los propios sistemas de salud deben adaptarse para minimizar su contribución al cambio climático.

Este primer ejercicio realizado por la Cooperación Española nos señala, en términos generales, la interrelación que la salud tiene con el resto de los ODS. Quizás convendría analizar si esta relación es el resultado de la inercia o existe realmente el interés para que la interrelación cumpla un propósito en forma de objetivo planificado. Esto último es lo que consideramos debería ser lo que facilitaría incluir en la ecuación objetivos ausentes, como el del clima.

TABLA 3.18. Desembolso bruto de AOD en salud incluidos en otros ODS, 2020

ODS 1: fin de la pobreza	6.449.027
ODS 2: hambre cero	6.888.112
ODS 3: salud y bienestar	182.095.372
ODS 4: educación de calidad	155.686
ODS 5: igualdad de género	3.711.391
ODS 6: agua limpia y saneamiento	348.114
ODS 7: energía asequible y no contaminante	2.396
ODS 8: trabajo decente y crecimiento económico	56.685
ODS 9: industria, innovación e infraestructuras	7.500
ODS 10: reducción de desigualdades	654.994
ODS 11: ciudades y comunidades sostenibles	258.031
ODS 12: producción y consumo responsables	-
ODS 13: acción por el clima	-
ODS 14: vida submarina	-
ODS 15: vida de ecosistemas terrestres	-
ODS 16: paz, justicia e instituciones sólidas	78.960
ODS 17: alianzas	1.186.500
TOTAL	201.892.766

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI.

6 La pandemia de COVID-19

España fue uno de los primeros países afectados por la pandemia de la COVID-19. Aunque el 31 de enero de 2020 se detectó que un turista alemán era el primer caso de COVID-19 en las islas Canarias, no fue hasta el 24 de febrero cuando se diagnosticó el primer caso en la península. Rápidamente la pandemia se fue extendiendo por todo el territorio y se fue pasando por diferentes niveles de contención, hasta que el 14 de marzo se declara el estado de alarma¹⁵. En este momento se habían contabilizado 4.200 casos y 120 muertes en todo el país. Se establece un confinamiento general de la población y la suspensión de las actividades

no esenciales para intentar controlar la pandemia, siendo el primer país en tomar medidas tan drásticas. El 29 de abril se anuncia un desconfinamiento asimétrico para las CC. AA. en 4 fases, que termina a finales de junio. En apenas 3 meses habían fallecido oficialmente por la pandemia de la COVID-19 más de 28.000 personas, se habían diagnosticado 250.000 casos y ésta había puesto al borde del colapso al sistema de salud. La falta de medios diagnósticos de los primeros momentos hace pensar que estas cifras podrían ser incluso mucho más elevadas, ya que el exceso de mortalidad en los primeros meses alcanzaba un 20%¹⁶.

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

16 https://www.consalud.es/pacientes/especial-coronavirus/estudio-estima-exceso-mortalidad-espana-8-87000-fallecidos-COVID-19_100563_102.html

España ha sufrido cuatro olas pandémicas más: a finales del verano de 2020, entre diciembre y enero de 2021, en marzo de 2021 (más leve) y, la última, en verano de 2021 —en ésta última, con la característica de que afectó sobre todo a personas jóvenes no vacunadas—. Algunas voces ya alertan de que para diciembre de 2021 podemos vernos afectados por una nueva ola pandémica, aunque habrá que ver si esta ola pone de nuevo en tensión al sistema de salud —con una saturación extrema de camas hospitalarias y UCI—, o si las altas tasas de vacunación han conseguido limitar el impacto del SARS-CoV-2.

La evolución —tanto de las personas diagnosticadas como de las personas fallecidas por esta enfermedad— se puede ver en el siguiente gráfico. A finales de octubre de 2021 se habían diagnosticado 5 millones de casos y habían muerto 87.368 personas en España, con una tasa de letalidad del 1,74%, cuando en los primeros meses la tasa de letalidad superaba el 11%. Esta diferencia se explica por la falta de medios al principio de la pandemia, por un mejor manejo actualmente de los y las pacientes, y por el hecho de que el efecto protector para la mortalidad y la morbilidad grave de la vacuna limita el impacto de la COVID-19.

Comparando los 10 primeros meses entre 2020 y 2021, no parece haber tantas diferencias si analizamos exclusivamente las consecuencias directas de la COVID-19. De enero a octubre de 2020 se produjeron 35.878 muertes y se diagnosticaron 1,1 millones de personas. En las mismas fechas de 2021 fallecieron 36.531 personas directamente por COVID-19 (653 más que en 2020) y se diagnosticaron más de 3 millones de personas (1,9 millones más). Pero como ya se ha comentado, es muy probable que las cifras reales de 2020 —de número de casos y de muertes— sean mucho más elevadas. Además, los meses de noviembre y diciembre de 2020 fueron especialmente virulentos, con casi 15.000 muertes, algo que no se espera que ocurra en los mismos meses de 2021.

Estos datos nos indican varias cosas. Por una parte, que la pandemia está lejos de estar controlada, y por otra, que hay que seguir estando vigilante, aunque por el momento (hasta mediados de noviembre) no está afectando de la misma manera al sistema sanitario. Desde el mes de marzo, cuando las vacunas ya protegían a las personas más vulnerables, las muertes por COVID-19 disminuyen muy significativamente respecto a los

meses anteriores, lo que confirma que las vacunas son eficaces para proteger de la muerte y de la enfermedad grave. Por último, no parece que esta enfermedad desaparezca y va a ser necesario reflexionar sobre cómo vamos a convivir con ella.

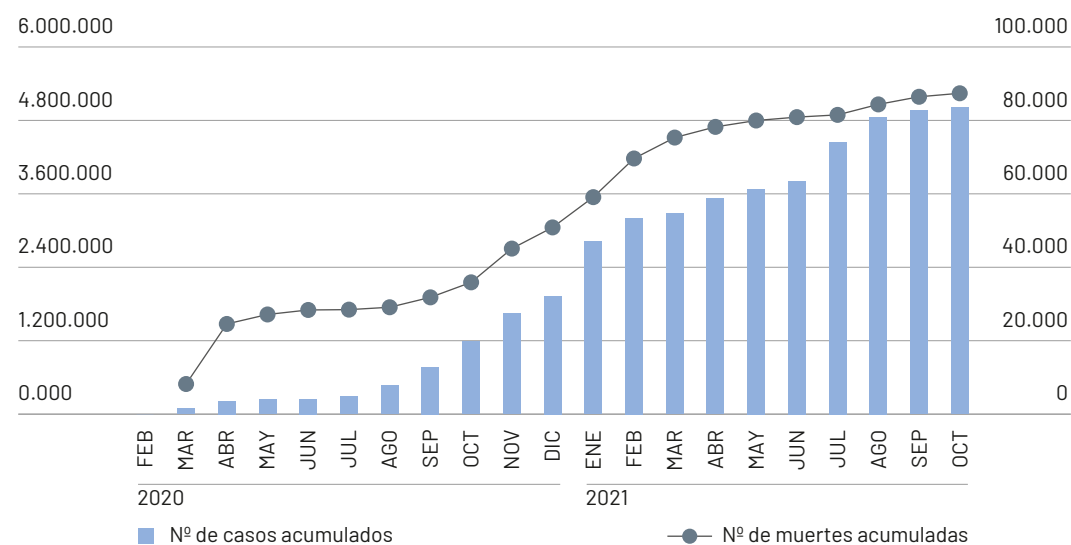
Una de las primeras cuestiones es saber cómo se va a enfocar la gestión futura de esta pandemia por parte del sistema sanitario. Como ya se indicó en este informe en su edición del pasado año, no se venía de una buena situación de base. Las camas hospitalarias eran inferiores a las necesidades del país y a la media europea —un 40% menos— habiendo incluso descendido un 5% el número de camas respecto a las disponibles en 2010¹⁷. Mientras, las camas UCI eran 3 veces menos que en Alemania. Sin embargo, donde es necesario realizar un análisis más profundo es en la APS.

En un primer momento, la solución propuesta para luchar contra la pandemia fue exclusivamente hospitalaria, mientras que la APS era relegada, como muestra el hecho de que 700 centros de atención primaria fueran cerrados en España durante el primer mes de la pandemia¹⁸ y de que parte del personal fuera trasladado a hospitales de campaña, como sucedió en Madrid. Posteriormente, una vez controlada la primera ola, la APS debió asumir el seguimiento de los casos y de los contactos, pero cada Comunidad Autónoma decidió establecer la forma de hacerlo. Esto incluyó el número de rastreadores y el perfil de estos, o cuánto tiempo eran contratados los refuerzos —normalmente de forma temporal—, sin entender que esta pandemia se comporta por olas epidémicas y es necesario un personal suficiente en los momentos de los picos pandémicos. Esa falta de planificación adecuada respecto de las necesidades del trabajo provocó que muchos centros de salud estuvieran cerca del colapso y que el personal sufriera un estrés innecesario. Esta situación sigue em-

peorando cada vez que aumenta el número de casos, sobre todo en las diferentes olas epidémicas, y no se está dando una solución estable a la APS. Una APS que partía con unos déficits de base importantes tanto de financiación como de recursos humanos, técnicos y materiales, debido al cada vez menos interés mostrado por desarrollar este nivel del sistema sanitario. Estos déficits han sido provocados por unos recortes durante los últimos años en sus presupuestos y personal. Entre 2008 y 2019 la atención primaria perdió entre un 36% y un 38% más de presupuesto que la atención especializada¹⁹, lo que se ha traducido en unas plantillas sobreexplotadas que han tenido que hacer frente a esta pandemia y sin que hayan desaparecido el resto de las enfermedades, supone un esfuerzo añadido para el personal. No parece además que la situación vaya a mejorar en 2022. En los presupuestos generales del Estado aparece una partida específica de 176 millones de euros para la APS, pero según el presidente de la Sociedad Española de Médicos de Familia y Comunitaria harían falta 4.000 millones de euros para solventar todas las carencias de la APS en España, de los cuales 2.800 millones irían a recursos humanos.

La APS engloba, además de la curación y el diagnóstico de enfermedades, la prevención, la promoción y la participación ciudadana, así como un abordaje multisectorial de la salud, que se relaciona con los ODS. Evita que las personas saturen las Urgencias, mucho más caras, y además es el nexo entre la ciudadanía y el sistema sanitario. Por estos motivos, es necesario establecer una estrategia lo suficientemente ambiciosa para reflotar la APS en España y para que ésta pueda participar no sólo en la solución de esta pandemia, sino también potenciando su papel de puente entre la población, otros sectores y la comunidad sanitaria, con el fin de conseguir soluciones locales para abordar estos problemas globales.

GRÁFICO 3.9. Evolución de casos y muertes acumuladas por COVID-19 en España



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD NACIONAL DEL GOBIERNO DE ESPAÑA

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

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

19 <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2021/10/14/6167208afc6c83814b8b461c.html>

6.1. La vacunación en España

La vacunación en España vino condicionada por la estrategia conjunta de la Unión Europea para las vacunas contra la COVID-19 publicada por la Comisión Europea²⁰, en la que apuesta por una centralización de la compra de vacunas para todos los Estados miembros y la posterior distribución en el mismo momento de los cuatro tipos de vacunas elegidas entre los países.

Cada país desarrollaba su propia campaña de vacunación, y así, el 27 de diciembre de 2020, días después de la llegada de las primeras vacunas, comenzó la campaña de vacunación en España siguiendo las pautas de la “Estrategia de Vacunación COVID-19 en España”, elaborada siguiendo las directrices del Consejo Interterritorial de Salud, (donde el Ministerio de Salud y las diferentes CC. AA. coordinaban las acciones fren-

te a la pandemia). Es un documento donde, dada la carencia de vacunas de los primeros meses, se establecía el orden de prioridad de los grupos de población a vacunar y con qué vacunas y dosis; se desarrollaba la logística necesaria para la distribución y administración de las mismas; se establecía un registro específico para COVID-19; y, por último, se recogía una estrategia de comunicación dirigida al personal sanitario y a la población general. Esta estrategia ha tenido diferentes actualizaciones periódicas —la última publicada antes de la edición de este informe era del 2 de noviembre de 2021²¹, donde ya se plantea administrar una tercera dosis de refuerzo a las personas mayores—.

Un aspecto a destacar es el bajo porcentaje de personas antivacunas, que, según un estu-

dio realizado en junio de 2021, no ha aumentado desde la aparición de la COVID-19; al contrario, ha descendido levemente hasta el 4%²². Estados Unidos, por ejemplo, tiene al 15% de su población que se declara antivacunas, y también hay altos porcentajes en Alemania, Francia o Italia. No obstante, un 14% de la población española creía que las farmacéuticas ocultaban algo, lo que puede ser un caldo de cultivo para que el número de personas antivacunas se incrementen en el futuro si no se toman medidas para que la información y la valoración de las medidas a adoptar provengan desde el primer momento de instituciones públicas creíbles y transparentes. A esta confiabilidad general en las vacunas se sumaba en España el hecho de ser uno de los países que más había sufrido los efectos de la pandemia en los primeros meses, lo que hacía que la sociedad demandara soluciones tanto para la pandemia como para las medidas establecidas para limitar sus efectos.

A estas causas se suma la capacidad del sistema sanitario para realizar con eficacia una campaña masiva de vacunación, a pesar de que su gestión, como ya hemos mencionado, tensionaba al propio sistema, sobre todo a la APS.

Si se observa en el siguiente gráfico, el porcentaje de personas con la pauta de vacunación completa a finales de octubre, España estaba entre los países con más altas tasas. Hay que destacar el escaso porcentaje en países como Estados Unidos —cuando fue el primer país que empezó la vacunación contra la COVID-19— o los más de 10 puntos de diferencia entre países como Francia o Alemania y España —que puede explicar en parte por qué en los últimos meses Europa central está sufriendo una ola epidémica que aún no ha llegado con fuerza a España.

Como se ha señalado, las CC. AA. decidían las estrategias de vacunación que consideraban más eficaces. Algunas decidieron establecer “vacunódromos” para acelerar las vacunaciones,

mientras que otras utilizaban los recursos de la APS exclusivamente.

Tal y como vemos en la siguiente tabla, la población vacunada con pauta completa mayor de 12 años alcanzaba en España el 88,7% a finales de octubre, aunque había algunas diferencias entre las diferentes CC. AA. Galicia alcanzaba el 93,3%, mientras que Baleares sólo llegaba al 81,5%, casi 12 puntos porcentuales menos. Habría que analizar en profundidad cuál es el motivo de estas variaciones, ya que puede hacer que Baleares o Canarias puedan sufrir de manera más intensa una sexta ola pandémica.

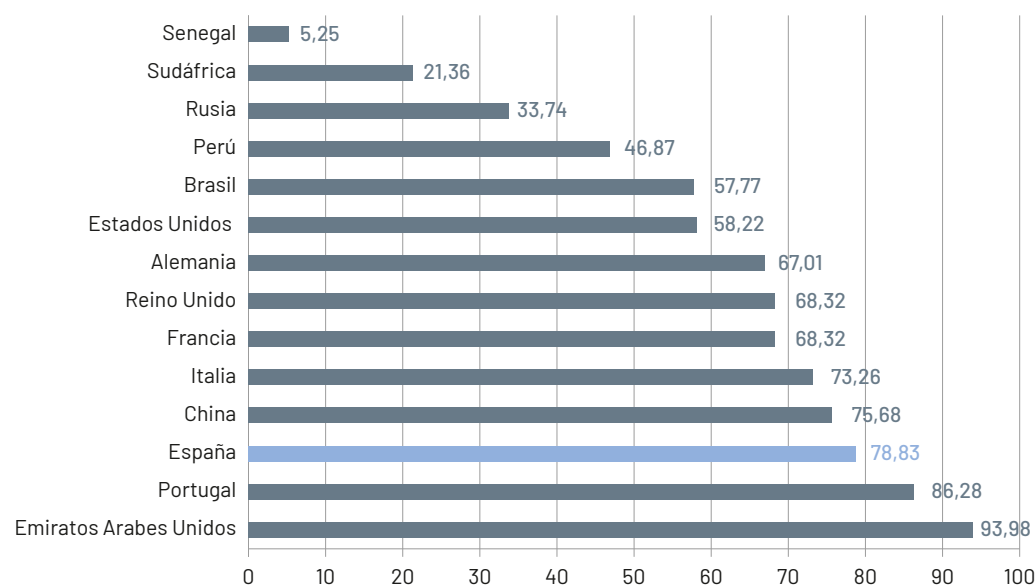
TABLA 3.19. Población mayor de 12 años vacunada por CC. AA., noviembre 2021

CC. AA.	Pauta completa	Una dosis	Sin vacunar
Andalucía	90,6%	1,4%	8%
Aragón	88,5%	1,6%	9,9%
Asturias	92,7%	0,9%	6,4%
Baleares	81,5%	1,6%	16,9%
Canarias	83,8%	2%	14,2%
Cantabria	91,1%	1,1%	7,9%
Castilla y León	90,3	1,8%	7,9%
Castilla-La Mancha	86,4%	3,2%	10,4%
Cataluña	85,3%	1,8%	12,9%
C. Valenciana	89,4%	1,4%	9,1%
Extremadura	92,8%	1,5%	5,8%
Galicia	93,3%	0,8%	5,9%
La Rioja	90%	1,8%	8,2%
Madrid	87,7%	1,9%	10,5%
Murcia	88,8%	2,3%	8,9%
Navarra	89,7%	1,1%	10,2%
País Vasco	89,9%	1,6%	8,5%
España total	88,7%	1,7%	9,6%

FUENTE: CUADRO DE MANDO RESUMEN DE DATOS DE VACUNACIÓN. GOBIERNO DE ESPAÑA

Siendo la estrategia de vacunación un éxito en España, es necesario seguir vigilantes, seguir mejorando la coordinación y la cobertura, y analizar las necesidades que se deben cubrir para no tensionar más el sistema y seguir estableciendo las prioridades de manera eficaz.

GRÁFICO 3.10. Porcentaje tasa de vacunación completa en diferentes países



FUENTE: [HTTPS://DATOSMACRO.EXPANSION.COM/OTROS/CORONAVIRUS-VACUNA](https://datosmacro.expansion.com/otros/coronavirus-vacuna)

20 https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/public-health/eu-vaccines-strategy_es#:~:text=El%2010%20de%20marzo%20de,a%20trav%C3%A9s%20de%20las%20fronteras.

21 https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/covid19/docs/COVID-19_Actualizacion9_Modificada_EstrategiaVacunacion.pdf

22 <https://www.newtral.es/antivacunas-covid-espana-farmacéuticas-ocultan/20210629/>

6.2. La Cooperación Española y la COVID-19

La pandemia es un problema global y en julio de 2020 se publicó la “Estrategia de respuesta conjunta de la Cooperación Española a la crisis de la COVID-19”²³, con la intención de generar un marco de actuación común ante las consecuencias de la pandemia y el papel que debía jugar el sector de la cooperación. Como se indicó el año pasado, nos pareció un documento interesante y que planteaba los principios que debían centrar la ayuda exterior española: enfoque de derechos, multilateralidad, una mayor apuesta por la salud en cooperación, refuerzo de sistemas públicos de salud, afrontar la escasez de personal sanitario y una AH multisectorial para hacer frente a la pandemia. Pero estos elementos no son específicos para esta pandemia y no deberían ser exclusivamente desarrollados para los años en los que la pandemia sea prioritaria, sino que es necesario que se contemplen como cambios estructurales que se mantengan en el tiempo. Para cubrir las necesidades de la Estrategia conjunta se aportaron un total de 202 millones de euros, de los cuales 43 millones se centraron en actuaciones estrictamente sanitarias, un 21,2% del total.

Algunos de estos elementos se han desarrollado más que otros en 2020, pero será en 2021 cuando se podrá analizar si realmente ha habido un cambio en la Cooperación Española. Hemos visto en apartados anteriores cómo el porcentaje de AOD para salud se ha multiplicado por 3 en 2020, pasando a un 7,5% del total de la AOD, algo que es positivo, pero aún muy lejos de lo esperado, que sería acercarnos a la media de los países europeos. Además, este crecimiento no se ha visto confirmado con un aumento de la AOD, lo que supone que ésta se ha redistribuido —o sea, que este incremento de salud proviene de otras partidas, especialmente de la partida de multilateral general, aunque la multilateral es-

pecífica de salud haya crecido enormemente—. El incremento que se espera en salud no puede venir de eliminar otras partidas de cooperación, sino de una mayor apuesta por la AOD.

En relación con la COVID-19, el CAD informó que España aumentó el 4% su cooperación con la UE a través del “Equipo Europa”, que pretende combinar recursos de la UE, sus Estados miembros e instituciones financieras para luchar contra la COVID-19 y mitigar sus efectos económicos y sociales. El informe del CAD también recoge un aumento del 19% en las contribuciones a las instituciones financieras de crédito y de un 9% a organismos de NN. UU. Por lo tanto, sí que se ve, al menos en el sector de la salud, como la apuesta multilateral es evidente, aunque veremos cuánto tiempo se mantiene.

Algo que asume esa estrategia es la necesidad de afrontar la escasez de personal sanitario en el mundo, pero es algo que no ha obtenido interés por parte de la Cooperación Española, como se constata en el 0,99% que supone este componente en el conjunto de la AOD sanitaria española de 2020.

Y sobre todo también hay que analizar las incoherencias de políticas respecto al acceso de la vacunación en el mundo. Por una parte, la apuesta por COVAX es positiva, pero sigue manteniendo esa idea de ayuda hacia aquellos países más vulnerables y no de cooperación, donde se compartan conocimientos y medios por igual, habiendo iniciativas previstas para ello. COVAX puede servir en un momento de emergencia, pero mientras se financiaba insuficientemente este instrumento, Europa —y, por lo tanto, España— hacia acopio de más vacunas de las que necesitaba, a través de mecanismos de negociación poco transparentes. El acaparamiento de vacunas es una de las razones por las que el acceso es tan limitado en muchos paí-

ses, incluso en algunos como Perú, que tiene la tasa de letalidad más alta por COVID-19 del mundo. El papel de la Cooperación Española en la gestión de esta pandemia es bipolar y debe afrontar esas contradicciones. Debemos analizar en próximos años los progresos y los cambios reales que esta cooperación experimenta para adaptarse a una realidad mundial en salud, que espera nuevas formas de hacer las cosas para afrontar los retos.

El resumen de este capítulo se puede sintetizar en una sensación ambivalente. Hay elementos para la esperanza de que se plasmen realmente los cambios necesarios para conseguir que la Cooperación Española apueste de verdad por la salud para que sea un derecho de todas las personas y para que reduzcamos la inequidad sangrante y evitable que existe en la salud de las personas de este planeta. En este sentido, el aumento del peso de la salud, el desarrollo de una estrategia de desarrollo sostenible o la posibilidad de tener una nueva ley de cooperación para 2022 son oportunidades de cambio. Pero la apuesta por la cooperación, y especialmente por la cooperación en salud, debe ser mucho mayor. Además, el vínculo entre salud y crisis climática, tanto en España como en el sector de la cooperación, debe abordarse de manera urgente, ya que es uno de los mayores retos a los que se enfrenta la humanidad. En estos momentos se necesita incorporar la innovación en las políticas mundiales de desarrollo y salud, para poder dar respuestas diferentes y equitativas a los problemas a los que nos enfrentamos en términos económicos, políticos y sociales, y España

debería estar en esas discusiones. Pero para ello necesita destinar más recursos humanos, materiales y técnicos.

En cuanto a la pandemia de la COVID-19, hay que destacar el buen comportamiento de la vacunación en España. Sin embargo, seguimos estando afectados por esta pandemia y no hay indicios de que vaya a haber cambios a corto plazo, lo que nos va a obligar a reflexionar sobre la forma que queremos elegir para convivir con la pandemia en el futuro. Se necesitan más recursos para poder hacer frente a los retos, no sólo sanitarios, sino sociales y económicos, de esta pandemia. Y debemos aprovechar esta situación para proponer cambios comunes para los dos ámbitos: la cooperación sanitaria y la salud en España. Unos cambios que permitan fortalecer los sistemas públicos de salud en todos sus niveles. Unos sistemas de salud más dinámicos, eficaces, equitativos y eficientes, donde la APS tenga la relevancia y los medios con los que necesita contar, no solamente como el primer nivel del sistema sanitario, sino como el punto de encuentro entre el sistema y la ciudadanía para encontrar soluciones más locales a las respuestas globales. La salud pública también debe ser reforzada y servir de nexo con el trabajo multisectorial basado en los principios de los ODS, donde al menos la salud, sus determinantes sociales y comerciales, junto a la ecología, estén presentes. Los retos son enormes, pero los beneficios serán mayores si realmente las personas, el planeta y el derecho a la salud se ponen en el centro de todas las políticas de desarrollo mundiales y locales.

23 http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/SalaDePrensa/Multimedia/Publicaciones/Documents/Estrategia_de_respuesta.pdf

POR UNA POLÍTICA DE ESTADO: BLINDEMOS EL 0,7% DE AOD EN LA NUEVA 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. En 2020 cumplen con el 0,7% Luxemburgo, Noruega, Suecia, Dinamarca, Alemania y Reino Unido que es el único país que lo hace por Ley.

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

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

En el año 2007, todos los grupos parlamentarios firmaron el Pacto de Estado contra la Pobreza, cuyo propósito era elevar la cooperación a política de Estado, dotándola de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo. Desde 2010 los recortes acumulados rondan el 60% y sitúan la AOD en 2020 en el 0,23%. 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 el 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 aprovechar la reforma del sistema de cooperación emprendida, y más concreto la elaboración de una nueva "Ley de cooperación al desarrollo sostenible y solidaridad global" para establecer un horizonte temporal que blinde el compromiso del 0,7%.

4

Acción humanitaria

- Las crisis humanitarias han seguido aumentando en complejidad y gravedad en las últimas décadas. Los conflictos siguen siendo el principal motor de las necesidades, mientras que las catástrofes naturales son cada vez más frecuentes. Al tiempo, la interacción entre ambos está acentuando las vulnerabilidades y desigualdades acrecentándose por la pandemia de la COVID-19.
- Las barreras administrativas, las leyes restrictivas y otros obstáculos limitan gravemente el espacio humanitario, afectando de manera negativa la capacidad de las organizaciones humanitarias para cumplir su mandato. A esto se suma una tendencia creciente por parte de los Estados a controlar el trabajo humanitario internacional dentro de sus fronteras, vulnerando en ocasiones los marcos jurídicos internacionales existentes, especialmente el Derecho Internacional Humanitario (DIH) y la resolución 2286 de protección del personal humanitario.
- Casi 440 millones de personas en el mundo necesitan ayuda y protección humanitaria. Mientras las necesidades aumentan, la financiación no lo hace. El llamamiento humanitario de las Naciones Unidas (NN. UU.) para 2020, que asciende a un récord sin precedentes de 38.540 millones de dólares, sólo ha sido financiado en un 49,7% (en 2019 giró en torno al 60%) con 19.154 millones de dólares. Ello incluye el Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19, que ha recibido 3.801 millones de dólares, el 40% de lo solicitado.
- La ayuda humanitaria internacional en su conjunto ascendió a 27.574 millones de dólares, es decir, 2.844 millones de dólares más respecto a 2019.
- En 2020, el total destinado por la Cooperación Española (Administración General del Estado —AGE—, Comunidades Autónomas —CC. AA.—, Entidades Locales —EE. LL.— y universidades) a acción humanitaria (AH) ha experimentado un aumento notable, pasando de los casi 62 millones de euros de 2019 a 96, un incremento de cerca de 34 millones.
- En porcentaje, se confirma la tendencia alcista de 2019, alcanzando el 3% del total de ayuda oficial al desarrollo (AOD) española, si bien una vez más la cifra queda muy lejos tanto del 11% de media del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) como de lo establecido por la Cooperación Española en la Estrategia de Acción Humanitaria, que pretende situarla en al menos el 10% en 2022.
- La AGE continúa siendo el principal financiador de AH, incrementando en 34.606.913 euros su contribución, pasando del 67% de los fondos de 2019 al 79% en 2020. Las CC. AA. vuelven a aumentar ligeramente su financiación en 873.616 euros, aunque disminuye en términos porcentuales. Las EE. LL. reducen su ayuda en 1.418.266 euros.
- Sectorialmente se prioriza la “Ayuda y servicios materiales de emergencia”, la “Coordinación de los servicios de protección de la ayuda” y los “Servicios básicos de salud en emergencias”, que suman 77.037.097 euros del total.
- El mayor porcentaje de ayuda humanitaria lo recibe América (29,68%), seguida de Oriente Medio (18,30%) y África (17,89%). Esto supone un cambio notable respecto a 2019, cuando Oriente Medio fue la región que más financiación recibió, el 29,85%. En todo caso, las grandes crisis de África y Oriente Medio siguen infrafinanciadas.

1 Introducción

Las crisis humanitarias han seguido aumentando en complejidad y gravedad en las últimas décadas. Los conflictos siguen siendo el principal motor de las necesidades humanitarias, mientras que las catástrofes naturales aumentan en intensidad y alcance exacerbadas por el cambio climático. Al tiempo, la interacción entre ambos está acentuando las vulnerabilidades y desigualdades existentes, acrecentándose por la pandemia mundial de la COVID-19 al aumentar de forma drástica el número de personas necesitadas por la interrupción de los programas de atención a algunas de las necesidades basales en las grandes crisis.

Conforme a datos facilitados por la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (OCHA, por sus siglas en inglés)¹, casi 440 millones de personas en todo el mundo necesitan ayuda y protección humanitaria, pero mientras las necesidades humanitarias mundiales aumentan, la financiación no lo hace.

De acuerdo al Financial Tracking Service del mismo organismo², el llamamiento humanitario de las NN. UU. para 2020, que asciende a 38.540 millones de dólares, un récord sin precedentes, sólo está financiado en un 49,7%, incluyendo el Plan de Respuesta Global para la COVID-19.

Por su parte, los conflictos y la violencia siguen obligando a las personas a huir de sus hogares. Tal y como apunta el Alto Comisionado de las NN. UU. para los Refugiados (ACNUR)³, a finales de 2020, 82,4 millones de personas se encontraban desplazadas a la fuerza en todo el mundo por dichos motivos. Además, el número

mundial de personas desplazadas internas ha vuelto a alcanzar un máximo histórico, con casi 50 millones. Más de dos tercios de las personas refugiadas del mundo procedían de sólo cinco países: Afganistán, Myanmar, Siria, Sudán del Sur y Venezuela, siendo Colombia, la República Democrática del Congo (RDC) y Siria los más afectados por desplazamientos internos relacionados con los conflictos. Sólo 3,4 millones de personas refugiadas y desplazadas internas pudieron regresar a su país de origen, lo que demuestra el carácter prolongado de la mayoría de los conflictos actuales.

En cuanto a la magnitud y gravedad de las crisis alimentarias, éstas empeoraron igualmente en 2020 pues los conflictos prolongados, las repercusiones económicas de la COVID-19 y los fenómenos meteorológicos extremos acentuaron las fragilidades preexistentes (Global Network Against Food Crises)⁴.

Al menos 155 millones de personas en 55 países/territorios experimentaron hambre aguda y requirieron asistencia urgente en materia de alimentos, nutrición y medios de vida, lo que supone un aumento de alrededor de 20 millones de personas desde 2019. De las 55 crisis alimentarias identificadas, 10 destacan por el número de personas que se encontraron en situación de crisis o peor (fase 3 o superior de la Clasificación Integrada de la Seguridad Alimentaria) o equivalente: 6 se encuentran en África (Etiopía, Norte de Nigeria, RDC, Sudán, Sudán del Sur y Zimbabue), 2 en Oriente Medio (Siria y Yemen), 1 en América (Haití) y 1 en Asia Meridional

(Afganistán). Por tercer año consecutivo, 3 países afectados por conflictos —Afganistán, RDC y Yemen— tuvieron la mayor población en situación de crisis (fase 3 o superior). Estos tres, más Siria, representaban casi el 40% de la población total en estas fases.

Por otra parte, en 23 países el conflicto ha sido el principal impulsor de las crisis alimentarias, donde casi 100 millones de personas se encontraban en situación de crisis o peor, o equivalente, frente a los 22 países/territorios y cerca de 77 millones de personas que se hallaban en dicha situación en 2019. Los datos de 2021 muestran un aumento en el número e intensidad de las situaciones de crisis alimentaria vinculadas a los conflictos, la pandemia de la COVID-19 y las crisis económicas, lo que requerirá asistencia humanitaria a gran escala.

En cuanto a la aplicación del DIH, las violaciones sistemáticas del mismo han ido en constante aumento, según OCHA⁵, provocando que la protección sea un reto primordial en los contextos humanitarios actuales, en particular en los conflictos armados en los que participan actores no estatales.

Dado lo anterior, el acceso y la protección de las personas más vulnerables siguen siendo un reto, habiendo aumentado el porcentaje de víctimas civiles en los conflictos, así como la inseguridad del personal humanitario. Si bien 2019 fue el año más violento registrado para el personal humanitario, lamentablemente 2020 sigue siendo igual de violento, con 475 personas víctimas de ataques, 108 fallecidas, 242 heridas y 125 secuestradas⁶.

En cuanto a la realidad a la que se enfrentan millones de personas en muchos países, de nuevo OCHA apunta datos de extrema gravedad⁷.

En el Sahel, los desplazamientos forzados alcanzan un nivel sin precedentes, con 5 millones de personas desarraigadas de sus hogares. Más de 14 millones de personas sufren inseguridad

alimentaria aguda, dos veces más que hace un año. Desde 2018, el número de personas desplazadas internas se ha multiplicado por veinte.

En particular, en el Sahel Central, Burkina Faso ha visto cómo el número de personas con inseguridad alimentaria casi se ha triplicado en el último año, pasando de 1,2 a 3,3 millones; Malí alcanzó los 1,3 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria entre junio y agosto, lo que supone un aumento de más del 200% en comparación con el mismo periodo de 2019; Níger casi duplicó en 2020 el número de personas desplazadas internas, llegando a 298.000, mientras unos 2 millones de personas pasaron a sufrir inseguridad alimentaria severa —un aumento de más del 65% en comparación con 2019—.

Mientras, en el Noreste de Nigeria la situación es aún más compleja, con 7,9 millones de personas necesitadas, incluyendo alrededor de 2,5 millones de desplazadas y 1,2 millones de personas inaccesibles para los actores humanitarios. En la República Centroafricana (RCA) más de la mitad de la población necesita ayuda humanitaria y la COVID-19 ha infligido un golpe devastador al sector económico de un país que ya ocupa el penúltimo lugar en el Índice de Desarrollo Humano (IDH). En Camerún, a principios de 2020 casi 4 millones de personas necesitaban ayuda humanitaria, pero esa cifra aumentó a más de 6 millones debido al impacto de la pandemia.

Al tiempo, en la RDC el número de personas con necesidades de protección y humanitarias aumentó de 15,6 millones a principios de 2020 a 19,6 millones a finales de año, el mayor número de personas con inseguridad alimentaria aguda del mundo, albergando a su vez la mayor población de desplazados internos de África, con 5,2 millones. Uganda, por su parte, sigue acogiendo al mayor número de personas refugiadas de África, con más de 1,4 millones procedentes en su mayoría de Sudán del Sur y la RDC.

1 Global Humanitarian Overview 2020. OCHA.

2 Appeals and response plans 2020 | Financial Tracking Service (unocha.org)

3 Global Trends. Forced Displacement in 2020. UNHCR.

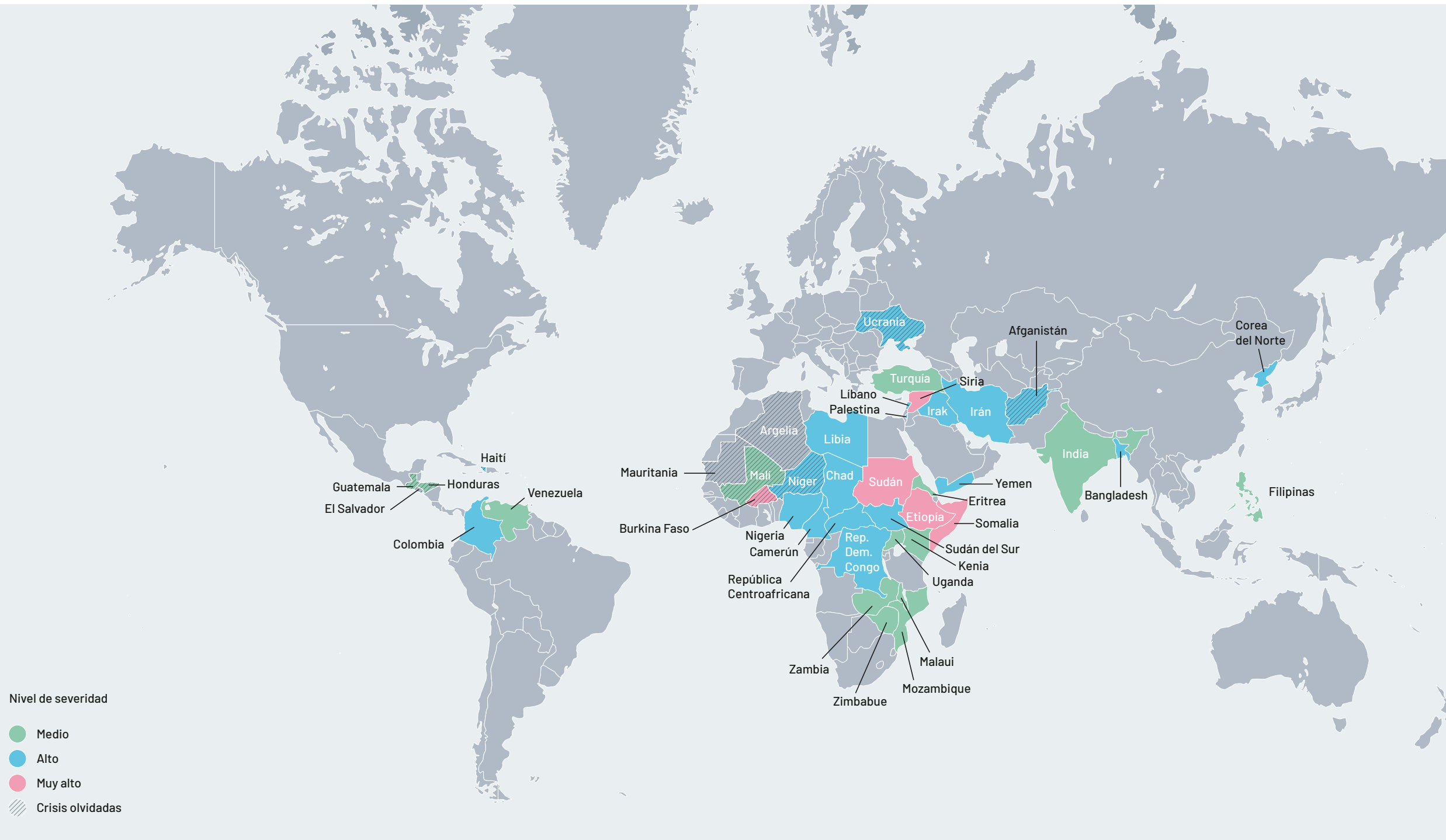
4 Global report on Food Crises 2021. In brief. Global Network Against Food Crises.

5 Global Humanitarian Overview 2021. OCHA.

6 Aid Worker Security Report. Figures at a glance. 2021. Aid Worker Security Database. Humanitarian Outcomes.

7 Global Humanitarian Overview 2021. OCHA. Annual Report 2020. OCHA.

GRÁFICO 4.1. Mapa de crisis humanitarias por nivel de severidad en 2020



FUENTE: DEVELOPMENT INITIATIVES, GLOBAL HUMANITARIAN ASSISTANCE REPORT 2021

Una triple amenaza ha golpeado en 2020 el Cuerno de África: la peor oleada de langostas del desierto en varias décadas, grandes inundaciones y el impacto de la COVID-19, provocando que unos 18 millones de personas necesiten ayuda humanitaria inmediata en la región. Así, en Etiopía el número de personas en situación de inseguridad alimentaria aumentó de 8,5 millones a principios de año a 15 millones, acogiendo actualmente a 7.630.000 personas refugiadas y con 2,2 millones de personas desplazadas internas, en parte debido al conflicto en la región de Tigray.

Europa, por su parte, ve cómo la situación en el Este de Ucrania sigue siendo extremadamente inestable al entrar en el séptimo año de conflicto, con 3,4 millones de personas en situación de vulnerabilidad necesitadas de ayuda humanitaria.

En cuanto a Oriente Medio, Siria y Yemen siguen siendo las crisis humanitarias más graves y a gran escala del mundo, con importantes implicaciones para los países vecinos. En el caso de Siria, más de 11,1 millones de personas siguen necesitando ayuda humanitaria y cuenta al menos con 6,7 millones de desplazadas internas. En el de Yemen, tras cinco años de guerra, el 80% de la población —es decir, 24,3 millones de personas— necesita algún tipo de asistencia y protección humanitaria.

Además, Líbano y Jordania acogen el mayor número de personas refugiadas per cápita de todo el mundo, mientras en Palestina, concretamente en Gaza, las restricciones israelíes a la entrada de bienes y personas, y los recurrentes estallidos de violencia, han aumentado la vulnerabilidad de la población, necesitando asistencia casi la mitad de la población. El conflicto de 2021 no ha hecho sino exacerbar la situación de Gaza.

En Extremo Oriente, Afganistán vio cómo las catástrofes naturales recurrentes, la pobreza crónica, la pandemia y los 40 años de guerra siguieron creando condiciones mortales para su población, identificándose inicialmente para 2020 un tercio más de personas en necesidad humanitaria directa que en 2019. Al tiempo, Pa-

kistán se enfrentó a una grave emergencia de malnutrición e inseguridad alimentaria debido a una prolongada sequía, agravada por la pandemia y una plaga de langostas, mientras Irán acoge hasta 4 millones de afganos y afganas. La toma del poder por parte de los talibanes en agosto de 2021 pone un interrogante difícil de resolver a corto plazo en la situación humanitaria del país. Un deterioro en la dramática situación previa tendría consecuencias fatales.

El conflicto en Myanmar continuó siendo un factor de desplazamiento y necesidad humanitaria, provocando que, desde agosto de 2017, tras la represión de su ejército contra la población rohinyá en el estado de Rakhine, más de 700.000 rohinyás huyeran a Bangladesh, que cuenta con el mayor asentamiento de personas refugiadas del mundo, Cox's Bazar. Filipinas, aunque es uno de los países con programas teóricos más destacados de reducción de riesgo en desastres, en la práctica sigue siendo uno de los países más propensos a los riesgos naturales, con 280.000 personas afectadas por el súper tifón Goni y el tifón Vamco.

Por último, en Latinoamérica, Colombia ha sufrido un resurgimiento de la violencia de los grupos armados contra la población civil, lo que ha provocado que siguieran aumentando los desplazamientos internos, afectando los desastres naturales al doble de personas que en 2019 y con una de cada dos personas sufriendo inseguridad alimentaria. En Haití, las tensiones sociopolíticas han sido recurrentes y la situación económica se ha visto deteriorada, agravada por la pandemia; 4,6 millones de haitianos y haitianas se enfrentaron a una crisis alimentaria aguda o a una emergencia alimentaria en 2020. La inestabilidad política y el terremoto de 2021 no han hecho sino agudizar la situación de crisis. Por su parte, en Venezuela, la compleja crisis del país sigue su curso agravando las necesidades de más de 7 millones de personas debido al impacto en servicios esenciales. De los aproximadamente 5,2 millones de personas refugiadas y migrantes de Venezuela desplazadas en el mundo, unos 4,3 millones están acogidas

en América Latina y el Caribe. En cuanto a América Central, tras los huracanes Eta e Iota, en noviembre de 2020, inundaciones devastadoras afectaron a amplias zonas; se estima que 9,2 millones de personas (entre ellas 3,5 millones de niños y niñas) se vieron afectadas.

Todo lo anterior continúa reflejando un panorama desolador, cuyas necesidades humanitarias no dejan de crecer y de ser cubiertas de forma parcial, viéndose agravadas por segundo año consecutivo por el impacto provocado por la COVID-19 en todo el mundo.

VEINTE AÑOS DE ACCIÓN HUMANITARIA EN DIEZ CLAVES⁸

Francisco Rey Marcos

Codirector del IECAH (Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria)

Como dice el tango, “veinte años no es nada” y puede que en ciertos ámbitos eso sea verdad. En el humanitario, sin embargo, las cosas cambian a tal velocidad que cualquier mirada retrospectiva a estos últimos veinte años, desde que se pusieran en marcha los informes sobre “La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria” de Médicos del Mundo y *medicumsundi*, nos permite ver que la necesaria capacidad de adaptación que ha tenido la acción humanitaria desde sus inicios se ha acelerado en estas dos décadas y que muchas de las cuestiones que dábamos por inmutables o, al menos, bastante estables, se han ido modificando de modo importante. Nuestro *Instituto* también conmemoró su vigésimo cumpleaños en el año 2020 y eso nos sirvió, como ahora para los colegas de las ONG del sector salud, para reflexionar sobre nuestra trayectoria, pero, sobre todo, para hacerlo sobre el sentido de nuestra acción en un mundo tan cambiante. Por ello, felicitando y alegrándonos por la permanencia de un proyecto como el del Informe, compartimos aquí algunas de esas reflexiones que miran sobre todo al futuro, pero atentos al retrovisor y a los aprendizajes de nuestra práctica y la del sector humanitario en general.

De una manera muy sintética resumimos aquí algunas de las claves de las transformaciones de

la acción humanitaria en estas dos décadas. Claves que se complementarán con las que sugieren el resto de los artículos.

1. **Las causas de las crisis y del sufrimiento humano han variado, pero las necesidades humanitarias siguen creciendo.** La pertinencia de la acción humanitaria en el cambiante escenario internacional está fuera de dudas. Todos los informes tanto de NN. UU. como de otros organismos muestran un crecimiento de los colectivos en riesgo y de la complejidad de las causas que generan este aumento de las necesidades. La pandemia generada por la COVID-19 ha venido a confirmarlo, dramáticamente. Los informes muestran también una brecha de respuesta a las crisis cada vez mayor.
2. **La convicción de que la ayuda basada en principios e independiente es fundamental ha ganado peso, aunque a veces no se plasma en la realidad sobre el terreno.** Claro que subsiste el debate en torno a la neutralidad o sobre la necesidad de ampliar la mirada en torno a los principios incluyendo otras visiones culturales. Pero no nos confundamos, si el humanitarismo no se basa en principios claros y en una visión de los seres

8 Para el Informe “La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria” 2021.

humanos como sujetos de derecho portadores de dignidad, dejará de tener sentido. Dejemos de usar mantras simplificadores como el de “salvar vidas” y fortalezcamos la propia idea de vida digna. De vida que valga la pena ser vivida.

3. **El deterioro de los marcos jurídicos de protección de derechos ha seguido creciendo.** Ya no solo se trata de violaciones graves del DIH por parte de grupos irregulares, sino de incumplimientos de los marcos jurídicos que rigen la AH (DIH, derecho internacional de los derechos humanos —DD. HH.—, derecho de las poblaciones refugiadas) por parte de los Estados. La mezquina actuación de la Unión Europea (UE) en materia de asilo y refugio ha sido una de las cuestiones más graves en materia humanitaria en este periodo.
4. En este escenario, se ha afianzado la urgencia de **dedicar más atención a las tareas de protección** y a la necesidad de complementar diversos modos de actuación: desde la diplomacia humanitaria, hasta la presión política, la incidencia o la denuncia. La recuperación de los aspectos testimoniales y críticos del humanitarismo se ha hecho evidente y deberá reforzarse en el futuro.
5. **El llamado “sistema humanitario” se ha reforzado, pero, al mismo tiempo, se ha hecho más complejo y burocrático.** La Reforma humanitaria de 2005, la Cumbre Humanitaria de 2016, entre otras iniciativas, han tenido impactos positivos como el Gran Pacto. Pero el liderazgo de ciertas visiones periclitadas de lo humanitario debería ser sustituido. Una simple pregunta capciosa: ¿por qué los vicesecretarios generales para asuntos humanitarios en NN. UU. deben ser siempre ciudadanos o ciudadanas británicos cuando el Reino Unido ha sido el país que más ha recortado sus fondos para estos temas con consecuencias dramáticas en ciertas crisis? No parece que los cambios en el sistema va-

yan a venir, como algunos están intentando, de los que han liderado y sesgado el sistema que ahora quieren reformar.

6. **El énfasis en la acción local, incluida la de los gobiernos y autoridades sub-estatales debe ampliarse.** Estamos convirtiendo la famosa “localización” en algo excesivamente retórico, cuando no usándolo con cierto oportunismo desde los países donantes de ayuda. Localizar debe suponer que “la respuesta sea tan local como sea posible, tan internacional como sea necesario”. Y eso supone no sólo transferir fondos, sino fortalecer y reconocer el rol protagonista de los actores locales. Otra pregunta capciosa: ¿está el sistema humanitario dispuesto a eso?
7. **Debemos establecer nuevas formas de trabajo en común con otros actores.** La solución para las crisis humanitarias no vendrá de los actores humanitarios. Vendrá, en el mejor de los casos, del trabajo mancomunado entre organismos de desarrollo, de construcción de la paz, de DD. HH., de organizaciones feministas, ambientales, etc. Debemos abrirnos a esas colaboraciones huyendo de recetas previas. Propuestas como el “triple nexo” deben ser abordadas con cautela para evitar instrumentalizaciones de lo humanitario con otros fines.
8. **La anticipación y la incorporación de enfoques preventivos, basados en el riesgo y de reducción del riesgo son cada vez más relevantes.** Rara es la crisis o el desastre que se presenta de modo súbito. Debemos mejorar los sistemas de alerta temprana y de preparación ante diversas amenazas rompiendo los esquemas basados sólo en la respuesta. Además, la respuesta mejora si es anticipada.
9. **Iniciativas de calidad y rendición de cuentas: algo más que una moda.** En estos veinte años se han consolidado lo que antes eran meras propuestas. La Norma Humanitaria Esencial (CHS) y el resto de los estándares relaciona-

dos (Esfera, INEE...) deben ser cada vez más referencias inexcusables en todo el sector.

10. **Flexibilidad, flexibilidad, flexibilidad.** Si algo han ido mostrando las crisis humanitarias en estos veinte años es la necesidad de analizarlas sin dogmatismos ni esquemas previos. Los principios, los marcos jurídicos, las normas de calidad... deben aplicarse contextualmente, adaptándose a cada realidad y evaluando sus resultados. Además, con esta apertura de mente, hemos ido incorporando otras dimensiones y enfoques a los que antes no prestábamos atención: por supuesto el enfoque de género y feminista, y otras interseccionalidades; la atención a cuestiones de

colonialismo en el trabajo humanitario y la perspectiva decolonial; la consideración más rigurosa de elementos ambientales y de lucha contra el cambio climático...

Suena algo cínico decirlo, pero todo parece indicar que la AH independiente va a seguir siendo necesaria en las próximas décadas. Algunas de las cuestiones que hemos citado, y otras que los colegas de Médicos del Mundo y medicusmundi abordan en el Informe, serán esenciales para que nuestro trabajo siga aportando “una cama por una noche”⁹ a las personas y colectivos que sufren a consecuencia de conflictos y desastres. Ese y no otro es el desafío. No nos confundamos.

2 La Acción Humanitaria en la Agenda Internacional

2.1. El impacto de la COVID-19 en contextos humanitarios

La COVID-19 ha añadido otra capa de vulnerabilidad al complejo panorama de muchos contextos humanitarios. El aumento de los precios de los alimentos, la caída de los ingresos, la disminución de las remesas, la interrupción de programas de vacunación y el cierre de escuelas, afectan más duramente a las personas más pobres y vulnerables —especialmente a las personas refugiadas y desplazadas internas— en los países en situación de mayor fragilidad.

Lo corrobora el estudio realizado por la ONG NRC —Norwegian Refugee Council¹⁰— en países afectados por conflictos. El mismo mostraba que el 70% de las personas encuestadas habían perdido una fuente de ingresos, no podía pagar el alquiler, había tenido que eliminar al menos una comida al día, tenía dificultades para enviar a sus hijos e hijas al colegio y había tenido que reducir el dinero que destinaba a gastos médicos.

9 Como titula su libro David Rieff “Una cama por una noche: El humanitarismo en crisis”, basado en un poema de Bertolt Brecht.

10 <https://www.nrc.no/resources/reports/downward-spiral-the-economic-impact-of-covid-19-on-refugees-and-displaced-people/>

La pandemia aumentó la inseguridad alimentaria en la que se encuentran muchas personas¹¹, especialmente en el continente africano, pero no solo. Según el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la pandemia podría provocar un aumento del 135% de la inseguridad alimentaria aguda en África Occidental y Central, mientras que en Etiopía se estima que se ha producido un aumento del 23% en el número de niños y niñas menores de 5 años y de madres embarazadas y lactantes que sufren malnutrición debido a la pandemia. En América Latina la situación también es preocupante, especialmente en Colombia, donde se prevé que diez millones de personas (el 95% migrantes de Venezuela) sufran inseguridad alimentaria como consecuencia de las restricciones relacionadas con la COVID-19; de éstas, tres millones necesitarán ayuda externa para cubrir sus necesidades.

La situación sanitaria también se ha visto agravada, especialmente en aquellos países con sistemas sanitarios frágiles y que sufren brotes epidémicos frecuentes, como la región del lago Chad, Uganda o la región de los Grandes Lagos. Además, la interrupción de servicios sanitarios esenciales, como las campañas de inmunización masiva o los programas de nutrición, tienen efectos devastadores para las personas más vulnerables.

Del mismo modo, la pandemia impactó de manera directa en el trabajo de las organizaciones humanitarias, especialmente durante los primeros meses. El informe realizado por la Universidad de NN. UU.¹² sobre la COVID-19 y el acceso humanitario analiza el impacto de ésta en el trabajo de las organizaciones humanitarias. Entre los retos a los que se han enfrentado las organizaciones destacan los siguientes:

- **Reducción del acceso a los países y dentro de los países**

Las restricciones de viajes, tanto a países como dentro de éstos, dificultó o imposibili-

tó la continuidad de programas y proyectos, lo que redujo aún más el acceso a las poblaciones vulnerables. Dichas restricciones y obstáculos afectaron tanto a las personas como a las mercancías.

En algunos casos, las restricciones parecían estar legítimamente vinculadas a intereses de seguridad y salud, mientras que, en otros, los gobiernos y los actores no estatales parecían estar instrumentalizando la pandemia para sus propios objetivos.

- **Programación crítica**

Dada la limitación de recursos y personal, muchas organizaciones reorganizaron su programación, limitando las actividades únicamente a las consideradas “esenciales”, “críticas” o “que salvan vidas”. Sin embargo, en algunos casos han sido los gobiernos los que han definido qué son actividades esenciales sin contar con la visión de la comunidad humanitaria, lo que puede impedir la realización de actividades consideradas como críticas por las organizaciones.

- **Prohibición de grandes reuniones**

La restricción del número de personas que podían congregarse en un sitio provocó el cierre de instalaciones sanitarias, la cancelación o aplazamiento de las campañas de salud pública y la reducción del número de personas a las que se podía llegar a través de las campañas de distribución de ayuda, agravando la vulnerabilidad de millones de personas.

- **Restricciones preventivas autoimpuestas por los actores humanitarios**

En todos los contextos, las organizaciones humanitarias tuvieron que equilibrar el deber de cuidado hacia su personal, el deseo de limitar su papel en la propagación del virus y su mandato de seguir prestando ayuda en un contexto de creciente necesidad. La mayoría

de los actores humanitarios incorporaron una dimensión “COVID-19” en sus operaciones, centrándose tanto en la protección del personal como en la protección y el acceso a las personas a las que se dirigen sus programas.

- **Exenciones humanitarias**

Las acciones de incidencia política de los actores humanitarios para asegurar el acceso humanitario consiguieron que, a partir de finales de agosto de 2020, muchos gobiernos relajaran las restricciones de acceso o adoptaran exenciones específicas, como

2.2. Grand Bargain 2.0

La primera Conferencia Mundial Humanitaria celebrada en 2016 en Estambul (Turquía), tuvo como uno de sus principales resultados el Grand Bargain (Gran Pacto), un acuerdo entre donantes, ONG y NN. UU. para hacer la ayuda humanitaria más eficaz y eficiente, y que debía sentar las bases para la reforma de su sistema de financiación.

5 años después de su puesta en marcha, se ha iniciado su proceso de revisión. El consenso general es que se ha avanzado poco en su puesta en marcha, por lo que es necesario darle un nuevo impulso.

El Grand Bargain¹³ fue concebido inicialmente como un acuerdo entre los 5 mayores donantes y las 6 mayores agencias de NN. UU. En la actualidad incluye a 63 signatarios (25 Estados miembros, 22 ONG, 12 agencias de las NN. UU., 2 movimientos de la Cruz Roja y 2 organizaciones intergubernamentales), que representan alrededor del 84% de todas las contribuciones humanitarias de los donantes realizadas en 2019 y el 69% de la ayuda recibida por las agencias.

¹³ <https://interagencystandingcommittee.org/grand-bargain>

¹⁴ Metcalfe-Hough, V., Fenton, W., Willitts-King, B. and Spencer, A. (2021). The Grand Bargain at five years: an independent review. HPG commissioned report. London: ODI (<https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-at-five-years-an-independent-review>).

exenciones para los vuelos humanitarios o para el movimiento dentro de los países.

Por último, la respuesta de los actores humanitarios a la pandemia ha acelerado el debate sobre la necesidad de poner en marcha un modelo en el que las organizaciones locales ganen en protagonismo. El compromiso de la primera Cumbre Mundial Humanitaria de 2016 de transferir el 25% de los recursos a las organizaciones locales sigue muy lejos de cumplirse, pero la pandemia ha puesto de relieve su importancia en cualquier respuesta humanitaria.

El seguimiento a sus progresos se recoge en un Informe Anual Independiente. Del mismo modo, los siguientes pasos se acuerdan en una reunión anual, que reúne a todos los firmantes del texto.

En 2021 el Informe Anual¹⁴ se ha centrado en analizar la trayectoria del acuerdo desde su establecimiento. En él se destacan como aspectos positivos los siguientes:

- Existencia de una membresía más inclusiva, habiendo pasado su número de firmantes de 34 en 2016 a 63 en 2020.
- Para 2020 el 100% de los firmantes ha informado de la integración de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres en sus actividades.
- Actualmente cuenta con un enfoque más estratégico, habiendo pasado de los 51 compromisos originales a 11 compromisos básicos y 2 prioridades facilitadoras.
- Un mayor número de firmantes asignó el 25% o más de sus fondos humanitarios a los intervinientes nacionales/locales de la forma

¹¹ <https://www.unocha.org/global-humanitarian-overview-2021>

¹² https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/UNU_COVIDandHumanitarianAccess_FINAL.pdf

más directa posible, habiendo pasado esta cifra de 5 en 2017 a 13 en 2020.

- En cuanto a la asistencia en efectivo, las 3 mayores agencias humanitarias de NN. UU. proporcionaron 3.040 millones de dólares de asistencia en efectivo y vales.
- Se ha desarrollado y puesto en marcha un marco preliminar de análisis de necesidades intersectorial e interinstitucional.
- Cada vez más firmantes de subvenciones utilizan informes armonizados —en particular, el modelo de informe 8+3—, habiendo pasado de 14 en 2019 a 28 en 2020.

Por el contrario, se identifican como lagunas clave:

- Una revolución de la participación.
- Reducir la duplicidad y los costes de gestión con la revisión funcional periódica.

En 2021, al entrar el Grand Bargain en su quinto año, los firmantes adoptaron una decisión sobre la evolución del proceso en el futuro. Antes de su reunión anual, aprobaron el marco y los anexos sugeridos para un Grand Bargain 2.0, mostrándose a continuación sus principales ejes.

OBJETIVO ESTRATÉGICO

Mejores resultados humanitarios para las poblaciones afectadas a través de la mejora de la eficiencia, la eficacia y la rendición de cuentas, en el espíritu del *quid pro quo* pertinente para todas las circunscripciones.

PRIORIDAD PROPICIADORA 1

Se alcanza una masa crítica de financiación de calidad, que permite una respuesta eficaz y eficiente, garantizando así la visibilidad y la rendición de cuentas.

PRIORIDAD PROPICIADORA 2

Se proporciona un mayor apoyo para el liderazgo, la ejecución y la capacidad de los equipos de respuesta locales y para la participación de las comunidades afectadas en la respuesta a las necesidades humanitarias.

PILARES DE RESULTADOS

Priorización y coordinación

Flexibilidad, transparencia y seguimiento

Rendición de cuentas e inclusión

Alianzas equitativas y basadas en principios

RESPUESTA DE LAS ONG AL GRAND BARGAIN 2.0

Desde su aprobación, el Grand Bargain ha desencadenado un importante debate sobre cuestiones relevantes y ha promovido algunas iniciativas exitosas, pero aún no ha aportado las reformas estructurales esperadas. Si bien existe un acuerdo para situar la localización, la revolución de la participación y la financiación de calidad en el centro de su versión 2.0, una de las ideas principales es la necesidad de alcanzar un mayor compromiso político y de elevar los debates y la toma de decisiones a un nivel más político y estratégico, así como la necesidad de mejorar la transparencia y la rendición de cuentas.

Para BOND —British Overseas NGOs for Development—¹⁵ su reencuadre en torno a la rendición de cuentas ante las comunidades es una mejora clave, así como la reducción ya mencionada de sus 51 compromisos originales a 11 básicos y 2 prioridades facilitadoras, lo que promete un trabajo más focalizado. Igualmente, la inclusión de las organizaciones locales en sus estructuras formales e informales desde el principio es un punto de partida crucial. En todo caso, lo que la iniciativa necesita de forma destacada es una visión clara, una declaración de propósito conjunto y una articulación de cómo sus actividades individuales conducirán a la reforma del sistema, algo mayor que la suma de sus partes. Sin una ambición de transformación, existe el riesgo de que el acuerdo siga resultando escalonado, técnico e inconexo.

Por su parte, ICVA —International Council of Voluntary Agencies—¹⁶ subraya que el objetivo de mejorar la eficacia de la financiación humanitaria no es beneficiar a los donantes y a sus socios, sino satisfacer mejor las necesidades de las personas en crisis, en beneficio de toda la humanidad. Para que el Grand Bargain sea eficaz, la

aplicación de los compromisos debe traducirse en un cambio real para los equipos que se encuentran en primera línea, contribuyendo una mayor participación de éstos a lo largo del proceso a una mayor apropiación y a una AH más inclusiva. Además, el sistema humanitario debe estructurarse de manera que garantice que los grupos de mujeres estén representados en el liderazgo, la planificación y la aplicación del Grand Bargain.

Por último, Voice —Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies—¹⁷ hace un llamamiento a la UE y a sus Estados miembros para que el Grand Bargain 2.0 sea un verdadero punto de inflexión en el sistema de ayuda humanitaria mediante la adopción de un conjunto de recomendaciones:

- **Armonización y simplificación:**
 - Estandarizar los requisitos de las propuestas y los informes de los donantes.
 - Aumentar la confianza cruzada en las evaluaciones y auditorías previas de los donantes.
- **Localización:**
 - Desarrollar una política de localización de la UE, que marque el camino a seguir por otros donantes en materia de desarrollo de capacidades y gestión de riesgos.
- **Financiación de calidad:**
 - Garantizar una financiación flexible, previsible y oportuna.
 - Pasar de la experimentación a la aplicación de cambios estructurales.

En definitiva, si bien se constatan desde su aprobación esfuerzos por alcanzar el fin último del acuerdo, éstos no dejan de carecer, en conjunto, de la voluntad política inequívoca —y necesaria— para impactar de forma efectiva en el sistema.

¹⁵ <https://www.bond.org.uk/>

¹⁶ <https://www.icvanetwork.org/>

¹⁷ <https://voiceeu.org/>

LOS ACTORES HUMANITARIOS SE ENFRENTAN DIARIAMENTE A LOS RETOS DE UNA REDUCCIÓN DEL ESPACIO HUMANITARIO

Léa Gauthier

Plaidoyer Humanitaire/ Humanitarian Advocacy Advisor
Médecins du Monde Francia

Las crisis afectan directamente a la salud de las personas. Provocan violaciones del derecho a la salud y perturbaciones en el acceso a la asistencia debido a la inseguridad, los combates, los ataques contra el personal, la destrucción de las infraestructuras médicas y los puestos de control que impiden acceder a tiempo a una asistencia de calidad. Además, a menudo conducen a un debilitamiento de los Estados y de los sistemas de salud pública, que ven cómo disminuye o se detiene la financiación de las estructuras sanitarias, se producen interrupciones en el abastecimiento, retrasos en el pago de los salarios del personal sanitario (o directamente se dejan de pagar), todo lo cual es sinónimo de una reducción de la calidad de la atención. Por último, más allá de provocar un aumento de la vulnerabilidad de las personas, especialmente de las que ya están marginadas por las sociedades y/o los sistemas sanitarios, las situaciones de crisis crean necesidades sanitarias específicas para las personas desplazadas o refugiadas, heridas, las mujeres, los niños y niñas, las personas con discapacidad y mayores.

Las crisis son hoy cada vez más complejas y duraderas. En 2020, más de 1.000 millones de personas (el 16% de la población mundial) vivían en países afectados por crisis¹⁸. Los conflictos y los desplazamientos forzados están en el origen de la mayoría de estas crisis, y se calcula que 215,6 millones de personas necesitaban ayuda humanitaria en 2020¹⁹.

Sin embargo, a medida que aumenta el número de personas que necesitan ayuda, el espacio humanitario se reduce cada vez más.

ESPACIO HUMANITARIO: UN CONCEPTO EN PELIGRO CON REPERCUSIONES REALES

El espacio humanitario es un concepto que simboliza el entorno en el que, como organización humanitaria no gubernamental, podemos trabajar. Se enmarca en el DIH y en los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia. Abarca varias cuestiones interrelacionadas vinculadas con el DIH, el acceso y la financiación de las crisis humanitarias.

En la actualidad, varias tendencias subyacentes contribuyen a restringir gravemente el espacio en el que se ejerce la acción humanitaria independiente e imparcial.

Violaciones del DIH e incumplimiento de los principios humanitarios

En primer lugar, el incumplimiento de los marcos jurídicos internacionales y las violaciones del DIH y del Derecho Internacional de los DD. HH. repercuten tanto en las poblaciones destinatarias de los proyectos de Médicos del Mundo como en la capacidad de la organización para prestarles servicios cuando los necesitan y de calidad. Estas violaciones —por ejemplo, los ataques a instalaciones médicas en Siria o Yemen—, afectan principalmente a civiles: hoy en día representan entre el 80% y el 90% de las víctimas de los conflictos en el mundo²⁰.

Acceso humanitario restringido

Por lo tanto, el acceso a las personas necesitadas se ve comprometido por una tendencia subyacente destinada a reforzar el control de los Estados sobre las operaciones de las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las ONG internacionales. Esto afecta tanto a la posibilidad de que Médicos del Mundo, como organización humanitaria no gubernamental, acceda a zonas y poblaciones necesitadas de asistencia, como a la posibilidad de que las poblaciones que viven en contextos de crisis accedan a una atención sanitaria de calidad cuando la necesitan.

Politización de la ayuda

Además, la politización de la financiación humanitaria y la infrafinanciación crónica de ciertas crisis olvidadas por la comunidad internacional están contribuyendo a reducir aún más la capacidad de los agentes humanitarios de actuar en las condiciones previstas por el DIH y de ayudar a quienes lo necesitan.

Entre estas cuestiones, algunas tienen un impacto más acuciante que otras.

UNA LEGISLACIÓN CADA VEZ MÁS COMPLEJA AFECTA A NUESTRA CAPACIDAD DE CUMPLIR NUESTRO MANDATO

El personal humanitario lleva años aplicando técnicas y tecnologías destinadas a reducir las dificultades logísticas y las barreras físicas para acceder a las zonas afectadas por las crisis; por ejemplo, en situaciones de inseguridad o de destrucción de las vías de acceso, se realizan vuelos para el personal humanitario. Las organizaciones francesas han puesto en común sus recursos para reforzar su capacidad de salvar la “última milla”²¹.

Sin embargo, hoy en día, las barreras administrativas, las leyes restrictivas, los obstáculos y el acoso son los problemas que más

afectan a nuestra capacidad para cumplir nuestro mandato.

La tendencia creciente de los Estados a controlar la actividad internacional dentro de sus fronteras, sin tener en cuenta los marcos jurídicos internacionales existentes y las obligaciones de los Estados en virtud del DIH, se plasma hoy en día en la aplicación de medidas antiterroristas y regímenes de sanciones, y su falta de adaptación a la AH.

Estas medidas y regímenes, así como las leyes nacionales resultantes, pueden llegar a considerar el trabajo humanitario como una forma de apoyo ilícito a las actividades terroristas, con el consiguiente riesgo de persecución de los miembros y el personal de las ONG. Denunciamos esta criminalización de la AH.

Nos preocupa especialmente que estas medidas y regímenes creen un sesgo de seguridad para las trabajadoras y trabajadores humanitarios sobre el terreno, al reducir la aceptabilidad y el acceso de las poblaciones a la ayuda, que puede percibirse como unilateral o no neutral. Las obligaciones de “escrutinio”²² e “investigación” de nuestro personal, socios y proveedores pueden reforzar esta percepción negativa. Por ello, nos negamos y nos negaremos siempre a “investigar” a las personas beneficiarias de nuestros programas.

Todas estas obligaciones representan una transferencia de riesgos de los Estados a los donantes y a las ONG. Por el contrario, abogamos por que el riesgo, que venimos analizando y gestionando desde hace años, se reparta entre las distintas partes interesadas. Por ello, pedimos que se tenga en cuenta la especificidad de la AH²³ y que los Estados integren las exenciones humanitarias en sus legislaciones nacionales. Sólo así se podrá preservar el espacio humanitario, un bien común de la humanidad.

18 Global Humanitarian Assistance Report 2020, capítulo 1: <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2020/people-and-crisis/>

19 Global Humanitarian Assistance Report 2020, capítulo 1: <https://devinit.org/resources/global-humanitarian-assistance-report-2020/people-and-crisis/>

20 <https://www.un.org/press/fr/2019/cs13822.doc.htm>

21 <https://www.allianceurgences.org/>

22 El escrutinio se refiere a la obligación de los agentes humanitarios y de solidaridad internacional de garantizar que ninguno de sus recursos se utilice en beneficio de una persona sujeta a una medida de congelación de activos, comparando su personal, socios y proveedores con las listas internacionales de lucha contra el terrorismo y de sanciones.

23 <https://pilac.law.harvard.edu/take-into-account-report-web-version>

2.3. Crisis olvidadas por la comunidad internacional: la urgente necesidad de memoria y responsabilidad

Las crisis olvidadas se definen como “situaciones que no reciben suficiente atención entre la comunidad internacional, en general, pero que deben mantenerse entre las prioridades de asistencia. Las personas afectadas por estas crisis humanitarias suelen estar entre las más vulnerables y no se las puede descuidar” (Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas, ECHO por sus siglas en inglés). Si bien la idea de que existen emergencias humanitarias olvidadas viene de antes, es desde 2004 que la Comisión Europea, a través de ECHO, ha realizado sucesivas rondas de evaluación de riesgos por países y de crisis humanitarias y desastres, desarrollando el Índice de Crisis Olvidadas (FCA por sus siglas en inglés), que se basa en 4 grupos de indicadores: **Índice de vulnerabilidad, Cobertura mediática, Ayuda pública (AOD) per cápita** y la **Evaluación cualitativa** de las unidades geográficas y expertos de la Dirección General de ECHO.

El **Índice de vulnerabilidad** se establece como parte de la medición INFORM²⁴, a través de 18 indicadores divididos en 2 componentes: la vulnerabilidad socio económica (8 indicadores) y los grupos vulnerables (10 indicadores, de los cuales 3 son específicos de salud: VIH/TBC/Malaria). Mortalidad materna se agregó recientemente a la medición INFORM, en un componente diferente al de vulnerabilidad.

La **Cobertura mediática** es analizada por el European Joint Research Centre²⁵ y consiste en una categorización por cuartiles de las crisis consideradas olvidadas tomando en cuenta su aparición en medios en relación con la aparición promedio del conjunto de países en prensa escrita, radio y televisión en 600 medios seleccionados.

La **Ayuda per cápita** se categoriza también a través de cuartiles a partir de la suma de la AOD

más la ayuda humanitaria en los últimos dos años disponibles.

Para la **Evaluación cualitativa**, ECHO realiza un análisis de diferentes aspectos de cada crisis mediante un cuestionario, que luego se coteja con los resultados de todos los indicadores.

El último análisis de riesgos por países de la Comisión Europea disponible fue realizado en abril de 2020. En él se identifican 17 crisis olvidadas en 4 continentes. El último análisis de las crisis olvidadas disponible fue realizado por ECHO en 2019²⁶.

Guatemala es el país con mayor puntuación entre las crisis olvidadas, a pesar del contexto de alta inseguridad alimentaria y violencia social, creciente criminalización para las ONG y recientemente, una situación sistemática de expulsiones de personas migrantes desde México, como resultado de las políticas antimigratorias de los Estados Unidos (EE. UU.). La situación de Guatemala, no obstante, no es exclusiva de este país, sino que se extiende a otros territorios de Mesoamérica, incluyendo a Honduras y el Salvador.

Los conflictos y violencia que se producen en la subregión del Sahel también se encuentran entre las crisis consideradas más olvidadas, siendo Burkina Faso, Malí, Mauritania y Níger territorios con una significativa actividad de grupos armados y foco de políticas antiterroristas cuyos impactos pueden resultar contraproducentes. A ello se suman procesos históricos de despojo y vulnerabilización, así como a la desatención por parte de los medios de comunicación y el escaso apoyo financiero internacional.

Tanto la subregión mesoamericana como la del Sahel tienen una alta importancia geoestratégica para el Norte Global, son foco de pugnas por el control de los recursos naturales y sufren drásticos efectos del calentamiento global.

Algunas crisis olvidadas son parte de un ciclo, en el que la situación estructural del país o territorio es invisibilizada o desatendida, por lo que se produce una acumulación de circunstancias críticas que sólo obtienen atención de la prensa y la opinión pública cuando ocurre alguna emergencia de extrema gravedad. Un país representativo de esta situación es Haití, que se mantenía como un territorio en crisis latente una década después del terremoto de 2010, que movilizó una ingente cantidad de apoyos internacionales. La crisis incluía una situación política insostenible de al menos 3 años de duración, que derivó en el lamentable asesinato del presidente Jovenel Moïse, en un contexto de absoluta violencia cotidiana, del que organizaciones haitianas y algunas ONG internacionales venían alertando sin obtener suficiente repercusión. Esta situación, sumada al terremoto de 2021, que ha ocasionado más de 2.200 muertes, colocó nuevamente a Haití en el foco mediático. No obstante, apenas una semana después, voces haitianas²⁷ ya denunciaban “la trampa del cansancio” por el desplazamiento que la situación en Haití estaba sufriendo como resultado del recrudecimiento del conflicto en Afganistán.

A su vez, Afganistán presentaba la paradoja de ser la crisis regional con el segundo índice de riesgo más alto del mundo y al mismo tiempo estar entre las crisis consideradas más olvidadas. Los acontecimientos de los últimos meses han cambiado esta situación. Sin embargo, estos momentos de gran atención internacional se mantienen sólo durante un tiempo, existiendo el riesgo de que la situación pierda interés una vez que los aspectos más inmediatos y superficiales de la crisis hayan empezado a abordarse o incluso antes. Mientras, otras dimensiones como el afianzamiento de los procesos necesarios para generar confianza y estabilidad democrática en el país, la consolidación del papel activo de la sociedad civil local —incluyendo a los grupos más postergados— y el fortalecimiento autónomo del Estado desde la lógica de respeto,

atención y protección de los derechos de las personas, no se mantienen como prioridad.

Las crisis olvidadas son resultado de la normalización del sufrimiento de poblaciones enteras, para quienes la protección de sus DD. HH. más básicos queda postergada ante otro tipo de intereses, generalmente geopolíticos y económicos. El caso de las personas refugiadas saharauis en Argelia es paradigmático. El Sáhara Occidental es un territorio que aún se encuentra en proceso de descolonización política, con acompañamiento de las NN. UU.²⁸. En los campamentos de refugiados de Tinduf, Argelia, viven hace más de 45 años más de 170.000 personas refugiadas. La pandemia conllevó la salida del personal expatriado de ayuda humanitaria, cuyo retorno paulatino se produjo después de más de un año, con graves consecuencias para el acceso a la necesaria ayuda durante la pandemia y para la disponibilidad de servicios básicos de salud, personal sanitario, medicamentos, entre otras necesidades básicas.

Por su parte, el conflicto en Ucrania es el único caso en que la crisis considerada olvidada se produce dentro del territorio europeo. Si bien los niveles de riesgo y vulnerabilidad son menores que en otras crisis olvidadas, la atención por parte de los medios y la ayuda internacional es sumamente escasa, por lo que la situación de conflicto armado se mantiene activa, con todos sus efectos en términos humanos y de falta de atención a los derechos más básicos, de manera prácticamente invisible.

En suma, la idea de las crisis humanitarias olvidadas por la comunidad internacional nos ayuda a mantener el foco en situaciones que, a pesar de su gravedad, permanecen fuera de la atención mediática y las prioridades de la cooperación internacional y ayuda humanitaria. Podríamos decir también que las crisis olvidadas representan “puntas del iceberg” de condiciones estructurales a las que es urgente responder de manera coherente y responsable, poniendo en el centro los DD. HH. de las personas directamente afectadas.

24 <https://drmkc.jrc.ec.europa.eu/inform-index/INFORM-Risk/Methodology>

25 https://ec.europa.eu/info/departments/joint-research-centre_en

26 https://ec.europa.eu/echo/sites/default/files/annex_4_fca_2019.pdf

27 «Évitons le piège de la lassitude! Ne laissez pas mourir Haïti!» (lemonde.fr)

28 <https://undocs.org/es/A/RES/75/106>

3 La Acción Humanitaria Internacional

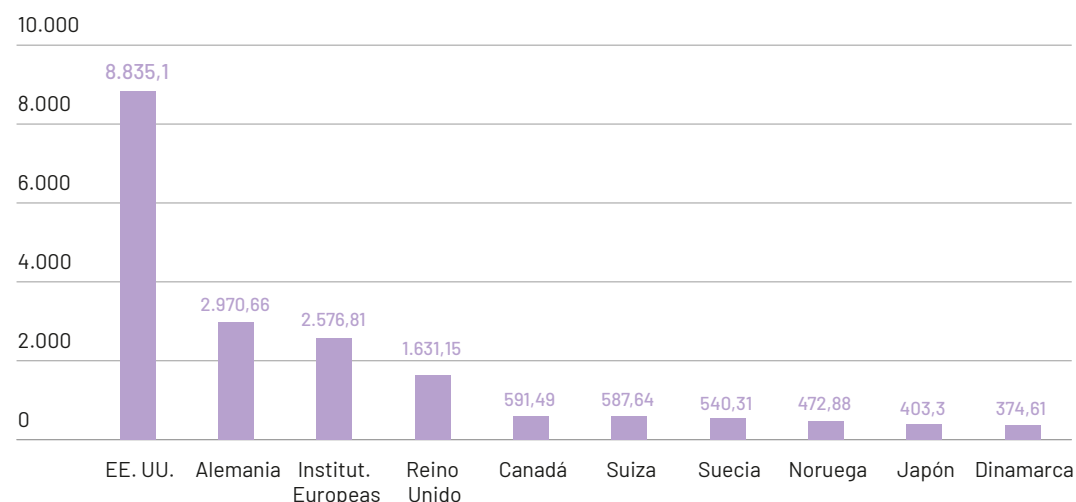
De acuerdo al sistema de seguimiento financiero (Financial Tracking Service, FTS, por sus siglas en inglés)²⁹ de OCHA³⁰, en 2020 la ayuda humanitaria internacional ascendió a 27.574 millones de dólares, es decir, 2.844 millones de dólares más respecto a 2019.

En cuanto a los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU., éstos han supuesto un total de 19.154 millones de dólares que, si bien encierra un nuevo aumento de 1.491 millones de dólares respecto al año anterior, supone una cobertura porcentual de las necesidades hu-

manitarias inferior, quedándose en un 49,70% cuando en 2019 giró en torno al 60%.

Respecto a los principales donantes del CAD, tal y como sucedió en 2019 encabezan la lista EE. UU., Alemania y Reino Unido, con el 54,1% del total, siendo de nuevo las Instituciones Europeas el tercer donante por volumen. De ellos han aumentado su financiación total, con relación a 2019, EE. UU. (1.798 millones de dólares), Alemania (518) y las Instituciones Europeas (447). En el caso del Reino Unido, su cobertura ha descendido 292 millones de dólares.

GRÁFICO 4.2. Principales donantes del CAD en 2020³¹ (en millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE LA OCDE/CAD (DATOS PRELIMINARES)

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

30 Esta cifra incluye tanto los fondos asignados a OCHA, la agencia de NN. UU. que coordina una parte importante de la ayuda humanitaria internacional, como aquellos gestionados directamente por donantes y ONG. Quedan fuera de este cómputo los fondos gestionados por algunos donantes, así como por algunas ONG, como Médicos sin Fronteras, y parte de la financiación del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

31 Datos preliminares 2020 reportados al CAD de la OCDE, que recogen las aportaciones tanto de los países miembros del CAD como de algunos países no miembros.

De los países no miembros del CAD que más aportan a AH, aunque acusan un importante descenso en su financiación con respecto a 2019, destacan Arabia Saudí, con 661 millones de dólares (lo que supone 639 menos que en 2019), Emiratos Árabes Unidos, con 399 (es decir, con 201 millones menos), y muy por detrás Kuwait, con 142.

Al analizar los porcentajes destinados a AH correspondientes a los totales de AOD se observa que EE. UU. continuaría a la cabeza al destinar el 25%, seguido en este caso por Suiza con el 17%, Dinamarca con el 14% y, en cuarto lugar, las Instituciones Europeas con el 13%.

La canalización de fondos, por su parte, refleja en parte patrones previos. Así, las agencias humanitarias de NN. UU. encabezan la misma (con 17.803 millones de dólares), seguidas por ONG (con 6.078) y el sistema de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Comité Internacional de la Cruz Roja, CICR, con 2.018), con aumentos en todos los casos respecto al año anterior. Sin embargo, se constatan diferencias respecto a 2019 con relación a la canalización a través de actores locales. En concreto, la financiación a gobiernos ha pasado de los apenas 300 millones de dólares del año pasado a los 623 de 2020. Además, se constatan cambios respecto a 2019 en las vías de canalización restantes, pasando en el caso de los organismos intergubernamentales de los 126 millones de dólares del pasado año a los 84 de 2020; en el de las instituciones financieras, de 34 a 88; y en el de las organizaciones privadas, de 153 a 175.

Tal y como señala el informe independiente sobre el Grand Bargain (acuerdo entre los principales donantes y proveedores de ayuda humanitaria, que tiene por objetivo mejorar la eficacia de dicha ayuda)³², informe centrado este 2021 en analizar la trayectoria de dicho acuerdo desde su establecimiento hace 5 años, en 2020 siguen siendo pocas las organizaciones y paí-

ses firmantes que alcanzan el compromiso de destinar al menos el 25% de la financiación humanitaria a entidades locales y nacionales.

TABLA 4.1. Canalización de la financiación internacional en 2020

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Agencias de NN. UU.	17.803
ONG	6.078
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	2.018
Gobierno	623
Organismos intergubernamentales	84
Instituciones financieras	88
Organizaciones privadas	175

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

En cuanto al volumen y porcentaje de los fondos humanitarios globales proporcionados lo más directamente posible a actores locales y nacionales, según datos del FTS en 2020 el volumen ascendió a 1.300 millones de dólares (315 millones más que el año pasado), que representa el 4,7% del total de fondos (superior al 3,8% de 2019), porcentaje muy alejado en todo caso del 25% señalado.

Por su parte, se confirma la tendencia descendente iniciada en 2017 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. En concreto, se ha pasado de los 10.243 millones de dólares de 2019 a los 8.980 millones de 2020. Si bien este gasto se sitúa nuevamente por debajo de la financiación que los propios países donantes del CAD destinan a AH —y que en 2020 se estima en 17.997 millones de dólares—, no deja de suponer en torno al 50% de dicho total, lo que debería seguir siendo motivo de reflexión.

32 Metcalfe-Hough, V., Fenton, W., Willitts-King, B. and Spencer, A. (2021) The Grand Bargain at five years: an independent review. Executive summary. HPG commissioned report. London: ODI (<https://odi.org/en/publications/the-grand-bargain-at-five-years-an-independent-review>).

4 La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas

OCHA gestiona la financiación recibida a través de los fondos coordinados, que sirven para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta³³ y los Fondos Comunes que gestiona directamente dicho organismo. Las agencias de cooperación de los países donantes son, por su parte, los principales financiadores de los llamamientos globales de NN. UU.

En relación al año anterior, el importe total ha aumentado en 1.826 millones de dólares, siendo en 2020 de 20.812 millones de dólares. En cuanto a sus porcentajes, se han mantenido de forma aproximada a las cifras de 2019.

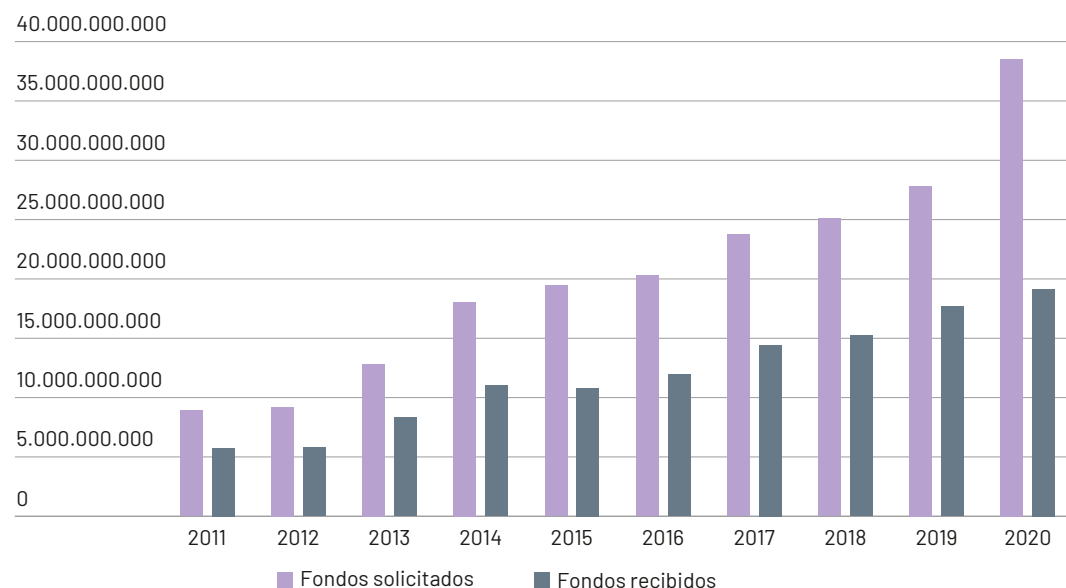
TABLA 4.2. Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU., 2020

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	Porcentaje del total
Planes Estratégicos de Respuesta	19.154	92%
Fondos Comunes	1.658	8%
TOTAL	20.812	100%

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Los fondos coordinados de NN. UU. permiten asegurar que los Planes Estratégicos de Respuesta de sus diferentes agencias humanitarias sean financiados de forma predecible y en tiempo.

GRÁFICO 4.3. Financiación llamamientos de NN. UU. 2011-2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

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

En 2020 el llamamiento para los Fondos Coordinados de NN. UU. realizado por OCHA para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta fue de 38.536 millones de dólares, de los que se recibieron 19.154. Ello supone un aumento de 1.491 respecto a 2019. Sin embargo, en año se llegó a una cobertura del 63% de los fondos solicitados, mientras que en 2020 dicha cobertura no llega al 50% (49,70%). Por tanto, el pequeño aumento porcentual constatado en 2019 respecto al año anterior no ha supuesto finalmente el cambio de tendencia esperado en 2020.

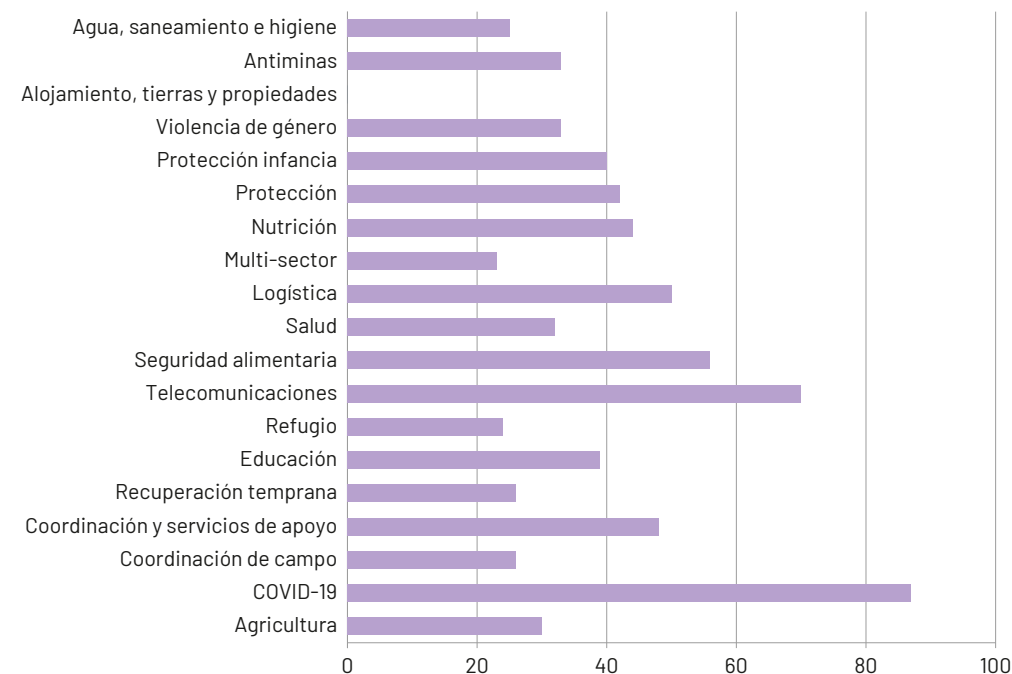
Respecto al porcentaje de financiación por sectores, salud vuelve a recibir menos del 40% de los fondos solicitados; en concreto, el 32%. En 2020, el sector que más fondos ha recibido porcentualmente ha sido el de COVID-19 (87%), seguido por el de telecomunicaciones (70%) y seguridad alimentaria (56%). Otros sectores directamente relacionados con salud han recibido

los porcentajes siguientes: nutrición (44%), protección (42%) y agua, saneamiento e higiene (25%).

Si, por el contrario, se analiza el volumen recibido para cada sector, los que más han recibido han sido seguridad alimentaria (4.938 millones de dólares), salud (1.416 millones de dólares) y nutrición (838 millones de dólares). En todo caso, debe observarse que la suma de importes sin especificar y multisector —es decir, aquellos desembolsados, pero aún no asignados—, asciende a 5.395 millones de dólares, cifra superior al sector que más importe ha recibido. Por tanto, el destino final de dichos fondos puede modificar tanto los porcentajes como los totales asignados a cada sector, distorsionando con ello las cifras apuntadas.

Los fondos recibidos se canalizaron a través de 60 llamamientos (24 más que en 2019), 25 nacionales y 7 regionales. En el total de dichos llamamientos se encontraría además en 2020 una

GRÁFICO 4.4. Porcentaje de financiación por sectores en 2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

TABLA 4.3. Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2020

País receptor	Total en millones de dólares
Plan Refugiados de Siria	2.331
Siria	2.232
Yemen	1.998
Sudán del Sur	1.210
Sudán	860
RDC	827
Somalia	797
Etiopía	731
Plan Refugiados y Migrantes de Venezuela	656
Nigeria	628

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

categoría general, que incluiría sobre todo planes nacionales de respuesta intersectorial COVID-19, así como otra categoría para llamamientos urgentes. También en relación con la lucha frente a la pandemia provocada por el coronavirus, debe destacarse el Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 (que recibió 3.801 millones de dólares, es decir el 40% de lo solicitado).

Por su parte, los Planes Estratégicos de Respuesta Humanitaria se concentraron en 2020 de forma parecida a años anteriores en los siguientes países: Siria, Yemen, Sudán del Sur, Sudán, RDC, Somalia, Etiopía y Nigeria, junto al Plan de Respuesta para Refugiados y Migrantes de Venezuela 2020.

Comparando los importes recogidos en la tabla 4.3. con los de 2019, se aprecian aumentos en los casos de Siria (112 millones de dólares), Sudán del Sur (63 millones), Sudán (258 millones), RDC (114 millones) y Etiopía (90 millones), mientras que descenderían para Yemen (1.648 millones de dólares) y Somalia (95 millones).

TABLA 4.4. Financiación recibida para los fondos comunes gestionados por OCHA (en millones de dólares)

Ayuda humanitaria	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF)	480	491	463	478	442	424	503	545	889
Fondos Comunes a Nivel País (CBPF)	441	373	427	549	694	673	780	916	769
Total Fondos Comunes de NN. UU.	922	864	890	1.027	1.136	1.097	1.281	1.461	1.658

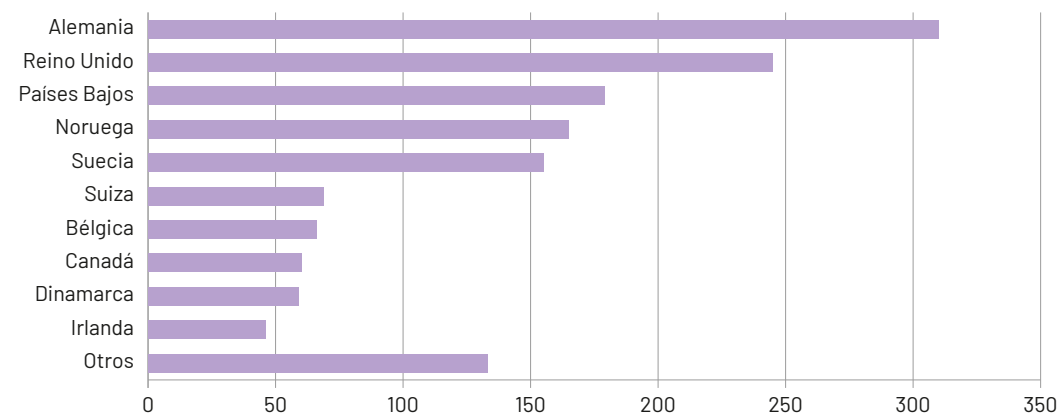
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Al comparar, por su parte, los fondos solicitados y los recibidos del conjunto de llamamientos, los llamamientos nacionales cuya cobertura fue menor en 2020 fueron los de Colombia (15,30%), Venezuela (23,10%), Zimbabue (26%) y Haití (33%). Por el contrario, los que recibieron más fondos fueron los de Libia (96,50%), Irak (92,10%), Somalia (78,90%) y Níger (73%). Por otro lado, preocupan por su baja cobertura los llamamientos regionales del Plan de Respuesta a los Refugiados de la RDC (6,90%), del Plan de Respuesta a los Refugiados de Sudán del Sur (10,10%) y del Plan de Respuesta a los Refugiados de Burundi 2020 (17,50%).

En 2020, los Fondos Comunes gestionados por OCHA (que alimentan el Fondo Central de Respuesta a Emergencias —CERF, por sus siglas en inglés— y los Fondos Comunes a Nivel País —CBPF, en sus siglas en inglés—) han recibido 1.658 millones de dólares, es decir, un aumento de 197 millones respecto a 2019, similar al experimentado dicho año respecto a 2018. Y si bien en 2019 el incremento se produjo sobre todo en los Fondos Comunes a Nivel País, en 2020 éstos han descendido, aumentando por el contrario en 344 millones de dólares el Fondo Central de Respuesta a Emergencias.

Ambos fondos resultan claves al permitir atender crisis que, si bien son importantes, no resultan prioritarias para los donantes. Además, los Fondos Comunes a Nivel País son de los pocos que canalizan una parte importante de los mismos a través de agentes nacionales y locales. Lamentablemente, la falta de una visión más estratégica impide responder de la forma debida ante emergencias que, a medio plazo, pueden resultar en crisis más graves.

GRÁFICO 4.5. Principales donantes de fondos comunes (en millones de dólares) 2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

De nuevo, son países de la UE los principales contribuyentes a los Fondos Comunes, encabezados por Alemania, Reino Unido, Países Bajos, Noruega y Suecia.

Además, EE. UU. no figura entre los 10 primeros donantes de estos fondos, a pesar de ser el primer donante de ayuda humanitaria en volumen.

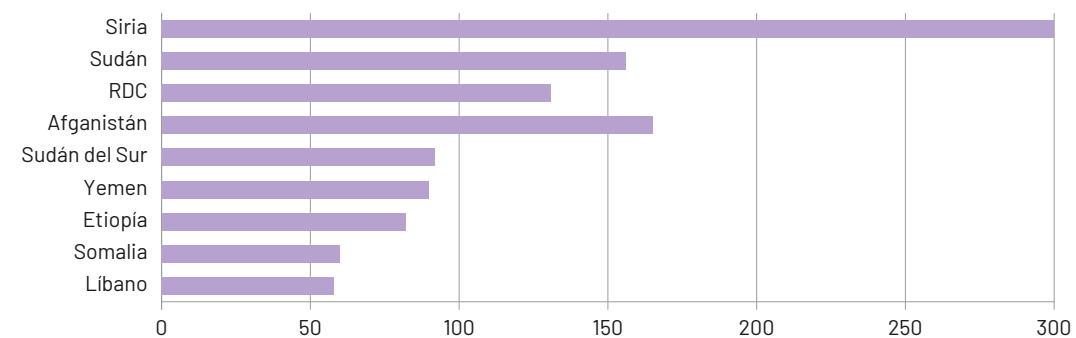
Respecto a la distribución geográfica de los Fondos Comunes, figuran como principales receptores los siguientes países: Siria, Sudán, RDC, Afganistán, Sudán del Sur, Yemen, Etiopía, Somalia y Líbano.

De ellos, todos, a excepción del Líbano, se encuentran desde hace 7 años entre los principales receptores. A ello se añade que tanto

Sudán como la RDC y Somalia llevan 19 años recibiendo asistencia humanitaria. Las crisis complejas que sufren todos ellos son fruto de la suma de diversos factores, entre los que destacan la pobreza extrema, las crisis políticas, los conflictos y los fenómenos climáticos extremos, y por ello, es probable que sigan requiriendo dicha asistencia los próximos años.

Conforme a lo anterior, sería deseable un mayor compromiso por parte de los donantes con el Grand Bargain, de forma que se aumentara la financiación destinada a los Fondos Comunes al ser, tal y como se ha apuntado, una herramienta clave de apoyo a actores locales y nacionales. Los avances producidos en este sentido en 2020 siguen siendo insuficientes.

GRÁFICO 4.6. Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

5 La Acción Humanitaria en España

5.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2020

En 2020 el total de la AH de la Cooperación Española (AGE, CC. AA., EE. LL. y universidades) ha experimentado un aumento notable, pasando de los casi 62 millones de euros de 2019 a 96, lo que supone un incremento de cerca de 34 millones. Tal y como muestra el gráfico 4.8, es el aumento más destacado desde 2013, pero sigue quedando muy lejano de las cifras aportadas hace una década.

En porcentaje, se confirma la tendencia alcista, alcanzando el 3% del total de AOD española destinada a AH, si bien una vez más dicha cifra queda muy lejos tanto del 11% de media del CAD como de lo establecido por la Cooperación Española en su Estrategia de Acción Humanitaria, que pretende situarla en al menos el 10% en 2022.

GRÁFICO 4.7. Evolución de la AOD española destinada a AH



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

5.2. Canalización de los fondos

En 2020 se han canalizado 52.934.741 de euros por vía bilateral y 43.107.737 de euros por la multilateral, aumentando el importe destinado a cada vía respecto al año anterior y confirmando por cuarto año consecutivo una mayor dotación a través de la primera.

Lamentablemente, continúan sin canalizarse fondos por la vía multilateral obviando de este modo tanto la importancia de esta financiación subrayada por NN. UU. como, de nuevo, la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española, que defiende la recuperación de esta vía.

5.2.1. LA ACCIÓN HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos canalizados por vía bilateral han aumentado en 15.562.383 euros respecto a 2019, alcanzando en 2020 un total de 52.934.741 euros. En términos porcentuales, se mantiene en el 60% de la AOD destinada a AH. De nuevo la principal vía de canalización de fondos son las ONGD españolas con el 52,25%; las ONGD internacionales continúan consolidando el aumento de su financiación, alcanzando el 31,68%. El tercer importe más relevante lo canalizan entidades públicas de España, con un 10,84%.

TABLA 4.5. AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2019 y 2020

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2019		2020	
Entidades públicas del país donante	1.530.091	4,09%	5.738.145	10,84%
Entidades públicas de otro país donante (cooperación delegada)	24.994	0,07%		
Entidades públicas del país socio			152295	0,29%
ONGD internacionales	9.953.512	26,63%	16.769.976	31,68%
ONGD del país donante	18.762.338	50,20%	27.657.170	52,25%
ONGD del país socio	2.635.000	7,05%	2.355.606	4,45%
Otras ENL del país donante	103.207	0,28%	171.504	0,32%
Otras ENL del país socio				
Universidades públicas del país donante	4.427	0,01%	4.151	0,01%
Partenariados público-privados			63000	0,12%
Redes				
Otras entidades	4.352.073	11,65%	22.894	0,04%
Entidades con ánimo de lucro en el país socio	6.716	0,02%		
Entidades con ánimo de lucro en el país donante				
TOTAL	37.372.358		52.934.741	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

Respecto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, al contrario de lo que sucedió en 2019, han descendido los fondos canalizados a través de ONGD nacionales, pasando de 2,6 millones en 2019 a 2,3 millones en 2020, quedándose en el 4,45% de la financiación bilateral cuando en 2019 supuso el 7%. Por otra parte, si bien se recupera cierta canalización a través de entidades públicas del país socio, ésta no deja de ser testimonial, con 152.295 euros (0,29% de la financiación bilateral). Lo anterior nos aleja más del compromiso adquirido inicialmente en el Grand Bargain de asignar al menos el 25% de la financiación directa a actores locales y nacionales antes de 2020, así como del recogido en la Estrategia de Acción Humanitaria citada por destinar un porcentaje creciente de la AH a actores locales.

5.2.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTIBILATERAL

En el caso de la vía multilateral, los 43.107.737 euros canalizados por esta vía en 2020 suponen un aumento de 18.493.643 euros respecto a 2019, aunque, de nuevo se mantiene el porcentaje en el 40%.

5.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria

Geográficamente el mayor porcentaje de ayuda humanitaria lo recibe la región de América del Sur (19,37%), seguido de cerca por Oriente Medio (18,30%) y África Subsahariana (12,17%). Sin embargo, agrupando de forma más amplia todas las regiones, los porcentajes sitúan en esta ocasión a América en primer lugar (29,68%), manteniendo a Oriente Medio en segundo con el porcentaje señalado, seguida de África (17,89%). Esto supone un cambio notable respecto a 2019, cuando Oriente Medio fue la región que más financiación recibió, con el 29,85%. Preocupa que, de nuevo, la región con mayores necesidades humanitarias, África Subsahariana, sigue estando a la cola en términos de financiación.

Una cuestión que no ha cambiado es el alto porcentaje destinado a países en vías de desarrollo no especificados que en 2019 alcanzó el 31,96% (con 19.813.857 euros), mientras que en 2020 supone el 32,38% (con 31.094.741 euros, total notablemente superior). Un año más, esta falta de desagregación de una parte importante de los fondos, en concreto algo más de un tercio de

TABLA 4.6. AOD española destinada a AH por regiones

Región	2020	%
África del Norte	5.317.781	5,54
África Subsahariana	11.685.655	12,17
África, no especificado	174.700	0,18
América Central y Caribe	6.179.696	6,43
América Latina, no especificado	3.730.000	3,88
América del Sur	18.604.898	19,37
Asia, no especificado		
Asia Central	3.000	0,00
Asia del Sur	669.978	0,70
Asia Oriental	595.569	0,62
Europa	412.700	0,43
Oceanía		
Oriente Medio	17.573.760	18,30
PVD, no especificado	31.094.741	32,38
TOTAL	96.042.478	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

los mismos, impide hacer un análisis adecuado de la distribución geográfica de la financiación.

En cuanto a los principales receptores, figura en primer lugar Palestina (con 6.237.470 euros), seguida de Venezuela (con 6.127.539) y Siria (con 5.695.475). Tanto Palestina como Siria ven aumentada la ayuda respecto al pasado año, si bien el mayor incremento lo experimenta Venezuela (que en 2019 recibió 1.642.619 euros).

Los otros receptores destacados en América son Colombia (que también ve muy incrementada la ayuda, habiendo pasado de 1.517.619 euros en 2019 a los 5.292.796 de 2020), junto a Perú y Ecuador (que no figuraban el pasado año como algunos de los principales receptores).

TABLA 4.7. Principales receptores de AH española en 2020

Países	2020
Palestina	6.237.470
Venezuela	6.127.539
Siria	5.695.475
Colombia	5.292.796
Pob. Saharaui	5.058.698
Perú	4.066.397
Líbano	3.431.513
Níger	3.086.192
Mali	2.472.023
Ecuador	2.463.666

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

Oriente Medio, por su parte, aparece igualmente representado por Líbano, que ve reducida la ayuda en 461.822 euros.

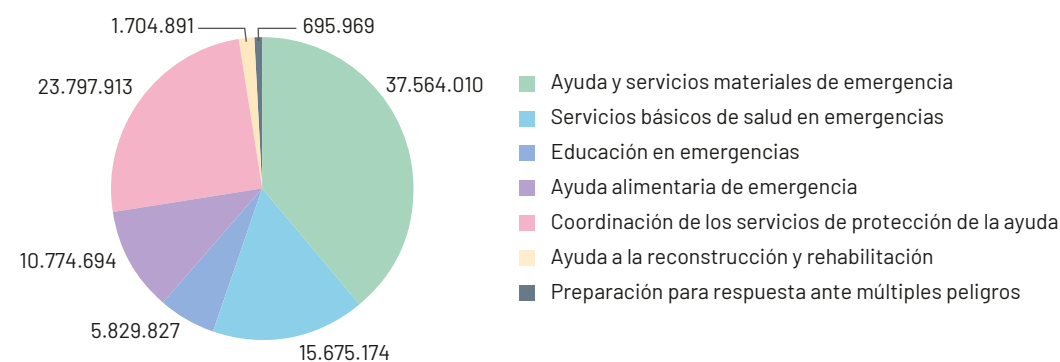
Por último, en el caso de África reciben ayuda destacada la población saharauí, Níger y Malí, viendo los tres aumentada la misma respecto a 2019, si bien con diferente alcance y destacando Níger, con 1.396.604 euros más en 2020. Una vez más, son los países africanos los que, a pesar de padecer las mayores necesidades humanitarias, no figuran entre los principales receptores de ayuda.

5.4. La Acción Humanitaria por sectores

La distribución sectorial de la ayuda ha priorizado en esta ocasión la “Ayuda y servicios materiales de emergencia”, la “Coordinación de los servicios de protección de la ayuda” y los “Servicios básicos de salud en emergencias”, que suman 77.037.097 euros del total, que asciende a 96.042.478 euros.

Lo anterior supone respecto a 2019 un cambio en el orden de prioridad de los dos primeros, además de haber sustituido la “Ayuda alimentaria de emergencia” por los “Servicios básicos de salud en emergencias” como tercer sector beneficiado.

GRÁFICO 4.8. Asignación de fondos por sectores CRS 2020



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

5.5. La Acción Humanitaria por agentes

La AGE continúa siendo el principal financiador de AH, habiendo aumentado en 34.606.913 euros su contribución y pasando con ello del 67% de los fondos de 2019 al 79% en 2020. Como viene siendo habitual, el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación aporta la casi totalidad de los fondos, 74.340.956 euros.

En el caso de los demás agentes —CC. AA., EE. LL. y Universidades—, las primeras vuelven a aumentar ligeramente su financiación en 873.616 euros (si bien al incrementar la AGE la ayuda, existe un descenso en porcentaje respecto a 2019, pasando del 24% al 16%), mientras que las segundas reducen algo su ayuda en 1.418.266 euros (que supone una reducción del

9% al 5% en comparación con el año anterior). Las universidades, por su parte, descienden aún más su dotación, pasando de los 10.388 a los 4.151 euros.

TABLA 4.8. AOD española para AH por agentes en 2020

Agentes	Total	%
AGE	76.031.314	79
CC. AA.	15.672.263	16
EE. LL.	4.334.750	5
Universidades	4.151	0
TOTAL	96.042.478	

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

5.6. La Acción Humanitaria descentralizada

En términos globales, la AOD destinada a la AH representa el 6,75% del total de la AOD descentralizada, lo que supone un ligero ascenso con respecto a 2019, cuando supuso el 6%.

Los importes destinados a AH por la cooperación descentralizada (CC. AA., EE. LL. y universidades) han pasado de los 20.562.051 euros de 2019 a los 20.011.164 de 2020, lo que implica un descenso de 550.887 euros.

Dicho descenso es sobre todo resultado, como ya se ha apuntado, de un ligero aumento de la financiación por parte de las CC. AA. y de un ligero descenso por parte de las EE. LL.

En el caso autonómico, las principales financiadoras son País Vasco (con un aumento notable de su financiación en 4.453.409 euros respecto a 2019), Comunidad Valenciana y Cataluña. Otras Comunidades que experimentan aumentos, aunque dispares, son Baleares, Cantabria, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Galicia, Madrid y Navarra, a las que se añaden Asturias y Murcia, que han pasado de no

destinar ningún importe a AH el pasado año a hacerlo en 2020.

Por el contrario, reducen su financiación Andalucía, Aragón, Extremadura y La Rioja, llamando especialmente la atención las dos primeras, con una reducción respecto a 2019 de 4.985.286 euros y de 112.649 euros, respectivamente (si bien en este último caso la reducción porcentual es mayor).

En el caso de las EE. LL., destacan los aumentos de Baleares, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Navarra, junto a Cantabria y Extremadura, que pasan de no destinar nada a AH en 2019 a hacerlo un año más tarde. En cuanto a los descensos, destacan los de Canarias, Madrid y País Vasco, manteniéndose La Rioja y Murcia como las dos Comunidades en las que sus EE. LL. no destinan ningún importe a AH.

En último lugar, la asignación de fondos por regiones por parte del conjunto de la AH descentralizada refleja que África (con el 33,42%), Oriente Medio (con el 28,04%) y América Latina (con el 21,77%) son las que reciben mayor financiación.

TABLA 4.9. AH por CC. AA.

CC. AA.	2019	%	2020	%
Andalucía	5.885.286	39,77	900.000	2,92
Aragón	117.891	0,80	5.242	0,03
Asturias			205.000	1,31
Baleares	440.000	2,97	613.000	3,91
Canarias				
Cantabria	50.000	0,34	200.000	1,28
Castilla y León	81.000	0,55	200.000	1,28
Castilla-La Mancha	60.000	0,41	124.400	0,79
Cataluña	726.330	4,91	1.190.000	7,59
Com. Valenciana	2.581.650	17,45	2.770.951	17,68
Extremadura	913.300	6,17	726.180	4,63
Galicia	110.108	0,74	247.398	1,58
La Rioja	90.076	0,61	50.000	0,32
Madrid	624.229	4,22	689.906	4,40
Murcia			120.000	0,77
Navarra	240.000	1,62	298.000	1,90
País Vasco	2.878.777	19,45	7.332.186	46,78
TOTAL	14.798.647	100	15.672.263	100

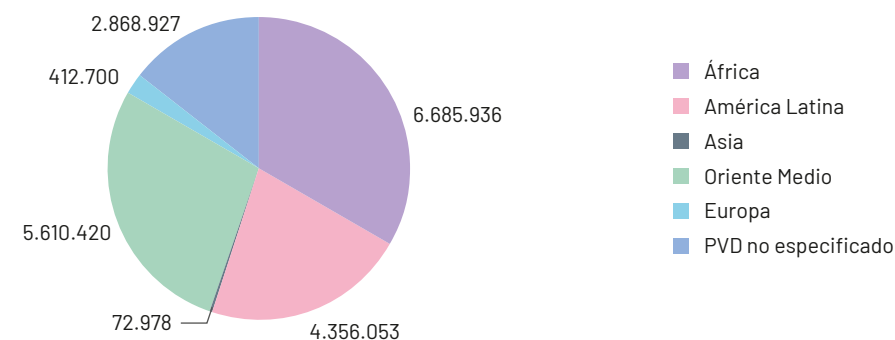
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

TABLA 4.10. AH por EE. LL.

EE. LL.	2018	2019	2020
Andalucía	135.000	574.184	583.152
Aragón	371.954	10.000	13.526
Asturias		128.000	109.000
Baleares	76.632	6.632	68.701
Canarias	24.000	850.000	170.000
Cantabria			5.000
Castilla y León	144.077	101.149	216.821
Castilla-La Mancha	14.000	23.000	15.000
Cataluña	25.181	938.546	885.654
Com. Valenciana	172.546	10.700	323.167
Extremadura			32.390
Galicia	25.240	11.376	6.000
La Rioja			
Madrid	37.000	1.499.526	1.132.625
Murcia	66.000		
Navarra	99.500	92.814	134.978
País Vasco	334.170	1.507.089	638.736
TOTAL	1.525.300	5.753.016	4.334.750

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

GRÁFICO 4.9. Asignación de fondos por regiones



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DEL VOLCADO DE AOD PUBLICADO POR DGPOLDES-SECI

Debe observarse que, de nuevo, las cifras finales pueden verse modificadas una vez se identifique país de destino a los 2.868.927 de euros (el 14,34% de los fondos) pendientes de asignación. En todo caso, constituye un avance que este porcentaje pendiente de asignación haya disminuido algo más de la mitad respecto a 2019, cuando supuso el 30% de los fondos.

Al analizar los países y proyectos que se financian, se observa una gran dispersión en la financiación. De nuevo sorprende el elevado número de proyectos que reciben pequeñas financiaciones; así, 23 proyectos reciben menos de 5.000 euros; 81 proyectos reciben entre 5.000 y 15.000 euros; 21 proyectos reciben entre 50.000 y 150.000 euros; y solo hay un proyecto que recibe más de un millón de euros.

6 En foco

Haití: la urgencia de compromisos a largo plazo que impidan volver a convertir la tragedia en olvido

El terremoto del 14 de agosto de 2021 ha permitido colocar, después de un largo tiempo, el foco mediático en Haití. Durante unos días, el país con más desafíos en términos de desarrollo humano del continente americano y entre los más postergados en el IDH que elabora NN. UU. —puesto 170 de 189 países en 2020³⁴— ha con-

seguido hacerse un hueco en algunas portadas internacionales y arañar minutos en informativos de radio y televisión.

El terremoto de 7,2 grados en la escala Richter que sacudió los 3 departamentos del sur dejó al menos 2.200 personas muertas y más de 12.000 heridas. Dos días después, la tormenta

tropical Grace azotaba el suroeste del país, destruyendo viviendas dañadas e interrumpiendo por momentos las labores de rescate. Se estima que estas catástrofes dejaron, en conjunto, más de 800.000 personas directamente afectadas, de las cuales 650.000 necesitarían ayuda de emergencia y unas 137.500 familias habrían visto sus viviendas destruidas³⁵.

No es la primera vez que Haití ha sido noticia en 2021. El 7 de julio, el presidente era asesinado en el palacio presidencial por un grupo de mercenarios. Las investigaciones sobre la autoría intelectual de esta operación se encuentran aún abiertas, con sospechas en figuras cercanas al presidente asesinado, entre ellas, el posterior presidente interino. Lamentablemente, tanto para la población haitiana, como para las organizaciones que nos encontrábamos en el país, este suceso extremo resultaba un pico en el contexto de permanente inseguridad y violencia cotidiana que venía produciéndose hacía meses.

Para referirse a la particular y grave situación que atraviesa Haití, UNICEF y otras organizaciones internacionales han acuñado la expresión “triple tragedia”, que hace alusión a las catástrofes naturales, la violencia de los numerosos grupos armados a lo largo del país y el agravamiento producido por la pandemia de la COVID-19³⁶. Pero, más allá de este momento puntual de resonancia internacional, ¿qué más se sabe de Haití?

Haití es conocida como la “primera república negra”, siendo el primer país de América Latina y del Caribe en proclamar su independencia en 1804, con una población mayoritariamente conformada por personas esclavizadas procedentes

de África. La independencia política formal fue posible después de contraer una multimillonaria deuda con Francia en concepto de “reparación”, deuda que Haití consiguió saldar después de 122 años, en 1947³⁷.

El país ha conocido pocos años de calma: guerras civiles, una ocupación militar de EE. UU. —entre 1915 y 1934—, dictaduras —Duvalier, padre e hijo—, gobiernos déspotas y corruptos, así como derrocamientos de presidentes y hasta cuatro golpes de Estado militares desde 1988. Todo ello sin contar los numerosos intentos de golpes de Estado que no llegaron a prosperar, recurrentes episodios de sublevaciones populares, violentas protestas en distintos puntos del país, así como dinámicas económicas, sociales y culturales convulsas y extremadamente inestables, que siguen sucediéndose.

El adverso contexto ha llevado a las y los haitianos a protagonizar desde hace décadas un auténtico éxodo, que en los últimos años se ha incrementado, con la tesis de que la situación, lejos de generar una mayor atención y solidaridad internacional, ha devenido en discriminación, violencias racistas y respuestas represivas por parte de los Estados de tránsito y acogida³⁸, siendo las más mediáticas las persecuciones a caballo en EE. UU. y las expulsiones ilegales a través de México. Incluso República Dominicana, país con el que Haití comparte la denominada isla “La Española”, inició en 2019 la construcción de una valla en la frontera entre los dos países, que para 2021 cuenta con 23 kilómetros de extensión³⁹.

Actualmente, con algo más de 11 millones de habitantes, Haití ocupa el primer lugar en la cla-

sificación de riesgo elaborada por la UE⁴⁰ entre los países del continente americano y el 17º de un total de 191 a nivel mundial, por delante de numerosos países africanos y asiáticos, incluso algunos en contextos de conflicto armado. Esta clasificación da cuenta de la alta vulnerabilidad que presenta ante los fenómenos naturales, la frágil institucionalidad y las insuficientes y dañadas infraestructuras.

El Resumen de Necesidades Humanitarias (HNO por sus siglas en inglés) elaborado por OCHA para Haití en 2021 indica que más de 4,4 millones de personas en el país podían requerir ayuda humanitaria y afrontarían inseguridad alimentaria, mientras 3,5 millones presentarían múltiples tipos de necesidades. Por ejemplo, señalan que durante el ciclo escolar de 2019-2020, 4 millones de niños y niñas vivieron una reducción de su acceso a la escuela, dejándoles frecuentemente sin acompañamiento de personas adultas. Por otro lado, en 2020, el número de casos registrados de violencia basada en género se había incrementado un 377%⁴¹.

El HNO señala también una considerable reducción del acceso a la atención sanitaria y a los servicios de agua y saneamiento, que derivó en la reducción de actividades de inmunización, el aumento de la mortalidad materna y de las enfermedades diarreicas, que a su vez son la principal causa de malnutrición infantil⁴². Haití estuvo entre los últimos países en recibir vacunas para la COVID-19 y los procesos de planificación y entrega se vieron significativamente retrasados por el contexto de violencia.

Por su parte, la comunidad internacional muestra un escaso compromiso por la solución estructural de los problemas en el país, que actualmente se encuentra entre las denominadas “crisis olvidadas” por la severa situación que venía afrontando en los últimos años, sumada

a su escasa repercusión mediática y a la escasa disponibilidad de AOD. En el caso concreto reciente del terremoto, la repercusión mediática, sumada al recuerdo del devastador episodio de 2010, produjo una movilización de recursos muy significativa durante los primeros días, para la fase más crítica de actividades de salvamento vital. No obstante, existen muchas dudas sobre si ese interés se mantendrá para las fases de reconstrucción.

La experiencia del anterior terremoto dejó también una serie de lecciones que los actores humanitarios intentan tener presentes. Situarse en el papel de apoyo a las autoridades locales, centrando esfuerzos en la coordinación y distribución geográfica, fueron aspectos que se vieron reforzados, y con ello, la sensación de una mayor efectividad.

Mientras, la incansable y compleja sociedad civil haitiana se articula en diferentes espacios para intentar configurar una propuesta de solución autónoma para el país, lo que resulta un gran desafío dado el contexto de inestabilidad y violencia.

Desde Médicos del Mundo hemos concentrado nuestros esfuerzos en responder a las necesidades sanitarias más urgentes en los departamentos sureños de Petit y Grand Goave en los que veníamos trabajando previamente, así como en dar a conocer la situación en España y analizar el acceso a la salud de las personas migrantes haitianas en República Dominicana. Consideramos que, en estas circunstancias, es necesario más que nunca un compromiso político y humanitario a largo plazo con las y los haitianos, que respete su liderazgo para sacar adelante su país, en el que los intereses políticos y económicos internacionales se dejen a un lado y se evite que se vuelva a instalar la negligencia y el olvido.

35 (SITREP OCHA núm. 6 de 23 de septiembre de 2021: 2021-09-23_haiti_earthquake_sitrep_no_6_fr.pdf (humanitarianresponse.info))

36 Más de 2 de cada 3 personas expulsadas a Haití desde la frontera de Estados Unidos son mujeres, niños y adolescentes | UNICEF

37 La multimillonaria multa que Haití le pagó a Francia por convertirse en el primer país de América Latina en independizarse - BBC News Mundo

38 El éxodo silencioso de los haitianos en América Latina | Internacional | EL PAÍS (elpais.com)

39 República Dominicana y Haití, separadas por una valla de 23 km (rtve.es)

40 swd_2020_253_f1_staff_working_paper_en_v3_p1_1101702.pdf (europa.eu)

41 Haiti: Humanitarian Needs Overview (HNO) - Summary (2021) | HumanitarianResponse

42 Haiti: Humanitarian Needs Overview (HNO) - Summary (2021) | HumanitarianResponse

Siria: la necesidad de un compromiso suficiente y sostenido de la comunidad internacional

En 2021 se cumplen 10 años del inicio del conflicto en Siria, quizá uno de los más complejos de nuestro tiempo, con un saldo actual de 6,6 millones de personas registradas como refugiadas en países vecinos —Turquía, Líbano y Jordania, con 6,7 millones de personas desplazadas dentro del país y apenas 200.000 reubicadas en los denominados “terceros países”, entre los que destacan Canadá, Estados Unidos y el Reino Unido⁴³—. Según OCHA, en 2020 se produjo un promedio de 76 explosiones diarias en el país y se confirmaron 813 situaciones de reclutamiento y uso de niños en acciones armadas.

A pesar de las graves vulneraciones de DD. HH. y la situación de guerra interna, la atención a las necesidades de las personas refugiadas y desplazadas sirias no ha conseguido apoyo suficiente y sostenido de la comunidad internacional. Por el contrario, su acceso a condiciones humanitarias dignas, como su derecho al asilo, se ha visto impedido tanto por falta de recursos como por políticas y medidas contraproducentes de los países que asumieron el compromiso de apoyarles. En septiembre de 2021, el Secretario General Adjunto de Asuntos Humanitarios y Coordinador de la Ayuda de Emergencia de NN. UU. señaló que las necesidades en este momento en Siria son más grandes que nunca, si bien la atención mediática se ha reducido. Se estima que, en todo el país, en septiembre de 2021, 13,4 millones de personas han requerido asistencia humanitaria, un incremento del 21% en relación con 2020 y el más alto desde 2017⁴⁴.

En el último año, al conflicto intensificado se sumaron graves problemas de disponibilidad y acceso al agua, especialmente en el norte del

país, junto con una crisis económica. Sólo en agosto de 2020, 460.000 personas vieron severamente amenazado su acceso al agua. En 2021 la situación se agudizó por efecto de factores climáticos y humanos especialmente en el norte del país, generándose un contexto de amenaza de sequía, que dañó gravemente la producción agrícola, las condiciones de saneamiento y la salud⁴⁵.

En el caso del Noreste de Siria, donde trabaja Médicos del Mundo, se estima que 1,4 millones de personas —más de la mitad de la población de esa región— se encuentran en necesidad de ayuda humanitaria y 1 de cada 4 personas es considerada desplazada interna. En un contexto de crecientes y constantes hostilidades que se cobran vidas, y destruyen hogares, así como la infraestructura más básica, más del 40% de las familias ha tenido que desplazarse más de tres veces, con las dificultades que esto supone para su posibilidad de salir adelante.

Algunos datos que resumen la crítica situación económica del país son: la caída del 78% del valor de la moneda desde octubre de 2019, el aumento del 236% del precio de la cesta media de alimentos entre diciembre de 2019 y diciembre de 2020, la pérdida de 300.000 puestos de trabajo desde el inicio de la pandemia de COVID-19 y aproximadamente un 50% de desempleo. Así, se estima que cerca del 90% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza y entre el 60% y el 65% en pobreza extrema, frente al 50%-60% de 2019⁴⁶.

En cuanto a la situación de la salud, sólo en 2020 se produjeron 28 ataques a establecimientos sanitarios. Apenas el 58% de los hospitales

y el 53% de los centros de atención primaria se mantienen funcionales y se estima que la mitad del personal sanitario ha salido del país. Más de 12,4 millones de personas afrontan inseguridad alimentaria, que llega a nivel severo en 1,3 millones de casos. La desnutrición infantil alcanza a 600.000 niños y niñas en grado crónico y a 90.000 en grado agudo, y 1 de cada 3 hogares reporta signos de angustia en sus menores. La anemia alcanza a 1 de cada 3 mujeres embarazadas (OCHA, 2021).

El primer caso de COVID-19 en Siria se detectó en marzo de 2020 y un año después se habían confirmado 47.812. La pandemia ha impactado negativamente en los cuidados sanitarios, específicamente en la prestación de servicios a través de centros comunitarios, centros de atención primaria y servicios dirigidos a los grupos más vulnerables. El miedo a ser infectado también provocó que más personas dejaran de visitar los servicios, por lo que se registraron menos consultas. La formación del personal quedó en suspenso. El estigma sobre la COVID-19 también aumentó y la mayor parte de las personas no quería que se le asociara con el personal sanitario o los centros de atención primaria. Se han puesto en marcha otras formas de llegar a la comunidad, pero es necesario realizar más actividades y durante más tiempo para poder llegar a la mayor parte de la población.

En este contexto, el acceso a la ayuda humanitaria es fundamental. A pesar de ello, entre 2020 y 2021, dos de los tres pasos fronterizos disponibles al norte de Siria fueron cerrados para este fin. Sólo el paso de Bab Al-Hawa se mantiene abierto, mientras que los de Yaroubiah y Bab Al-Salam fueron cerrados a la ayuda humanitaria en enero y julio de 2021, respectivamente. En enero de 2022, el Consejo de Seguridad de NN. UU. volverá a tomar una decisión sobre los pasos fronterizos.

Por otra parte, si bien la situación de Siria ha recibido atención por parte de los países donantes, la ayuda concedida no alcanza un tercio de las necesidades previstas, que se han visto agudizadas en los últimos años. Las organizaciones internacionales han realizado numerosos llamamientos para mantener la atención sobre la grave situación del país por parte de la comunidad internacional, particularmente en momentos críticos como agudizaciones del conflicto y amenazas de cierre de los pasos fronterizos, así como en temas esenciales como el acceso a la protección humanitaria.

En el caso de Médicos del Mundo, su trabajo consiste en apoyar 14 centros de atención primaria de salud y 4 equipos especializados, que prestan servicios a más de 800.000 personas, especialmente consultas de cuidados primarios de salud, de salud reproductiva y de salud mental y apoyo psicosocial (Médicos del Mundo, 2021).

La sociedad civil siria, además de responder de manera directa a necesidades en sectores básicos y, a pesar de las enormes dificultades que supone un contexto de conflicto, continúa trabajando para encontrar alternativas y llamando la atención sobre los aprendizajes que la experiencia del país puede dejar para el abordaje de los conflictos en Oriente Medio, especialmente ante la situación en Afganistán.

Para responder de manera adecuada a la crisis humanitaria que sigue viviendo Siria es necesario que los países donantes mantengan su compromiso con la población siria, aumentando su financiación a los actores humanitarios. Además, la comunidad internacional debe garantizar el acceso transfronterizo continuo de las ONG, de manera que puedan proporcionar servicios esenciales sin barreras ni interrupciones. Igualmente ha de asumir su responsabilidad para asegurar el respeto del DIH y de los DD. HH., incluido el derecho a la salud.

43 The New Humanitarian | Ten years, 13 million lives uprooted

44 Under-Secretary-General for Humanitarian Affairs and Emergency Relief Coordinator, Briefing to the Security Council on the humanitarian situation in Syria, 15 September 2021 - Syrian Arab Republic | ReliefWeb

45 Water Crisis in Northern and Northeast Syria - Immediate Response and Funding Requirements (9 September 2021) - Syrian Arab Republic | ReliefWeb

46 2021 Humanitarian Needs Overview: Syrian Arab Republic | Humanitarian Response

5

Conclusiones y recomendaciones

1. La crisis derivada de la pandemia de la COVID-19 ha agravado el resto de los problemas de salud, que no han desaparecido, sencillamente no han sido atendidos por la reasignación de personal sanitario para apoyar los servicios de respuesta a la pandemia o por la falta de medicamentos, pruebas diagnósticas y otras tecnologías. Se estima, por ejemplo, que la mortalidad infantil puede haberse incrementado un 42% en los primeros 6 meses de 2020, algo que puede estar pasando con otras enfermedades que afectan principalmente a las poblaciones más vulnerables.

Pasará algún tiempo antes de que conozcamos el impacto real de las interrupciones en la atención sanitaria durante la pandemia de la COVID-19. Entre tanto, todos los países deben aplicar el enfoque de salud en todas las políticas, seguir haciendo esfuerzos para controlar la pandemia y reforzar los sistemas públicos de salud para que estén mejor preparados para prevenir, diagnosticar y atender a la población, especialmente la más vulnerable.

2. La distribución inequitativa de las vacunas contra la COVID-19 y el acaparamiento de éstas por parte de los países más enriquecidos revela el fracaso de la comunidad internacional ante la pandemia y lo alejados que estamos de una adecuada gobernanza mundial de salud. El acaparamiento de vacunas puede llevar a que 241 millones de dosis se tengan que tirar si no se emplean antes de que finalice 2021. Mientras, la iniciativa COVAX, la herramienta creada para poder distribuir 2.000 millones de dosis en 92 países de bajos ingresos a finales de 2021, solamente ha distribuido 330 millones de vacunas hasta octubre.

Urge suministrar vacunas a los países empobrecidos para limitar los riesgos de la variante del coronavirus Delta y otras que puedan surgir como la variante Ómicron y mantener las medidas de salud pública.

3. A pesar de los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como organización multilateral por coordinar la respuesta mundial ante la pandemia, se ha visto que la gobernanza pública de la salud mundial sigue fragmentada y necesita ser fortalecida. Más allá de su cuestionamiento —sobre todo al inicio de la pandemia—, ha tenido muchos más aciertos que errores y, si bien es cierto que sus críticas han disminuido en 2021, no ha conseguido convencer a los países para que acepten sus recomendaciones y asegurar así una distribución más equilibrada de vacunas en el mundo.

Se debe fortalecer a la OMS de forma que sea más eficaz, independiente, transparente y participativa, y que logre ser el centro de la gobernanza pública mundial en salud coordinando una acción común, que permita reducir el número de brotes y acabar con la pandemia.

4. La salud está afectada claramente por el cambio climático, algo que puede empeorar en los próximos años. La mortalidad asociada a las olas de calor en personas mayores de 65 años ha aumentado un 80% desde el año 2000. Por su parte, los cambios en la distribución de vectores que transmiten enfermedades, como malaria, dengue o zika, harán que aumenten estas enfermedades y 216 millones de personas podrían verse obligadas a desplazarse dentro de su país por motivos climáticos de aquí al año 2050. Estamos ante una pandemia global inminente, el cambio climático, al que también contribuyen los propios sistemas sanitarios.

La crisis climática es una crisis de salud y el cambio climático una amenaza compartida, ante lo que todos los países tienen la responsabilidad de actuar invirtiendo ahora en salvar vidas fortaleciendo la salud pública.

5. En los últimos 20 años, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) neta del conjunto de países donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) ha aumentado un 110%, aunque no ha sido un crecimiento constante, ni todos los países lo han hecho de la misma forma. La AOD total de los miembros del CAD en 2020 fue de 161.200 millones de dólares, lo que supone un incremento del 3,5% respecto a 2019. La AOD representa el 0,32% de la renta nacional bruta (RNB) de estos países, un porcentaje que queda lejos del compromiso del 0,7% que solo seis países, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido, Suecia y Alemania, cumplieron en 2020.

El conjunto de donantes del CAD debe cumplir con el compromiso ineludible de destinar el 0,7% de los ingresos nacionales a AOD, compromiso ratificado en numerosas ocasiones por los países, la última vez con motivo de la aprobación de la Agenda 2030.

6. En los años previos a la pandemia, el conjunto de donantes disminuyó sus apartaciones al sector de la salud. Los 21.296 millones de dólares destinados en 2019 por el conjunto de países del CAD representan el 12,09% del total de la AOD, un 5,4% menos que en 2018. Este porcentaje de salud es el menor en los últimos 10 años.

La salud va progresivamente perdiendo peso en el conjunto de donantes, incluso en las estrategias europeas de lucha contra la COVID-19 en el mundo. Es necesario entender, más que nunca, que el sector de la salud es un sector fundamental para el desarrollo de las personas y que es necesario mantenerlo como prioritario en la cooperación internacional a través de unos presupuestos adecuados, que la sitúen en torno al 15% del total de la AOD.

7. En 2020, la AOD española alcanzó los 2.646 millones de euros, lo que supone una disminución leve de 15 millones de euros. Y, si bien a pesar de lo anterior aumentó su peso, alcanzando el 0,23% de la RNB, este porcentaje sigue muy alejado del 0,32% de la media del conjunto de donantes del CAD y del compromiso del 0,7%. La publicación de la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030, que pretende desarrollarse a través de un enfoque de derechos y feminista, y que va a afectar al sector de la salud y al de la cooperación, así como una posible nueva ley de cooperación en 2022, son pasos positivos hacia un nuevo impulso de la Cooperación Española.

La AOD española lleva más de una década en una prolongada crisis, situándose entre los países donantes que menos porcentaje de RNB destinan a AOD. Los pasos dados para poder establecer el marco de trabajo y prioridades para los próximos años deben estar acompañados de unas previsiones presupuestarias creíbles y adecuadas para afrontar los retos mundiales del futuro.

8. La Cooperación Española destinó a salud 201,9 millones de euros en 2020, lo que representa el 7,5% del total de su AOD, un porcentaje que triplica la ayuda destinada en 2019, y es el mayor porcentaje destinado a salud por la Cooperación Española desde 2010, cuando se consigna un 8,38% del total. No obstante, sigue por debajo de la media del conjunto de países donantes del CAD.

La Cooperación Española debe aumentar su inversión en salud hasta porcentajes similares al conjunto de donantes del CAD para darle el peso que el sector demanda y poder hacer frente a los problemas globales de salud. Además, debe seguir apostando por el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, con unos recursos y personal suficiente que aseguren una cobertura sanitaria universal de calidad y equitativa.

9. La cooperación descentralizada destinó 298 millones de euros a AOD en 2020, disminuyendo un 6,86% respecto a 2019. Sin embargo, la cooperación descentralizada en salud alcanza los 31,4 millones de euros, un 11,6% más que en 2019. Las cifras de AOD en salud suponen el 14,7% del total de la AOD conjunta entre Comunidades Autónomas (CC. AA.) y Entidades Locales (EE. LL.), duplicando el porcentaje que destina la Cooperación Española. En 2020, 9 CC. AA. bajan sus presupuestos en cooperación sanitaria, destacando el importante descenso de Andalucía, en la que disminuye un 45%, y País Vasco, que la reduce un 43%. En positivo, Canarias multiplica por 7 su AOD en salud, Extremadura lo hace por 2,5, y Asturias y Comunidad Valenciana duplican, su financiación en salud.

La cooperación sanitaria descentralizada cubre unas necesidades en salud, que las grandes políticas muchas veces dejan vacías, y facilita una mayor cercanía entre el sector de la cooperación y la ciudadanía. Ésta debe seguir este camino de crecimiento sin perder su esencia, pero revisando sus herramientas para mejorar el impacto y previsibilidad de su ayuda.

10. La campaña de vacunación contra la COVID-19 en España alcanzó el objetivo de vacunar al 70% de la población diana en verano y ha demostrado su eficacia para reducir el número de muertes y de casos críticos debidos a esta enfermedad. No obstante, la crisis persiste y habrá que determinar cómo vamos a convivir con esta pandemia en el futuro. En el ámbito de la cooperación, la “Estrategia de respuesta conjunta de la cooperación española a la crisis de la COVID-19”, ha permitido definir mejor las prioridades, aunque ya se constatan algunas incoherencias, como la falta de presupuesto para personal sanitario, cuando es una de las prioridades de dicha estrategia.

Ante una enfermedad que funciona por olas pandémicas, se necesita prevenir y actuar rápi-

damente para cubrir las necesidades en todos los niveles de salud. Es el momento de apostar por cambios de calado, tanto para la cooperación sanitaria como para el sector de la salud en España. Se necesitan sistemas de salud, donde la atención primaria tenga la relevancia y los medios adecuados como punto de encuentro entre el sistema y la ciudadanía para encontrar soluciones más locales a las respuestas globales.

11. *Las crisis humanitarias siguen creciendo en complejidad y gravedad. Los conflictos siguen siendo el principal motor de necesidades, mientras las catástrofes naturales aumentan. Al tiempo, la interacción entre ambos acentúa las vulnerabilidades y desigualdades, empeorando la COVID-19 aún más e incrementando el número de personas que precisan ayuda. Sin embargo, el Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 sólo ha recibido 3.801 millones de dólares, el 40% de lo solicitado.*

La comunidad internacional debe asignar los fondos necesarios para cubrir el 100% del Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 de forma adicional a los previstos para otras crisis humanitarias.

12. *Las barreras administrativas, las leyes restrictivas y otros obstáculos limitan gravemente el espacio humanitario, afectando de manera negativa la capacidad de las organizaciones humanitarias para cumplir su mandato. A esto se suma una tendencia creciente por parte de los Estados a controlar el trabajo humanitario internacional dentro de sus fronteras, vulnerando marcos jurídicos internacionales, especialmente el Derecho Internacional Humanitario (DIH).*

Teniendo en cuenta la especificidad de la acción humanitaria, los Estados deben integrar y respetar las exenciones humanitarias en sus legislaciones nacionales y respetar el Derecho Internacional Humanitario.

13. *Casi 440 millones de personas en el mundo necesitan ayuda y protección humanitaria, pero los llamamientos humanitarios de las Naciones Unidas para 2020, que ascienden a un récord sin precedentes de 38.540 millones de dólares, sólo están financiados en un 49,7% con 19.154 millones de dólares, un 10% menos que en 2019.*

Dado lo anterior, los donantes deben respetar sus responsabilidades y compromisos internacionales incrementando de forma sustantiva los fondos destinados a la acción humanitaria, de forma que se reduzca al 25% la diferencia entre los fondos solicitados y los recibidos.

14. *Si bien la AH de la Cooperación Española ha experimentado en 2020 un aumento notable de cerca de 34 millones de euros, pasando de los casi 62 millones de 2019 a los 96 y representando el 3% del total de su AOD, este porcentaje queda de nuevo muy lejos del 11% de media del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y de lo establecido por la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española.*

La Cooperación Española debe incrementar de forma substancial los fondos destinados AH para acercarse de manera efectiva a su compromiso de situar en al menos el 10% de su AOD a la AH en 2022, tal y como recoge su Estrategia de Acción Humanitaria.

Acrónimos y siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	FF. AA.	Fuerzas Armadas
ACT Accelerator	Acelerador de acceso a las herramientas contra la COVID-19	FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio	FMI	Fondo Monetario Internacional
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo
AGE	Administración General del Estado	FpD	Financiación para el Desarrollo
AH	Acción Humanitaria	FTS	Financial Tracking Service
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas	GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	GE	Grant Equivalent
APS	Atención primaria de salud	GFATM	Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
BAfD	Banco Africano de Desarrollo	HiAP	Salud en todas las políticas
BAsD	Banco Asiático de Desarrollo	HNO	Resumen de Necesidades Humanitarias
BDR	Bancos regionales de desarrollo	IANPHI	Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública
BEI	Banco Europeo de Inversiones	IARC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
BM	Banco Mundial	IASC	Comité Permanente Inter-Agencias
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	IAVI	Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA
BRIC	Brasil, Rusia, India y China	IDH	Índice de Desarrollo Humano
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	IEC	Información, educación y comunicación
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País	IECAH	Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria
CC. AA.	Comunidades Autónomas	IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
CE	Cooperación Española	IFRC	Federación Internacional de la Cruz Roja
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
CERF	Fondo Central de Respuesta de Emergencia	ITS	Infecciones de transmisión sexual
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
CHS	Norma Humanitaria Esencial	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja	MMV	Medicines for Malaria Venture
COVAX	Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19	MS	Ministerio de Sanidad
CRS	Creditor Reporting System	NN. UU.	Naciones Unidas
CSU	Cobertura sanitaria universal	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria
DD. HH.	Derechos humanos	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
DGPOLDES	Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible	OCHA	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas
DIH	Derecho Internacional Humanitario	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
EE. LL.	Entidades Locales	ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
ENT	Enfermedades no transmisibles	OEA	Organización de Estados Americanos
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
FCA	Índice de Crisis Olvidadas	OIM	Organización Internacional para las Migraciones
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	OIT	Organización Internacional del Trabajo

OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMUDES	Organismos Multilaterales de Desarrollo
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACI	Planes anuales de cooperación internacional
PIB	Producto interior bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RCA	República Centroafricana
RDC	República Democrática del Congo
RNB	Renta Nacional Bruta
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
SRP	Planes Estratégicos de Respuesta
SSyR	Salud sexual y reproductiva
SUS	Sistemas Universales de Salud
TB	Tuberculosis
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
UNCTAD	Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
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	Iniciativa internacional de acceso a medicamentos
UNRWA	Agencia de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo
VARD	Vinculación entre Ayuda de Emergencia, Rehabilitación y Desarrollo
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VOICE	Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies



**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