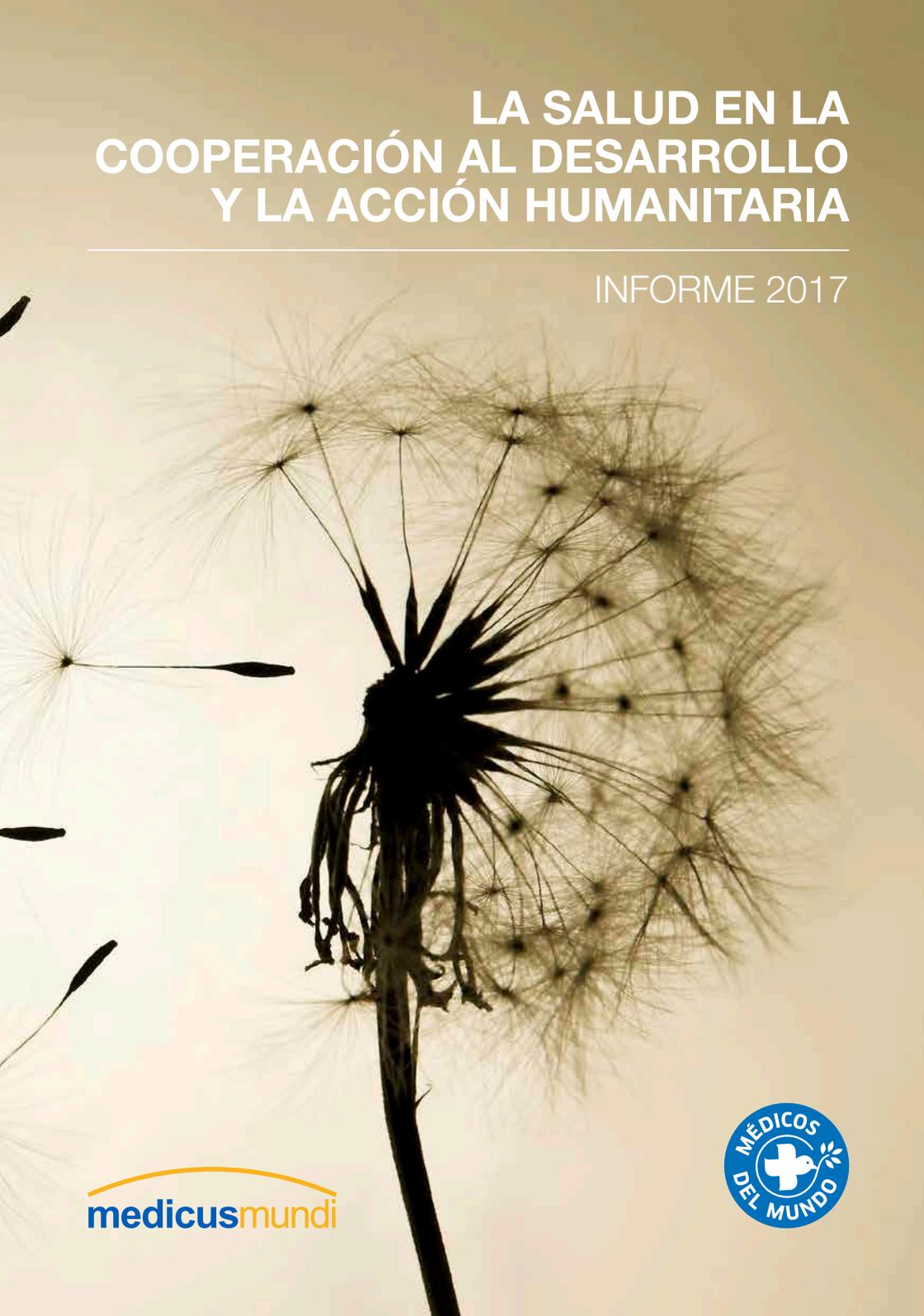


# LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA ACCIÓN HUMANITARIA

---

INFORME 2017



**medicusmundi**



**Equipo técnico**

Carlos Mediano  
Emiliana Tapia

**Equipo asesor**

Félix Fuentenebro  
José Félix Hoyo  
Elena Urdaneta

**Colaborador**

Luca Beltrame

**Edita**

medicusmundi  
Médicos del Mundo

**Trabajo de edición**

Félix Fuentenebro

**Diseño y maquetación**

Estudio BLG

**Impresión**

Advantia

**Para más información:****Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España**

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

**Médicos del Mundo**

C/ Conde de Vilches, 15 / 28028 Madrid (España)  
Tel. 91-5436033 Fax 91-5427923  
comunicacion@medicosdelmundo.org  
www.medicosdelmundo.org

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

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

**Informe 2017**

medicusmundi  
Médicos del Mundo

## ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN.....	13
-------------------	----

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

1. Introducción .....	17
2. La gobernanza en salud global: el papel de los diferentes actores.....	18
a. La OMS y la gobernanza en salud.....	19
• Gobernanza de la salud global: la OMS y perspectivas para su nuevo Director General.....	21
b. Las grandes empresas y la salud .....	24
• Escasez de medicamentos en España.....	26
3. Los determinantes sociales y comerciales de la salud .....	27
4. Evolución de la implementación de la Agenda 2030.....	31
4.1. La salud en los ODS.....	35
4.2. ¿Cuánto va a costar la salud mundial?.....	47
4.3. La Declaración de Shanghái: una nueva visión de la promoción de la salud.....	49
4.4. Evolución del resto de los ODS .....	51
Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo .....	52
Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible.....	53
Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos .....	53
Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas .....	53
Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos .....	54
Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos.....	54
Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos .....	55
Objetivo 9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación.....	55
Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos .....	55
Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles .....	56

Objetivo 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles .....	56
Objetivo 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos.....	56
Objetivo 14. Conservar y utilizar sosteniblemente los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible .....	57
Objetivo 15. Proteger, restablecer y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, gestionar sosteniblemente los bosques, luchar contra la desertificación, detener e invertir la degradación de las tierras y detener la pérdida de biodiversidad .....	58
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, facilitar el acceso a la justicia para todos y construir a todos los niveles instituciones eficaces e inclusivas que rindan cuentas .....	58
Objetivo 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible.....	59
5. Resistencia antimicrobiana: un problema global .....	60
5.1 Actuaciones a nivel internacional.....	61

### CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL.....65

1. Evolución de la Ayuda al Desarrollo del CAD .....	66
1.1. Distribución de la AOD en 2016 .....	74
2. Evolución de la AOD en Salud .....	76
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD .....	78
3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud.....	78
3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud .....	81
4. El Consenso europeo sobre Desarrollo, la respuesta europea frente a la nueva agenda de desarrollo .....	83
• El proceso de “modernización” de la Ayuda Oficial al Desarrollo ¿En qué punto estamos? .....	85
5. Descripción de los subsectores y componentes relacionados con salud (según actualización del CAD de 2007).....	86

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

1. Consideraciones generales .....	89
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD .....	89
• Valoración presupuestos 2017.....	94
• Operación de Deuda. El caso de Cuba.....	95
2. La Agenda 2030 en España.....	96
2.1. Los indicadores de salud del ODS 3 en España.....	98

3. AOD en salud en 2016.....	107
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2016.....	107
3.2. AOD multilateral en salud en 2016.....	113
3.3. Distribución sectorial de la AOD en salud.....	113
3.4. Distribución geográfica de la AOD en salud.....	118
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales .....	121
4.1. La AOD descentralizada.....	121
4.2. La AOD descentralizada en salud.....	124
4.2.1 La cooperación autonómica en salud.....	127
• Amenazas al derecho a la salud en Euskadi: desigualdades sociales y procesos de privatización en el sistema sanitario .....	130
4.2.2. La AOD de EELL en salud.....	131
• Por una política de Estado: 0,7% de AOD por ley.....	133
<b>CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA.....</b>	<b>135</b>
1. Introducción .....	135
2. La acción humanitaria en la agenda internacional .....	139
2.1. El Grand Bargain (Gran Pacto) un año después.....	139
2.2. Plataforma Global y Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres .....	139
2.3. Cumbre de Naciones Unidas sobre personas refugiadas y migrantes.....	143
2.4. Reducción del espacio humanitario.....	144
3. La ayuda humanitaria internacional.....	145
4. La ayuda humanitaria en el sistema de Naciones Unidas.....	148
5. La ayuda humanitaria de la Unión Europea .....	151
5.1. Canalización de la ayuda de la UE .....	153
5.2. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO.....	154
5.3. La Salud en la acción humanitaria de la Comisión Europea .....	155
6. La acción humanitaria en España .....	156
6. 1. La canalización de fondos.....	157
6.1.1. La acción humanitaria bilateral .....	157
6.1.2. La ayuda humanitaria multilateral .....	158
6.2. Distribución geográfica de la acción humanitaria .....	159
6.3. La acción humanitaria por sectores.....	161
6.4. La acción humanitaria por agentes .....	163
7. La acción humanitaria descentralizada .....	163
8. En foco: Siria, El sistema sanitario bajo ataque .....	166
<b>CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>171</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Estimaciones de la mortalidad materna /100.000 nacidos vivos por regiones, 2015. Fuente: elaboración propia a partir de datos del informe “Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015”, OMS 2015 .....	37
Gráfico 1.2. Mortalidad por VIH/sida, malaria, tuberculosis y hepatitis, años 2000, 2015 y previsiones 2030. Fuente: elaboración propia .....	40
Gráfico 2.1. Evolución de la ayuda a personas refugiadas sobre el total de AOD. 2000 - 2016. Fuente: OCDE, 2017 .....	67
Gráfico 2.2. AOD 2016 en millardos de dólares Fuente: OCDE, 2016.....	68
Gráfico 2.3. Evolución de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE, varios informes.....	69
Gráfico 2.4. Gasto destinado a refugiados por países europeos del CAD y países del CAD no europeos. Fuente: OCDE, 2016.....	71
Gráfico 2.5. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2016. Fuente: OCDE, 2016.....	72
Gráfico 2.6. 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 .....	76
Gráfico 2.7. 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 .....	77
Gráfico 2.8. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-España. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System.....	78
Gráfico 2.9. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2015 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System .....	79
Gráfico 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB 2006-2017 con operaciones de deuda y sin operaciones de deuda en 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID .....	92

Gráfico 3.2. Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto asignado a la AECID. 2006-2017. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID.....	93
Gráfico 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2016. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	108
Gráfico 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	112
Gráfico 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	118
Gráfico 3.6. Evolución de la AOD descentralizada (CCAA+EELL) en España 1994-2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	122
Gráfico 3.7. Evolución de la AOD de CCAA y EELL 2008-2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	123
Gráfico 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas. 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	129
Gráfico 4.1. Mapa de crisis humanitarias por nivel de severidad en 2016. Fuente: Elaboración propia.....	140
Gráfico 4.2. Financiación llamamientos de NNUU 2006-2016. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA .....	145
Gráfico 4.3. Principales donantes en 2016 (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA .....	146
Gráfico 4.4. Gastos refugio en países CAD frente a la financiación de AH. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del CAD.....	147
Gráfico 4.5. Principales donantes de Fondos comunes (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA .....	150
Gráfico 4.6. Principales países receptores de Fondos comunes (en millones de dólares) en 2016. Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA.	
Gráfico 4.7. Canalización de los fondos de ECHO a través de organizaciones humanitarias en 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DG ECHO .....	153

Gráfico 4.8. Asignación de fondos por sectores 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA .....	155
Gráfico 4.9. Evolución de la AOD española destinada a la AH. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID .....	156
Gráfico 4.10. AOD española multilateral para AH en 2016 por vía de canalización. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID .....	159
Gráfico 4.11. Asignación de fondos por sectores 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos FTS de OCHA .....	162
Gráfico 4.12. Acción Humanitaria descentralizada por regiones de destino. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por SGCID.....	165

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. Países con mayor % de gasto en personas refugiadas en sus países. Fuente: Elaboración propia con datos CRS .....	70
Tabla 2.2. AOD neta de los países del CAD 2010 – 2016 (desembolsos en millones de dólares corrientes) Fuente: OCDE – CAD .....	75
Tabla 2.3. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System ..	79
Tabla 2.4. Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System .....	80
Tabla 2.5. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2015 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....	82
Tabla 2.6. Sectores CAD y sectores CRS referidos a Salud. Fuente: OCDE – CAD.....	87
Tabla 3.1. Metas e indicadores para el ODS 3 de salud como parte del marco global de indicadores adoptados en la Asamblea de Naciones Unidas, 7 de julio 2017. Fuente: elaboración propia a partir de la lista publicada por Naciones Unidas .....	100
Tabla 3.2. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2011-2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD publicados por SGCID.....	110

Tabla 3.3.	Resumen de la AOD española en salud. 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD 2015 publicados por SGCID .....	111	Tabla 3. 14.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas. 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	127
Tabla 3.4.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2009–2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	114	Tabla 3.15.	AOD en salud de las CCAA, 2013-2016. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	128
Tabla 3.5.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor. 2010 – 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	115	Tabla 3.16.	Distribución AOD salud autonómica según nivel de renta. 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	130
Tabla 3.6.	Distribución de AOD en salud por canales y subsectores CAD/ CRS.2016. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	117	Tabla 3.17	Entes Locales que más AOD destinaron a salud en 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	132
Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	119	Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2016. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA .....	147
Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del IV Plan Director, 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	120	Tabla 4.2	Ayuda humanitaria del sistema de Naciones Unidas. Año 2016. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA.....	148
Tabla 3.9.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	120	Tabla 4.3	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA.....	149
Tabla 3.10.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	121	Tabla 4.4	Evolución de la asignación a Fondos comunes gestionados por OCHA (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de OCHA.....	149
Tabla 3.11	AOD descentralizada total en cada una de las CCAA en 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID .....	124	Tabla 4.5	Aportaciones de los principales donantes de la UE durante 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FTS de OCHA .....	152
Tabla 3.12.	AOD descentralizada en salud, 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	125	Tabla 4.6	Principales países receptores de fondos comunes de la UE en 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ECHO .....	154
Tabla 3.13.	AOD descentralizada en salud según subsectores CRS. 2016. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	126	Tabla 4.7	AOD Española bilateral para AH por vía de canalización. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID .....	158
			Tabla 4.8	AOD española destinada a AH por regiones. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID .....	160
			Tabla 4.9	Principales receptores de AH española en 2016. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID .....	161
			Tabla 4.10.	Ayuda Humanitaria por CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID.....	164

## INTRODUCCIÓN

Según se recoge en el Plan Director, la **transparencia y la rendición de cuentas** son elementos centrales de la cooperación española, una de las áreas en las que el gobierno está focalizando sus esfuerzos para conseguir abrir y acercar a la sociedad “*la información sobre la Cooperación Española, sobre los procesos asociados a la toma de decisiones y sobre los logros alcanzados*”. Podemos coincidir que se trata de un buen propósito y también afirmar que estamos ante otro de tantos compromisos incumplidos. Iniciativas propias como **Info@OD** o la participación en acciones internacionales como **Open Government Partnership (OGP)** o **International Aid Transparency Initiative (IATI)**<sup>1</sup>, requieren de recursos y no solo compromiso, por muy fuerte que este sea.

**¿Por qué decimos esto? Porque al igual que sucediera en 2016**, el Gobierno ha incumplido su deber de informar, justificar y responsabilizarse, en tiempo y forma, de la gestión de los fondos públicos destinados a la Política de Cooperación para el Desarrollo.

La Ayuda Oficial al Desarrollo española se ha incrementado en 2016 hasta alcanzar los 4.150 millones de euros frente, a los 1.264 millones de euros de 2015, año en el que la AOD tocó fondo con un descenso del 73,5% desde 2008. Lo que podría ser una buena noticia vemos que no lo es tal. El incremento de fondos tiene su origen en la operación de condonación de deuda con Cuba que alcanza un monto de 1.958,8 millones de euros, y no al incremento de los fondos en aquellas partidas que repercuten directamente en la lucha contra la pobreza y la desigualdad. A pesar de que este dinero permite al gobierno decir que la Ayuda Oficial para el Desarrollo de España alcanzó en 2016 el 0,33%, la realidad es que sin esta operación de cancelación de deuda con Cuba en 2016 se hubiera destinado a AOD 2.192 millones de euros, lo que equivale al 0,17% de la RNB.

En lo que a salud se refiere, los 65,4 millones destinados supusieron el 1,6% del total de la AOD bruta, insuficiente si hablamos de contribuir a reducir la tasa mundial

---

1. <https://www.aidtransparency.net/>

de mortalidad materna o las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles; reducir la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar; garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva; lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

A esto nos referimos cuando afirmábamos que el gobierno no es sensible a la financiación de aquellas políticas destinadas a la adopción de medidas encaminadas a poner fin a la pobreza, proteger el planeta y garantizar que todas las personas gocen de paz y prosperidad.

Confiábamos en que esta legislatura fuera la que devolviera a España a la comunidad de donantes, impulsando cuantitativa y cualitativamente la ayuda al desarrollo pero no esperábamos que en lo cuantitativo fuera de esta manera, con una operación de condonación de deuda que entendemos no consolida tendencia. Cualitativamente siguen pendientes una serie de retos importantes y urgentes como es **el impulso de la Agenda 2030 y su inclusión en el V Plan Director, la revisión de la Ley de Cooperación y elaboración de una Ley del 0,7% que de estabilidad y proyección a la política de cooperación más allá de los ciclos electorales.**

Finalizamos esta introducción agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a su publicación y en especial a Ana Henche Cuesta y al resto del equipo del departamento de estadística de la SGCID por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos. Agradecer también a Jose Maria Medina, director de Prosalus, por ayudarnos con la tabulación de los datos, a David Sanders, Profesor Emérito de salud pública de la Universidad de Western Cape, Sudáfrica, y copresidente mundial del Movimiento por la Salud de los Pueblos, y a Polly Meeks, Senior policy and Advocacy Officer Eurodad por sus artículos de opinión.

# CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

## 1. INTRODUCCIÓN

Comenzamos el capítulo recordando que desde el 1 de julio de 2017 la OMS tiene un nuevo director, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus de Etiopía. El nuevo director tiene, entre sus retos, el de luchar por el objetivo de conseguir la mejor salud posible para todas las personas. Debe mantener la credibilidad y la integridad de la organización para conseguir que la OMS se mantenga como el líder de la gobernanza en salud mundial. Para ello es fundamental tener una financiación suficiente que sirva para realizar las acciones más adecuadas. Una financiación que debería ser cubierta en su mayoría con contribuciones obligatorias de los países y evitar así que acabe siendo una consultora al servicio de intereses particulares.

Vivimos en un mundo cada vez más globalizado, donde las ideas, las personas, la tecnología o los recursos están cada vez más interconectados. De esta globalización no se escapa tampoco el sector salud. Enfermedades-infecciosas, como el ébola o el Zika, o crónicas, como la diabetes o la hipertensión, traspasan las barreras nacionales y pasan a convertirse en problemas globales. Pero las respuestas ante estos problemas se basan principalmente en estrategias individuales de cada país, mientras que las necesidades de respuesta global se quedan en el ámbito del esfuerzo voluntario, sin ninguna obligación más allá de lo moral. Por este motivo, hay autores como Ronald Labonté que definen nuestra época como “la edad de la equidad normativa y de la inequidad desenfrenada”<sup>1</sup>, y habla del lenguaje permisivo de los compromisos globales, como la *Declaración de París*. En esta declaración aparecen las palabras “deberíamos hacer” en vez de “haremos”, o “podríamos hacer” en vez de “vamos a hacer”, y según este autor, la omnipresente cláusula soberana de escape: “dependiendo de las diferentes circunstancias nacionales”.

1. Labonté R. Health promotion in an age of normative equity and rampant inequity. *Int J Health Policy Manag.* 2016;5(12):675–682. doi:10.15171/ijhpm.2016.95

En los últimos años, la implicación de multitud de nuevos actores en salud ha vuelto cada vez más compleja la situación de la gobernanza en salud global. Nuevos países, actores multilaterales, iniciativa privada lucrativa y no lucrativa promueven diferentes formas de entender la salud global, donde multitud de intereses confluyen y se relacionan, no siempre de manera positiva.

## 2. LA GOBERNANZA EN SALUD GLOBAL: EL PAPEL DE LOS DIFERENTES ACTORES

No hay un consenso sobre qué queremos decir cuando hablamos de salud global. Existen diferentes definiciones, quizás la más conocida sea ésta: *“es un área de estudio, investigación y práctica que prioriza la mejora de la salud y el logro de la equidad en salud para todas las personas en todo el mundo”*<sup>2</sup> (Koplan et al, 2009). Pero existen otras definiciones, que entienden la salud global como *“los problemas de salud que trascienden las fronteras nacionales y los gobiernos y exigen acciones sobre las fuerzas globales que determinan la salud de las personas”* (Ilona Kickbus, 2006), o *“la Investigación y acción internacional conjuntas para promover la salud para todos y todas”* (Beaglehole and Bonita's, 2010). Como vemos, la primera definición se preocupa de cualquier problema de salud que tengan las personas en cualquier lugar del planeta e incluye la palabra equidad, mientras que la segunda focaliza en los problemas que trascienden las fronteras, con lo que problemas locales de salud quedarían fuera.

Esta indeterminación permite que cada actor asuma la salud global de una forma diferente, y si ni siquiera hay consenso en el qué, mucho menos lo habrá en el cómo, en el camino que hay que seguir para conseguir mejorar esa salud global. Nosotros cuando hablemos de salud global hablaremos más en los términos de la definición de Koplan.

Quizás uno de los mayores cambios conceptuales que se están dando últimamente debido a los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) es la relación entre salud y ecología. Hay autores que preconizan esa relación, y consideran que la salud global se debe entender como un concepto “eco-céntrico” donde personas sanas viven *“en un planeta saludable, reconociendo la interconexión de todas las formas de vida y el bienestar humano, e inspirado por un profundo sentido de responsabilidad y respeto por la tierra y las generaciones futuras”*<sup>3</sup>. Y esta interconexión entre salud y ecología traspasa estos ámbitos, relacionándolos con otros sectores como la economía. De

2. [https://www.globalbrigades.org/media/Global\\_Health\\_Towards\\_a\\_Common\\_Definition.pdf](https://www.globalbrigades.org/media/Global_Health_Towards_a_Common_Definition.pdf)  
3. Benatar SR, Daar A, Singer P. Global health ethics: the rationale for mutual caring. *Int Aff.* 2003;79:107-138. doi:10.1111/1468-2346.00298

hecho, existen voces que plantean que la sostenibilidad ecológica del planeta (que está relacionada directamente con la salud de las personas) está comprometida por el actual modelo económico mundial, y que la ecología debe ser una preocupación central en todas las personas que trabajan en salud global<sup>4</sup>.

Estas reflexiones refuerzan la idea de que la globalización de la salud no la debemos ceñir exclusivamente al ámbito geográfico o sectorial. Solemos caer en el error de confundir salud con sanidad, y de esta forma, no analizamos los determinantes de salud: la economía, género, agua, vivienda, etc., que afectan de manera directa a la salud de las personas. Y estos determinantes se pueden y deben analizar tanto a nivel local, como nacional y mundial.

### a. La OMS y la gobernanza en salud

La gobernanza en el sector de la salud la define la Organización Mundial de la Salud (OMS) como *“una amplia gama de funciones relacionadas con la dirección y la elaboración de normas que llevan a cabo los gobiernos o los que toman decisiones a la hora de alcanzar los objetivos de las políticas nacionales de salud, que conducen a la cobertura universal de la salud. La gobernanza es un proceso político que implica equilibrar influencias y demandas competitivas”*<sup>5</sup>. La gobernanza incluye:

- Mantener la dirección estratégica de la elaboración y aplicación de políticas;
- Detectar y corregir tendencias y distorsiones indeseables;
- Articular la salud dentro del desarrollo nacional;
- La regulación del comportamiento de una amplia gama de actores, desde las agencias financiadoras sanitarias hasta los proveedores de atención de salud; y
- Establecer mecanismos de rendición de cuentas transparentes y eficaces

El *Centro de Estudios para la Equidad y la Gobernanza en los Sistemas de Salud* (CEGSS) define de una manera más clara este concepto de gobernanza, y lo considera como *“los procesos para la toma de decisiones que afectan de forma directa o indirecta al sistema de salud. En estos procesos interactúan actores estratégicos y organizaciones que aplican las reglas de juego y otros procedimientos –formales e informales–. Los actores estratégicos utilizan recursos de poder para influir en*

4. van de Pas R. Global health in the Anthropocene: moving beyond resilience and capitalism: Comment on “Health promotion in an age of normative equity and rampant inequality.” *Int J Health Policy Manag.* 2017;6(x):x–x. doi:10.15171/ijhpm.2016.151)  
5. <http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>

la de toma de decisiones<sup>6</sup>". Por lo tanto, para valorar la gobernanza es necesario analizar qué actores estratégicos trabajan en el sector de la salud y qué recursos tienen; qué procedimientos formales y no formales regulan la forma en que se lleva a cabo el debate, se alcanzan acuerdos y se dirimen los conflictos; y por último qué asimetrías de poder existen entre los diferentes actores sociales involucrados en las decisiones de salud.

Durante mucho tiempo la gobernanza en la salud mundial dependía principalmente de las decisiones que se tomaban en la OMS, pero actualmente existen muchos otros actores que tienen mucho peso en las decisiones sobre la salud global, ya que están financiando la misma. En 1990 el gasto de la OMS suponía el 20% del dinero destinado a cooperación sanitaria, mientras que en 2016 es el 6,5%<sup>7</sup>, lo que indica que, por una parte, la OMS ha congelado sus aportaciones, pero por otra, que una multitud de actores se han incorporado al trabajo en salud internacional, algunos con importantes presupuestos como el Banco Mundial, la alianza para la vacunación (GAVI) y el Fondo Global de lucha contra la malaria, el sida y la tuberculosis<sup>8</sup>.

La financiación de la OMS sufre de un problema crónico desde hace ya muchos años. En 1980 la Asamblea de la OMS aprobó congelar las contribuciones obligatorias de los países, que es la que permite trabajar a la OMS de forma independiente, eligiendo los temas prioritarios. La solución que se encontró en su momento fue la de aumentar las contribuciones voluntarias, un dinero que suele ir a temas específicos que interesan al donante. En el bienio 2018-2019 el presupuesto aprobado para la OMS es de 4.421 millones de dólares, de los cuales 956,9 millones vienen de las contribuciones obligatorias, y 3.464,6 millones de contribuciones voluntarias, un 78,8% del total<sup>9</sup>. Estas cifras muestran el estrecho margen que tienen la OMS para definir las políticas mundiales de salud, y como éstas pueden estar definidas por intereses particulares de las instituciones financiadoras.

6. [http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/que\\_es\\_la\\_gobernanza.pdf](http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/que_es_la_gobernanza.pdf)

7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Financing Global Health 2016: Development Assistance, Public and Private Health Spending for the Pursuit of Universal Health Coverage. Seattle, WA: IHME, 2017.

8. Chelsea Clinton, Devi Sridhar. Who pays for cooperation in global health? A comparative analysis of WHO, the World Bank, the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria, and Gavi, the Vaccine Alliance. *Lancet* 2017; 390: 324–32

9. [http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/A70\\_R5\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/about/finances-accountability/funding/A70_R5_en.pdf?ua=1)

## GOBERNANZA DE LA SALUD GLOBAL: LA OMS Y PERSPECTIVAS PARA SU NUEVO DIRECTOR GENERAL\*

Aunque no existe una única definición del término *gobernanza de la salud global* (GSG) se acepta que se refiere a las instituciones y procesos de gobernanza relacionados con un claro mandato en el ámbito de la salud, como por ejemplo el que tiene la *Organización Mundial de la Salud* (OMS).

Además de la *gobernanza de la salud global* se está imponiendo la *gobernanza para la salud global* a medida que las instituciones que lo lideran tienen cada vez más peso. Este término se aplica a aquellas instituciones y procesos de gobernanza global que tienen un impacto directo o indirecto en la salud, como por ejemplo la *Organización Mundial del Comercio*, sobre todo por el impacto en los determinantes sociales de la salud.

La gobernanza para la salud global también hace referencia a instituciones y mecanismos nacionales y regionales que contribuyen a la gobernanza de la salud global y/o a la gobernanza para la salud global, como las estrategias de salud global nacionales o regionales. Dichas estrategias pueden promover acciones tanto en el sector de la salud como en otros, tanto de actores públicos como privados, o de la ciudadanía con un interés común en la salud<sup>10</sup>.

La OMS es la principal agencia multilateral cuyo mandato incluye el liderazgo político y técnico en el ámbito de la salud global, no obstante, este papel se está viendo reducido por el aumento en la participación de otras instituciones multilaterales como el *Banco Mundial*, nuevos partenariados *público-privados* como el *Fondo Global de lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria* (GFATM en sus siglas en inglés) y el crecimiento del filantropismo adoptando la forma de fundaciones, siendo la *Fundación Bill y Melinda Gates* la más importante<sup>11</sup>.

El papel de la OMS en la gobernanza de la salud global se ha visto debilitado en las dos últimas décadas, y en la actualidad sufre la mayor crisis desde su fundación en 1948. Los principales retos son:

### 1. Crisis financiera

En estos momentos, la organización tiene un déficit de 456 millones de dólares<sup>12</sup>. Esto significa que tendrá que reducir significativamente algunos programas y cerrar otros.

Desde hace unas décadas, la organización depende cada vez más de la financiación de donantes debido a la reducción de las contribuciones de los estados miembro, especialmente de los más ricos. El 80% de los fondos de la OMS son "extra presupuestarios" (contribuciones voluntarias asignadas) y donantes como la *Fundación Bill y Melinda Gates* se han convertido en uno de los principales donantes. En la *70 Asamblea Mundial de la Salud* la OMS solicitó un aumento del 10% en las contribuciones de los Estados miembro, sin embargo la Asamblea sólo acordó un aumento del 3%.

Todo esto dificulta que la OMS pueda implementar las políticas propuestas por los Estados miembro ya que tienden a imponerse las prioridades de los donantes que más aportan.

10. \*Este artículo se basa en: The Conversation, The WHO's new African leader could be a shot in the arm for poorer countries, por David Sanders, 24 de Mayo, 2017.

<http://www.ilonakickbusch.com/kickbusch/global-health-governance/>

11. Amit Sengupta, Global governance of health: a minefield of contradictions and sectional interests, *Indian Journal of Medical Ethics* Vol VIII No 2 April-June 2011.

12. OMS, 70ª Asamblea Mundial de la Salud, Resumen de la situación financiera: Presupuesto por programas 2016-2017 Informe del Secretariado

Así algunos programas clave han sufrido fuertes recortes, como el *programa de control de enfermedades no transmisibles*, que suponen la principal causa de morbilidad y mortalidad a nivel mundial y en los países ingresos bajos y medianos<sup>13</sup>.

Por otra parte, algunos programas que son centrales al mandato de la OMS siguen infr FINANCIADOS, esto se explica porque entran en conflicto con los intereses de los países ricos y los grandes donantes, especialmente de aquellos con fuertes vínculos con determinadas industrias. Así, algunos gobiernos se han opuesto a que se regule para reducir el consumo de comidas no saludables ya que afectaría a las grandes corporaciones<sup>14</sup>.

## 2. Sistemas de salud débiles

La epidemia del *ébola* que tuvo lugar en África occidental de 2014 puso en evidencia la debilidad de la OMS para dar seguimiento y actuar frente a emergencias sanitarias y en relación a los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medianos<sup>15</sup>.

## 3. Grave escasez de personal sanitario, especialmente en África y el sudeste asiático

Se requieren enormes inversiones en recursos humanos, el componente más caro e importante de los sistemas de salud. África tiene una gran escasez de personal sanitario, y su número sigue amenazado por la falta de programas de formación adecuados y la migración (fuga de cerebros) a países ricos. El *Código de prácticas mundial sobre contratación internacional de personal de salud de la OMS*, de carácter voluntario, no ha conseguido impactar de forma positiva en este problema. El principal reto sigue siendo responder de forma urgente y adecuada a la escasez de personal sanitario. A esto se suma la necesidad de *aumentar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos esenciales*.

Estos retos han llevado al cuestionamiento del papel de la OMS como organismo rector de la salud global, aunque desde algunos ámbitos se argumenta que se trata de una estrategia deliberada de los países más ricos y poderosos para limitar el impacto en la política sanitaria de los países pobres en el sur global.

En la *70 Asamblea Mundial de la Salud* ha sido elegido el doctor *Tedros Ghebreyesus* como nuevo Director general de la Organización Mundial de la Salud, el primer africano que va a dirigir la organización en sus 70 años de historia.

**¿Por qué es especialmente importante este nombramiento?** Es la primera vez que la elección se realiza por votación secreta de los 192 miembros que forman la Asamblea de la OMS, hasta ahora, el Consejo ejecutivo elegía al DG. La amplia victoria de Tedros (133 votos frente a los 50 del candidato británico, David Nabarro) sugiere que le votaron todos los países del sur global. Es casi seguro que su elección representa un voto de castigo contra los grandes poderes que dominan y maquinan en la OMS a la que se le ha acusado de ignorar los retos y aspiraciones de los países de ingresos bajos y medianos.

**¿Qué puede ofrecer el nuevo DG?** Como ministro de sanidad de Etiopía, Ghebreyesus inició importantes reformas del sistema sanitario, como la expansión de la infraestructura de salud primaria o el aumento de los recursos humanos sanitarios a todos los niveles. Bajo su

13. [http://www.who.int/gho/ncd/mortality\\_morbidity/en/](http://www.who.int/gho/ncd/mortality_morbidity/en/)

14. OMS, 70ª Asamblea Mundial de la Salud, Colaboración con agentes no estatales, Informe de la Directora General

15. Sanders D, Sengupta A, and Scott V. 2015. "Ebola Epidemic Exposes the Pathology of the Global Economic and Political System." *International Journal of Health Services* 45(4): 643–56.

dirección aumentó de forma importante la formación de doctores, cambió el nivel de responsabilidad para la realización de determinadas operaciones como las cesáreas que pasaron a realizarla personal sanitario de nivel medio e introdujo la figura del agente de salud comunitaria. Todas estas medidas han contribuido a una mejora significativa en los indicadores de salud, especialmente de niños y niñas<sup>16</sup>. No cabe duda que estos éxitos explican su elección, aunque también hay objeciones a su candidatura por las supuestas violaciones de derechos humanos del gobierno etíope cuando era ministro.

**¿Qué debe hacer para abordar estos retos?** Ghebreyesus debe utilizar la fuerza del mandato recibido, especialmente de los países del sur, para iniciar una reforma de calado de la OMS y sus operaciones a favor de la mayoría de la población, es decir de las personas pobres tanto del sur como del norte. Para ello debe presionar a los Estados miembro para que cumplan sus compromisos con la OMS e incrementen de forma significativa e inmediata sus contribuciones financieras.

Debe frenar la presión de las industrias de la alimentación, de bebidas, del alcohol y del tabaco a la OMS, y por tanto en contra de las políticas de salud global, en relación a las enfermedades no transmisibles. No cabe duda que no va a ser fácil dado que el recién aprobado marco de relación con los actores no estatales (FENSA en sus siglas en inglés) permite a los actores no estatales, incluido el sector privado, participar en los procesos de elaboración de políticas de la OMS.

Ghebreyesus también debe abordar el fortalecimiento de los sistemas de salud de los países de ingresos bajos y medianos para limitar el impacto de las emergencias sanitarias como los brotes de enfermedades infecciosas.

Un elemento positivo es la financiación para mejorar la capacidad de vigilancia de las enfermedades infecciosas, sin embargo, este esfuerzo no servirá de nada sin una financiación suficiente y sostenida para fortalecer los sistemas de salud<sup>17</sup>. Sólo el fortalecimiento de los sistemas de salud de los países del sur global asegurará que la *"agenda de seguridad sanitaria"* no se centre en la seguridad sanitaria de los países ricos por el contagio de los pobres, en lugar de proteger a todo el mundo, especialmente a los más vulnerables.

Pero sin lugar a dudas, una de las cosas más interesantes de cara a los próximos años será ver si la solidaridad entre países de ingresos bajos y medianos que votaron por Ghebreyesus como "su" candidato se mantiene durante los debates y la toma de decisiones sobre la salud mundial que tendrán lugar en las reuniones que hasta ahora controlaban los países ricos.

### David Sanders

Profesor Emérito de salud pública

Universidad de Western Cape, Sudáfrica

y copresidente mundial del Movimiento por la Salud de los Pueblos

16. Doherty T, Rohde S, Besada D, Kerber K, Manda S, Loveday M, Nsiband D, Daviaud E, Kinney M, Zembe W, Leon N, Rudan I, Degefe T, Sanders D. "Reduction in child mortality in Ethiopia: analysis of data from demographic and health surveys". *Journal of Global Health* December 2016 · Vol. 6 No. 2 · 020401.

17. OMS, 70ª Asamblea Mundial de la Salud, Aplicación del Reglamento Sanitario internacional (2005) Plan de mundial de aplicación, Informe del secretariado

Otras instituciones internacionales han tenido un papel relevante en la gobernanza de la salud en los últimos años. Entre ellos destaca el Banco Mundial, que en los años 80 lideró un proceso de reforma para reducir los desequilibrios de las balanzas de pago a través de los “programas de ajuste estructural”. Estos programas básicamente pretendían una mejora de la eficiencia de los sistemas públicos, aumentando el rol de la iniciativa privada, y desregulando el mercado (también el sanitario). Se centraron, entre otras cosas, en controlar el gasto en salud de los países, lo que provocó una disminución de la oferta sanitaria, a costa de la población más débil y vulnerable<sup>18</sup>. Actualmente el Banco Mundial se alinea en salud con la consecución de la cobertura sanitaria universal (CSU), como ya presentó en la Asamblea Mundial de Salud de 2013 el presidente del Banco Mundial<sup>19</sup>, planteando también la lucha contra la pobreza y la inequidad entre las personas como ejes prioritarios de acción para el desarrollo mundial. Pero no dice “cómo” llegar a ello, y si bien ya no parece apoyar esos programas tan drásticos de ajuste, sí que apuesta por la iniciativa privada como motor del cambio, y considera que “el camino para alcanzar la CSU varía de un país a otro<sup>20</sup>”, que es el mantra actual para no definir políticas globales eficientes y eficaces. En cuanto a su presupuesto, la salud es apenas el 8% del total que maneja el Banco Mundial, 3.400 millones de dólares en 2014 de un total de 40.800 millones (en 2016 el presupuesto del BM superó los 61.000 millones de dólares de presupuesto total, y se espera que en 2017 se alcancen los 75.000 millones), pero no cabe la menor duda que su influencia en los espacios de toma de decisiones relacionados con la salud es mucho mayor que el valor económico de su presupuesto para salud.

## b. Las grandes empresas y la salud

En el siglo XXI, la influencia de las grandes corporaciones en la economía mundial está creciendo progresivamente. Las 500 compañías más grandes del mundo, que aparecen en la lista “*The fortune 2016 global 500 list*”, generaron 27,6 billones de dólares en ingresos y 1,5 billones de dólares en ganancias en 2015<sup>21</sup>. Estas 500 empresas emplean a 67 millones de personas en todo el mundo y están presentes en 33 países. En España hay 9 de estas empresas. Si sumamos los ingresos de las 10 primeras corporaciones, el resultado es mayor que la suma del PIB de 135 economías nacionales en 2016<sup>22</sup> (de un total de 195 países que hay en el mundo).

18. <https://www.unicef.org/spanish/sowc/archive/SPANISH/Estado%20Mundial%20de%20la%20Infancia%201987.pdf>

19. <http://www.worldbank.org/en/news/speech/2013/05/21/world-bank-group-president-jim-yong-kim-speech-at-world-health-assembly>

20. <http://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage>

21. <http://fortune.com/global500/>

22. <http://data.worldbank.org/data-catalog/GDP-ranking-table>

Y es que la influencia de las grandes corporaciones cada vez es mayor en cualquiera de los ámbitos de la vida, de ahí que no extrañe su interés por influir en la Agenda 2030, la agenda para el desarrollo sostenible. Cierto es que la Agenda persigue una visión “multiactor” que favorece la incorporación de las grandes corporaciones en la Agenda lo cual puede ser positivo si bien se ha obviado concretar “cómo” deben hacerlo y bajo qué reglas. No se discute la capacidad de la empresa como actor importante en el desarrollo de los pueblos, pero si se cuestiona que no lo hagan sometidas a unas reglas y normas previamente definidas.

Los riesgos de incorporar a las empresas en la agenda del desarrollo sin unos mecanismos claros de control son múltiples, como afirma Lou Pinget en “*Corporate influence in the Post-2015 process*”<sup>23</sup>. Es indudable que las empresas deben jugar un papel importante en el desarrollo mundial, pero debe haber mecanismos de control, rendición de cuentas y transparencia que orienten los resultados realmente hacia las personas, sobre todo hacia aquellas que son más vulnerables o están en situación de vulnerabilidad. ¿Por qué insistimos en esto? Porque actualmente no es así, al menos no en salud como podemos ver con el caso de la producción de la penicilina G benzatrina.

La bencilpenicilina benzatrina o penicilina benzatrina, es una variedad química de la penicilina, administrada por vía intramuscular para el tratamiento de ciertas infecciones bacterianas. Se trata de un medicamento básico, incluido en la lista de medicamentos esenciales de la OMS, pero que deja pocos beneficios, por lo que actualmente solo hay cuatro empresas en el mundo (tres de ellas en China) que lo produzcan. Este medicamento es necesario para el tratamiento de enfermedades reumáticas del corazón o de la sífilis en mujeres gestantes<sup>24</sup>. A pesar de los beneficios demostrados para la salud, observamos cómo la OMS ha reportado escasez en 3 regiones mundiales en los últimos años, incluyendo países como Francia, Estados Unidos o Sudáfrica. Las empresas podrían aumentar su producción, pero no lo hacen por cuestiones de rentabilidad. Y no es el único medicamento incluido en la lista de medicamentos esenciales que escasea a nivel mundial. La situación es tan crítica que la OMS alertó de este problema en 2016 en su Asamblea Mundial<sup>25</sup>, alerta que también saltó en países como Estados Unidos ante la escasez de algunos medicamentos esenciales cuya principal consecuencia es el aumento en los costes de atención médica y el deficiente cuidado del paciente<sup>26</sup>.

23. <http://www2.iadb.org/intal/catalogo/PE/2014/13575.pdf>

24. <http://who.int/reproductivehealth/topics/rtis/benzathine-penicillin/en/>

25. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_42-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_42-sp.pdf)

26. <https://pdfs.semanticscholar.org/c6d6/31e301772be6fc76ca59e690835dc8db80bb.pdf>

## ESCASEZ DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA

En España también sufrimos el problema de la escasez de medicamentos. En 2017 ha habido desabastecimiento de vacunas como la de la hepatitis A, que ha provocado que se tengan que priorizar los grupos de riesgo, y que el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud haya asumido que las causas hayan sido una concentración del mercado de esta vacuna y un aumento de casos diagnosticados<sup>27</sup>. Estas carencias han provocado que la vacunación de hepatitis A para viajeros internacionales haya disminuido de entre el 50% y el 60% al 7%. Igualmente ha habido desabastecimiento de las vacunas de difteria y tétanos para adultos por parte de las dos compañías comercializadoras en España, GlaxoSmithKline y Sanofi Aventis, un problema que obligó también a priorizar pacientes. El Consejo interterritorial aseguró que esta priorización no aumentaba el riesgo para la población no vacunada, buscando soluciones fuera de España, ya que este problema trascendía el ámbito estatal<sup>28</sup>. La explicación de las empresas era que se debía a un problema de predictibilidad, ya que si hay un aumento de las demandas (o un problema en algunas de las partidas), la producción de nuevas vacunas, al ser material biológico que necesita su tiempo y no se puede acelerar, tarda unos 22 meses en conseguirse<sup>29</sup>. La realidad es que solo 4 compañías surten de vacunas a España, y no parece que se hayan puesto las medidas necesarias para que se minimicen las rupturas de stock. Otras vacunas de las que ha habido también desabastecimiento han sido las de la BCG para tuberculosis o la de la hepatitis B 40 (utilizado para los pacientes con insuficiencia renal y en hemodiálisis).

27. [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13\\_SaludPublica/20\\_Programas\\_Salud/Problemas\\_suministro\\_Hepatitis\\_A\\_Recom\\_SNS\\_2017.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/SanidadBienestarSocialFamilia/Sanidad/Profesionales/13_SaludPublica/20_Programas_Salud/Problemas_suministro_Hepatitis_A_Recom_SNS_2017.pdf)

28. [http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Acuerdo\\_CSP\\_Td\\_9feb2017.pdf](http://www.mssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Acuerdo_CSP_Td_9feb2017.pdf)

29. <http://www.lavanguardia.com/vida/20170320/421025670218/escasez-vacunas-laboratorios-produccion-demanda-precio.html>

Pero el problema de los medicamentos no solamente es un problema de gestión, sino de transparencia y de generar unas políticas adecuadas en salud basadas en la evidencia. En el tema de las vacunas, por ejemplo, los precios que cada país paga por sus vacunas no se conoce, salvo contadas excepciones. En el informe de Médicos Sin Fronteras "The Right Shot: bringing down barriers to affordable and adapted vaccines"<sup>30</sup>, se comenta esta dificultad y el aumento de coste que está suponiendo inmunizar a un niño o niña. En 2001 inmunizar a una niña o niño de 6 enfermedades costaba 0,67 dólares, pero en 2014 inmunizar de 12 enfermedades cuesta 32,09 dólares<sup>31</sup>, 48 veces más.

30. [https://www.msfnaccess.org/sites/default/files/MSF\\_assets/Vaccines/Docs/VAC\\_report\\_TheRightShot2ndEd\\_ENG\\_2015.pdf](https://www.msfnaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/Vaccines/Docs/VAC_report_TheRightShot2ndEd_ENG_2015.pdf)

31. [https://www.msfnaccess.org/sites/default/files/MSF\\_assets/Vaccines/Docs/VAC\\_report\\_TheRightShot2ndEd\\_ENG\\_2015.pdf](https://www.msfnaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/Vaccines/Docs/VAC_report_TheRightShot2ndEd_ENG_2015.pdf)

En los países más desarrollados estamos viendo en los últimos años una tendencia hacia la medicalización de la sociedad. La situación ha adquirido tales proporciones que la prestigiosa revista "The Lancet" ha tenido que publicar listados de las denominadas "no enfermedades", definidas como un "problema humano catalogado desde alguna instancia como una condición médica para el que se obtendrían mejores resultados si no fuera considerado y tratado así"<sup>32</sup>. Así, la calvicie, la celulitis, llegan a ser percibidos como problemas de salud. Otros problemas reales como el trastorno de déficit de actividad e hiperactividad (TDAH) tienen problemas diagnósticos que impiden asegurar si los menores lo sufren o no. Mientras en España se asume que el TDAH afecta al 5% de los y las menores<sup>33</sup>, en Francia solo llega al 0,5%. No parece que sea un problema geográfico, si no de criterios de selección, y o bien en Francia no se diagnostican todos los casos, o bien en España estamos sobremedicalizando a algunos niños y niñas.

En mayo de 2016, la Asamblea Mundial de la Salud adoptó el Marco de Participación con Actores no Estatales (FENSA)<sup>34</sup>, donde abre la puerta a la colaboración con empresas comerciales internacionales y a la iniciativa privada. Aunque el FENSA plantea los problemas de conflictos de intereses, es necesario estar muy vigilante ya que son muchas las organizaciones y personas que ven este marco con preocupación<sup>35</sup> por considerar que no asegura que las políticas de la OMS y sus prioridades vayan a estar libres de la influencia comercial.

## 3. LOS DETERMINANTES SOCIALES Y COMERCIALES DE LA SALUD

Según la OMS, los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas<sup>36</sup>. Estos determinantes explican la mayor parte de las inequidades en salud del planeta, y por lo tanto, deberían ser prioritarias para todos los países, como se les pidió en la resolución sobre determinantes sociales en la Asamblea Mundial de la Salud en 2009 en Ginebra<sup>37</sup>.

32. <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/00/1775/73/1v00n1775a90034643pdf001.pdf>

33. <http://www.feaadah.org/es/sobre-el-tdah/respuestas-a-preguntas-frecuentes.htm>

34. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R10-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R10-sp.pdf?ua=1)

35. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(17\)31146-7.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(17)31146-7.pdf)

36. [http://www.who.int/social\\_determinants/es/](http://www.who.int/social_determinants/es/)

37. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A62/A62\\_R14-sp.pdf?ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A62/A62_R14-sp.pdf?ua=1)

Básicamente, la OMS asume que los determinantes sociales de la salud se dividen en dos grandes grupos: mejorar las condiciones de vida cotidianas (que incluye equidad en el desarrollo desde la infancia, entornos saludables, empleo y trabajo digno, protección social durante toda la vida y atención sanitaria universal) y luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos. En este último apartado se pide, entre otras muchas cosas “que se evalúen las consecuencias que los principales acuerdos económicos mundiales, regionales y bilaterales tienen en la equidad sanitaria”.

En la nueva era de los ODS, donde las enfermedades no transmisibles tienen su espacio junto a las infecciosas, hablar de los determinantes es una prioridad que debería estar en todas las agendas de salud. Se estima que el 75% de la diabetes y el 40% de los cánceres se evitarían eliminando cuatro factores de riesgo: el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y de alimentos y la falta de actividad física<sup>38</sup>.

El comportamiento de las diferentes industrias, especialmente la del tabaco, alimentación y de bebidas alcohólicas y refrescantes, y cuáles son sus efectos en la salud, son la base de los primeros análisis de los denominados determinantes comerciales de la salud. En estos años, tres son los factores que han cambiado los negocios globales y el consumo, aumentando el poder de las grandes corporaciones: (i) el aumento de la demanda, (ii) una mayor cobertura mundial del mercado por parte de las grandes compañías y (iii) la internacionalización del comercio y la inversión. Estos determinantes comerciales fueron definidos en 2013 como los “factores que influyen en la salud, y que se derivan de la motivación de los beneficios<sup>39</sup>”, aunque en 2016 aparece otra definición elaborada por Ilona Kickbusch que completa de una forma más exhaustiva la complejidad del término: “son las estrategias y enfoques utilizados por el sector privado para promover productos y opciones que son perjudiciales para la salud<sup>40</sup>”. Incluyen el comportamiento y la salud de los consumidores, la capacidad de elección, y a nivel global, la sociedad de riesgo global, la sociedad de consumo global y la economía política de la globalización.

Básicamente se trata de destacar las diferencias importantes entre las formas en que la industria (de la alimentación, alcohol o tabaco, por ejemplo) es capaz de operar para promover sus productos y la acción gubernamental dirigida a reducir el daño que causan estos productos, muchas veces limitada por la propia industria. En el nfor-

me de salud de 2016<sup>41</sup> ya comentamos un informe de la OMS sobre el control de la epidemia de tabaco, donde se mostraban las dificultades que tienen muchos países para controlarla. Vimos que la industria del tabaco utiliza diferentes acciones como la presión política amenazando con litigios, exagerando la importancia económica de la industria tabacalera, manipulando la opinión pública para ganar apariencia de respetabilidad o desacreditando las pruebas científicas. Así la industria podía, mediante un marketing muy agresivo, influir en las decisiones de la población. De hecho, el 45% de la población que vive en países que han firmado el *Convenio marco de lucha contra el Tabaco*<sup>42</sup>, aún siguen expuestos al marketing del tabaco<sup>43</sup>.

Otras problemáticas globales se centran en la alimentación. La obesidad es uno de los mayores problemas globales a los que nos enfrentamos en el mundo. Según cifras de la OMS, desde 1980 la obesidad se ha duplicado en el mundo y en 2014 se estima que hay 1.900 millones de personas con sobrepeso, de las cuales 600 millones (13% de la población adulta) estarían en la categoría de obesas. Y no es un problema solamente de adultos de países ricos. El número de niños y niñas con obesidad se ha duplicado especialmente en Asia y África donde viven la mitad de los menores de 5 años obesos. En 2013 el número de menores de 5 años con sobrepeso en el mundo era de 42 millones, que se espera aumenten hasta los 70 millones en 2025. Las causas son principalmente el aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico ricos en grasa (incluyendo las bebidas refrescantes azucaradas), y un descenso en la actividad física. La OMS creó una Comisión que en 2016 elaboró un informe para luchar contra la obesidad infantil<sup>44</sup>, donde daba las orientaciones necesarias para acabar o al menos contener este problema de salud infantil.

Recordamos sus recomendaciones:

- a. Aplicar programas integrales que promuevan la ingesta de alimentos sanos y reduzcan la ingesta de alimentos malsanos y bebidas azucaradas entre niños, niñas y adolescentes.
- b. Aplicar programas integrales que promuevan la actividad física y reduzcan los comportamientos sedentarios en niños, niñas y adolescentes.

38. Lim S. S., Vos T., Flaxman A. D. et al. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2013; 380: 2224–2260.

39. West, R. and Marteau, T. (2013), Commentary on Casswell (2013): The commercial determinants of health. *Addiction*, 108: 686–687. doi:10.1111/add.12118

40. The commercial determinants of health Kickbusch, Ilona et al. *The Lancet Global Health*, Volume 4, Issue 12, e895 – e896

41. Informe 2016 “la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria”, Médicos del Mundo, medicusmundi

42. Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco. Organización Mundial de la Salud 2003, reimpresión actualizada, 2004, 2005

43. Savell E, Gilmore A, Sims M, et al. The environmental profile of a community's health: a cross-sectional study on tobacco marketing in 16 countries. *Bulleting of the World Health Organisation* 2015; 93: 851–61.

44. Informe de la Comisión para acabar con la obesidad infantil. Organización Mundial de la Salud, 2016

- c. Integrar y fortalecer las orientaciones para la prevención de las enfermedades no transmisibles con las pautas actuales para la atención pregestacional y prenatal a fin de reducir el riesgo de obesidad infantil.
- d. Ofrecer orientaciones y apoyo al establecimiento de una dieta sana y de pautas de sueño y de actividad física durante la primera infancia, a fin de que los niños y las niñas crezcan de forma adecuada y adquieran hábitos saludables.
- e. Aplicar programas integrales que promuevan entornos escolares saludables, conocimientos básicos en materia de salud y nutrición y actividad física en niños, niñas y adolescentes en edad escolar.
- f. Ofrecer a niños, niñas y personas jóvenes con obesidad servicios para el control del peso corporal que reúnan diversos componentes y se centren en la familia y en la modificación del tipo de vida.

En la primera recomendación se plantean medidas como establecer un impuesto eficaz sobre las bebidas azucaradas, reducir los efectos de la promoción transfronteriza de bebidas y alimentos malsanos, poner en marcha un sistema mundial normalizado de etiquetado de nutrientes, y que el etiquetado sea fácil de interpretar o Incrementar el acceso a alimentos sanos en grupos de población desfavorecidos.

A pesar de la rotundidad de las cifras, parece no existir una gran conciencia del problema y las medidas, salvo excepciones como el etiquetado promovido por el Ministerio de salud de Chile para los alimentos infantiles y juveniles<sup>45</sup>, son aisladas. Además, en la era de la globalización de la información, los países se encuentran con una gran dificultad de poder supervisar el tipo de publicidad que se muestra en los medios digitales que no se editen en su país. Y la tendencia creciente a considerar que la libre elección del individuo está por encima del bien común no facilita las acciones reguladoras que deben tener los servicios públicos de salud de los países.

Debe ser por lo tanto obligatorio que cuando hablemos de la salud de las personas, tengamos en cuenta otros muchos factores que afectan directamente a la salud (género, pobreza, vivienda, agua,...), y que debemos aplicar medidas globales que garanticen la prevalencia de la salud pública y se controle el comportamiento de los determinantes comerciales de la salud, pese a ser éste un problema muy complejo de analizar si no se tienen datos fiables y públicos sobre las prácticas de las grandes compañías.

45. <http://web.minsal.cl/ley-de-alimentos-nuevo-etiquetado-de-alimentos/>

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

### OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE



Poster the GlobalGoals, producido por Trollbäck+Company para UN.

La implementación de la Agenda 2030, que engloba los denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), va a regir los programas de desarrollo mundiales durante los próximos años. Hay que señalar que ya desde antes de su comienzo se han oído voces críticas contra los ODS, y se les ha llegado a denominar “trucos de distracción”. The Economist tildó a los ODS en 2015 de “Objetivos Estúpidos de Desarrollo”<sup>46</sup> (Stupid Development Goals, utilizando las abreviaturas de los ODS en inglés, denominados en ese idioma SDG), donde, entre otras cosas, dice que priorizar 169 metas es como no priorizar ninguna, pues difumina esa supuesta priorización. Y Patrick Bond, profesor de economía política de Sudáfrica, aseguró también en 2015 que los ODS eran una distracción para el trabajo real de la lucha contra la pobreza que hacen los activistas de la justicia social<sup>47</sup>.

A pesar de que esas opiniones puedan tener un fondo de verdad, hay que reconocer que esta Agenda 2030 puede ser una posibilidad de cambio para el futuro de millones de personas, incluso aunque no se alcanzaran las metas en su totalidad. Pero

46. <https://www.economist.com/news/leaders/21647286-proposed-sustainable-development-goals-would-be-worse-useless-169-commandments>

47. <https://www.telesurvtv.net/english/opinion/UN-Development-Goals-Replaced-by-New-Distraction-Gimmicks-20150925-0033.html>

para aspirar al menos a conseguirlas, es necesario asumir que trabajar estos ODS deben hacernos cambiar completamente la forma de trabajar el desarrollo mundial. Tras dos años de implementación de los ODS, podemos afirmar que la falta de cumplimiento se basa en 3 grandes debilidades de los ODS y que deben abordarse lo antes posible: (i) falta establecer cuáles son los mejores procesos para conseguir los ODS, (ii) su débil financiación y (iii) la falta del seguimiento necesario para saber si estamos cumpliendo las metas propuestas.

Aunque NNUU plantea 17 ODS y 169 metas, hay aspectos que no están bien definidos. El documento en el que se basan los ODS afirma que “no dejarán a nadie atrás”, y que “estos ODS y sus metas son de carácter integrado e indivisible, y conjugan las tres dimensiones del desarrollo sostenible: económica, social y ambiental”<sup>48</sup>. Sin embargo, no se plantean cuáles son los procesos más adecuados para alcanzarlos, ni cómo se va a trabajar de forma integral, cuando esto supone grandes cambios en la forma de actuar de los países y las instituciones internacionales e incluso las privadas. En principio, la responsabilidad del cumplimiento recae principalmente sobre los países, aunque las posibilidades de asumir esta ambiciosa Agenda son muy diferentes dependiendo del país. Por otra parte, existen cuestiones supranacionales que necesitan cambios profundos para conseguir esta Agenda, como pueden ser los modelos económicos imperantes de crecimiento no inclusivo. Teniendo presente que no hay una solución única y mágica para todos los países, establecer una hoja de ruta de forma participativa para el cumplimiento de todos los ODS y un marco común de aspectos supranacionales es absolutamente necesario. No podemos hacer lo mismo que con anteriores compromisos y pensar que la inercia nos llevará al cambio. Innovar en las políticas es fundamental. Por ejemplo, en el tema de mejorar políticas fiscales, África pierde anualmente 203.000 millones de dólares por evasión de impuestos y pagos de deuda<sup>49</sup>, mucho más de lo que recibe. Mejorar esas políticas fiscales debería ser una prioridad, al igual que luchar contra los paraísos fiscales. Teniendo en cuenta los objetivos y metas propuestas en los ODS, habría que impulsar nuevas políticas que se basaran en la evidencia, ya que sería la mejor fórmula para determinar una línea de base tanto para los países como para organismos multinacionales.

En cuanto a la financiación de estos ODS, el informe sobre “Progresos y Perspectivas de Financiación para el Desarrollo”<sup>50</sup> presentado en mayo de 2017 por el Consejo Económico y Social de NNUU afirma que, si seguimos la trayectoria actual, no vamos a conseguir los objetivos y metas de 2030. Es un poco chocante que, dos

48. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/69/L.85>

49. <https://www.healthpovertyaction.org/speaking-out/honest-accounts/>

50. [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=E/FFDF/2017/3](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/FFDF/2017/3)

años después de firmar la Agenda, ya se diga que no se van a conseguir las metas propuestas. Y es que para conseguir los ODS hace falta mucho dinero. En el “informe sobre inversión mundial”<sup>51</sup> de NNUU en 2014, se afirmaba que anualmente se necesitarían entre 5 y 7 billones de dólares para conseguir los ODS, cuando ahora se está gastando del orden de 1,4 billones. Pero no se sabe quién va financiar estas cantidades, aunque sería una explicación de por qué se quiere incluir a la iniciativa privada de una forma tan insistente en la Agenda 2030. La cooperación entre países no puede alcanzar esas cifras, solamente con el compromiso (no cumplido después de 30 años) de los donantes de dar el 0,7% de su PIB a cooperación. En 2016 el PIB mundial alcanzaban los 74,5 billones de dólares<sup>52</sup>, y 5 billones sería el 6,7% del PIB mundial, una cifra muy alejada de lo que se aporta en cooperación, incluso si contáramos con las aportaciones de los nuevos donantes (China, Rusia, Brasil,...). Aunque añadiéramos un mayor esfuerzo de los países de renta media y baja, sería realmente muy difícil alcanzar esas cifras.

Pero hay que tener en cuenta que estas proyecciones de gasto se plantean si seguimos haciendo lo mismo y de la misma manera. Habría que, como ya hemos comentado antes, plantear los modelos más costo efectivos. Por ejemplo, en salud la extensión de la Atención Primaria de Salud (APS) y sus acciones preventivas y de promoción de la salud, deberían ser un elemento clave de los sistemas de salud ya que es mucho más barata, eficiente y efectiva que un sistema basado en hospitales y medicina terciaria. Igualmente parece más barato (a igualdad de servicios y de cobertura de personas) y con mayor impacto si la financiación del sistema de salud se basa en impuestos generales antes que en aportaciones de seguros de trabajadores, por lo que los países deberían progresivamente ir hacia ese tipo de financiación, sabiendo que cambiar de modelo no es fácil.

Para poder hacer un seguimiento de la Agenda 2030, la Comisión de Estadística de Naciones Unidas (NNUU) ha recomendado utilizar 230 indicadores, de los cuales alrededor de 150 están bien definidos, y que deberían ser la base de los informes que voluntariamente los países deben remitir a NNUU sobre el progreso en el cumplimiento de los ODS. Pero, además de lo complejo que es integrar todos estos indicadores en los sistemas nacionales de estadística, no todos los países tienen datos disponibles para todos los indicadores.

Por estos motivos, Bertelsmann Stiftung y Sustainable Development Solutions Network han creado un índice “paralelo” al oficial, el “SDG Index and Dashboards Report 2017”<sup>53</sup>. El objetivo de este informe es complementar el informe oficial sobre

51. [http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2014\\_en.pdf](http://unctad.org/en/PublicationsLibrary/wir2014_en.pdf)

52. <https://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.CD>

53. <http://www.sdgindex.org/>

los ODS y dar una visión mundial de la evolución de los ODS, con los datos disponibles (lo más cercano a los que se solicitan a los países en los informes de los ODS). Así, cada país ya puede saber qué aspectos debe reforzar para el cumplimiento de la Agenda 2030 y compararse con otros países. Otro aspecto a destacar de este informe es que por primera vez se plantea analizar los principales problemas que superan el ámbito nacional y que repercute directamente en el cumplimiento de los ODS, como es el mal uso de los bienes comunes globales<sup>54</sup>. Estos problemas supranacionales los han dividido en 3 grupos: medioambientales (agotamiento de agua subterránea, niveles de SO<sub>2</sub> y CO<sub>2</sub>,...) económico financieras y de gobernanza (secreto financiero, paraísos fiscales,...) y de seguridad (exportación de armas). En este informe se valora cada país sobre 100 puntos, 3 países escandinavos lideran el listado mundial (Suecia, Dinamarca y Finlandia) con 85 y 84 puntos, pero con déficits importantes en el cumplimiento de los ODS de cambio climático y medioambiental. Los 3 últimos países de la lista son la RD del Congo, Chad y República Centroafricana, con 42,7, 41,5 y 36,7 puntos respectivamente, lo que indica la enorme brecha que existe entre países y la necesidad de una mayor y mejor cooperación hacia estos países. España tiene 76,8 puntos y grandes déficits en el cumplimiento de los ODS 8, 9, 12, 13, 14 y 15 Se sitúa así por debajo de la media europea que está en 77,7 y en el puesto 25 de 157 países.

A nivel oficial, en julio de 2017 se celebró en Nueva York el Foro político de alto nivel para la consecución de los ODS, donde se hizo balance de los avances en la consecución de los objetivos propuestos. 44 países presentaron sus informes voluntarios de avance en los ODS, 13 de Asia y Pacífico, 12 de Europa (España se anuncia para 2018), 11 de América Latina/Pacífico y 7 de África. El tema a tratar en este foro fue "Erradicar la pobreza y promover la prosperidad en un mundo cambiante", analizando más en profundidad los ODS 1, 2, 3, 5, 9, 14 y 17<sup>55</sup>. En este Foro se reconoció la importancia que tiene las dimensiones regionales para conseguir los objetivos propuestos, incluyendo la cooperación Sur-Sur, por lo que se debe promover la existencia y participación en los Foros regionales para el cumplimiento de los ODS, conectando las realidades nacionales con los avances globales. Hay elementos comunes que aparecen en todas las regiones, como la necesidad de impulsar el empoderamiento de mujeres y jóvenes como motores clave de transformación. Eliminar los obstáculos para el empleo productivo y la participación política de las mujeres, e invertir en la educación de la juventud, con igualdad de oportunidades para las niñas y los ni-

54. Un bien común global es aquel que no es excluyente (los beneficios del bien disponibles para todos) pero se rivaliza por su uso (por ej: la gestión/contaminación de los océanos o de la atmósfera),

55. [https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16673HLPF\\_2017\\_Presidents\\_summary.pdf](https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/16673HLPF_2017_Presidents_summary.pdf)

ños, se consideran imprescindibles para aplicar con éxito la Agenda 2030. Un éxito que también dependerá de la financiación de los ODS, por lo que se necesita aumentar la movilización de recursos nacionales y extranjeros y la mejora de la gestión tributaria, especialmente en relación con los paraísos fiscales. Se valoró también la situación especial de los Pequeños Estados Insulares en Desarrollo, así como de los países de renta media.

Pero existen varios problemas con los informes voluntarios presentados por los países, más allá de que sean voluntarios y de que no todos los países lo realicen, como se documenta en el informe de la plataforma *Together 2030*. En el primer informe, "Voluntary National Reviews: What are countries prioritizing?"<sup>56</sup>, la plataforma afirma que los países presentan informes heterogéneos (no informando de los 17 ODS), algunos abren la participación a la sociedad civil y otros no, no se suele tener en cuenta las 3 dimensiones (social, ambiental y económica) de los ODS, por lo que no tienen esa visión interdisciplinar e integral que se les presume a los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Los mayores retos para conseguir los ODS que aparecen en la mayoría de estos informes son la recolección de datos (16 países de 25 que reportaron algún reto), la financiación de los ODS (12 países) y falta de coherencia política (6 países). La mayoría asume que este informe es un informe de partida, cuando tendrían que estar informando de los avances.

En resumen, aún no se han incorporado los mecanismos de seguimiento necesarios en los países para poder valorar los indicadores de avances de los ODS. Algunos de estos indicadores se deben construir de nuevo y añadir a los sistemas de información (incluyendo los sistemas de información sanitaria) a la mayor brevedad posible. Y dentro de la visión globalizadora de los ODS, los informes de seguimiento que incorporen los ODS deberían de dejar de ser voluntarios y pasar a ser obligatorios. Si no es imposible conocer si los esfuerzos de la comunidad internacional y de los países van en buen camino, pues es altamente probable que aquellos países que no tengan avances no muestren sus datos.

#### 4.1. La salud en los ODS

En el informe del Consejo Económico y Social de Naciones Unidas sobre los "Progresos en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible", la salud aparece en el ODS 3: "garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades". Para ello se generaron una serie de indicadores y metas que, en teoría, deben

56. [http://www.together2030.org/wp-content/uploads/2017/07/FINAL-Together-2030\\_VNR-Main-Messages-Review-2017.pdf](http://www.together2030.org/wp-content/uploads/2017/07/FINAL-Together-2030_VNR-Main-Messages-Review-2017.pdf)

acabar, o al menos reducir, la inequidad que en el ámbito de la salud que sigue existiendo en el planeta.

Como ya dijimos en anteriores informes, el conjunto de estos indicadores son “un cajón de sastre”, donde se mezclan tasas de mortalidad y morbilidad con estrategias sanitarias (cobertura sanitaria universal), normas internacionales (contra el tabaco) o aspectos definidos por la gestión del sistema sanitario (acceso a medicamentos, gastos en investigación o personal sanitario). Son metas que se entrecruzan, pues a nadie se le escapa que, por ejemplo, el acceso a medicamentos está directamente relacionado con tasas de mortalidad. Es cierto que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha asumido la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) como el eje del trabajo en salud a nivel mundial en los próximos años, y que ésta puede ser la meta que englobe a todas las demás en salud. La CSU permite, según la OMS, “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos”. De hecho, el nuevo director General de la OMS ha publicado un breve artículo en *The Lancet* titulado “todos los caminos conducen a la CSU”<sup>57</sup>, donde plantea que la Cobertura Sanitaria Universal es un derecho humano, y que cualquier país puede avanzar en su consecución. El papel que quiere que desarrolle la OMS en este sentido sería doble: impulsar la CSU entre las instituciones políticas de los países y regiones y desarrollar un sistema de medida que compare los avances en los países para alcanzar la CSU, así como del resto de metas del ODS 3. También documentaría las mejores prácticas de los países para que sirva como ejemplo al resto de países. Por ejemplo, considera el refuerzo de los sistemas sanitarios como la mejor manera de evitar las consecuencias de las crisis sanitarias como la del ébola. En sus propias palabras “la aparición de un brote epidémico es inevitable, pero las epidemias no lo son”. Pero este sistema de seguimiento aún no está operativo, por lo que deberemos esperar a ver cuando se pone en marcha.

Resulta extraño que, dada la relevancia que tiene en el informe de Naciones Unidas sobre el progreso en los ODS no se nombre la CSU, ni siquiera para decir que es necesario impulsarla. El informe simplemente comenta los logros conseguidos en mortalidad y morbilidad y algo sobre personal y financiación. Lo que sí muestra este informe es la enorme inequidad que existe entre la salud de las personas y regiones del planeta, lo que nos debe hacer reflexionar sobre las medidas que se quieren tomar para acabar con esta inequidad.

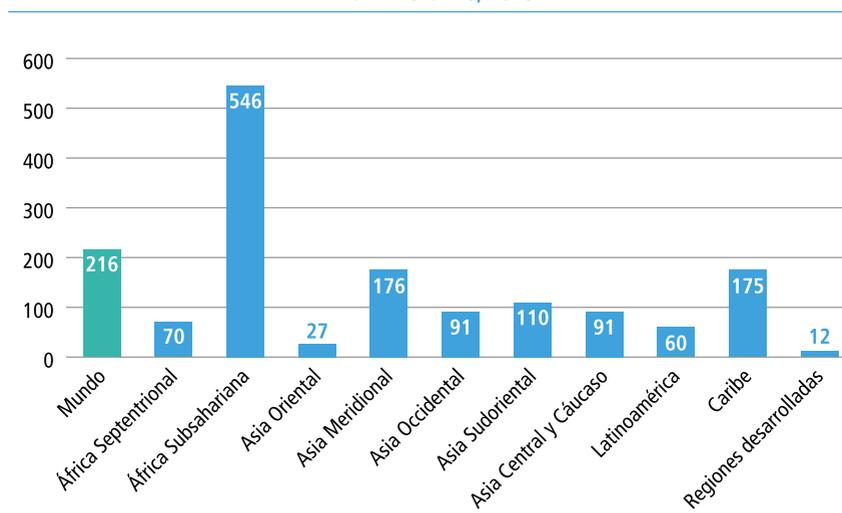
Los resultados en salud los divide en:

57. All roads lead to universal health coverage. Ghebreyesus, Tedros Adhanom. *The Lancet Global Health*, Volume 5, Issue 9, e839 – e840

## - SALUD REPRODUCTIVA, MATERNA, NEONATAL E INFANTIL

En 2015, la tasa mundial de mortalidad materna permaneció en 216 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. Pero, además de las enormes diferencias que se pueden ver en la siguiente tabla entre las regiones mundiales, esta cifra es 3 veces mayor que la meta prevista en 2030, que es de 70 muertes maternas/100.000 nacidos vivos. Es cierto que en 2016, el 78% de los nacidos vivos en todo el mundo se beneficiaron de atención cualificada durante el parto, pero en África subsahariana solamente fueron algo más de la mitad, cuando es la región que soporta una mayor tasa de mortalidad materna. Conseguir la meta prevista nos va a exigir un gran esfuerzo, ya que la reducción anual debería ser el doble de lo conseguido entre el año 2000 y 2015.

GRÁFICO 1.1. ESTIMACIONES DE LA MORTALIDAD MATERNA /100.000 NACIDOS VIVOS POR REGIONES, 2015



Fuente: elaboración propia a partir de datos del informe “Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015”, OMS 2015

En 2017, el 78% de las mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad) que estaban casadas o vivían en pareja en todo el mundo satisfacían la necesidad de planificación familiar con métodos modernos, pero solamente ha aumentado 3 puntos desde el año 2000. Actualmente hay una mayor disponibilidad y acceso a estos métodos, por lo que este pobre crecimiento en su utilización indica que existen otros

factores como la equidad de género, que afecta a quien toma las decisiones en salud e incluso quien tiene acceso a los servicios sanitarios.

La mortalidad infantil se ha reducido un 44% desde 1990, pero también sigue habiendo grandes inequidades, de nuevo la región africana es la más afectada con una mortalidad infantil de 84/1000 en 2015. También la mortalidad neonatal ha descendido de manera muy importante de 31 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2000 a 19 en 2015, pero sigue siendo el 45% de la mortalidad infantil. La cifra estimada de muertes de niños y niñas debidas a la desnutrición es de 2,7 millones, lo que representa el 45% de todas las muertes de niños y niñas en el mundo. Un factor importante para evitar las diarreas, que son la mayor causa de mortalidad en los primeros meses de vida, es conseguir que la lactancia materna no se vea suplada por otro tipo de alimentación. Sin embargo, la OMS y UNICEF han denunciado en agosto de 2017 que ningún país del mundo cumple estrictamente con las recomendaciones de amamantamiento especificadas por estas dos organizaciones<sup>58</sup>. Solamente un 36% de los lactantes de 0 a 6 meses en el mundo recibieron lactancia exclusivamente materna en 2014. Y se estima que si todos los niños y niñas de 0 a 23 meses estuvieran amamantados de forma óptima, cada año se les podría salvar la vida a más de 820.000 menores de 5 años<sup>59</sup>.

#### - ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Las 3 grandes enfermedades infecciosas que la comunidad internacional se propuso controlar desde el año 2000 (VIH/sida, malaria y tuberculosis) han reducido su morbi-mortalidad gracias al esfuerzo conjunto de todas las instituciones. Pero esta reducción no ha sido suficiente para poder decir que las hemos controlado.

Se ha disminuido de forma muy importante la tasa de incidencia (aparición de nuevos casos) de infección por VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) en los últimos años. Concretamente en 2015 se registraron 0,3 nuevas infecciones de VIH por cada 1.000 personas no infectadas, y entre los niños menores de 15 años, la tasa fue de 0,08 casos nuevos de infección por el VIH, lo que supone una disminución del 45% y el 71%, respectivamente, desde el año 2000. Y gracias a los avances en los tratamientos las personas con VIH/sida viven más tiempo y mejor. Pero en 2015, de las 36,7 millones de personas con VIH/sida, solamente el 46% recibía tratamiento antirretroviral<sup>60</sup>. Para el año 2030 se espera que se consiga el denominado 95-95-95 (95% de personas con VIH conozcan su estado serológico,

95% reciban tratamiento y 95% supriman su carga viral), disminuyendo las infecciones de adultos a 200.000 (por 1,8 millones en 2016). Para 2020 se planteó como realizable alcanzar el 90-90-90<sup>61</sup>, pero aún estamos muy lejos de esas cifras, por lo que si no hay un impulso importante en los próximos años, las metas para esta enfermedad no se podrán cumplir.

Un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de la tuberculosis, aunque solo una pequeña parte de las personas infectadas enfermará de tuberculosis. Gracias al trabajo conjunto, el número de nuevos casos de tuberculosis también ha disminuido considerablemente en estos últimos años, un 17% desde el año 2000. Sin embargo, todavía se siguen infectando cada año 10,4 millones de personas, el 60% en solo 6 países: India, Indonesia, China, Nigeria, el Pakistán y Sudáfrica<sup>62</sup>. Aunque el número de muertes se ha reducido en un 22% entre 2000 y 2015, este último año murieron 1,8 millones de personas, y la resistencia a los tratamientos antituberculosos sigue creciendo en el mundo.

En cuanto a la malaria, es la que mejores resultados ha tenido en los últimos años. En 2015 hubo unos 212 millones de casos mundiales de paludismo, pero en apenas 5 años, de 2010 a 2015, se ha reducido su incidencia en un 21% y su mortalidad un 29%. Según el "Informe mundial sobre el paludismo 2016" de la OMS, en 2016 aún sigue siendo una enfermedad endémica en 91 países y territorios, frente a 108 países en el 2000<sup>63</sup>. Para luchar contra esta enfermedad la OMS adoptó la denominada "Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030"<sup>64</sup>, donde se plantea como objetivos reducir la mortalidad y los nuevos casos de malaria en 2030 en un 90% respecto a 2015, evitar que aparezca la malaria en países donde ya esté erradicada y disminuir el número de países endémicos de esta enfermedad, para que en 2030 sean como mucho 56 países. Esta estrategia se basa en 3 pilares: control vectorial (del mosquito), quimiopprofilaxis y acceso a tratamiento y diagnóstico. Esta estrategia supone triplicar las inversiones que se realizan para esta enfermedad, y pasar de un gasto de 2.700 millones de dólares anuales a 8.700 millones para 2030 (se considera que se debe hacer de forma progresiva: 6.400 millones de dólares de aquí a 2020 para alcanzar una disminución del 40% de las tasas de incidencia y mortalidad por malaria, y de 7.700 millones en 2025 para alcanzar la reducción del 75%).

58. <http://www.un.org/spanish/News/story.asp?NewsID=37797#.WaUOLE0Uncs>

59. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs342/es/>

60. <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

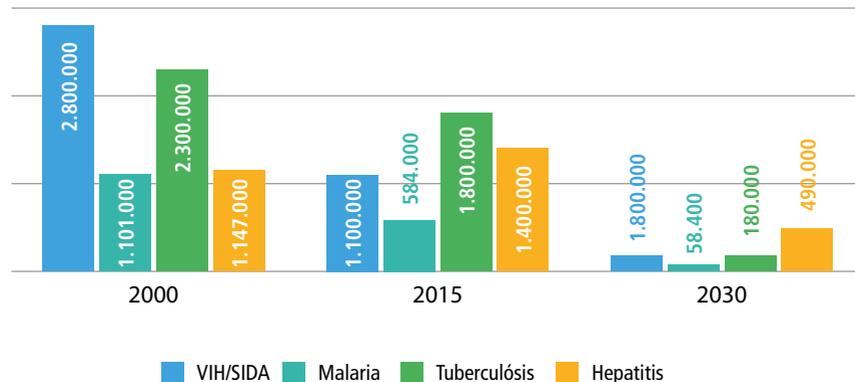
61. [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2686\\_WAD2014report\\_es.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_es.pdf)

62. <http://who.int/mediacentre/factsheets/fs104/es/>

63. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252038/1/9789241511711-eng.pdf?ua=1>

64. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186671/1/9789243564999\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186671/1/9789243564999_spa.pdf?ua=1)

**GRÁFICO 2.2. MORTALIDAD POR VIH/SIDA, MALARIA, TUBERCULOSIS Y HEPATITIS, AÑOS 2000, 2015 Y PREVISIONES 2030**



Fuente: elaboración propia

Existen muchas otras enfermedades infecciosas, además de las 3 enfermedades tradicionales comentadas y que ya aparecían en los pasados Objetivos del Milenio. Pero en los últimos tiempos la comunidad internacional está poniendo el foco en otra enfermedad infecciosa que está preocupando enormemente, y que aparece visibilizada en la meta 3.3 de los ODS, la hepatitis.

La hepatitis es una inflamación del hígado que puede remitir espontáneamente o bien evolucionar hacia una fibrosis, una cirrosis o un cáncer. La causa más frecuente de hepatitis es debido a la infección por los distintos virus de la hepatitis (A, B, C, D y E), pero puede ser producida también por causas externas (abuso de alcohol y otras drogas) o por causas de índole autoinmune. Las hepatitis A y E se suelen transmitir por agua o alimentos contaminados, mientras que las hepatitis B, C y D se transmiten por transfusiones, uso de material contaminado que pone en contacto los humores corporales infectados con los del paciente (jeringuillas, maquinillas de afeitarse, material para hacer tatuajes,..), y sobre todo en el caso de la hepatitis B, también por otros fluidos corporales como saliva o semen (vía sexual y transmisión madre-bebé, incluso de un miembro de la familia al bebé). Hay vacunas para todas ellas, menos para la hepatitis C, enfermedad que no es un problema exclusivo de los países más empobrecidos. La Asociación Española para el Estudio del Hígado (AEEH) estima que la hepatitis C afecta a unas 900.000 personas en España. La hepatitis B y C son las más graves, y en ausencia de tratamiento, una tercera parte de pacientes con hepatitis C desarrolla cirrosis y/o cáncer de hígado. Se estima que en el mundo la mitad de los

pacientes con hepatitis C desconocen que están enfermos<sup>65</sup>, lo que puede suponer agravar un ya de por sí grave problema de salud que puede afectar al funcionamiento y colapsar los sistemas sanitarios en los próximos años.

En 2015 la hepatitis causó 1,4 millones de muertes (sobre todo de hepatitis B y C), y 400 millones de infectados. Cada año se producen entre 6 y 10 millones de nuevas infecciones por hepatitis B y C. El problema es que mientras las muertes por sida, malaria y tuberculosis van decreciendo, las de las hepatitis víricas van en aumento (ver tabla anterior). Se estima que sólo el 5 % de las personas con hepatitis crónica sabe que tiene la infección y menos del 1 % de los afectados tiene acceso a tratamiento. En 2016 la OMS aprobó la "Estrategia mundial del sector de la salud contra las hepatitis víricas"<sup>66</sup>, donde se plantean diferentes metas de impacto y cobertura de servicios, con una metas finales para 2030:

1. Reducir la incidencia y mortalidad por hepatitis: En 2030 se reducen la incidencia (nuevos casos) a 900.000 anuales en el mundo y disminuir la mortalidad en un 65% de las cifras de 2015 en 2030.
2. Aumentar la cobertura vacunal al 90% tanto en la infancia como para la prevención de la transmisión de madre a hijo
3. El 100% de las donaciones de sangre se someten a análisis para garantizar su calidad.
4. 90% de inyecciones administradas utilizando dispositivos con mecanismos de seguridad, dentro y fuera de los establecimientos de salud
5. 300 agujas y jeringas estériles proporcionadas anualmente a cada consumidor de drogas inyectables
6. 90% de infecciones por virus de las hepatitis B y diagnosticados
7. Se proporciona tratamiento al 80% de las personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B o C que lo necesitan.

Pero no podemos centrar la lucha contra las enfermedades infecciosas en estas 4. Es necesario que la lucha contra estas enfermedades se incluyan dentro de un sistema público de salud lo suficiente fuerte para dar respuesta a cualquier problema de salud de la población, sea infeccioso o no. Es bastante atractivo centrar las fuerzas en unas pocas enfermedades para que se visibilicen resultados rápidamente, pero la experiencia de los Objetivos de Desarrollo del Milenio nos ha enseñado que los programas verticales no son la solución. Porque a pesar de los avances conseguidos

65. [http://aeeh.es/wp-content/uploads/2017/06/CRIPE\\_ResumenEjec\\_FINAL.pdf](http://aeeh.es/wp-content/uploads/2017/06/CRIPE_ResumenEjec_FINAL.pdf)

66. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250578/1/WHO-HIV-2016.06-spa.pdf?ua=1>

(21% menos que en el año 2000), en 2015 1.600 millones de personas necesitaron tratamiento y atención por enfermedades tropicales desatendidas, y las tasas de mortalidad debidas a la falta de servicios de agua potable y de saneamiento en África subsahariana y Asia Central/meridional fueron de 46 y 23 por cada 100.000 habitantes, cuando la media mundial es de 12.

#### - ENFERMEADES NO TRANSMISIBLES (ENT) Y SALUD MENTAL

En 2015, 13 millones de personas murieron prematuramente (antes de los 70 años) por las principales enfermedades no transmisibles, cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y/o diabetes. Esta cifra supone el 43% de las muertes prematuras totales en el mundo, y nos muestra la relevancia que tienen en la salud global. La meta propuesta es reducir en un tercio antes de 2030 la mortalidad entre los 30 y los 70 años, pero para conseguirla es necesario un cambio en las estrategias sanitarias utilizadas hasta ahora, porque entre 2000 y 2015, estas muertes apenas bajaron 4 puntos.

En 2014, la OMS presentó el “informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles”<sup>67</sup> con nueve metas, que tienen que ver no solo con aspectos sanitarios, sino con comportamientos individuales que promueven estilos de vida poco saludables, y también con aspectos de la globalización de la comercialización que afectan a la salud de las personas, como ya hemos explicado en apartados anteriores de este capítulo. 1.000 millones de personas consumen tabaco, a pesar de que casi todos los países en el mundo han firmado el “Acuerdo Marco para el control del tabaco” de la OMS<sup>68</sup>. Unos 4,1 millones de muertes anuales se atribuyen a una ingesta excesiva de sal/sodio, y la ingesta promedio de alcohol puro en el mundo para los mayores de 15 años es de 6,4 litros por persona. Otro problema, la contaminación, es un factor que tiene más importancia que la que socialmente se le da. Se estima que en 2012 la contaminación del aire en lugares cerrados por cocinar con combustibles contaminantes o tecnologías ineficientes provocó 4,3 millones de muertes, mientras que la contaminación del aire debida al tráfico, fuentes industriales, quema de desechos o combustibles residenciales provocó unos 3 millones de muertes. Las 9 metas propuestas en el informe de la OMS son:

**Meta 1:** Reducción relativa de la mortalidad general por enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas en un 25% para 2025.

**Meta 2:** Reducción relativa del uso nocivo del alcohol en al menos un 10% para 2025

**Meta 3:** Reducción relativa de la prevalencia de la actividad física insuficiente en un 10% para 2025

**Meta 4:** Reducción relativa de la ingesta poblacional media de sal o sodio en un 30% para 2025

**Meta 5:** Reducción relativa de la prevalencia del consumo actual de tabaco en un 30% en las personas de 15 años o más para 2025

**Meta 6:** Reducción relativa de la prevalencia de la hipertensión en un 25%, o contención de la prevalencia de la hipertensión, en función de las circunstancias del país, para 2025

**Meta 7:** Detención del aumento de la diabetes y la obesidad para 2025

**Meta 8:** Tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) de al menos un 50% de las personas que lo necesitan para prevenir ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares para 2025.

**Meta 9:** 80% de disponibilidad de tecnologías básicas y medicamentos esenciales asequibles, incluidos los genéricos, necesarios para tratar las principales enfermedades no transmisibles, en centros tanto públicos como privados para 2025.

En este mismo informe se avisa que las ENT son un problema global que afecta a todos los países, no solamente a los más enriquecidos, por lo que todos los países deben fijar metas nacionales de cumplimiento y establecer estructuras de colaboración multisectorial e intersectorial. El fortalecimiento de los sistemas de salud es vital para poder mejorar en la lucha contra las ENT. Este fortalecimiento debe incluir la financiación de la salud, la gobernanza, los diferentes recursos (humanos, técnicos, materiales y de gestión) y la información sanitaria. La realidad es que falta mucho por hacer si queremos cumplir los diferentes objetivos de estas enfermedades. En 2016, una encuesta mundial –“Evaluación de la capacidad nacional para prevenir y tratar las enfermedades no transmisibles”– de la OMS, muestra que, aunque algunos países han logrado grandes avances, si la tendencia no cambia no se conseguirá en 2030 la meta de disminuir la mortalidad prematura por estas enfermedades en un tercio<sup>69</sup>.

Un aspecto que no aparece en los ODS, pero que tiene mucha importancia para los pacientes y sus familias, son los cuidados paliativos necesarios para afrontar una muerte digna. La OMS estima que 40 millones de personas la necesitan cada año, y

67. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO\\_NMH\\_NVI\\_15.1\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf)

68. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42813/1/9243591010.pdf>

69. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/246223/1/9789241565363-eng.pdf?ua=1>

el 78% de estas personas viven en países de ingresos medio o bajo<sup>70</sup>, con poca capacidad en sus sistemas de salud para dar este tipo de servicios. De hecho, solo el 14% de las personas que necesitan los cuidados paliativos en el mundo la reciben. Y la tendencia es que cada vez más personas necesiten este tipo de cuidados, como consecuencia de la creciente carga que representan las enfermedades no transmisibles y el proceso de envejecimiento de la población.

En cuanto a los trastornos mentales, engloban a una gran variedad de problemas mentales con distintas manifestaciones. Pero, contrariamente a lo que se piensa, se tienen tratamientos eficaces, o, al menos, medidas que alivian el sufrimiento que provocan. Este tipo de enfermedades necesitan no solo un abordaje sanitario, sino que debe ir acompañado de un apoyo social, que permita que estas personas tengan educación, trabajo y vivienda que les permita ser activos en su entorno social. En estos momentos la gran mayoría de las personas que sufren este tipo de trastornos no recibe ningún tratamiento. Según la OMS, en los países de ingresos bajos y medios, entre un 76% y un 85% de las personas con trastornos mentales graves no recibe tratamiento, y en los países de ingresos elevados: entre un 35% y un 50%<sup>71</sup>. Estas enfermedades tienen que pelear también con el estigma de su invisibilidad. En 2015 se produjeron 800.000 suicidios en el mundo, más muertes que por malaria, y sin embargo la comunidad internacional no la considera una prioridad.

#### - OTROS RIESGOS PARA LA SALUD

Los accidentes de tráfico son un problema mundial que mata a 1,25 millones de personas al año, siendo la principal causa de muerte de varones de 15 a 29 años de edad. Y desde el año 2000 estas muertes han crecido un 13%. España ha disminuido su mortalidad desde 4.241 muertes en el año 2000 a 1.260 en 2016<sup>72</sup>, aunque esta última cifra ha tenido pocas variaciones desde 2012, lo que parece mostrar que, sin nuevas medidas, con las que se vienen haciendo no vamos a disminuir mucho más. Además de los de tráfico se quiere visibilizar en el informe otro tipo de accidentes que debemos mencionar y que con medidas preventivas se pueden solucionar la mayoría de ellos. Son los envenenamientos accidentales, que provocaron 108.000 muertos en 2015.

70. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs402/es/>

71. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

72. <http://revista.dgt.es/es/noticias/nacional/2017/01ENERO/0103balance-accidentes-2016.shtml#>.

WaaNppsUncs

#### - SISTEMAS DE SALUD Y FINANCIACIÓN

Los sistemas de salud mundiales tienen importantes problemas de recursos, tanto técnicos, como económicos y humanos. La carencia de estos últimos son un grave problema mundial, acrecentado en aquellos países con mayores problemas de salud. La mitad de los países en el mundo, incluidos casi todos los países menos adelantados, tienen menos de 1 personal médico y menos de 3 especialistas en enfermería o parteras por cada 1.000 habitantes, que es lo mínimo imprescindible para atender y dar un servicio de salud. Sin contar con que todas las personas profesionales sanitarias en el mundo no tienen las mismas capacidades y conocimientos, en estos momentos faltarían unos 2,6 millones de médicos y 9 millones de personal de enfermería<sup>73</sup>.

En 2015, los países y las organizaciones multinacionales destinaron 9.700 millones de dólares a la investigación médica y la salud básica, un incremento del 30% desde el año 2000, pero esta investigación no se destina proporcionalmente a aquellas enfermedades que afectan a la mayor parte de las personas en el planeta, sino a las enfermedades más rentables.

Extraña que no haya ninguna mención o línea de base sobre la disminución de los pagos individuales por acto médico, un aspecto considerado fundamental para poder asegurar la cobertura sanitaria universal.

Existen grandes dificultades para alcanzar las metas propuestas en salud, porque dos años después de firmar el compromiso con los ODS aún siguen muchos indicadores sin ser utilizados. Existe una preocupante indefinición en los aspectos más prioritarios a trabajar, a la que se suma las carencias tanto en la definición de los mejores procesos como en la posible financiación de los mismos. En este sentido, la OMS presentó en 2016 un documento para conseguir medir el efecto de la salud en los ODS<sup>74</sup>. Concretamente habla de 16 indicadores para medir los servicios que deben definir la CSU, que serían:

1. Cobertura planificación familiar
2. Cuidados antenatal y parto
3. Inmunización infantil completa
4. Conducta sanitaria ante la neumonía infantil
5. Tratamiento efectivo de la tuberculosis
6. Tratamiento antirretroviral para VIH
7. Porcentaje de cobertura mosquiteras para prevención de malaria

73. [http://www.who.int/gho/health\\_workforce/en/](http://www.who.int/gho/health_workforce/en/)

74. World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. OMS, 2016

8. Mejoras de agua y saneamiento
9. Prevalencia de hipertensión
10. Prevalencia de diabetes
11. Detección de cáncer uterino
12. Tabaquismo
13. Acceso a servicios básicos hospitalarios
14. Densidad de personal sanitario
15. Acceso a medicamentos esenciales
16. Cumplimiento de las regulaciones internacionales de salud

Pero estos servicios no tienen en cuenta la disminución del pago individual del acto médico, que es una de las 3 patas de la CSU, junto con el aumento de servicios dados y de personas cubiertas. Para la protección financiera, la OMS propone 2 indicadores más: la incidencia de gasto catastrófico en salud (más del 25% del presupuesto familiar destinado a la salud de sus miembros, incluyendo seguros) y los casos de pobreza debido al pago directo de los hogares de gastos de salud. En este documento se estima que las personas de los países de renta baja pagan directamente de su bolsillo el 42,3% de los gastos de salud, y en los países de renta media un 40%, lo que supone un gran hándicap para el acceso a la salud.

El instrumento que actualmente se ha puesto en marcha para conseguir la CSU es un Pacto Mundial denominado "UHC 2030" (Cobertura sanitaria Universal 2030), que sustituye el anterior "International Health Partnership". El objetivo de esta plataforma es crear un espacio colaborativo entre los países para reforzar los sistemas de salud y mejorar la salud en todos los países para lograr la CSU. Para ello, se considera que deben conseguir recursos equitativos, resilientes y sostenibles, financiados públicamente y basados en la atención primaria de salud, que ofrezcan servicios de salud integrados, integrales y centrados en las personas y de calidad para todos, al tiempo que toman medidas para proteger a los hogares de los riesgos financieros debidos a los gastos sanitarios. Esos esfuerzos deberían ser dirigidos por los gobiernos nacionales, con el apoyo de las políticas y planes nacionales de salud, evitando la fragmentación entre los diferentes actores que vienen. Sin embargo, el papel de la iniciativa privada en la financiación de la salud es todavía un punto de discusión.

Para valorar los avances en salud de una forma sostenible, deberíamos no solo medir los aspectos sanitarios de la CSU (con el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y la Atención Primaria de Salud como las estrategias que deben subyacer en el trabajo que se realice para conseguir la Cobertura Sanitaria Universal equitativa), sino, dada la dimensión multisectorial de la salud debemos prestar atención a otros objetivos para los cuales la salud es una intención primaria. Sería el caso del objeti-

vo 2 que busca terminar con el hambre y desnutrición para 2030, el objetivo 6 que aspira a garantizar el acceso universal al agua potable segura y asequible para todos en 2030 o el objetivo 7 cuyo propósito es garantizar el acceso universal a electricidad asequible para 2030.

#### 4.2. ¿Cuánto va a costar la salud mundial?

Uno de los mayores problemas que existe a la hora de lograr alcanzar las metas del ODS en salud es saber cuánto va a costar y que contribución debería realizar cada uno de los actores interpellados. La importancia de invertir en salud no es algo nuevo. Ya en 2013, en el artículo "Global health 2035: a world converging within a generation"<sup>75</sup> de Jamison y Summers, se aseguraba que se puede contabilizar el enorme beneficio económico de invertir en salud. En los países de rentas bajas y medias, solamente las reducciones de la mortalidad representaban el 11% del crecimiento económico. El 24% del crecimiento económico de estos países en el periodo 2000-2013 se debió al aumento del valor por años de vida adicionales (VLYs en sus siglas en inglés), que es un indicador más exacto de la relación entre salud y economía. De hecho, en ese artículo se aseguraba que para 2035 se podría conseguir lo que denominaron "una gran convergencia en salud", donde los países de renta media y baja mejorarían de forma muy significativa la salud de sus poblaciones si tuvieran acceso a un sistema de salud y tecnologías apropiadas, y hubiera unas políticas fiscales adecuadas (impuestos al tabaco y a contaminantes, refuerzo de los sistemas sanitarios,...). Para conseguir la CSU se fijan 2 caminos: un seguro financiado por fondos públicos que cubran las intervenciones esenciales de la salud (con el problema de definir cuáles son esenciales, y si fragmentar los servicios no va en contra del espíritu de la CSU), y establecer mecanismos financieros para que los más pobres estén exentos de pago. Para conseguir esta convergencia se deberían gastar 70.000 millones de dólares anuales en inversiones en salud, una cantidad que puede parecer elevada, pero que representa menos del 1% del incremento esperado del PIB de estos países en los próximos 20 años.

Uno de los autores de este artículo, Lawrence Summers, avisaba en 2016 de un problema a la hora de alcanzar esa convergencia: alrededor del 80% del apoyo de los donantes a la salud se destina a ayudar a los países de forma individual, y sólo el 20% se destina a los problemas globales<sup>76</sup>. Las prioridades, según este autor, se deberían dirigir a proporcionar bienes públicos mundiales, como el desarrollo de me-

75. [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62105-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62105-4.pdf)

76. <http://larrysummers.com/wp-content/uploads/2016/11/Doha-LHS-Speech.pdf>

dicamentos y vacunas para las enfermedades de la pobreza; la gestión de problemas transfronterizos como la preparación de todos los sistemas para una pandemia o la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos; y fomentar el liderazgo y la administración sanitaria a nivel mundial, mejorando los procesos de establecimiento de prioridades, como puede ser en la fuga de personal sanitario de los países más pobres a los más ricos.

Más recientemente, en otro artículo aparecido en *The Lancet* en septiembre de 2017<sup>77</sup>, Karen Stenberg, del departamento de gobernanza y financiación de sistemas de salud de la OMS en Ginebra, y varios colaboradores, presentaron una propuesta para financiar los sistemas de salud de los 67 países cuyas rentas son las más bajas según el banco mundial (datos 2016). La propuesta incluía el objetivo de ampliar la cobertura universal al 95% de las personas de estos países en 2030, a partir del fortalecimiento de los sistemas de salud de estos países. Y prevé un gasto adicional progresivo que en 2030 debería ser de 371.000 millones de dólares. Este gasto adicional supone 58 dólares adicionales por persona o, si hablamos de cifras absolutas, 271 dólares por persona. La mayor parte del gasto adicional se la llevarían los sistemas sanitarios, que acapararían el 75% del gasto, sobre todo en personal e infraestructura (incluyendo equipamiento). Estos fondos adicionales salvarían unas 97 millones de vidas y aumentaría la esperanza de vida entre 3,1 y 8,4 años, dependiendo del país.

Las estimaciones de costes realizadas por Stenberg incluyen inversiones para alcanzar los niveles mínimos requeridos en términos de insumos que directamente están relacionados con el acceso (personal sanitario, número de instalaciones de salud, laboratorios y equipamiento), así como otras inversiones que son necesarias, aunque no sean tan visibles, como es el caso de los sistemas de información sanitaria, la gestión de riesgos, la gobernanza y la financiación de la salud. En el estudio se consideraron los recursos necesarios para fortalecer el desempeño del sistema de salud y los costes para la provisión de 187 intervenciones específicas, como la provisión de hierro y el ácido fólico a las mujeres embarazadas y la extensión de los servicios para las poblaciones de alto riesgo con VIH/sida. También se estimaron los costes de aumentar el acceso al agua potable y el saneamiento, la higiene, los combustibles limpios para cocinar y los programas de transferencia de efectivo que benefician a los hogares pobres. Para estas inversiones intersectoriales, se estimaron únicamente la proporción de costos que serían atribuidos y financiados por el sector de la salud en comparación con otros sectores.

77. 1.Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. Stenberg, Karin et al. *The Lancet Global Health*, Volume 5, Issue 9, e875 – e887

Para repartir este gasto adicional de más de 370.000 millones de dólares, habría que saber cuánto dinero deben poner los propios países de renta media y baja, y cuánto la comunidad internacional, a través de programas de cooperación. En 2011, el gasto público mundial en salud suponía casi el 15% del conjunto de presupuestos públicos<sup>78</sup>. El 40% del gasto en salud mundial es gasto privado.

Los compromisos adquiridos son muy diversos. Los gobiernos de África se comprometieron en 2001 a destinar 15% de sus presupuestos nacionales a la salud en la Declaración de Abuja<sup>79</sup>, pero pocos países lo han alcanzado. La comunidad internacional y los ODS proponen el 0,7% del PIB para cooperación, pero no maneja una cifra específica para salud. En 2016 el conjunto de países donantes (CAD) destinó a cooperación 142.600 millones de dólares, algo más del 0,41% del PIB, y para la salud supone algo más de 20.000 millones de dólares, el 5,39% de lo necesario. Parece claro que los fondos de cooperación son insuficientes para asumir los incrementos que se necesitan para conseguir las metas propuestas, pero su aportación es absolutamente necesaria, tanto en asuntos globales, como para hacer una transferencia progresiva y adecuada de conocimientos y tecnologías a los países más empobrecidos. En octubre de 2017 en Montreaux, Suiza, se anuncia una reunión, “Financiación pública de la CSU: hacia la implementación”<sup>80</sup>, donde las discusiones y presentaciones se centrarán en las cuestiones prácticas que los países afrontan para implementar las políticas y reformas necesarias para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal

### 4.3. La Declaración de Shanghai: una nueva visión de la promoción de la salud

A finales de noviembre de 2016, un año y pocos meses antes del 40 aniversario de Alma Ata, se firmó la Declaración de Shanghai, una declaración sobre la promoción de la salud en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible<sup>81</sup>, en el marco de la 9ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. En esta Conferencia, dirigentes políticos de gobiernos y ciudades, representantes de NNUU y de ONG y expertos en salud alcanzaron un acuerdo para trabajar la promoción de la salud como elemento crucial para alcanzar los ODS de la Agenda 2030.

En la Declaración se reafirman en “no dejar a nadie atrás” y que “la salud es un derecho universal, un recurso esencial para la vida diaria, un objetivo social compar-

78. <https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.PUBL.GX.ZS>

79. [http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja\\_report\\_aug\\_2011.pdf](http://www.who.int/healthsystems/publications/abuja_report_aug_2011.pdf)

80. [http://www.who.int/health\\_financing/events/uhc-towards-implementation/en/](http://www.who.int/health_financing/events/uhc-towards-implementation/en/)

81. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/Shanghai-declaration-final-draft-es.pdf.pdf?ua=1>

tido y una prioridad política para todos los países”. Se considera que solo se puede garantizar una vida sana y mejorar el bienestar de todos en todas las edades promoviendo la salud en relación con todos los ODS e implicando al conjunto de la sociedad en el proceso de desarrollo sanitario, teniendo como base la denominada “Carta de Ottawa”<sup>82</sup> de 1986. Implica priorizar el trabajo con los determinantes de salud y empoderar a las personas en relación a la toma de decisiones que afectan a su salud.

En esta Declaración se afirma que el crecimiento económico no mejora la salud por sí mismo, que hay que tomar medidas innovadoras para cubrir las necesidades de las poblaciones más vulnerables y fortalecer la buena gobernanza y la acción local en salud. Para ello se comprometen a:

- a.1. Aplicar plenamente los mecanismos de que disponen los gobiernos para proteger la salud y promover el bienestar mediante políticas públicas;
- a.2. Reforzar la legislación, la reglamentación y la fiscalidad de los productos no saludables;
- a.3. Aplicar políticas fiscales como herramienta poderosa para posibilitar nuevas inversiones en la salud y el bienestar, especialmente en sistemas sólidos de salud pública;
- a.4. Introducir la cobertura sanitaria universal como forma eficaz de lograr la protección sanitaria y financiera;
- a.5. Velar por la transparencia y la responsabilidad social y posibilitar una participación amplia de la sociedad civil;
- a.6. Reforzar la gobernanza mundial para abordar mejor las cuestiones sanitarias transfronterizas;
- a.7. Considerar la importancia y el valor crecientes de la medicina tradicional, la cual podría contribuir a mejorar los resultados sanitarios, incluidos los contemplados en los ODS.

Las ciudades y las comunidades se consideran elementos clave y cercanos para conseguir la mejor salud posible de las personas. En este sentido los compromisos son:

- b.1. Dar prioridad a las políticas que generen beneficios conjuntos para la salud y el bienestar y a las políticas urbanas en otros ámbitos, aprovechando al máximo las tecnologías de innovación e interacción sociales;
- b.2. Ayudar a las ciudades a promover la equidad y la inclusión social, aprovechando los conocimientos, las capacidades y las prioridades de sus diferentes poblaciones mediante un fuerte compromiso comunitario;

82. <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>

b.3. Reorientar los servicios sanitarios y sociales para optimizar el acceso equitativo y dar a las personas y las comunidades un papel preponderante.

El último elemento clave que aparece en esta Declaración es el empoderamiento de las personas en cuestiones de salud (incluyendo especialmente a aquellas que toman decisiones y a los que invierten en salud), pues se considera que les posibilita una mayor y mejor participación en las tomas de decisiones sobre promoción de la salud. Este empoderamiento debe ser una parte integrante de las capacidades y competencias desarrolladas a lo largo de la vida, principalmente a través de los planes de estudio escolares. Los compromisos en este apartado son:

- c.1. Reconocer los conocimientos sanitarios como un determinante fundamental de la salud e invertir en su desarrollo;
- c.2. Formular, aplicar y hacer un seguimiento de las estrategias intersectoriales nacionales y locales para reforzar los conocimientos sanitarios de todas las poblaciones y en todos los entornos educativos;
- c.3. Aumentar el control de los ciudadanos sobre su propia salud y sus determinantes mediante el aprovechamiento del potencial de la tecnología digital;
- c.4. Asegurarnos de que los entornos de consumo promuevan elecciones saludables mediante políticas de fijación de precios, información transparente y un etiquetado claro.

En esta Declaración se reconoce que la salud es una opción política, y que hay muchos factores e intereses perjudiciales para la salud que hay que eliminar, y que la promoción de la salud puede ayudar a ello. Desgraciadamente, estas afirmaciones no han venido secundadas posteriormente de compromisos financieros y de recursos que puedan hacer realidad esta Declaración, ni tampoco de asumir y consensuar los elementos y procesos que puedan servir a conseguir lo acordado. Pero es un primer paso, que esperamos que sirva para darle a la dimensión de la promoción de la salud el papel que realmente debe de tomar para el cumplimiento de los ODS.

#### 4.4. Evolución del resto de los ODS

El informe del Consejo Económico y Social, “Progresos en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible”<sup>83</sup>, valoraba los avances conseguidos en cada uno de los ODS. Este informe es el que utilizamos de base para analizar el resto de los ODS. Como ya hemos comentado anteriormente, algunas de las metas no se reflejan en este informe porque o bien faltan datos o el desarrollo metodológico de los indicadores aún no ha finalizado. Para valorar realmente los avances, es urgente un

83. [http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=E/2017/66&referer=/english/&Lang=S](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=E/2017/66&referer=/english/&Lang=S)

esfuerzo global en la mejora de los sistemas de información en todos los países y regiones mundiales, porque si no, se ofrecerá una visión parcial de la realidad. Por ejemplo, la plataforma para conseguir agua, saneamiento e higiene *End Water Poverty* denuncia que en este informe de 2017 los progresos del ODS 6 mantienen los indicadores de los ODM (porcentaje de personas que utilizan fuentes de agua segura, o utilización de instalaciones de saneamiento mejoradas), y no se analizan los nuevos indicadores, como son la proporción de la población que utiliza servicios de agua con una gestión segura y la proporción de la población que utiliza servicios de saneamiento con gestión segura, incluyendo la disponibilidad de agua y jabón para el lavado de manos<sup>84</sup>.

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

Aunque la pobreza disminuyó en todo el mundo (del 28% en el 2000 hasta el 11% en 2013), 767 millones de personas vivían en 2013 por debajo del umbral de pobreza internacional, de 1,90 dólares diarios. Por regiones, África subsahariana sigue siendo la más afectada, el 42% de las personas de esta región siguen viviendo en pobreza extrema. La inequidad en la distribución de la riqueza mundial se mantiene, y no se establecen instrumentos para disminuir esta inequidad.

Es necesario que los estados provean de una protección social suficiente que mitigue las consecuencias de la pobreza en las personas más vulnerables, especialmente en salud. En 2016, solamente el 64% de la población mundial tiene un sistema de protección social, el 68% de la población que superaban la edad de jubilación recibían alguna pensión (sin profundizar en si esa pensión era suficiente para subsistir), y solo el 34% de las mujeres que dieron a luz recibieron prestaciones de maternidad.

En este objetivo el informe destaca que los países deben de reducir el riesgo de desastres ya que es esencial para poner fin a la pobreza y fomentar el desarrollo sostenible, y se debe fomentar la resiliencia de los más pobres. Las pérdidas económicas derivadas de los desastres alcanzan unas cifras de entre 250.000 y 300.000 millones de dólares al año. El riesgo de desastres en todo el mundo está muy concentrado sobre todo en los países de ingresos bajos y de ingresos medio bajos. Sobre todo han sido los pequeños Estados insulares quienes han sido más afectados por los desastres.

84. <http://www.endwaterpoverty.org/sites/endwaterpoverty.org/files/EWP%20UN%20SDG%20report%20press%20release%20SPANISH.pdf>

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

En 2016 cerca de 793 millones de personas están subalimentadas en el mundo, 137 millones menos que en el año 2000. Estas cifras suponen una mejora del 15%, claramente insuficiente, si se mantiene la tendencia para alcanzar las metas propuestas. También en 2016, 155 millones de menores de 5 años tenían retraso en el crecimiento debido a malnutrición crónica.

Es muy relevante que en este informe no se mencione la obesidad como otra forma de malnutrición que está creciendo en el mundo de forma imparable, y que puede tener consecuencias para la salud de las personas que la sufran. En 2014, más de 1.900 millones de personas mayores de 18 tenían sobrepeso, de las cuales, más de 600 millones eran obesas.

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

La inequidad en el acceso a la educación es uno de los mayores problemas que existen, a pesar de los avances en los últimos años. En 2014, 2 de cada 3 niños o niñas de todo el mundo recibieron enseñanza preescolar o primaria en el año anterior a la edad oficial de ingreso en la escuela primaria. Sin embargo, en los países menos adelantados, esa proporción fue de 4 de cada 10. En ese año unos 263 millones de niños, niñas y jóvenes no estaban escolarizados.

La inequidad de género es muy relevante en el acceso a la educación. A pesar de los avances en la paridad en el acceso para la educación primaria, el 29% de los países en el mundo no lo han conseguido para las niñas (frente a un 8% para los niños)<sup>85</sup>. 9 millones de niñas de África subsahariana no entrarán nunca a clase, frente a 6 millones de niños.

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

A pesar de que se asume que el empoderamiento de las mujeres es un elemento clave para conseguir los ODS, la realidad nos muestra que se está muy lejos de conseguir una equidad de género real. En una encuesta realizada en 87 países entre 2005 y 2016 el 19% de las mujeres de entre 15 y 49 años de edad dijeron que habían expe-

85. <http://gem-report-2016.unesco.org/en/chapter/parity/>

rimentado violencia física o sexual, o ambas, a manos de su pareja en los 12 meses anteriores a la encuesta. El matrimonio infantil solo ha descendido un 25% desde 1990 hasta 2015, y la mutilación femenina un 30%, porcentajes claramente insuficientes para alcanzar las metas de este objetivo. Y en 45 países (43 de ellos países en desarrollo) solamente la mitad de las mujeres de entre 15 y 49 años que están casadas o viven en pareja toman sus propias decisiones en materia de relaciones sexuales consentidas, usan anticonceptivos y acuden a los servicios de salud.

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

En 2015, 6.600 millones de personas (más del 90% de la población mundial) utilizaban fuentes mejoradas de agua potable y 4.900 millones (más de dos tercios de la población mundial) utilizaba instalaciones de saneamiento mejoradas. Básicamente son en las zonas rurales donde aparecen más problemas en el acceso a agua y saneamiento.

Más de 2.000 millones de personas viven en países con demasiado estrés por déficit hídrico<sup>86</sup>, lo que significa que la gestión eficiente y sostenible de los recursos hídricos debería ser una prioridad mundial, o tendremos graves problemas en un futuro no muy lejano debido a la escasez de agua.

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

La electricidad sigue siendo un lujo que no conocen 1.100 millones de personas, la mayoría en zonas rurales. Pero incluso en zonas periurbanas de grandes ciudades en países en vías de desarrollo el acceso a la electricidad no se tiene las 24 horas. Esto complica, y a veces impide, que en esas zonas, la atención sanitaria permanente de 24 horas se pueda prestar a la población, no solamente por las carencias en el propio servicio sanitario, sino por la situación de inseguridad que provoca el acceder al centro desde las viviendas de las y los pacientes. Otro problema relacionado con la energía es la utilización de combustibles eficientes. Más de 3.000 millones de personas, la mayoría de Asia y África subsahariana, todavía cocinan sin combustibles poco contaminantes o de eficiencia energética, que suelen dar muchos más problemas respiratorios a las personas que utilizan esos tipos de combustibles.

86. El estrés hídrico se define como la proporción de agua dulce utilizada respecto al total de recursos de agua dulce renovables por encima de un umbral del 25%

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

Este objetivo es uno de los que puede dar mayores problemas a la hora del cumplimiento, por las diferentes visiones que se tiene sobre el crecimiento económico. Hasta el momento, las políticas económicas han promovido el crecimiento económico sostenido, pero no ha sido inclusivo ni sostenible. La tasa media de crecimiento anual del PIB real per cápita en todo el mundo fue del 1,6% entre 2010 y 2015, en comparación con el 0,9% en el período de 2005 a 2009. Pero esta riqueza mundial está cada vez peor repartida, y un porcentaje considerable de la misma está en pocas manos.

En cuanto a empleo decente, solamente tenemos cifras de desempleo globales, que están en un 5,7%, lamentablemente, en el informe no se habla de la calidad del empleo, aspecto fundamental para hablar de empleo digno, que puede impactar directamente en la salud de las personas.

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

La AOD destinada a la infraestructura económica de los países en desarrollo ascendió a 57.000 millones de dólares en 2015, lo que representa un aumento del 32% en términos reales desde 2010. Los principales sectores beneficiarios fueron el transporte y la energía (19.000 millones de dólares cada uno). Pero no es suficiente para muchos países. En cuanto a industrialización sostenible, las tasas de dióxido de carbono globales no han disminuido, por lo que se vuelve a plantear la dicotomía entre crecimiento y sostenibilidad, y que también tiene que ver con el tipo de crecimiento económico que proponemos.

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

Sigue habiendo una gran desigualdad entre los países, y los avances no han sido significativos, ni siquiera en los organismos multilaterales. Por ejemplo, en el Fondo Monetario Internacional ha aumentado el porcentaje de voto de los países en desarrollo pasando del 33% en 2010 hasta el 36% actual. Pero estos países representan el 74% del número de miembros de esta institución, por lo que están subrepresentados.

En este objetivo se pone como meta conseguir condiciones favorables a las exportaciones de los países menos adelantados y los países en desarrollo. Entre 2005 y

2015, la proporción de líneas arancelarias a nivel mundial con exención de derechos para productos originarios de países en desarrollo aumentó del 41% al 50%; para los productos originarios de países menos adelantados. Sin embargo, estos resultados por sí solos no nos dicen mucho. Se deberían de cruzar con otros objetivos, porque se pueden estar promoviendo grandes latifundios que pueden destruir ecosistemas, además de destruir el tejido económico local.

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

En 2015, cerca de 4.000 millones de personas (el 54% de la población mundial) vivía en ciudades. Se necesita mejorar la planificación y la gestión urbana para que los espacios urbanos del mundo sean más inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles. En mayo de 2017, 149 países estaban formulando políticas urbanas a escala nacional.

La proporción de la población urbana que vive en barrios marginales de países en desarrollo cayó del 39% en 2000 al 30% en 2014, pero el número absoluto de residentes en zonas urbanas que viven en barrios marginales sigue aumentando.

Según datos de ciudades de 101 países, entre 2009 y 2013 el 35% de la población urbana no disponía de servicios municipales de recogida de desechos, lo que supone un aumento del riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas. Por otra parte, la contaminación atmosférica es un importante riesgo para la salud ambiental, y en 2014, 9 de cada 10 personas que vivían en ciudades respiraban aire que no cumplía las normas de seguridad establecidas por la OMS.

#### **OBJETIVO 12. GARANTIZAR MODALIDADES DE CONSUMO Y PRODUCCIÓN SOSTENIBLES**

Desvincular el crecimiento económico del uso de los recursos naturales es fundamental para el desarrollo sostenible. Las cifras mundiales, sin embargo, apuntan a un empeoramiento de las tendencias, lo que debería inducir a una profunda reflexión sobre los modelos económicos y productivos que actualmente prevalecen en el mundo.

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

El calentamiento del planeta continuó en 2016, y este año es el más caluroso de la historia, alcanzándose un nuevo récord de en torno a 1,1 °C por encima del período preindustrial, según la Declaración sobre el estado del clima mundial en 2016 de la

OMM (Organización Meteorológica Mundial)<sup>87</sup>. Como los países en desarrollo no tienen actualmente capacidades desarrolladas en este asunto, los países desarrollados se comprometieron a movilizar conjuntamente 100.000 millones de dólares anuales para el año 2020 con objeto de atender las necesidades relacionadas con el clima de los países en desarrollo, y a mantener ese nivel de apoyo hasta 2025. Sin embargo, las primeras iniciativas solamente recogieron 10.300 millones de dólares, cifra claramente alejada de la prometida, y que hace poco creíble que en 3 años se alcancen los 100.000 millones.

Los desastres naturales siguen siendo un grave problema a escala mundial, sobre todo para los países más vulnerables, que han causado 1,6 millones de muertes entre 1990 y 2015, y con un impacto negativo económico de entre 250.000 y 300.000 millones de dólares al año<sup>88</sup>. Es importante destacar que la probabilidad de que las mujeres y los niños mueran debido a un desastre es hasta 14 veces mayor que la de los hombres. Cerca del 60% de las muertes maternas prevenibles y el 53% de las muertes prevenibles de menores de cinco años se producen en el marco de un conflicto o de un desastre. Y otros grupos resultan perjudicados de forma desproporcionada son las personas con discapacidades, las personas mayores y los pueblos indígenas. Por este motivo es imperativo priorizar la reducción del riesgo en desastres.

En el informe de evolución de los ODS se dice que muchos países han comenzado a implementar estrategias nacionales y locales de reducción del riesgo de desastres, aunque no haya datos disponibles en el informe de los recursos que se dedican a la prevención.

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

Las tendencias mundiales apuntan al deterioro continuado de las aguas costeras debido a la contaminación y la eutrofización (exceso de nutrientes en el agua, a menudo consecuencia de la escorrentía, que provoca la proliferación de plantas y la muerte de la fauna por falta de oxígeno). Y la proporción de poblaciones de peces marinos que se mantienen en niveles biológicamente sostenibles ha disminuido en todo el mundo del 90% en 1974 al 68,6% en 2013. Estos datos muestran como sociedades que viven y se nutren de la pesca pueden verse comprometidas en un futuro.

87. <https://public.wmo.int/es/media/comunicados-de-prensa/la-organizaci%C3%B3n-meteorol%C3%B3gica-mundial-confirma-que-2016-es-el-a%C3%B1o-m%C3%A1s>

88. [https://www.cidob.org/es/publicaciones/serie\\_de\\_publicacion/notes\\_internacionales/n1\\_117\\_la\\_reduccion\\_del\\_riesgo\\_de\\_los\\_desastres/la\\_reduccion\\_del\\_riesgo\\_de\\_los\\_desastres\\_translacion\\_de\\_la\\_agenda\\_global\\_de\\_resiliencia\\_al\\_ambito\\_local](https://www.cidob.org/es/publicaciones/serie_de_publicacion/notes_internacionales/n1_117_la_reduccion_del_riesgo_de_los_desastres/la_reduccion_del_riesgo_de_los_desastres_translacion_de_la_agenda_global_de_resiliencia_al_ambito_local)

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

La desaparición neta de bosques sigue perdiendo velocidad y el inventario de biomasa forestal por hectárea es estable. En 2015, la proporción de la tierra cubierta por bosques era del 30,6%, por el 31,6% de 1990. Según la revista Nature, hay en el planeta 3,04 billones de árboles, y cada año se talan 15.300 millones<sup>89</sup>. El 15% de la tierra es objeto de protección en la actualidad, pero esa protección no abarca todas las zonas importantes para la diversidad biológica.

Sin embargo, las tendencias hacia la disminución de la productividad de la tierra (que puede llegar a afectar directamente a la nutrición y a la salud de las personas que vivan en una economía de subsistencia), la pérdida de diversidad biológica, la caza furtiva y el tráfico de fauna y flora silvestres siguen preocupando a la comunidad internacional.

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

El registro de los nacimientos, un aspecto vital para asegurar los derechos de las personas (y también poder saber la población que se tiene para decidir las políticas públicas a desarrollar), alcanza en el mundo el 71%, por lo que casi un tercio de las personas no existen administrativamente.

En cuanto a violencia, aunque ha disminuido la tasa de homicidios en los últimos 10 años a nivel mundial, en 2015, entre 5,2 y 6,7 personas por cada 100.000 en todo el mundo fueron víctimas de homicidio intencional. Y los conflictos violentos han crecido en los últimos años.

En cuanto a la trata de personas (mayoritariamente mujeres o niñas), cada año se detectan más, lo que significa un avance para eliminar esta lacra. Y es que las mujeres son mayormente las víctimas de violencia de todo tipo en el mundo. En 35 países de ingresos bajos y medianos que disponen de datos, el porcentaje de mujeres de edades comprendidas entre los 18 y los 29 años que sufrieron violencia sexual por primera vez antes de cumplir los 18 años varía entre el 0% y el 16%.

89. <http://www.nature.com/nature/journal/v525/n7568/full/nature14967.html?foxtrotcallback=true>

Finalmente un elemento como la corrupción, que provoca que los sistemas públicos (incluido el de salud) no funcionen adecuadamente, está totalmente extendido en el mundo, y debería tener una respuesta global. En 2015, más del 18% de las empresas de todo el mundo informaron de que habían recibido al menos una solicitud de pago de soborno (25% en países en desarrollo, 4% en países desarrollados).

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

En 2016, la AOD neta proporcionada por los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE ascendió en un 8,9%, hasta los 142.600 millones de dólares, frente a los 131.600 millones de dólares de 2015. En 2016, Alemania se sumó a otros cinco países (Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido y Suecia) que cumplieron la meta de las Naciones Unidas de alcanzar o superar el 0,7% del ingreso nacional bruto dedicado a AOD. Pero una gran parte de la ayuda contabilizada es la destinada a cubrir los gastos de las personas refugiadas en el primer año de estancia en el país donante, y ya indicamos el año pasado que este tipo de ayuda debería ser partidas extraordinarias, pues no se utilizan propiamente para el desarrollo de los países más vulnerables.

Casi la mitad de los países o zonas (81 de 154 países) sobre los que se dispone de información estaban aplicando planes nacionales de estadística en 2016. Sin embargo, solamente 37 de los 83 países o zonas con datos tenían legislación nacional sobre estadísticas vigente acorde con los diez Principios Fundamentales de las Estadísticas Oficiales. En las regiones desarrolladas, alrededor del 80% de la población está conectada, en comparación con el 40% en las regiones en desarrollo y el 15% en los países menos adelantados.

En resumen, aún falta mucho por hacer, y el compromiso con los ODS no parece que sea lo suficientemente intenso para poder alcanzar las metas previstas. Es necesario un compromiso real con la Agenda 2030, donde los sistemas de información sean realmente operativos para poder medir los avances en los ODS, donde haya una financiación suficiente, y se consiga trabajar de una forma integral e integradora todos los ODS, basándonos en aquellas estrategias que fomenten la equidad.

## 5. RESISTENCIA ANTIMICROBIANA: UN PROBLEMA GLOBAL

Uno de las más claras amenazas en el corto plazo para la salud mundial es la creciente resistencia a los antimicrobianos. El uso indiscriminado e inapropiado para personas e incluso animales, unido a la evolución natural de los patógenos, está provocando que estos medicamentos estén dejando de ser útiles. Se considera que más del 50% de los antibióticos prescritos no son necesarios o no son efectivos. El consumo de antibióticos específicos utilizados para el tratamiento de infecciones bacterianas multiresistentes casi se ha duplicado en Europa entre 2010-2014. Aunque el consumo de antibióticos por animales ha disminuido en un 12% en 24 países de la UE entre 2011 y 2014, hay diferencias notables entre los países (disminución en 9 países, aumento en 5)<sup>90</sup>. La carga económica es considerable: solamente en Estados Unidos se considera que este problema supone un gasto de entre 20.000 y 35.000 millones de dólares al año<sup>91</sup>.

La resistencia a los antibióticos es un fenómeno mundial. Según la OMS están apareciendo nuevos mecanismos de resistencia que se propagan por todo el mundo, poniendo en peligro la capacidad de tratar enfermedades infecciosas comunes. Se estima que cada año mueren 700.000 personas por esta causa, pero se cree que las cifras reales son mucho mayores, ya que muchos casos no se computan debido a unos sistemas de vigilancia epidemiológica muy frágiles en muchos países<sup>92</sup>. Solamente la tuberculosis multiresistente se le considera la causante de 200.000 muertes al año, y en la India cerca de 60.000 recién nacidos mueren por infecciones resistentes a los tratamientos. Se estima que para 2050 habrá más muertos por esta causa que por cáncer en el mundo (unos 10 millones de personas), y quienes más sufrirán sus consecuencias serán los países empobrecidos por la falta de recursos, tanto a nivel individual como institucional, para conseguir los tratamientos adecuados y acabarlos correctamente.

En la 68.ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada en mayo de 2015 se aprobó un plan de acción mundial para luchar contra la resistencia a los antimicrobianos<sup>93</sup>, incluida la resistencia a los antibióticos, que es el tipo de farmacoresistencia que más urge atajar. Este Plan tiene 5 objetivos concretos:

1. Mejorar la concienciación y los conocimientos con respecto a la resistencia a los antimicrobianos;
2. Reforzar la vigilancia y la investigación;

90. [https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr\\_factsheet\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_factsheet_en.pdf)

91. <https://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/pdf/ar-threats-2013-508.pdf#page=6>

92. [https://amr-review.org/sites/default/files/160525\\_Final%20paper\\_with%20cover.pdf](https://amr-review.org/sites/default/files/160525_Final%20paper_with%20cover.pdf)

93. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68/A68\\_ACONF1Rev1-sp.pdf?ua=1&ua=1](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_ACONF1Rev1-sp.pdf?ua=1&ua=1)

3. Reducir la incidencia de las infecciones;
4. Optimizar el uso de los agentes antimicrobianos; y
5. Asegurar que se realicen inversiones sostenibles en la lucha contra la resistencia a los antimicrobianos, teniendo en cuenta las necesidades de todos los países, y aumentar la inversión en nuevos medicamentos, medios de diagnóstico, vacunas y otras intervenciones.

Este problema ha sido tomado en serio por los Ministerios de salud de casi todos los países del mundo. Más del 90% de la población mundial (6500 millones de personas) vive en países que han elaborado, o están elaborando, un plan de acción nacional sobre la resistencia a los antimicrobianos<sup>94</sup>, y las esferas clave en las que los países notifican progresos satisfactorios son: la capacitación del personal sanitario, la mejora de la prevención y el control de las infecciones; y el fortalecimiento de los sistemas para determinar la magnitud del problema.

Sin embargo, preocupa la situación de los países empobrecidos. Si más del 80% de los países de ingresos altos tienen o están preparando un plan para combatir este problema, solo el 30% de los países de ingresos bajos dispone de un plan o lo está preparando.

### 5.1 Actuaciones a nivel internacional

La OIE (Organización Mundial de Sanidad Animal), la OMS y la FAO (Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura), crearon una Alianza Tripartita, para abordar los riesgos sanitarios entre las personas, los animales y los ecosistemas<sup>95</sup>, estableciendo las responsabilidades respectivas de estas tres organizaciones dentro de la lucha contra las enfermedades de gran impacto sanitario y económico, sobre todo la zoonosis, gracias a la aplicación del concepto "Una sola salud". La resistencia a los antimicrobianos es una de sus tres prioridades. Las acciones de la Alianza Tripartita consisten en coordinar las estrategias de lucha contra la resistencia a los antimicrobianos a corto, medio y largo plazo, a escala mundial, y en apoyar su aplicación a escala nacional y regional. Los principales objetivos que se persiguen son los siguientes:

1. Asegurarse que los agentes antimicrobianos conservan su eficacia.
2. Promover un uso prudente y responsable de estos agentes.
3. Hacer posible que todas las personas puedan acceder a medicamentos de calidad.

94. <http://www.who.int/mediacentre/commentaries/2017/superbugs-taking-action/es/>

95. <https://www.oie.int/doc/ged/D10855.PDF>

En cuanto a Europa, desde la Comisión Europea se han puesto en marcha varias iniciativas como el “*Plan de acción contra la resistencia bacteriana*”<sup>96</sup> que incluyen una amplia serie de medidas para enfrentarse a la resistencia bacteriana. En Europa se estiman que al año mueren 25.000 personas por esta causa, y supone un gasto de 1.500 millones de euros de coste en cuidados de salud extra y en pérdida de productividad. Desde 1999, la Comisión Europea ha invertido 1.300 millones de euros en investigación sobre la resistencia antimicrobiana, siendo Europa el líder mundial en este asunto. El Plan se basa en 3 pilares:

1. Europa debe ser una región con mejores prácticas: supone mejorar en la evidencia, en la coordinación y vigilancia y en tener mejores medidas de control.
2. Impulsar la investigación, el desarrollo y la innovación, proporcionando nuevas soluciones y herramientas para prevenir y tratar las enfermedades infecciosas y mejorar el diagnóstico.
3. Intensificar los esfuerzos de la UE en todo el mundo para dar forma a la agenda mundial sobre la resistencia antimicrobiana y los riesgos conjuntos en un mundo cada vez más interconectado.

En junio de 2016 la Comisión Europea publicó los resultados del Eurobarómetro acerca del conocimiento sobre resistencia antimicrobiana<sup>97</sup>. Su conclusión principal es que el conocimiento sobre este tema es aún muy bajo en la UE, aunque haya descendido el consumo de antibióticos en un 6% desde 2009. Pero no todos los países se han comportado igual. Mientras que 16 países de 28 han disminuido su consumo, en España, por ejemplo, se ha incrementado en un 9% (el que más en la UE), seguido de Italia con un 7%.

Resulta también destacable en este informe que el 57% de los europeos no saben que los antibióticos no son eficaces contra los virus, aunque el 84% conozcan que si tomas antibióticos innecesariamente puedes ayudarles a ser inefectivos, y el 82% sabe que debes completar el tratamiento antes de dejarlo. Solamente el 4% toma antibióticos sin prescripción facultativa.

A pesar de ser un asunto importante, solamente la tercera parte de las personas del estudio (casi 28.000 personas en los 28 países miembro) recuerdan haber recibido información sobre el uso adecuado de antibióticos (en España baja al 23%). A pesar de que es la fuente más confiable para la población, los doctores solamente informa-

ron al 32% de aquellos que recibieron esta información. El resto supo de este tema sobre todo por los medios de comunicación (anuncios o noticias).

Estos datos reflejan que aún hay mucho por hacer, y que los planes en Europa para combatir la resistencia antimicrobiana tienen que priorizar el conocimiento de la población sobre este problema, generando información asequible para toda la población y buscando las mejores vías de información (comenzando por los colegios).

La propia OMS advierte que podemos estar comenzando una era post-antibiótica<sup>98</sup>. Advierte que incluso aunque la industria farmacéutica redoblara inmediatamente sus esfuerzos para desarrollar nuevos fármacos, las tendencias actuales indican que algunas enfermedades dejarán de tener tratamientos eficaces en los próximos 10 años. A principios de 2017 la OMS ha publicado el listado de las 12 bacterias que necesitan urgentemente nuevos medicamentos<sup>99</sup>, lo que debiera ser prioritario en la investigación farmacéutica. Es necesario un gran esfuerzo por parte de todos los actores para que los avances que hemos conseguido hasta ahora no retrocedan en los próximos años. Un uso racional del medicamento, un conocimiento de la población de la magnitud del problema, de sus causas y soluciones, una inversión adecuada orientada no solamente al beneficio sino a proteger la salud de las personas, son algunas de las prioridades que deberían fundamentar las acciones de lucha contra la resistencia antibiótica. Pero si no consideramos todas estas actividades bajo el paraguas de asumir que la salud es un bien público global, y que la salud de cada una de las personas en el mundo está interrelacionada con las demás, es seguro que no obtendremos éxito en la lucha contra la resistencia antimicrobiana.

En resumen, en cuanto a la salud mundial, y a pesar de los avances, también seguimos estando lejos de alcanzar las metas propuestas, y es necesario un mayor impulso tanto político como económico para avanzar en este terreno y disminuir la inequidad en salud, que sigue siendo un grave problema mundial, porque muchas de las muertes y sufrimiento que existen actualmente son evitables, pues tenemos la tecnología y recursos para acabar con ella, pero solamente una pequeña parte de la población mundial tiene un acceso real a un sistema sanitario eficaz. Es necesario fortalecer los sistemas de salud, apostar por la APS, mejorar la participación y gobernanza de la población en salud y tener una apuesta multidimensional de la salud si queremos tener unos resultados óptimos en el campo de la salud. Además deberemos contar con una financiación suficiente, y crear políticas globales que antepongan la salud sobre otros intereses geopolíticos o comerciales. Porque como dijo Einstein: “no pretendamos que cambien las cosas si seguimos haciendo lo mismo”.

96. [https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr\\_action\\_plan\\_2017\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/amr_action_plan_2017_en.pdf)

97. [https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/eb445\\_amr\\_generalfactsheet\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/amr/sites/amr/files/eb445_amr_generalfactsheet_en.pdf)

98. <http://www.who.int/drugresistance/faq/es/>

99. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/bacteria-antibiotics-needed/es/>

## CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- En 2016 la AOD neta del conjunto del CAD aumento el 8,9%, hasta alcanzar los 142.600 millones de dólares.
- Sin embargo denunciamos que estas cifras están “maquilladas” llegando a confundir a la opinión pública. Los países ricos disfrazan de ‘ayuda’ – 15.400 millones de dólares - dinero que invierten en gestionar solicitudes de asilo o compensar a otros países con el objetivo de atender refugiados en sus propios países y limitar la migración.
- Las partidas destinadas a atender a personas refugiadas no pueden servir de excusa para disminuir los montos destinados a promover el desarrollo sostenible en países empobrecidos. El conjunto de países donantes debería seguir los pasos de Luxemburgo y comprometerse a no computar como AOD los gastos de atención a personas refugiadas en su país.
- La UE debe impulsar, tanto de los países miembros como de las propias instituciones europeas, el cumplimiento del 0,7% en AOD genuina y el establecimiento de los mecanismos necesarios para que los nuevos actores (privados y públicos) que participen en cooperación, trabajen en coherencia con las metas de la Agenda 2030 y el derecho a la salud.

### ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS.

Las cifras desagregadas de ayuda oficial al desarrollo (AOD) que presenta públicamente el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (CAD) suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2016 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo –con las correspondientes desagregaciones sectoriales– alcanzan hasta 2015 y refieren a ayuda neta, salvo que se especifique lo contrario.

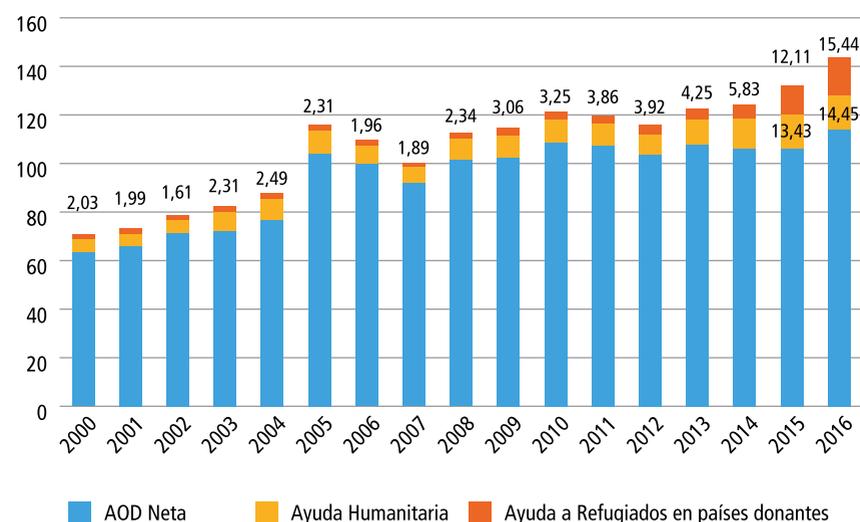
## 1. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA AL DESARROLLO DEL CAD

El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) agrupa a 29 países (Hungría se ha incorporado recientemente), además de la Unión Europea. Es, en su conjunto, el mayor donante mundial de cooperación internacional, a pesar del aumento del peso de otros países emergentes en este campo como Brasil, China o Rusia. En su informe de 2017 sobre cooperación al desarrollo que realiza anualmente<sup>1</sup>, no solamente observa la evolución de los miembros del CAD, sino que también presenta datos significativos de muchos otros países, concretamente de 28, y de dos fundaciones tan relevantes como la Fundación Bill y Melinda Gates y la Fundación para el desarrollo económico árabe. En este informe primero se destaca sobre todo la importancia de obtener datos fiables, ya que, por ejemplo, en el caso de las muertes mundiales la mitad no están registradas, como tampoco lo están un tercio de los nacimientos. Esto conlleva grandes dificultades para poder hacer políticas enfocadas a resolver los problemas de la ciudadanía, pues se desconocen, por ejemplo, cuanta población hay o si hay diferencias entre las causas de muerte de la población registrada y de la no registrada. La necesidad de tener una buena política de recolección de datos, ha llevado a que en los dos últimos años se hayan generado el 90% de los datos mundiales, lo que no deja de ser significativo. El denominado “big data”<sup>2</sup> o “internet de las cosas”<sup>3</sup> pueden ayudar a conseguir mejores resultados en los ODS, afinando las políticas a las necesidades reales de las personas, aunque el acúmulo de información no vital pueda ser a veces un problema para ayudar a definir las prioridades. La OCDE considera que analizar los datos es otra forma de crecer, que puede impulsar la innovación, el crecimiento sostenible y el desarrollo<sup>4</sup>. Por este motivo es importante contar con datos fiables que nos den una imagen real de la situación actual mundial. El informe anual del CAD es un ejemplo de análisis de datos, y compara lo que están realizando los países donantes en cooperación al desarrollo. Así, se puede comparar el esfuerzo que cada país realiza en esta materia, y por tanto, conocer el cumplimiento de los compromisos en AOD de sus países miembros. Desgraciadamente, no asume aún un rol más proactivo para que los países alcancen el 0,7% como un compromiso ineludible que también aparece en los ODS, promoviendo hojas de ruta creíbles y apoyando a las políticas nacionales a conseguir esa meta.

1. <http://www.oecd.org/dac/development-co-operation-report-20747721.htm>
2. <https://www.ibm.com/developerworks/ssa/local/im/que-es-big-data/>
3. <https://mitpress.mit.edu/books/internet-things>
4. <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k47zw3fcp43-en.pdf?expires=1505904829&id=id&accname=guest&checksum=59F75D851407184E585BEC42A9D07160>

En 2016 se vuelve a la tendencia alcista que se perdió en 2015, y la AOD neta del conjunto del CAD crece hasta los 142.620 millones de dólares corrientes, un 8,9% más que en 2015 que fue de 131.586 millones de dólares. Los algo más de 11 mil millones de dólares de incremento proceden de los tres componentes principales que se miden, la ayuda al desarrollo, la ayuda humanitaria y la asistencia a refugiados. La incorporación de Hungría al CAD justifica únicamente 155 millones de dólares por lo que si queremos buscar una explicación debemos recurrir a otros factores como el incremento, en un 19%, en los fondos destinados a costear el gasto de las personas refugiadas, el aumento en ayuda humanitaria o en las aportaciones a las políticas de desarrollo.

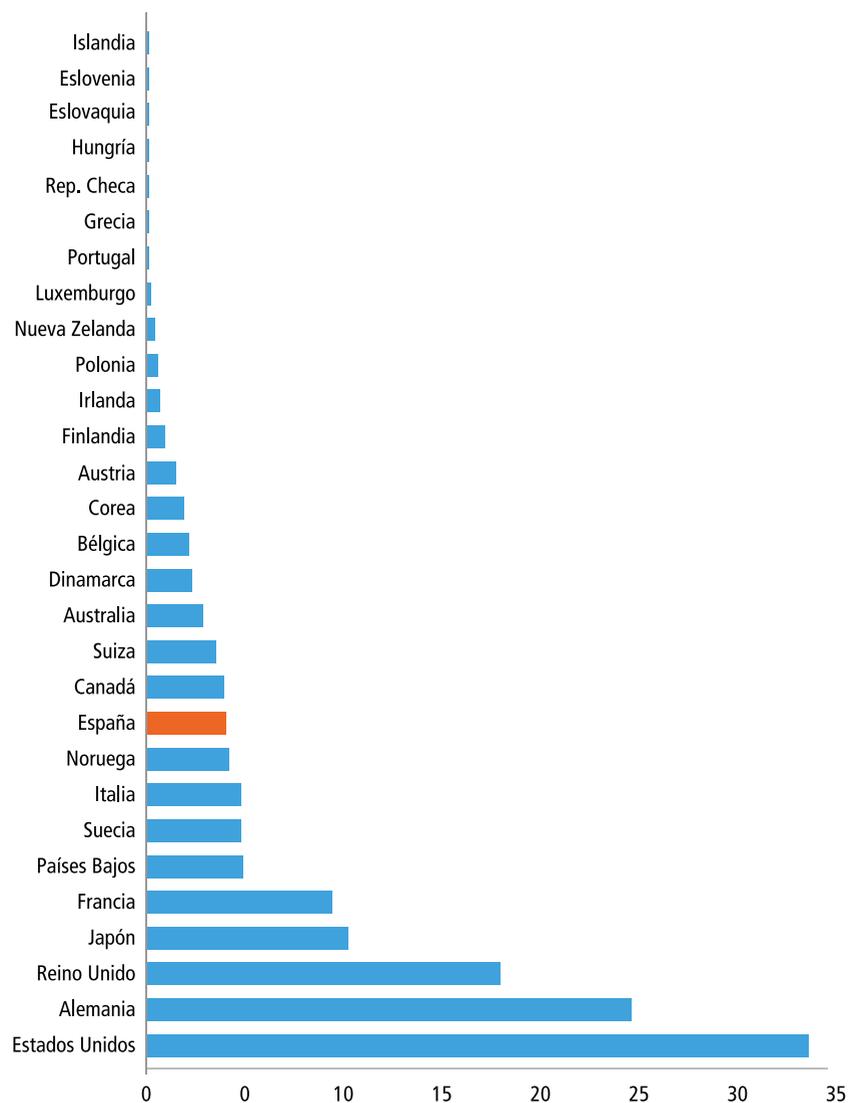
GRÁFICO 2.1. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA A PERSONAS REFUGIADAS SOBRE EL TOTAL DE AOD. 2000 - 2016



Fuente: OCDE, 2017

Si analizamos por países los aportes brutos, obtenemos que Estados Unidos sigue liderando el ranking con 33.589 millones de euros, 2.500 millones más que en 2015. Le siguen Alemania con 24.670 millones de dólares y un crecimiento de casi 7.000 millones y Reino Unido, con algo más de 18.000 millones y un descenso en su gasto en cooperación en casi 700 millones. Estos 3 países suman 76.259 millones de dólares, más de la mitad de toda la AOD destinada por los 29 países del CAD.

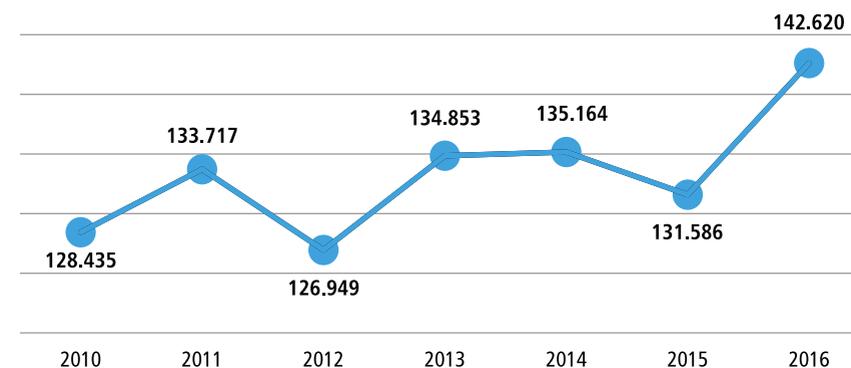
GRÁFICO 2.2. AOD 2016 EN MILLARDOS DE DÓLARES



Fuente: OCDE, 2016.

En el caso de España la AOD en 2016 ha sido de 4.096<sup>5</sup> millones de dólares, lo que sitúa a España en el décimo lugar. La inversión, 2,5 veces mayor que lo destinado en 2015 que fue de 1.397 millones de dólares, se debe sobre todo a una operación de condonación de deuda a Cuba por valor de 2.161,5 millones de dólares. Si descontamos la cantidad destinada a condonar la deuda a Cuba, vemos que la aportación real de España ha sido de 1.934,5 millones de dólares más que en 2015.

GRÁFICO 2.3. EVOLUCIÓN DE LA APORTACIÓN NETA A AOD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DE LA OCDE (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: OCDE, varios informes

El crecimiento en las cifras de Ayuda Oficial al Desarrollo, tiene un sesgo que debemos destacar: la ayuda destinada para la atención de personas refugiadas en países donantes<sup>6</sup> durante el primer año de estancia. Concretamente en 2016 se destinan 15.407 millones de dólares, un 10,8% del total de la ayuda, superando en 1,8 puntos porcentuales lo destinado el año anterior. La mayor parte de esta ayuda proviene de Europa, 13.313 millones de dólares, el 86,5% del total del monto destinado a personas refugiadas.

Cuando analizamos el gasto por país, observamos que 10 de los 29 países que forman el CAD han destinado más del 15% de su AOD neta a la atención a personas refugiadas en sus propios países, destacando porcentualmente Alemania, Italia y Austria que superan el 25% de su AOD neta.

5. Si hablamos de AOD bruta, la ayuda total española sería de 4.398,63 millones de dólares y descontando la operación de deuda con Cuba se quedaría en 2.237,13 millones de dólares..

6. [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-16-1362\\_es.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-1362_es.htm)

TABLA 2.1. PAÍSES CON MAYOR % DE GASTO EN PERSONAS REFUGIADAS EN SUS PAÍSES

País	Fondos 2016 en millones euros	% AOD neta	OAD neta 2016 en millones euros
Austria	596,00	37,7	1.583,00
Italia	1.665,00	34,3	4.856,00
Alemania	6.218,00	25,2	24.670,00
Grecia	59,00	22,3	264,00
Suiza	691,00	19,4	3.563,00
Noruega	800,00	18,4	4.352,00
Dinamarca	420,00	17,7	2.372,00
Suecia	821,00	16,9	4.870,00
Bélgica	386,00	16,8	2.306,00
Islandia	8,00	16,8	50,00

Fuente: Elaboración propia con datos CRS

Vemos también que países como Dinamarca y Canadá han incrementado la ayuda destinada a personas refugiadas en sus países habiendo disminuido su AOD en 2016; Noruega, que ha aumentado su AOD hasta el 7,8% respecto a 2015, vemos que en realidad ha bajado un 1,4% su AOD si descontamos los fondos destinados a personas refugiadas en el país.

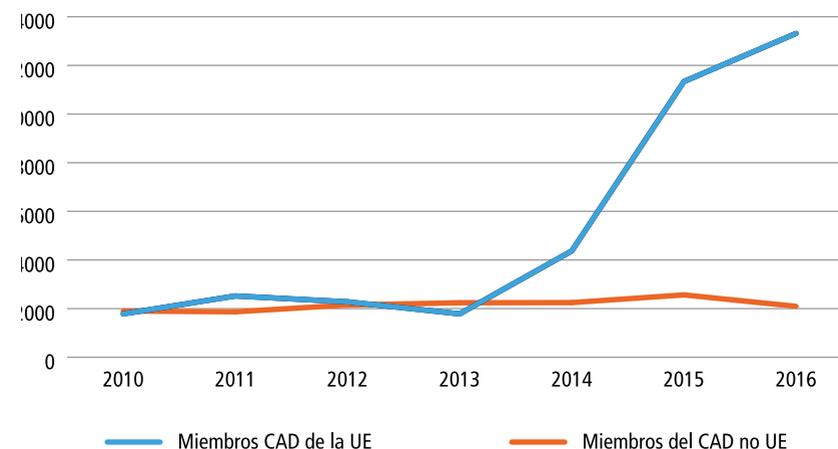
La ayuda a personas refugiadas en sus países, más allá del debate sobre si debería computar como AOD o no, convendría hacerse con fondos complementarios y en ningún caso a costa de restar fondos a la Ayuda Oficial al Desarrollo. Si elimináramos los rubros destinados a la ayuda a personas refugiadas en países donantes, que sin duda distorsionan las cifras, las cantidades para cooperación se quedarían en cifras similares a 2012.

Aunque se trata de un gasto necesario, no se trata de AOD genuina, dado que los fondos permanecerán en los países donantes a costa de reducir el importe de la ayuda que realmente se destina a promover el desarrollo sostenible y el bienestar de los países empobrecidos.

Luxemburgo ha sido el primer país donante en reconocer este principio y en comprometerse a no computar como AOD los gastos de atención a personas refugiadas en su país<sup>7</sup>.

7. CONCORD, AidWatch Report 2017

GRÁFICO 2.4. GASTO DESTINADO A REFUGIADOS POR PAÍSES EUROPEOS DEL CAD Y PAÍSES DEL CAD NO EUROPEOS



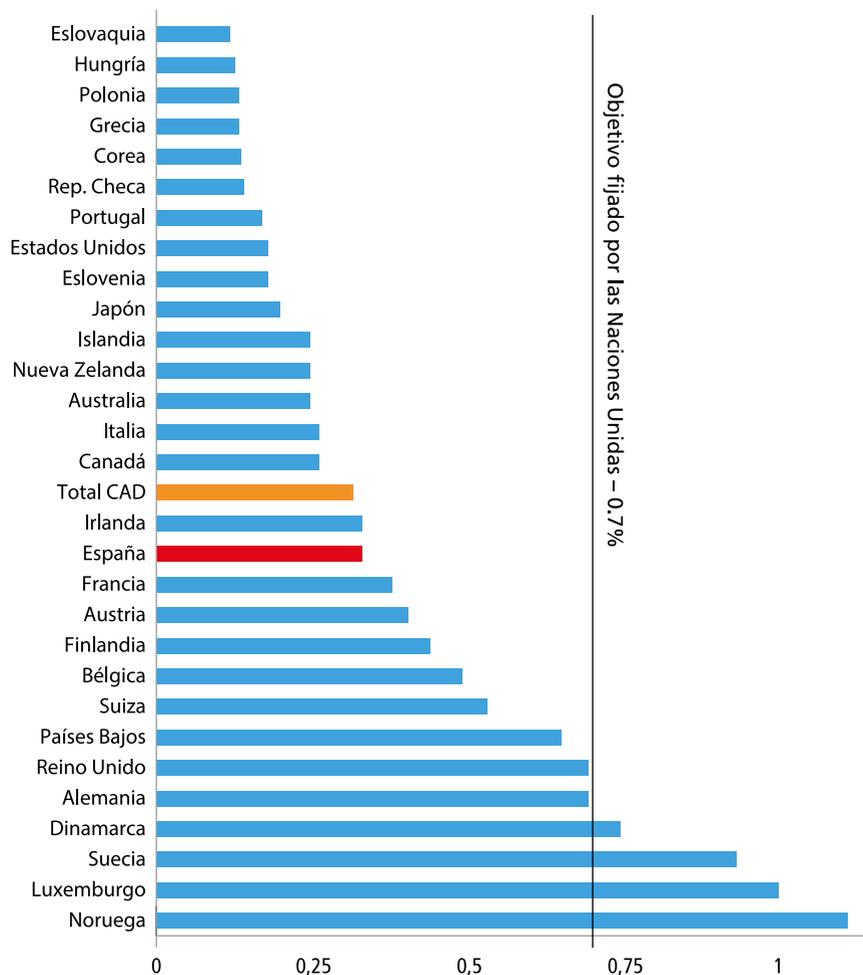
Fuente: OCDE, 2016.

Si en vez de cifras absolutas analizamos el esfuerzo global que han realizado el conjunto de los países del CAD en cooperación, observamos que en 2016 el porcentaje de la RNB que se destina a la AOD alcanza el 0,32%, aún muy lejos de alcanzar el compromiso de destinar el 0,7% de la RNB a ayuda oficial al desarrollo. Un porcentaje que fue reconocido como meta de los países "económicamente adelantados" hace ya 47 años, en la Asamblea General de Naciones Unidas de octubre de 1970<sup>8</sup>. Este objetivo ha sido renovado recientemente, durante la tercera Conferencia sobre la financiación para el Desarrollo de las Naciones Unidas en Adís Abeba en julio de 2015<sup>9</sup>, si bien no se ha traducido en incrementos puesto que desde entonces el porcentaje de la RNB destinada a la AOD se ha estancado.

8. [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/2626\(XXV\)&Lang=S&Area=RESOLUTION](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/2626(XXV)&Lang=S&Area=RESOLUTION)

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

GRÁFICO 2.5. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2016



Fuente: OCDE, 2016.

Al igual que en 2015, únicamente 6 países de los 29, Reino Unido, Alemania, Dinamarca, Suecia, Luxemburgo y Noruega, superaron en 2016 el 0,7% del coeficiente AOD/RNB. Todos son Estados miembros de la UE, salvo Noruega. De la lista desaparece un histórico como son los Países Bajos que se han quedado en el 0,65%. Y solo un país más supera el 0,5%, Suiza, quedando Bélgica a las puertas con un esfuerzo del 0,49%. Hay que destacar el incremento de Noruega que con 1,11% de

su Renta dedicada a cooperación, supera con creces el 0,7% y se coloca en primer lugar mundial, desbancando de este lugar a los Emiratos Árabes Unidos que destinó un 1,09% a AOD.

España mejora considerablemente su posición con respecto a años anteriores, situándose en la media del conjunto de los países CAD con el 0,33%, aunque se trata de un aumento ficticio. En 2016 observamos un incremento del 192,3% de su AOD, incremento que se debe fundamentalmente a la condonación de deuda a Cuba (condonación de los intereses de demora de la deuda histórica + programa de conversión de deuda destinada a financiar proyectos de desarrollo económico y social con participación de empresas españolas) y no por un aumento de las partidas directas de lucha contra la pobreza y la desigualdad. La partida destinada a condonar la deuda a Cuba supone el 53% del total del dinero destinado a cooperación. Sin duda se trata de un hecho puntual, hasta cierto punto no controlable por España ya que la decisión final la toma el Club de París.

**Si elimináramos la cantidad correspondiente a la operación de deuda, el crecimiento de la AOD española sería mucho más modesto, situándose en el puesto 24 de 29 con un aporte de 1.934,5 millones de dólares, que equivale casi al 0,15% de la RNB. Es evidente que España necesita una hoja de ruta hacia el 0,7%, tal y como recomienda hasta la OCDE.**

En cuanto a la UE, los datos aportados por la OCDE indican que la ayuda oficial al desarrollo (AOD) aportada por la UE y sus Estados miembros ascendió a 75.500 millones de euros en 2016, lo que representa el 0,51% de la renta nacional bruta de la UE (RNB) de ese año. Esta cifra se sitúa claramente por encima de la media del 0,20% de los países no pertenecientes a la UE que son miembros del Comité de Ayuda para el Desarrollo (CAD). Aun así, tal y como recoge el informe Aid Watch 2016 de la Coordinadora de ONG europeas (CONCORD), es necesario un incremento de la ayuda y definir exactamente qué se puede incluir como cooperación, pues hay temáticas que deberían quedar fuera del cómputo de la cooperación como el pago de deuda externa y sus intereses, becas de estudiantes extranjeros o ayuda ligada a intereses de los donantes. Otro aspecto importante es determinar el papel que juegan las instituciones privadas lucrativas, que es un actor emergente de la cooperación.

La AOD no es una prioridad dentro de las agendas nacionales de la mayoría de los países del CAD, a pesar de las buenas palabras con las que se ratifican los compromisos internacionales sobre financiación y buenas prácticas. Y aún menos se incorporan nuevas formas de hacer política que integren todos los ODS, a nivel nacional e internacional, como se firmó en 2015, por lo que es necesario un nuevo impulso tanto en recursos como en ideas que nos permita avanzar para conseguir las metas deseadas.

## 1.1. Distribución de la AOD en 2016

Si analizamos el comportamiento por países según las cifras absolutas destinadas a AOD, observamos que en 2016 solo 8 países han disminuido su AOD, frente a 20 que la han aumentado y uno que se mantiene estable (Nueva Zelanda), aunque de los que aumentan su AOD solo 10 tienen un incremento de más de 100 millones de dólares. Destacar el incremento de Alemania con más de 6.890 millones de dólares, que le hace pasar de destinar el 0,57% de su RNB a alcanzar el 0,7%. Pero este incremento está influenciado por la crisis de personas refugiadas. Alemania destinó en 2016 a esta partida 6.217 millones de dólares, el doble de lo que destinó en 2015, que explica por tanto la mitad de su incremento. Probablemente Alemania se convirtió en 2016 en el principal receptor de su propia ayuda. También podemos destacar los aumentos en AOD de Estados Unidos y España de aproximadamente 2.500 millones cada uno (aunque la de España es debida a la condonación de deuda que ya explicamos previamente). En sentido negativo, el descenso de Suecia de 2.222 millones de dólares, si bien se mantiene con un porcentaje por encima del 0,7%, concretamente el 0,94%. Otros países que cumplen con el 0,7% como Reino Unido y Dinamarca también disminuyen sus presupuestos en cooperación. Si lo que medimos es el porcentaje de reducción y no las cifras absolutas, los países con mayor porcentaje de reducción han sido Suecia (31%), Finlandia (18,1%) y Países Bajos (14,2%).

Estas variaciones en los presupuestos de AOD, no ayudan a la hora de planificar una financiación adecuada de los ODS. En la reunión de junio de 2017 organizada por Naciones Unidas y la Universidad John Hopkins en Nueva York para hablar sobre cómo generar alianzas para cofinanciar las infraestructuras sostenibles, se aseguraba que la AOD seguía teniendo relevancia como cooperación técnica (especialmente en materia de impuestos) y como creación de capacidades<sup>10</sup>. Aunque nosotros consideramos que la AOD tiene algún que otro papel en cuanto a fomentar y apoyar la equidad en el acceso a servicios básicos de las personas más vulnerables, para la creación de capacidades es necesario que la mayor parte de la AOD sea más previsible y con una planificación a más largo plazo. Porque la Agenda de la Ayuda necesita, si quiere contribuir a alcanzar las metas del ODS 17, una mayor y mejor financiación, con una planificación realista. Si observamos los últimos 5 años en la tabla siguiente, la financiación del conjunto de donantes apenas ha aumentado un 0,03%, de 0,29 a 0,32. Si se mantiene esa tendencia, en 2030, el conjunto del CAD apenas alcanzaría un 0,42%, muy lejos del 0,7% comprometido. Y estas cifras son computando algunas partidas que, cuanto menos, son dudosas como partidas de cooperación.

10. <http://www.un.org/pga/71/wp-content/uploads/sites/40/2017/08/Pocantico-Retreat-Summaryfnl.pdf>

TABLA 2.2. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2010 – 2016  
(DESEMBOLSOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2012		2013		2014		2015		2016		Variación 15-16
	Monto	% AOD / RNB									
Australia	5.403,00	0,36	4.851,00	0,34	4.203,42	0,27	3.222,45	0,27	3.025,00	0,25	-197
Austria	1.106,00	0,28	1.172,00	0,28	1.144,39	0,26	1.207,47	0,32	1.583,00	0,41	376
Bélgica	2.315,00	0,47	2.281,00	0,45	2.384,51	0,45	1.894,38	0,42	2.306,00	0,49	412
Canadá	5.650,00	0,32	4.911,00	0,27	4.196,45	0,24	4.287,22	0,28	3.962,00	0,26	-325
Rep. Checa	220,00	0,12	212,00	0,11	208,99	0,11	201,62	0,12	261,00	0,14	59
Dinamarca	2.693,00	0,83	2.928,00	0,85	2.995,97	0,85	2.565,56	0,85	2.372,00	0,75	-194
Finlandia	1.320,00	0,53	1.435,00	0,55	1.634,58	0,6	1.291,53	0,56	1.057,00	0,44	-235
Francia	12.028,00	0,45	11.376,00	0,41	10.370,87	0,36	9.225,98	0,37	9.501,00	0,38	275
Alemania	12.939,00	0,37	14.059,00	0,38	16.248,67	0,41	17.779,27	0,52	24.670,00	0,7	6.891
Grecia	327,00	0,13	305,00	0,13	248,44	0,11	282,20	0,14	264,00	0,14	-18
Hungría									155,00	0,13	155
Islandia	26,00	0,22	35,00	0,26	35,41	0,21	39,08	0,24	50,00	0,25	11
Irlanda	808,00	0,47	822,00	0,45	808,80	0,38	718,26	0,36	802,00	0,33	84
Italia	2.737,00	0,14	3.253,00	0,16	3.342,05	0,16	3.844,41	0,21	4.856,00	0,26	1.012
Japón	10.605,00	0,17	11.786,00	0,23	9.188,29	0,19	9.320,24	0,22	10.368,00	0,2	1.048
Corea del Sur	1.597,00	0,14	1.744,00	0,13	1.850,67	0,13	1.911,00	0,14	1.965,00	0,14	54
Luxemburgo	399,00	1	431,00	1	426,76	1,07	361,4	0,93	384	1	23
Países Bajos	5.523,00	0,71	5.435,00	0,67	5.572,03	0,64	5.812,62	0,76	4.988,00	0,65	-825
Nueva Zelanda	449,00	0,28	461,00	0,26	502,28	0,27	437,99	0,27	438,00	0,25	0
Noruega	4.753,00	0,93	5.581,00	1,07	5.024,28	0,99	4.277,76	1,05	4.352,00	1,11	74
Polonia	421,00	0,09	474,00	0,1	437,08	0,08	442,35	0,1	603	0,13	161
Portugal	581,00	0,28	484,00	0,23	418,96	0,19	305,73	0,16	340	0,17	34
Eslovaquia	80,00	0,09	85,00	0,09	81,24	0,08	85,77	0,1	107	0,12	21
Eslovenia	58,00	0,13	60,00	0,13	61,53	0,13	62,41	0,15	80	0,18	18
España	2.037,00	0,16	2.199,00	0,16	1.893,28	0,14	1.397,77	0,12	4.096,00	0,33	2.492
Suecia	5.240,00	0,97	5.831,00	1,02	6.222,55	1,1	7.091,91	1,4	4.870,00	0,94	-2.222
Suiza	3.056,00	0,47	3.198,00	0,47	3.547,59	0,49	3.537,73	0,52	3.563,00	0,54	25
Reino Unido	13.891,00	0,56	17.881,00	0,72	19.386,50	0,71	18.699,94	0,71	18.013,00	0,7	-687
EE UU	30.687,00	0,19	31.545,00	0,19	32.728,62	0,19	31.076,17	0,17	33.589,00	0,18	2.513
Total países CAD	126.949,00	0,29	134.835,00	0,30	135.164,21	0,29	131.586,22	0,30	142.620,00	0,32	11.034

Fuente: OCDE – CAD

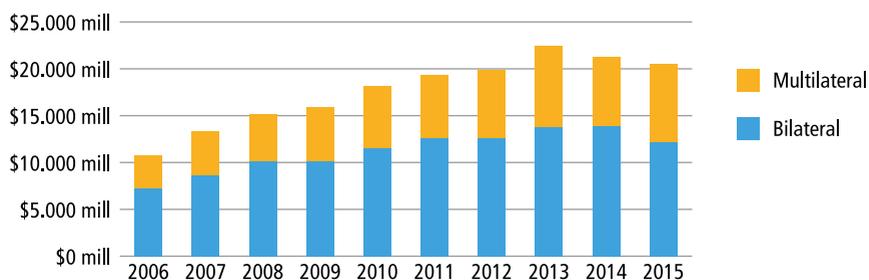
También necesitamos repensar donde y a qué debemos destinar la AOD para conseguir que sea más eficaz y conseguir mayor impacto. Los ODS requieren de un trabajo integral por lo que requerimos, entre otras cuestiones, fortalecer las capacidades de los países receptores para alcanzar las metas previstas. Más allá de las prioridades individuales de cada país, podemos concentrar los esfuerzos en 3 áreas:

1. Apoyar la función de rectoría que las instituciones públicas deben tener en todas las políticas. Esta función de rectoría no se limita exclusivamente a los gobiernos nacionales, sino que debe apoyarse a todos los niveles, desde las entidades locales hasta los organismos multilaterales.
2. Economía inclusiva e incluyente y su relación con el medio ambiente que genere un desarrollo sostenible.
3. Necesidades básicas en alimentación, agua, educación, género y salud como precondiciones necesarias para el desarrollo.

## 2. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

En 2015 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD disminuyó por segundo año consecutivo, tras unos años de constante crecimiento. Se alcanzaron los 20.450 millones de dólares, un descenso de 785 millones respecto de 2014 (3,6% menos). Pero contrariamente a lo que pasó en 2014, el descenso es debido a la disminución de la ayuda bilateral. De hecho, el descenso en la ayuda bilateral que alcanza los 1.656 millones de dólares, es compensado en parte por el crecimiento de la ayuda multilateral en 871 millones de dólares.

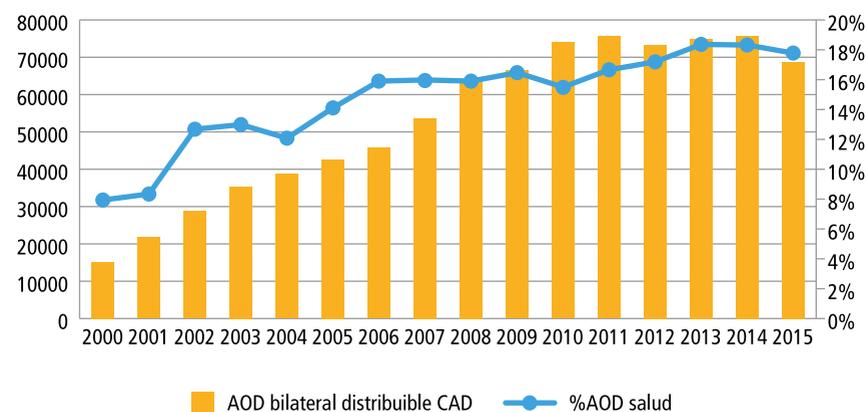
**GRÁFICO 2.6. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)**



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

Si analizamos la AOD bilateral distribuible (la ayuda que los países pueden elegir donde enviarla) destinada al sector salud, podemos observar que el descenso en 2015 es más acusado que el año anterior, alcanzando un 17,78%, frente a un 18,32% en 2014, casi medio punto de bajada. En cifras absolutas, el descenso supone 1.654 millones de dólares menos destinados a salud. Estas cifras cumplen con creces el objetivo recomendado en su día para los ODM de destinar al menos el 15% de la ayuda al sector salud. Preocupa que los fondos destinados a salud sigan descendiendo y hay cierta expectativa respecto al comportamiento sectorial de la ayuda en 2016, primer año en el que reportaremos teniendo como referencia los ODS.

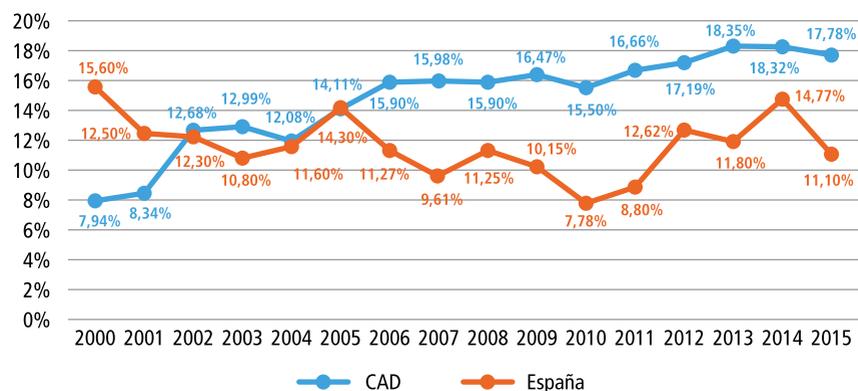
**GRÁFICO 2.7. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)**



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

El porcentaje que destina la cooperación española también disminuye de forma muy importante, en más de 4,5 puntos porcentuales. Si comparamos el comportamiento de la AOD bilateral distribuible destinada a salud de la cooperación española, con el conjunto de los países donantes del CAD, observamos que en 2015 aumenta la brecha que existe entre ambos, situándose en más de 6,6 puntos porcentuales, cuando el año anterior se redujo a menos de 4 puntos. La gráfica siguiente nos muestra cómo la tendencia del peso de la salud en el conjunto de donantes es creciente, mientras que la de la cooperación española tiene muchos altibajos. Esta tendencia a la irregularidad confirma la idea de que la cooperación española necesita una mayor implicación con la salud y una mayor y mejor planificación a medio y largo plazo.

**GRÁFICO 2.8. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADO A SALUD. COMPARATIVA CAD-ESPAÑA**



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

Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, reducen en 2015 un 16% el presupuesto destinado a AOD hasta alcanzar los 15.555 millones de dólares. La AOD en salud de las instituciones europeas también baja por segundo año consecutivo, pero de forma más moderada, un 8%, alcanzando los 579 millones de dólares. En concreto, del total de la AOD solamente se destina a salud un 3,7%, un porcentaje que podemos afirmar que, aunque haya subido levemente desde 2014, es insuficiente. Si analizamos la tendencia en los últimos años, podemos afirmar que las instituciones europeas desatienden de forma crónica el sector de la salud, y sus compromisos políticos para con el sector no tienen continuidad con un presupuesto adecuado.

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

#### 3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

Respecto a los tres subsectores de salud que computa el CAD, salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122) y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130), como podemos observar en la tabla 2.3, la salud reproductiva es el sector más financiado en 2015 con 9.217 millones de dólares,

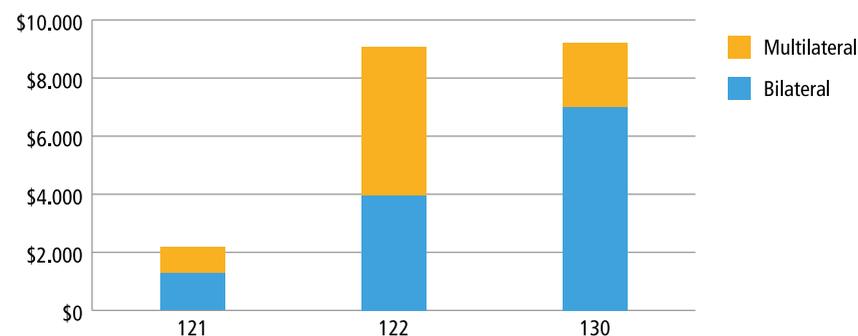
seguido muy de cerca por el de salud básica con 9.057 millones de dólares. En tercer lugar estaría la salud general con 2.175 millones de dólares. Esta asimetría entre sectores, que se repite en los últimos años, responde a una decisión estratégica de muchos países que optaron por invertir en programas directamente relacionados con el ODM 6, combatir el VIH/sida, el paludismo, la tuberculosis y otras enfermedades.

**TABLA 2.3. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Total AOD</b>	13.023,58	12.570,34	17.946,85	18.101,64	17.243,12	18.473,52	15.555,13
<b>Salud general</b>	149,30	162,60	137,59	117,84	112,77	108,24	145,95
<b>Salud básica</b>	356,60	217,36	385,22	304,12	422,70	403,19	335,39
<b>SSR</b>	67,00	95,27	135,80	121,01	96,42	118,96	98,20
<b>Total Salud</b>	572,90	475,23	658,61	542,97	631,89	630,40	579,54
<b>%Salud/Total</b>	4,40%	3,78%	3,67%	3,00%	3,66%	3,41%	3,73%

Fuente: Creditor Reporting System

**GRÁFICO 2.9. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2015 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**



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

Si desglosamos los 3 subsectores CAD, tabla 2.4, observamos que la priorización de los últimos años se da en ciertas partidas de los subsectores CRS específicos, lo que en principio supone una cierta estabilidad y predictibilidad de la ayuda. En salud general viene destacando el componente de política sanitaria y gestión administrati-

va, que tradicionalmente es el más financiado, y en 2015 supone el 64% de toda la salud general, aunque solamente sea el 6,7% del total de AOD en salud.

En salud básica la AOD suele estar más repartida, pero son 3 componentes los que destacan. La atención sanitaria básica (12220) es el componente que ha estado liderando este sector, y en 2015 obtuvo el 31% de toda la salud básica. Le siguen este año el control de enfermedades infecciosas con un 24,8% y la lucha contra la malaria con un 19,6%. En la salud sexual y reproductiva, sigue destacando el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida (13040), al que se destina el 67% de la AOD de este subsector y el 30% de toda la AOD en salud.

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

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

Fuente: Creditor Reporting System

La lucha contra el VIH/sida, la malaria y la tuberculosis reciben en 2015 el 42% del total de la AOD sanitaria del CAD. Se presupone que estas prioridades que se centran en la lucha contra enfermedades específicas cambiarán en los próximos años, debido al nuevo marco de los ODS, donde la mejora de la gestión sanitaria o las enfermedades no transmisibles deberán tener una mayor presencia. La Cobertura Sanitaria Universal tiene que ser el eje en salud, pero es difícil saber sobre qué subsectores se fundamenta. En este sentido, y para ser más eficaces y tener un mayor impacto se deberían apoyar aquellos subsectores que incidan en los principios de la atención primaria de salud (APS) y en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.

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

A la hora de realizar la **distribución geográfica de la AOD en salud**, lo primero que debemos tener en cuenta es el enorme volumen de ayuda que no está especificada, concretamente un 23,9%, 6 puntos porcentuales más que en 2014, que sin duda supone un sesgo en el análisis. El incremento de la ayuda no especificada se debe al aumento del peso de la ayuda multilateral.

Realizada la advertencia sobre este sesgo, procedemos con un análisis que nos depara pocas novedades respecto a los últimos años (tabla 2.5):

- El continente africano es la región que alberga las mayores carencias en general y recibe el 33,42% de la AOD general de los donantes, 52.320 millones de dólares (2.209 millones menos que en 2014). También es el continente que más dinero recibe en salud, concretamente el 55,18% de toda la ayuda en salud, decisión avalada por tratarse de la región con mayores problemas de salud. Dentro del continente, es África subsahariana la región que más ayuda recibe para salud, concretamente algo más del 53% de toda la ayuda en salud.
- Asia es la segunda región que más ayuda recibió, tanto en AOD general, 45.446 millones de dólares, como en AOD sanitaria (4.131 millones). Respecto a 2014, la AOD general desciende en 3.760 millones de euros, si bien la AOD en salud aumenta ligeramente, 44 millones de dólares, lo que supone recibir poco más del 20% del total destinado a salud.
- La AOD destinada a América creció en 82 millones, pero la ayuda destinada a salud disminuyó en 302 millones, una bajada del 26,5%. Aun así, sigue siendo la tercera región que más dinero recibió en salud, un 3,8% del total de salud.
- Finalmente destacamos la AOD que destinan los donantes a Europa, 8.430 millones de dólares de los cuales 231 millones fueron a salud, poco más que lo que se destina a Oceanía.

**TABLA 2.5. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2015 (DESEMBOLSOS BRUTOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)**

		TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
<b>África</b>		<b>52.319,83</b>	<b>33,42%</b>	<b>11.283,84</b>	<b>55,18%</b>
	Norte de África	4.315,69		85,13	
	África subsahariana	45.631,60		10.984,48	
	África, regional	2.372,54		214,23	
<b>América</b>		<b>11.447,30</b>	<b>7,31%</b>	<b>777,46</b>	<b>3,80%</b>
	América Central y del Norte	4.877,48		552,53	
	América del Sur	5.211,51		150,83	
	América, regional	1.358,32		74,10	
<b>Asia</b>		<b>45.446,58</b>	<b>29,03%</b>	<b>4.131,38</b>	<b>20,20%</b>
	Lejano Oriente	11.186,44		1.032,45	
	Asia central y del sur	23.364,69		2.612,42	
	Oriente Medio	9.928,34		400,95	
	Asia, regional	967,12		85,56	
<b>Europa</b>		<b>8.430,43</b>	<b>5,39%</b>	<b>231,46</b>	<b>1,13%</b>
<b>Oceanía</b>		<b>1.956,79</b>	<b>1,25%</b>	<b>227,24</b>	<b>1,11%</b>
<b>No especificado</b>		<b>36.934,11</b>	<b>23,59%</b>	<b>3.798,65</b>	<b>18,58%</b>

Fuente: Creditor Reporting System

Como podemos ver, el modelo de ayuda es continuista, sin guiños que nos hagan pensar que se está produciendo una transición hacia los ODS. Los países donantes deberían plantearse cambios en su política de cooperación que necesariamente pasarían por incrementar la cantidad de la ayuda, pues los recursos actuales son insuficientes para dar cumplimiento a la agenda 2030.

Requerimos de los países donantes más firmeza y determinación, así como el convencimiento de que las políticas de cooperación son hoy más necesarias que nunca si queremos avanzar en la lucha contra las inequidades y por un mundo más justo.

Finalmente pedimos coherencia a los países donantes en la priorización de objetivos. Un mayor impacto en la lucha contra la desigualdad y las inequidades puede lograrse si tenemos una población sana. Y en el ODS encontramos una oportunidad si decidimos apostar por alcanzar una de sus metas, la cobertura universal. Pero aunque sería un gran avance no sería suficiente. Sería necesaria la inclusión de la salud en todas las políticas.

## 4.- EL CONSENSO EUROPEO SOBRE DESARROLLO, LA RESPUESTA EUROPEA FRENTE A LA NUEVA AGENDA DE DESARROLLO

El 19 de mayo de 2017 el Consejo Europeo adoptó el nuevo *Consenso europeo sobre desarrollo*<sup>11</sup>, la respuesta de la Unión Europea a la Agenda 2030 y el marco que guiará la cooperación al desarrollo de la Unión Europea y sus Estados miembro en los próximos 15 años y que sustituye al anterior Consenso europeo aprobado en 2006 y a la Agenda para el cambio de 2011.

La erradicación de la pobreza sigue siendo el objetivo prioritario de la política de desarrollo, pero integrando la dimensión económica, social y medioambiental del desarrollo sostenible, situando el enfoque de derechos y la igualdad de género como valores centrales del consenso y asentando su trabajo en los principios de efectividad del desarrollo.

El Consenso se estructura en torno a las cinco prioridades que sustentan y dan sentido a la Agenda 2030: las personas, el planeta, la prosperidad, la paz y las alianzas. El apartado centrado en las personas, recoge la visión multidimensional de la pobreza y la necesidad de avanzar en la eliminación del hambre y la malnutrición, la cobertura sanitaria universal, el acceso universal a la educación, la protección social y el trabajo decente y el medioambiente saludable para conseguir el objetivo de erradicación de la pobreza.

Siguiendo la narrativa de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, la salud aparece como elemento fundamental para un desarrollo sostenible y equitativo. Como el Derecho humano que es, la salud renueva su compromiso de proteger y promover el derecho de todas las personas a disfrutar del más alto grado de salud física y mental. La cobertura sanitaria universal y el acceso a los servicios de salud son los ejes sobre los que se articula el apoyo al sector salud desde la UE, a la vez que sitúa la inversión en personal sanitario y el empoderamiento de agentes comunitarios de salud como uno de sus pilares. Pero el derecho a la salud supone algo más que la mejora del sistema sanitario. Echamos a faltar una mención expresa a integrar la salud en todas las políticas y mayor concreción en el peso real que se le quiere dar a la salud, ya que la explicación de lo que se quiere hacer en este sector se reduce a un párrafo en 52 páginas, aparte de algunas breves menciones en otros sectores.

El Consenso recoge muchas de las metas del ODS 3 y propone un amplio abanico de intervenciones como: (i) la lucha contra las enfermedades infecciosas como pueda ser el VIH/sida, la tuberculosis, la malaria y la hepatitis; (ii) el acceso a medicamentos esenciales y vacunas; (iii) la promoción de la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías de la salud; (iv) las resistencia antimicrobiana; (v) la reducción de la mor-

11. <http://www.consilium.europa.eu/es/press/press-releases/2017/05/19-european-consensus-on-development/>

alidad materna e infantil; (vi) la promoción de la salud mental y (vii) la reducción del impacto de las enfermedades no transmisibles y de la contaminación. Aunque no se hacen referencias claras a los determinantes de la salud, sí se menciona el apoyo a la inclusión de “la salud en todas las políticas” de los países socios.

También debemos valorar positivamente la apuesta clara por la salud y los derechos sexuales y reproductivos como elementos centrales del marco de derechos y de la igualdad de género, claves en un momento de regresión de los derechos de las mujeres y especialmente de los derechos sexuales y reproductivos en muchos países.

Siguiendo el espíritu de la Agenda 2030, el Consenso recoge las interconexiones existentes entre los distintos elementos como el desarrollo, la paz y la seguridad, la ayuda humanitaria, la migración o el medio ambiente y el clima. Pero otorga un papel especialmente relevante a la migración, a la que sitúa como uno de los principales problemas a abordar por parte de la cooperación europea. Hay más menciones y secciones dedicadas a la migración, especialmente al control de la “migración irregular” que a ningún otro tema, por lo que debemos concluir que el control de la migración va a ser uno de los principales objetivos del Consenso europeo y por tanto de la cooperación europea (tanto de la UE como de los Estados miembro) hasta 2030.

Aunque el documento señala el papel que debe jugar la sociedad civil en el desarrollo y la necesidad de garantizar un espacio para la misma, se centra fundamentalmente en el papel que debe desempeñar el sector privado, como “motor del desarrollo sostenible a largo plazo” convirtiéndolo en socio privilegiado para la puesta en marcha de buena parte de la visión de la UE para la cooperación al desarrollo de los próximos 15 años. El uso de financiación privada y el apalancamiento financiero<sup>12</sup> o blending<sup>13</sup> son los modelos impulsados desde la UE. Sin salvaguardas claras, estos mecanismos pueden convertirse en una vía de financiación pública para los negocios de las empresas privadas en terceros países.

Más allá de los aspectos más cuestionables del Consenso, no cabe duda de que se trata de un documento ambicioso que requiere de un compromiso financiero igualmente ambicioso por parte de la propia UE, que sin embargo no aparece reflejado en el documento. Salvo menciones generales como el compromiso de alcanzar el 0,7% por parte de la UE y los Estados miembro “dentro del marco temporal” de la Agenda 2030, el documento no recoge ningún compromiso firme para aumentar la AOD. Por el contrario, los últimos pasos dados por la UE en relación a su presupuesto de cooperación muestran su voluntad de reducir la AOD en un 6% en 2018.

12. El apalancamiento financiero consiste en utilizar aquellos mecanismos que permitan aumentar la cantidad de dinero que podemos destinar a una inversión,

13. uso combinado de crédito y donación que genera apalancamiento de más recursos con bajos costes financieros para el receptor

Si bien es importante tener un Consenso sobre lo que la UE debe trabajar en cooperación al desarrollo, deberemos de vigilar en el futuro que las políticas de seguridad no perviertan el objetivo principal de lucha contra la pobreza. Un aspecto, la seguridad tanto interna como externa, que cada vez más está en las agendas políticas de cooperación de los países de la UE.

## EL PROCESO DE “MODERNIZACIÓN” DE LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO ¿EN QUÉ PUNTO ESTAMOS?

### Polly Meeks

Senior policy and Advocacy Officer  
Eurodad

En 2012, el Comité de ayuda al desarrollo (CAD) de la OCDE puso en marcha el proceso de “modernización” de la definición de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) para que “la AOD vaya a donde más se necesita y a donde puede ser catalizador de otros flujos y promover la rendición de cuentas”.<sup>14</sup>

- El proceso de modernización ha llegado a muchos componentes de la definición de AOD:
- Las reglas para la inclusión de préstamos al sector oficial como AOD
  - Las reglas para el cómputo de gasto relacionado con la paz y la seguridad como AOD
  - Las reglas para el cómputo como AOD de los gastos de asistencia a personas refugiadas en países donantes
  - Las reglas para la inclusión de apoyo financiero (préstamos/ inversiones/garantías) al sector privado en países del sur como AOD (instrumentos de sector privado)

### Implicaciones para la calidad y cantidad de la AOD

Cada elemento del proceso de modernización ha generado oportunidades y riesgos para la AOD, tal y como ha descrito Eurodad y otras organizaciones en diversos documentos<sup>15</sup>.

En estos momentos las negociaciones se centran en dos puntos: los gastos de atención a personas refugiadas en países donantes y los instrumentos de sector privado. Estas categorías de gasto están asociadas a importantes riesgos para la eficacia del desarrollo. Así muchas ONG consideran que los costes de atención a personas refugiadas en países donantes, aunque es un gasto necesario, no es ayuda y que, al computarlo como AOD se pone en riesgo el principio de transparencia<sup>16</sup>. Por otra parte, las propuestas que hay en la mesa de negociación sobre los instrumentos del sector privado dan pocas claves sobre cómo van a cumplir los donantes sus compromisos sobre apropiación, resultados, transparencia, ayuda no ligada<sup>17</sup> y el principio de no hacer daño.<sup>18</sup>

Además, y de especial importancia para el trabajo de incidencia política en torno al gasto en salud, hay un riesgo de que tanto los costes de atención a personas refugiadas en países donantes como los instrumentos del sector privado puedan llevar, aunque de manera diferente, al desvío de AOD de servicios esenciales en los países del sur.

En el caso de los gastos de atención a personas refugiadas en países donantes el riesgo es que se desvíen los fondos antes de que lleguen a los países del sur. De hecho, este tipo de

14. 2012 DAC High Level Meeting Communiqué

15. Véase por ejemplo S. Colin, A matter of high interest: assessing how loans are reported as development aid, Eurodad, 2014; y Oxfam, febrero 2016, Submission to the OECD DAC High Level Meeting (párrafo 5.2)

16. Véase por ejemplo CONCORD Aid Watch Report 2016

17. Es decir, acabar con la práctica por la que se da la ayuda con la condición que se utilice para comprar bienes y servicios del país donante.

18. Para más información: CSO position paper on refugee costs, y CSO position on private sector instruments.

desviaciones ya se están produciendo<sup>19</sup>: cuando un país donante tiene unos elevados costes de atención a personas refugiadas en su país, se produce la paradoja de que se convierte en el principal receptor de su propia ayuda<sup>20</sup>. Y sin embargo, el proceso de modernización de la AOD ha desperdiciado una gran oportunidad para acabar con esta práctica al centrarse en los detalles técnicos en lugar de poner el foco en la cuestión de fondo: si los gastos de atención a personas refugiadas en países donantes deben o no contabilizarse como AOD.

En el caso de los instrumentos del sector privado, el riesgo viene del método de cálculo propuesto, que en algunos casos puede valorar más positivamente a los donantes cuando canalizan la AOD hacia instrumentos del sector privado que cuando se utiliza para otros usos. Esto puede llevar a crear un incentivo perverso, ya que lejos de “dirigir la AOD donde más se necesita”, fomentaría que los donantes canalizaran la AOD hacia los instrumentos del sector privado en lugar de invertir en el sector de la salud y otros servicios públicos esenciales, incluso cuando éstos son los sectores priorizados por la población.

#### Próximos pasos

En el momento de escribir este texto, todavía siguen abiertas las negociaciones sobre los gastos de atención a personas refugiadas en países donantes y sobre instrumentos del sector privado. El CAD espera llegar a un acuerdo en la próxima reunión de Alto nivel (30-31 de octubre 2017), no obstante, queda por ver si, dado que persisten posiciones encontradas en algunos temas, especialmente en aquellos relacionados con los instrumentos del sector privado, es poco probable que se consiga alcanzar un acuerdo dentro de los plazos acordados.

Por último, en cuanto a los componentes del proceso de modernización que ya han sido acordados, éstos se incorporarán a los datos de AOD de 2018 que se reportarán en 2019<sup>21</sup>.

19. Por ejemplo, la ayuda total noruega creció un 7,8% entre 2015 y 2016, sin embargo, si se deducen los gastos de atención a personas refugiadas en Noruega, su ayuda bajó un 1,4% (fuente: Oxfam International, análisis de OCDE-CAD, 2016 ODA data tables).

20. Fuente: análisis de los datos OCDE-CAD de 2015

21. Para más información sobre el cronograma, consultar Development Initiatives' background paper on ODA modernisation, p.5

## 5. DESCRIPCIÓN DE LOS SUBSECTORES Y COMPONENTES RELACIONADOS CON SALUD (SEGÚN ACTUALIZACIÓN DEL CAD DE 2007)

El comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE, con el fin de catalogar y registrar a que 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 tres dígitos y, definen un sector o área general de intervención. Los sectores CRS cuentan con cinco dígitos los cuales definen un sector característico o Concreto.

Dentro de cada sector CAD hay un determinado número de sectores CRS. Cada sector CRS viene definido por un número de cinco cifras y, están compuestos por los tres dígitos del sector CAD más dos dígitos específicos de cada CRS.

TABLA 2.6. SECTORES CAD Y SECTORES CRS REFERIDOS A SALUD

CAD	CRS	DENOMINACION	DESCRIPCION
<b>121</b>		<b>SALUD GENERAL</b>	
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa	Política de sanidad; ayuda para la planificación y la programación; ayuda a ministerios de sanidad; administración de la sanidad pública; fortalecimiento y asesoramiento institucional; programas cobertura y seguro médico; actividades sanidad sin especificar.
	12181	Enseñanza / Formación médicas	Enseñanza médica y formación para servicios nivel terciario.
	12182	Investigación médica	Investigación médica general (exceptuando la investigación sobre la sanidad básica).
	12191	Servicios médicos	Laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluyendo equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control enfermedades no infecciosas, control abuso medicamentos y fármacos
<b>122</b>		<b>SALUD BÁSICA</b>	
	12220	Atención sanitaria básica	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programas de cuidados paramédicos y de enfermería; suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para atención sanitaria básica
	12230	Infraestructura sanitaria básica	Hospitales regionales, clínicas y dispensarios y equipamiento médico correspondiente; se excluyen los hospitales y clínicas especializados
	12240	Nutrición básica	Programas directos para la alimentación (alimentación materna, lactancia y alimentación de continuidad /tras destete, alimentación infantil, alimentación escolar); identificación deficiencias micronutritivas; suministro de vitamina A, yodo, hierro, etc.; Seguimiento de las condiciones de nutrición; enseñanza de la nutrición y de la higiene alimentaria; seguridad alimentaria doméstica.
	12250	Control de enfermedades infecciosas	Vacunación; prevención y control de enfermedades infecciosas, con excepción de paludismo (12262), tuberculosis (12263), HIV/SIDA y otras ITS (13040). Incluye enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por un vector (agente portador, por ejemplo: oncocercosis y bilharziosis), enfermedades víricas y bacterianas, etc.
	12261	Educación sanitaria	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización.
	12262	Control de la malaria	Prevención y control de la malaria
	12263	Control de la tuberculosis	Vacunación, prevención y control de la tuberculosis
	12281	Formación personal sanitario	Formación de personal sanitario para asistencia sanitaria básica.
<b>130</b>		<b>PROGRAMAS/POLITICAS SOBRE POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA</b>	
	13010	Política sobre población y gestión administrativa	Políticas demográficas / desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos inmigración y emigración; análisis / investigación demográfica; investigación salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	13020	Atención salud reproductiva	Fomento salud reproductiva; cuidados prenatales y postparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión consecuencias del aborto; actividades maternas saludables.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación; actividades de información, educación y comunicación (IEC); distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.
	13040	Lucha contra ETS, incluido el SIDA	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del SIDA, como información, educación y comunicación; diagnóstico precoz; prevención; tratamiento; cuidados.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.

Fuente: OCDE - CAD

## CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- En 2016 la AOD española alcanza el 0,33% de la renta nacional bruta, pero este porcentaje es debido principalmente a una operación de cancelación de deuda con Cuba, que no debería computarse como AOD genuina.
- En 2017 nace el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030 en España, que debe influir no solo en las políticas de cooperación sino también en las políticas domésticas para alcanzar los ODS. Aún es pronto para poder analizar su funcionamiento, la adecuación de su estructura o los mecanismos de control que pueda tener.
- El peso de la cooperación en salud respecto al conjunto de la AOD se queda en un residual 1,6%. Si no tuviéramos en cuenta la operación de deuda, la salud supondría el 3,11% del total de la AOD, muy lejos de la media de los países del CAD que destinan un 13% de AOD a salud.
- En un momento donde se están definiendo los criterios y modelos más adecuados para conseguir la Cobertura Sanitaria Universal en los ODS, sería importante poner en valor el sistema sanitario español como un posible referente en las discusiones y foros internacionales

### 1. CONSIDERACIONES GENERALES

#### 1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

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

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD CRS siguientes<sup>1</sup>: 121, 122 y 130, que se corres-

---

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

ponden con los subsectores salud general, salud básica, y políticas y programas de población y salud reproductiva.

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

Según se explicita en la Estrategia Sectorial de Cooperación en Salud, la **AOD bilateral** es la ayuda oficial al desarrollo que la cooperación española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos, por distintas instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios, a través de las oficinas técnicas de cooperación (OTC) de la AECID y de la administración de las comunidades autónomas, en muchos casos, a través de ONGD, universidades o centros de estudios públicos españoles. La AOD bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.

La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los "core funding" o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). En 2007, la Dirección General de Políticas de Cooperación para el Desarrollo (DGPOLDE) introdujo una variación en el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en este sector, se incluían también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo correspondiente<sup>2</sup>. Este sistema se ha utilizado hasta 2011; desde 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse. Esto hace que los datos de 2012, 2013 y 2014 no sean exactamente equivalentes –y por tanto directamente comparables– a los de los años anteriores<sup>3</sup>.

La **AOD multilateral** o bilateral canalizada vía OМУDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OМУDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento,

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.

al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. Es relativamente normal que estos datos se incluyan en la AOD bilateral. Sin embargo, en este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad.

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

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

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

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

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

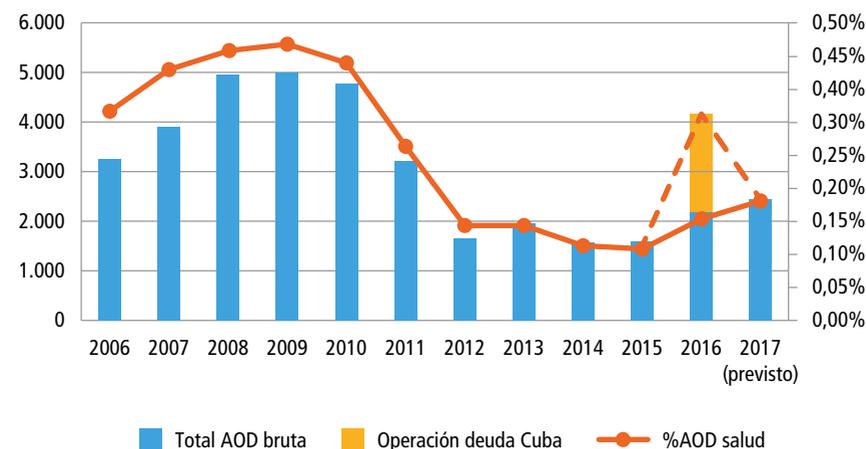
#### DATOS GENERALES DE LA AOD EN 2016

La AOD bruta desembolsada en 2016 por España ha sido de 4.150 **millones de euros**, lo que supone un incremento de 2.886 millones de euros respecto a 2015. Porcentualmente representa el **0,33 % de la renta nacional bruta**, muy por encima del 0,12 % alcanzado en 2015. Estamos hablando de un aumento en las partidas de AOD del 155% en un año. Pero este enorme incremento en las cantidades destinadas a AOD tiene su origen en el cómputo de una operación de alivio de la deuda con Cuba, que como veremos posteriormente, son operaciones multilaterales que se consensuan en el denominado Club de París. Hay que destacar que, como vemos en la gráfica 3.1, si elimináramos esa operación de alivio de la deuda (que alcanza los 1.958,8 millones de euros), aún habría un importante incremento en las partidas

para AOD de 565 millones de euros, y se alcanzaría el 0,17% de la renta nacional bruta. A pesar de ser un incremento importante, debemos destacar que si no fuera por esa operación de cancelación de deuda con Cuba, en 2016 se hubiera destinado a AOD 259 millones menos que la previsión presupuestaria realizada para ese año del gobierno de España<sup>4</sup>.

La propuesta de gasto en AOD para 2017 que aparece en el Informe "Ayuda Oficial al Desarrollo de la Administración General del Estado. Propuesta Presupuestos Generales del Estado para 2017", presentado en las Cortes el 21 de abril, propone un incremento de apenas el 2,3% con respecto a lo previsto en 2016. Estos datos suponen, en palabras de la Coordinadora de ONGDE de España (CONGDE), la constatación de un estancamiento de la AOD española, y nos posiciona muy lejos de la media europea, que, como hemos visto en el capítulo anterior, alcanza el 0,51%. También confirma que esta operación de alivio de deuda es coyuntural. No está integrada en una planificación a medio plazo de la cooperación española, ya que si mantenemos el análisis con las cifras de 2016 incluyendo la cancelación de la deuda, en 2017 la AOD española sufriría un descenso brutal, bajando del 0,33% al 0,2%, como se ve en el gráfico 3.1.

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

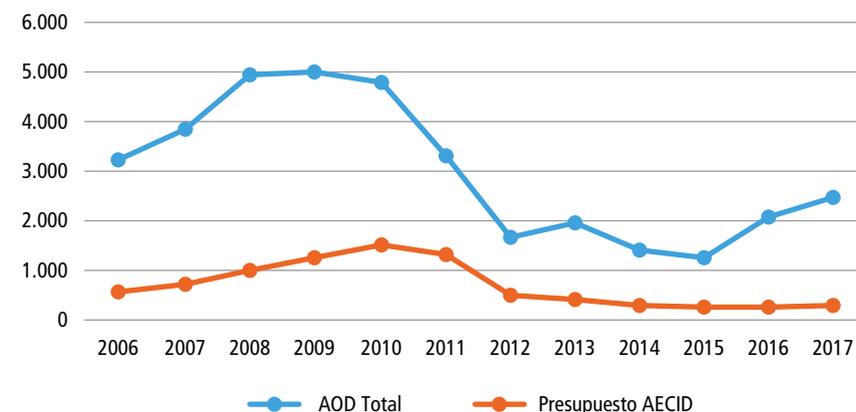


Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID.

4. <https://coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/2017/04/An%C3%A1lisis-de-PGE-2017.pdf>

Cualquiera de las cifras presentadas, incluso sumando la partida de alivio de deuda con Cuba, mantienen a España muy alejada del compromiso con el 0,7% que adoptó de nuevo España en julio de 2015 en Addis Abeba. Incluso aunque el marco temporal último para alcanzar este 0,7% sea 2030, sería necesaria una planificación realista y progresiva de incremento de la AOD española, con un compromiso de cumplimiento firme por parte del Gobierno de España.

**GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN Y COMPARATIVA DEL PRESUPUESTO DE AOD TOTAL Y DEL PRESUPUESTO ASIGNADO A LA AECID. 2006-2017**



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

Por otro lado, después de un tijejetazo acumulado situado también en torno al 70% desde 2011, la debilitada y maltratada Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) recibirá un mínimo incremento presupuestario obteniendo 284,43 millones de euros, frente a los 252,75 millones inyectados en 2016, año en el que gestionó el presupuesto más reducido de toda la serie. Ello no hace sino ratificar la irrelevancia a la que ha sido llevada la AECID como organismo gestor de la cooperación y alimentar los rumores sobre su futuro y, por ende, el de la política de cooperación. Los incrementos que puedan producirse en la AOD deben tener su reflejo en el presupuesto de la AECID pues no es baladí el hecho de ser la institución que debería ser el resorte instrumental central para la ejecución de la política de cooperación, ya que es quien mayor conocimiento, estructura y experiencia acumula.

## VALORACION PRESUPUESTOS 2017

En junio de 2016, los Jefes de Estado y de Gobierno de la Unión Europea renovaron sus compromisos de destinar a Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) el 0,7%. Un mes después volvieron a ratificar este compromiso al asumir la Declaración final de la Cumbre de Addis Abeba sobre la Financiación del Desarrollo. Ese mismo año, el presupuesto de AOD española fue de 2.396,30 millones de euros, lo que supone un 0,21% de la Renta Nacional Bruta.

A pesar de que el Gobierno renovó su compromiso en materia de AOD, albergábamos pocas esperanzas de que tuviera reflejo en los presupuestos de 2017 como así fue. En términos absolutos el presupuesto alcanzó los 2.450,72 millones de euros, el 0,21% de la Renta Nacional Bruta (RNB). Se pierde así nuevamente una oportunidad de mostrar a la sociedad española que el gobierno cumple su compromiso; por el contrario, parece más empeñado en dejar claro que estamos ante un gobierno que carece de sensibilidad política a la hora de impulsar una verdadera política de cooperación que ponga a las personas más vulnerables en el epicentro de su agenda.

Con un recorte acumulado de la AOD del 73,5% desde 2008, la mermada política de cooperación al desarrollo continúa sin recibir una subida presupuestaria que le permita resurgir y cumplir, sino ya con las personas más vulnerables, al menos con las recomendaciones del Comité de Ayuda al Desarrollo, que pide al Gobierno que revierta el declive de la política de cooperación, o con la Comisión de Cooperación del Congreso que votó una Proposición No de Ley estableciendo una agenda que pedía alcanzar el 0,4% al final de esta legislatura.

Si cuantitativamente el panorama es árido, el análisis de su estructura resulta desolador como se desprende de la valoración de los presupuestos realizada desde la Coordinadora de Organizaciones No Gubernamentales (CONGDE). La Administración General del Estado (AGE) recorta un 1,8% su aportación; se agudiza la pérdida de peso del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC) que gestiona apenas el 25,65% de la AOD de la Administración General del Estado; las contribuciones obligatorias suponen cerca del 60% del total de la AOD; el presupuesto de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo (AECID) permanece bajo mínimos lo que sin duda influye en el escaso presupuesto que recibe la acción humanitaria y las partidas que gestionamos las ONGD, ambas estancadas tras haber sufrido de media un recorte del 84% desde 2008.

En un contexto de máximas necesidades a nivel mundial, con más de 20 millones de personas en riesgo de hambrunas y más de 60 millones de personas desplazadas en el mundo huyendo de la pobreza y los conflictos, una Agenda 2030 que sólo en salud exige una inversión suficiente como para erradicar por completo una amplia gama de enfermedades y hacer frente a numerosas y variadas cuestiones persistentes y emergentes relativas a la salud, el presupuesto 2017 no es sino una burda metáfora cuyo origen debe estar en el intelecto más romo de quienes tienen la responsabilidad de plantearlo y defenderlo.

La AOD no debería ser, como estamos acostumbrados a ver en estos años, un presupuesto prescindible que se puede recortar porque no tiene consecuencias políticas. Además de la necesidad de cumplir con los compromisos firmados con los (Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) en Nueva York y en la reunión sobre financiación del desarrollo de Addis Abeba, el presupuesto de cooperación es un instrumento al servicio de la lucha contra las desigualdades y las inequidades existentes en el mundo.

## OPERACIONES DE DEUDA. EL CASO DE CUBA.

Acuerdo de reestructuración CESCE

Fecha de firma del Acuerdo: 4 de mayo de 2016

**Deuda total afectada por el acuerdo<sup>5</sup>: 1.953.604.896,06€**

Deuda a 31.12.2016 correspondiente a este acuerdo: 1.928.131.492,33€

Las operaciones excepcionales de alivio de deuda quedan limitadas, por *La Ley de Deuda*, a aquellas situaciones de sobreendeudamiento que puedan suponer un freno al desarrollo del país deudor y deben ejecutarse de forma coordinada tanto a nivel multilateral como interno. Además de ejecutarse de forma coordinada, deben ser previstas en la **Comunicación** que el Gobierno debe enviar al Parlamento y al Consejo de Cooperación.

El objetivo de la Comunicación, que se concibió con una periodicidad anual, es informar de las prioridades que desde la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo se impulsarán en materia de cooperación. En dicha comunicación se debe incluir, en el capítulo de **AOD neta española por instrumentos y modalidades**, en el apartado instrumentos, las **operaciones de deuda**, así como las **actividades relacionadas con la deuda** al referirnos a agentes financiadores e instrumentos.

Sucede que la Comunicación, que sustituye al PACI (Plan Anual de Cooperación Internacional), se diseñó para aligerar los procesos de planificación, recogiendo las prioridades políticas para el año en curso así como el marco presupuestario. Y parece que **hemos aligerado tanto el documento que en los dos últimos años no se ha presentado**. Así que no se ha podido conocer previamente las operaciones de deuda previstas ni darles un correcto seguimiento.

Dicho esto, indicar que la coordinación de las operaciones de deuda en el plano multilateral se lleva a cabo mediante la participación en el **Club de París**, agrupación de acreedores cuya finalidad es la de organizar formas de pago para los países deudores, así como también efectuar reestructuraciones de deuda. Opera desde la tesorería del gobierno de Francia, (de ahí su nombre), y si algún deudor no cumple, se arriesga a que se le corte el crédito internacional. Las actuaciones de alivio de deuda, deben ser coherentes con las políticas de cooperación al desarrollo, de ahí la importancia de la Comunicación.

Al país solicitante, en este caso Cuba, se le exige suscribir con el Fondo Monetario Internacional (FMI) un programa de ajuste macroeconómico con el que se pretende garantizar que sus políticas económicas estén orientadas al mantenimiento de la deuda en una trayectoria sostenible una vez el alivio se haya hecho efectivo.

Cuando en el seno del Club se consensua esta operación multilateral de reestructuración de la Deuda con Cuba, que asciende a 10.081 millones de euros, cada uno de los países involucrados firmó un acuerdo bilateral. Las condiciones financieras aplicadas por cada país fueron análogas con el fin de garantizar la igualdad de trato. Para la determinación de dichas condiciones, el Club cuenta con una serie de tratamientos de alivio de deuda que reflejan diferentes términos de reestructuración estandarizados, adaptados a diversos perfiles de deudor –los cuales se establecen en base a parámetros como su nivel de renta o su grado de endeudamiento–.

Concretamente estos tratamientos difieren:

- En los vencimientos afectados por la reestructuración, en función de los cuales el tratamiento puede ser “flujo” –si afecta a los vencimientos correspondientes a un periodo

5. La cifra de gasto incluida en los listados de la SGCID es de 1.958,8 millones de euros, por lo que difiere ligeramente de la incluida en este recuadro que procede del informe de 4 de mayo de 2017 “La Deuda Externa del Estado Español como acreedor”.

de tiempo determinado– o “stock” –si afecta a la totalidad de los vencimientos de deuda pendientes–.

- En el volumen total de deuda que se ve afectado, pudiendo distinguirse en este sentido entre tratamientos “sin quita” –que suponen una modificación del calendario de pagos sin afectar al valor actual de la deuda– y “con quita”, que además de reprogramar los pagos reducen su valor actual.

Para la negociación con Cuba, los miembros del Club de París optaron por recurrir a un grupo específico denominado “**Grupo de Acreedores de Cuba**” que estaba integrado por Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Italia, Japón, Países Bajos, España, Suecia, Suiza y el Reino Unido, que fue el responsable de fijar un acuerdo Ad-Hoc para cada acreedor.

Esta operación, por valor de **1.928.131.492,33 euros**, es cuantitativamente de las más importantes realizada en los últimos años por España. El momento en el que se produjo no es el más adecuado para España pues la negociación se llevó a cabo con un Gobierno en funciones. **¿No debería haber generado esta cuestión algo más de debate público previo en la Comisión de cooperación?**

## 2. LA AGENDA 2030 EN ESPAÑA

España se comprometió en 2015 a cumplir con la Agenda 2030, adoptada por todos los Estados miembros de Naciones Unidas y de aplicación por tanto universal. Los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), las 169 metas y los 232 indicadores refieren al ámbito de lo social, de lo medioambiental, de lo económico..., y se integran y complementan con otros grandes acuerdos internacionales. En su conjunto constituyen el más amplio marco de obligaciones internacionales vigente hoy en día, pues no en vano aplica a la totalidad de las políticas públicas nacionales, así como a la cooperación para el desarrollo y la acción exterior.

La Agenda precisa de un mecanismo de seguimiento a escala nacional, regional y global así como una sólida coordinación al más alto nivel político pues es fundamental la coherencia en las políticas públicas y una comunicación constante sobre su desempeño, tanto ante la sociedad española como en los diversos foros internacionales.

No ha sido hasta el 28 de septiembre de 2017<sup>6</sup> que el gobierno, en respuesta a la presión de la sociedad civil, decide crear una estructura organizativa para dar respuesta a las implicaciones que la Agenda tiene para nuestro país. Nace así por Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos el Grupo de Alto Nivel

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

para la Agenda 2030. Este Grupo está presidido por el ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación, y contará con dos vicepresidencias que recaen en la ministra de Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente y el ministro de Fomento. Además, formaran parte del Grupo la directora de la Oficina Económica del Presidente del Gobierno, el secretario de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica y el Caribe, la secretaria de Estado de Medio Ambiente, el subsecretario del Ministerio de Agricultura, Pesca, Alimentación y Medio Ambiente, y el secretario de Estado de Infraestructuras, Transporte y Vivienda del Ministerio de Fomento. Se integrará al Grupo un representante con rango mínimo de director general de los Ministerios de Asuntos Exteriores y Cooperación; Agricultura y Pesca, Alimentación y Medio Ambiente; Fomento; Justicia; Defensa; Hacienda y Función Pública; Interior; Educación, Cultura y Deporte; Empleo y Seguridad Social; Energía, Turismo y Agenda Digital; Presidencia y para las Administraciones Territoriales; Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; Economía, Industria y Competitividad. Para temas relativos a las Comunidades Autónomas y Entidades Locales, se convocará al secretario de Estado para las Administraciones Territoriales.

Las labores de secretaria del Grupo recaen en la Dirección General de Políticas para el Desarrollo Sostenible del Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación que contará con el apoyo del Embajador en Misión Especial para la Agenda 2030, Juan Francisco Montalbán y Gabriel Ferrero, gran conocedor de la Agenda al formar parte del equipo del Secretario General de la ONU para la Agenda 2030 y Cambio Climático.

Es intención de este Grupo estar abierto al menos a la comunicación y/o participación de otros actores como pueda ser el sector privado, la sociedad civil, parlamentos autonómicos o universidades y expertos.

Este Grupo es la máxima estructura a nivel nacional para la Coordinación y el seguimiento de la Agenda 2030, y entre sus cometidos destaca la elaboración de una Estrategia nacional de Desarrollo Sostenible. Esta Estrategia sería el documento de referencia donde se definan cuáles son los objetivos prioritarios de España. También será responsable de la preparación de la evaluación nacional voluntaria de julio de 2018 que España pretende presentar ante el Foro Político de Alto Nivel para el cumplimiento de los ODS. Esta evaluación es fundamental, pues debería centrar las prioridades en los ODS que desde España se pretenden abordar. Otras funciones de este Grupo serían la articulación de la Estrategia de Comunicación y el establecimiento de mecanismos de interlocución y coordinación con las Comunidades Autónomas (CCAA) y Entidades Locales (EELL).

Celebramos que dé sus primeros pasos esta estructura gubernamental, que si bien no responde en su totalidad a nuestras demandas, entendemos necesaria para dar seguimiento al cumplimiento de la Agenda 2030. Por el momento debemos ser prudentes hasta poder analizar los resultados de su plan de trabajo y los procesos en

los que se debe sustentar. Aspirábamos a que el liderazgo estuviera en presidencia o vicepresidencia por entender que su transversalidad excede el marco ministerial.

Los pasos dados hasta la fecha por el gobierno son insuficientes. La creación del Grupo de Alto Nivel es el mínimo exigible. Quedan por resolver otras cuestiones, por ejemplo, la creación de las estructuras de control legislativo del trabajo que realice este Grupo, la puesta en marcha del grupo de trabajo que debe definir los indicadores o la definición de los espacios de participación de administraciones territoriales, sociedad civil, expertos, etc.

## 2.1. Los indicadores de salud del ODS 3 en España

Naciones Unidas (NNUU) ha definido una serie de indicadores globales que deben permitirnos medir los avances que cada país logra respecto a cada uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)<sup>7</sup>. En concreto presentó 244 indicadores (27 para salud). Aunque no todos los indicadores tienen su relevancia en todos los países, si queremos tener una idea global de la evolución de los ODS a nivel mundial, deberemos utilizar los mismos indicadores, aunque el contexto de cada país obligue a complementar estos indicadores con otros que profundicen en su propia realidad.

Debido a la falta de respuesta de muchos gobiernos hacia los ODS en estos primeros años, hay iniciativas de la sociedad civil que han ido avanzando en propuestas de indicadores<sup>8</sup>, reduciendo o ampliando el su número en función de criterios que quizás no han sido consolidados. Nuestra propuesta de indicadores clave para el seguimiento del ODS de salud en España parte de dos premisas:

- Visión global en los ODS: Como base se deben utilizar aquellos indicadores propuestos por NNUU que tengan una mayor relevancia en el país, porque tienen dos fines: hacer el seguimiento de los avances de los ODS en España, y agregar esa información a nivel mundial
- Especificidad en España: se debe incorporar algún indicador específico de las problemáticas en el estado español que complementen la información necesaria para asegurar los avances en el ODS 3.

Si nos centramos en salud, deberemos focalizar nuestro trabajo principalmente en el ODS 3, sin olvidar la integralidad de los ODS. En primer lugar deberíamos elaborar

7. [https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework\\_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf](https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.Spanish.pdf)

8. [https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Propuesta\\_Indicadores\\_Agenda\\_2030\\_Espana.pdf](https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Propuesta_Indicadores_Agenda_2030_Espana.pdf)

una línea de base que nos permita tener un punto de partida para analizar los avances que tenemos en este sector. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) debería ser el punto de referencia principal en cuanto a mejoras en el sistema sanitario español. También habría que añadir al sistema de información una descripción y análisis de las causas de mortalidad y morbilidad más importantes en España, de la financiación de la salud y del papel que juegan, o deberían jugar los diferentes actores en salud, incluyendo la sanidad privada. Por último, deberemos añadir algunas causas específicas de problemáticas que no suelen estar en el foco actual en las tomas de decisiones políticas sanitarias, como podrían ser la mortalidad y morbilidad causada por el cambio climático o la achacada a la resistencia a antimicrobianos. Esta información debería estar desagregada en género, nivel de pobreza, edad y área geográfica (el binomio rural-urbano y por CCAA), para conocer las posibles inequidades que existen en nuestro país y poder tomar medidas para atajarlas. Además de los indicadores específicos para el ODS 3 de salud, se deberían analizar algunos de los determinantes de salud más importantes que causan enfermedades y que también aparecen en los ODS: agua, género, nutrición, pobreza o vivienda, pero en este capítulo nos centraremos en los indicadores para el ODS 3.

Existe la posibilidad de medir sobre tasas de mortalidad y de morbilidad (personas enfermas). La mortalidad tiene la ventaja de ser un hecho que se registra habitualmente y que solamente acaece una vez, aunque cuando las tasas son bajas (como la mortalidad materna en España) es muy difícil ver variaciones que realmente supongan un cambio real en cómo se ha trabajado las causas de esa mortalidad. La morbilidad tiene otros problemas. Debe haber un consenso en la definición de caso<sup>9</sup>, si la persona enferma no va al centro sanitario no se suele registrar, y se pueden dar varias veces en la misma persona y el mismo año. Consideramos que para aspectos comparativos debemos utilizar aquellos problemas de salud que tengan una tasa de mortalidad muy relevante en España.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró en 2016 un documento “La salud y el sistema sanitario en 100 tablas”<sup>10</sup>, donde muestran como las 15 causas de mortalidad más frecuentes en España en 2014 suponen el 52,5% del total de 395.830 muertes que ocurrieron ese año, y que usaremos como base de análisis de la situación en España. Pero debemos entender que estamos ante una realidad dinámica que puede cambiar cada año, por lo que deberemos ser lo suficientemente flexibles para poder incorporar o quitar algunos indicadores durante los próximos 13 años, hasta 2.030.

9. Hemos visto en el capítulo 1 las diferencias entre España y Francia en la definición de caso de los trastornos de hiperactividad, que provoca unas diferencias muy relevantes en cuanto al número de casos registrados

10. [https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario\\_100\\_Tablas1.pdf](https://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/SaludSistemaSanitario_100_Tablas1.pdf)

TABLA 3.1. METAS E INDICADORES PARA EL ODS 3 DE SALUD COMO PARTE DEL MARCO GLOBAL DE INDICADORES ADOPTADOS EN LA ASAMBLEA DE NACIONES UNIDAS, 7 DE JULIO 2017

METAS	INDICADORES
3.1. Reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos en 2030	3.1.1. Muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos
3.2. De aquí a 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países reduzcan la mortalidad neonatal al menos a 12 por cada 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de los niños menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos	3.1.2 Proporción de partos con asistencia de personal sanitario especializado 3.2.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (muertes por cada 1.000 nacidos vivos)
3.3. De aquí a 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles	3.2.2 Tasa de mortalidad neonatal (muertes por cada 1.000 nacidos vivos). 3.3.1 Número de nuevas infecciones por el VIH por cada 1.000 habitantes no infectados (por grupo de edad, sexo y sectores clave de la población) 3.3.2 Incidencia de la tuberculosis por cada 1.000 personas al año 3.3.3 Tasa de incidencia de malaria por cada 1.000 personas al año 3.3.4 Número de nuevas infecciones de la hepatitis B por cada 100.000 habitantes en un año determinado
3.4. De aquí a 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante su prevención y tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar	3.3.5 Número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas 3.4.1 Mortalidad de las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas
3.5. Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol	3.4.2 Tasa de mortalidad por suicidio 3.5.1 Cobertura de las intervenciones de tratamiento (farmacológico, psicosocial y servicios de rehabilitación y posttratamiento) por trastornos de uso indebido de drogas
3.6. De aquí a 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo	3.5.2 Consumo nocivo de alcohol, definido según el contexto nacional como el consumo per cápita de alcohol (15 años y mayores) en un año civil en litros de alcohol puro
3.7. De aquí a 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales	3.6.1 Número de muertes en accidentes fatales de tráfico en un plazo de 30 días, por cada 100.000 habitantes (normalizado por edad) 3.7.1 Porcentaje de mujeres en edad de procrear (de 15 a 49 años de edad) que practican la planificación familiar con métodos modernos 3.7.2 Tasa de natalidad entre las adolescentes (de 10 a 14 años; de 15 a 19 años) por cada 1.000 mujeres de ese grupo de edad
METAS	INDICADORES
3.8. Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos	3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos)
3.9. De aquí a 2030, reducir considerablemente el número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo	3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares 3.9.1 Tasa de mortalidad atribuida a la contaminación de los hogares y del aire ambiente 3.9.2 Tasa de mortalidad atribuida al agua insalubre, el saneamiento deficiente y la falta de higiene (exposición a servicios insalubres de agua, saneamiento e higiene para todos (WASH))
3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda	3.9.3 Tasa de mortalidad atribuida a intoxicaciones involuntarias 3.a.1 Prevalencia del consumo actual de tabaco a partir de los 15 años de edad (edades ajustadas)
3.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio respecto a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos	3.b.1 Proporción de la población inmunizada con todas las vacunas incluidas en cada programa nacional 3.b.2 Total neto de asistencia oficial para el desarrollo destinado a los sectores de la investigación médica y la atención sanitaria básica 3.b.3 Proporción de centros de salud que disponen de un conjunto básico de medicamentos esenciales asequibles de manera sostenible
3.c. Aumentar considerablemente la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo	3.c.1 Densidad y distribución de personal sanitario
3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	3.d.1 Capacidad prevista en el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) y preparación para emergencias de salud

Fuente: elaboración propia a partir de la lista publicada por Naciones Unidas<sup>11</sup>

La tasa de mortalidad materna que se presenta en España es muy baja. Aunque solo tenemos cifras de la mortalidad materna intrahospitalaria, no parece que en nuestro país difiera mucho de la mortalidad materna general. En 2014 la tasa de mortalidad materna fue de 3,5 por cada 100.000 nacidos vivos, mucho menor que la media que se busca a nivel mundial de 70 muertes/100.000. Murieron 15 mujeres, cifras muy bajas para poder asumir grandes avances en pocos años. En cuanto al número de partos atendidos por personal especializado, las tablas del Ministerio no muestran cifras. Habría que definir primero qué engloba el término de personal especializado, aunque podemos asumir que en España la gran parte de los embarazos y partos están controlados por personal especializado y formado. Las tasas de mortalidad infantil y neonatal también son bajas. Según el Banco Mundial la tasa de mortalidad de menores de 5 años en España es de 3/1.000 nacidos vivos<sup>12</sup>, siendo la neonatal la parte más relevante de ella: 2/1000<sup>13</sup>. Las medias de los países de renta alta de mortalidad materna e infantil son 10 y 5 respectivamente, por lo que podemos decir que España es uno de los países con mejores tasas en ambos casos. Pero esas cifras tan bajas dificultan ver avances importantes. Por ejemplo, si bajamos la mortalidad materna actual de 15 muertes un 20%, serían 12 las mujeres fallecidas, y la tasa bajaría a 2,8/100.000. Pero esa variación hipotética de 3 muertes, para evitar que pueda ser achacada a causas coyunturales, debe tener su línea de evolución. No obstante, estos indicadores no son los más apropiados para medir el progreso de la salud en España en el corto plazo.

A nivel de nuevas infecciones, destacar en 2014 los nuevos casos de tuberculosis, más de 5.000. El número de nuevos casos anuales de hepatitis B (780) y VIH/sida (444) son relativamente más bajos. Pero 140.000 personas viven con VIH/sida en el país<sup>14</sup>, aunque los nuevos casos sean solamente un 0,31% del total de casos. No existe ningún estudio que cuantifique el conjunto de los casos de enfermedades tropicales desatendidas, aunque hay datos de algunas de ellas. La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria presenta en un estudio datos sobre algunas de las infecciones importadas en España<sup>15</sup>. Chagas es seguramente la más importante, con entre 50.000 y 90.000 casos, el 95% no diagnosticados a pesar de existir protocolos en algunas comunidades autónomas. Cada año aparecen unos 600 casos de malaria, y otros tantos de dengue. Otras enfermedades como el chikungunya tienen protocolos de vigilancia en las CCAA, ya que a pesar de tener solamente unos 300 casos importados al año, desde 2004 España cuenta con uno de sus vectores para la transmisión de la enfermedad.

12. <http://wdi.worldbank.org/table/WV.2>

13. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.DYN.NMRT>

14. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.22100?lang=en>

15. [http://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=1536](http://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=1536)

Según el Instituto Nacional de Estadística<sup>16</sup>, en 2015 los fallecimientos aumentaron de forma considerable hasta las 422.568 personas (6,7% más que el año anterior), la cifra más alta de los últimos 12 años. Las enfermedades isquémicas del corazón y los problemas cerebro vasculares suponen en conjunto un 15% del total de mortalidad en España. El grupo de diferentes tipos de cáncer (de pulmón, colon, mama, páncreas y próstata) suponen en su conjunto un 13% de la mortalidad. Y problemas que tiene que ver con salud mental (demencia, Alzheimer) son un 8%. Problemas no cancerosos relacionados con el aparato respiratorio (enfermedades crónicas obstructivas y neumonías) suponen un 6%. La lista se completa con hipertensión (2,9%), diabetes (2,4%) e insuficiencia renal (1,6%).

Los suicidios son la causa externa más frecuente de muerte (3.910 muertes), seguidas de caídas accidentales, ahogamientos, y a pesar de su mayor presencia social, los accidentes de tráfico aparecen en cuarto lugar (1.873).

En cuanto a fortalecer el tratamiento y prevención de sustancias adictivas, según la Estrategia Nacional sobre Drogas<sup>17</sup> del Ministerio de Sanidad, España cuenta con un número importante de sistemas de información que facilitan datos sobre multitud de aspectos relacionados con las drogas y las drogodependencias, por lo que no deberá ser complicado obtener un indicador adecuado. No obstante, hemos de destacar la problemática del consumo de alcohol, con mención especial a los jóvenes, ya que es un problema de salud importante en España. Existe ya un indicador utilizado en 2014 que se basa en una encuesta europea y que sirve para responder a este problema: consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población de 15 y más años, según sexo. El consumo de tabaco sigue siendo muy relevante en España, el 23% de la población fuma diariamente, y es un indicador que sigue siendo clave.

También la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva<sup>18</sup> y la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva pueden servir de base para conseguir indicadores en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y de partos de adolescentes. Pero sería conveniente añadir 2 indicadores, uno sobre el acceso a las interrupciones voluntarias del embarazo, y otro sobre la tolerancia hacia la diversidad sexual.

En cuanto a mortalidad por contaminación ambiental, se deben construir indicadores fiables para analizar estos factores. Según un estudio aparecido en el Lancet en 2016 sobre la carga de enfermedad que suponen 79 factores de riesgo<sup>19</sup>, en España

16. [http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](http://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176780&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)

17. <http://www.pnsd.msssi.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/EstrategiaPNSD2009-2016.pdf>

18. <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

19. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27733284>

la contaminación mata a 21.000 personas, aunque no se analizan todos los posibles contaminantes. No parece que las tasas de mortalidad por agua insalubre sean demasiado relevantes en España. Y aunque no parece que la mortalidad sea muy alta, sí que sería necesario tener en cuenta las tasas de morbilidad por intoxicaciones involuntarias, especialmente en los menores y personas ancianas.

Todas estas enfermedades y problemas de salud no revelan toda la realidad de los avances en salud. Se debería seleccionar algún indicador como Esperanza de vida sana que aparecía definido en las Estadísticas sanitarias Mundiales de 2005<sup>20</sup> como “Promedio de años vividos con “perfecta salud” que previsiblemente vivirá una persona, teniendo en cuenta los años pasados en condiciones en que no se goza de plena salud debido a enfermedades y/o traumatismos”.

Podríamos unificar varios de los indicadores restantes como funcionamiento del sistema sanitario: la cobertura vacunal (especialmente en población vulnerable), la densidad y distribución de personal sanitario (que debe estar basada en las necesidades de la población) y la disponibilidad de medicamentos, a los que deberíamos añadir listas de espera, e índice de saturación en las instituciones públicas. La respuesta a emergencias sanitarias parece que funciona adecuadamente, como en los casos de ébola.

En cuanto a cooperación sanitaria, no solamente sería necesario definir cuánto se quiere gastar en investigación y en salud básica, sino que se debería priorizar la Cobertura Sanitaria Universal en sus acciones en el exterior

Con respecto a la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), deberíamos poder medir sus tres líneas de acción: mayor población cubierta, mayores servicios a la población y menos pago individual directamente en el mismo acto sanitario (consulta, tratamiento,...). Ya hemos visto en la tabla anterior que NNUU propone dos indicadores. El primero es muy difuso, hace falta una definición más detallada sobre qué intervenciones trazadoras se quiere basar el avance en esta meta. Ya hemos hablado previamente de las causas de mortalidad más frecuentes, y aunque no es posible relacionar directamente acceso y mortalidad, podríamos decir que es un indicador indirecto. Las intervenciones trazadoras se podrían utilizar para analizar el acceso a solucionar determinados factores que afectan a mucha de esta mortalidad. En concreto, se podrían asumir un indicador de acceso a servicios y otro de morbilidad de la hipertensión arterial (18% de la población española la sufre), el colesterol alto (16,5%), obesidad (16,7% en mayores de 18 años), sedentarismo en tiempo libre (36,7% en mayores de 15 años), diabetes (6,8%) y depresión y ansiedad (6,9% cada una).

Hay dos indicadores en cuanto a cobertura que se deberían incorporar en España. En los últimos años ha habido una carencia de vacunas que ha llamado la atención

20. <http://www.who.int/healthinfo/statistics/whostat2005es2.pdf>

de la opinión pública<sup>21</sup>. Sería necesario incorporar un indicador de rupturas de stock de medicamentos y vacunas esenciales. También, como posible indicador temporal en cuanto a acceso a servicios, habría que añadir como indicador específico la derogación del Real Decreto Ley 16/2012, que limita el acceso a una parte de la población más vulnerable (las personas en situación irregular) a todos los servicios sanitarios.

En cuanto a la proporción de gasto sanitario por hogar, debemos recordar que este indicador aparece por la importancia de disminuir el gasto individual directamente pagado del bolsillo del paciente por cada acto de salud, en vez de pagos mancomunados. Estos pagos individuales directos empobrecen a 100 millones de personas cada año<sup>22</sup>, y además también provoca que muchas personas no tengan acceso en esos servicios de salud por falta de dinero para pagarlos. Al contrario de lo que se piensa, en España hay mucho camino por recorrer. Las cifras que aparecen en las tablas del Ministerio en 2014 el gasto privado en salud en España es de 621 euros por habitante y año, mientras que el público alcanza los 1.437 euros. Estas cifras demuestran que el gasto privado supone el 29% del gasto total en salud<sup>23</sup>. Según el Banco Mundial, en España, el “gasto de bolsillo” supone el 82,4% del gasto en salud privado<sup>24</sup>. Por lo tanto, en España el gasto individual que la OMS propone reducir es de casi una cuarta parte del gasto total en salud, un 23,8%. Para un sistema que se supone universal y de pago de la salud por impuestos, parecen unas cifras elevadas, y que se deberían reducir.

Otros aspectos que deberían ser prioritarios por su gran relevancia en el futuro serían las tasas de mortalidad debidos al cambio climático y la tasa debido a resistencia microbiana. La primera porque España va a ser en los próximos años uno de los países europeos con un mayor incremento de muertes vinculadas al cambio climático (se estima que provocará un aumento del 6% en el Sur de Europa en este siglo<sup>25</sup>). Como ya vimos en el capítulo 1, la resistencia antimicrobiana va a ser uno de los mayores retos en los próximos años en la salud mundial, y seguro que afecta también a España.

Por último no podemos olvidar que los sistemas sanitarios deben de responder a las necesidades de la población, y ésta tiene que estar satisfecha con su sistema sanitario. Habría que presentar indicadores de satisfacción con el funcionamiento del sistema sanitario para asegurar que este sistema responde a las demandas de la población.

21. <http://www.economista.es/sanidad/noticias/8191947/03/17/Espana-lleva-dos-anos-con-falta-de-las-vacunas-infantiles-mas-comunes.html>

22. [http://www.who.int/whr/2010/whr10\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2010/whr10_es.pdf?ua=1)

23. <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.PUBL>

24. <https://data.worldbank.org/indicador/SH.XPD.OOPC.ZS>

25. [http://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196\(17\)30156-0/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lanplh/article/PIIS2542-5196(17)30156-0/fulltext)

Todos estos indicadores son importantes y España tiene la capacidad de generar la información que le permita responder a todos ellos para asumir el reto de cumplir el ODS 3. Pero para poder hacer una fotografía rápida de la situación, deberíamos elegir unos pocos que nos permita hacer un seguimiento rápido de los avances. Para elegirlos, no solamente hemos considerado la importancia de la enfermedad, sino si estamos alejados o no de conseguir esa meta y de si tiene otras lecturas que ayuden a construir esa fotografía conjunta de la salud del país. Por ejemplo, tras muchas reflexiones se ha decidido no incluir mortalidad materna o infantil, porque estamos muy por encima de la media fijada para el ODS 3. Pero sigue siendo imprescindible que se mantenga una vigilancia sobre su evolución, al igual que puede pasar con el vih/sida o la hepatitis B Según nuestro criterio, estos serían los indicadores a los que daríamos más relevancia para hacer el seguimiento del ODS 3 en España:

INDICADOR	PORQUE SE SELECCIONA
1.- Esperanza de vida sana	Un indicador global que es sensible a los cambios en el tiempo
2.- Tasa de mortalidad por neumonías	Es la primer causa de mortalidad por enfermedades infecciosas
3.- Tasa de incidencia de Chagas	Una enfermedad olvidada con muchos casos en España, y no diagnosticados
4.- Tasa de mortalidad por cáncer	Supone un 13% del total de la mortalidad en España
5.- Tasa de mortalidad por suicidios	La primera causa externa de muerte
6.- Tasa de acceso a medios de planificación familiar en adolescentes	Se une la salud sexual y reproductiva con el conocimiento de enfermedades prevalentes como vih/sida
7.- % de población que consume tabaco	Relacionado con diferentes patologías, y sigue siendo un problema importante en España (23% de la población fuma diariamente)
8.- Consumo de alcohol considerado de riesgo para la salud en población	El alcohol es un problema de salud muy relevante en España, especialmente en la gente joven
9.- Tasa de incidencia de hipertensión arterial	Es el mayor problema de salud crónico en adultos y está relacionada con la primera causa de mortalidad en España
10.- % de gasto individual directo en salud	Una de las mayores barreras de acceso a salud
11.- Tasa de mortalidad debida a cambio climático	España es uno de los países europeos en lo que se espera un mayor aumento
11.- Tasa de mortalidad por resistencia antimicrobianos	Uno de los mayores problemas a los que el mundo se va a enfrentar en los próximos años
12.- Satisfacción de la población con el sistema de salud	Los sistemas sanitarios son para las personas, que deben de opinar si este sistema cumple sus expectativas
13.- Rupturas de stock de medicamentos y vacunas esenciales	Nos sirve para medir el funcionamiento del sistema de salud, y se relaciona con otros problemas como la gobernanza en salud global
13 (temporal) Derogación del Real Decreto Ley 16/2012	Es la mayor barrera para la equidad en el acceso al sistema sanitario en España. Es un indicador temporal, que se eliminaría una vez fuera derogada

Todos estos indicadores deberán estar desagregados por edad, sexo y área geográfica, para poder detectar posibles inequidades. Como ya hemos planteado antes, esta propuesta de indicadores debe ser flexible para poder afrontar futuros problemas de salud que no se contemplen en este momento, por lo que estarán en revisión permanente.

### 3. AOD EN SALUD EN 2016

#### 3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2016

Este año no hemos podido comparar el gasto real en cooperación con las cifras previstas para 2016 debido a que la SGCID no elaboró *la Comunicación*, documento de planificación clave que nos permitiría conocer los planes del gobierno con respecto a la cooperación.

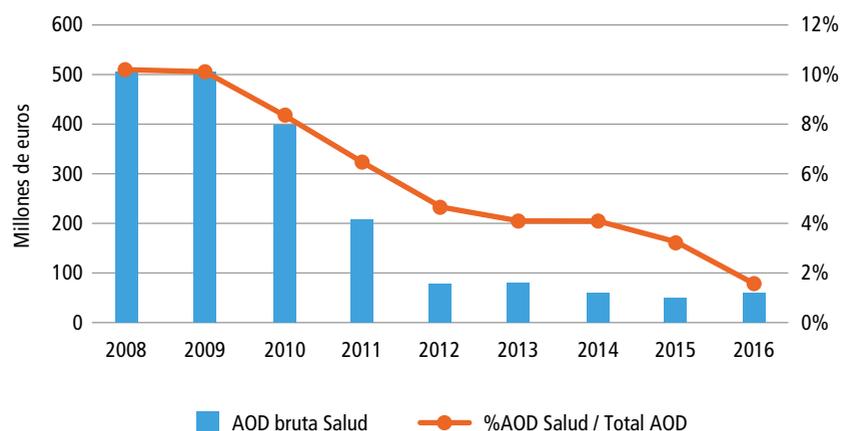
En 2016 la AOD española ascendió a 4.150 millones de euros de los cuales a salud se destinaron 65.381.723 euros. En 2015 no tuvimos acceso a los datos desagregados en salud ni de Cataluña ni de las EELL, lo que nos llevó a utilizar dos cifras para analizar la AOD en salud: 53,04 millones de euros sin los datos de Catalunya y de las EE.LL y 64,6 millones de euros realizando una proyección de lo destinado por Catalunya y las EE.LL a Salud. A efectos de poder comparar 2016 con 2015, utilizaremos para 2015 la cantidad que surge de la estimación realizada; es decir, 64,6 millones de euros.

Si comparamos con las cifras de 2015, 2016 arroja un incremento mínimo de menos de 800.000 euros en la cantidad destinada a salud. Si analizamos porcentajes, este incremento desaparece y reduce la cooperación en salud a un exiguo **1,6% del total de la AOD bruta en 2016**, 3,4 puntos menos que en 2015 cuando alcanzó casi el 5%. Incluso si no tuviéramos en cuenta la operación de deuda (1.958 millones de euros), la salud seguiría perdiendo peso de manera relevante, pues supondría el 3,1% del total de la AOD. Esta disminución del peso de la salud en la cooperación nos aleja aún más de la media de gasto de los países CAD en salud, que como hemos visto en 2015 alcanzó el 13%, cifra prácticamente estable en los últimos años.

En el gráfico 3.2 se observa que este problema no se debe a un hecho puntual. Desde 2008 tanto las cifras absolutas como el peso relativo del sector salud en la AOD española han disminuido de forma alarmante. De hecho, en 2016 se destina a salud el 12% del monto destinado en 2008. En cuanto al peso de la salud en la AOD, se ha pasado de un 10% del total de la AOD en los años 2008 y 2009 a menos del 2%. Estas disminuciones tan importantes responden a la ausencia en la AECID de una

buena estrategia de seguimiento que permita conocer en tiempo real a qué destina los fondos y poder incluir medidas correctoras. En ausencia de mecanismos de seguimiento, nos encontramos que únicamente el cierre del año nos permite conocer el destino sectorial de los fondos. Sin un buen mecanismo de seguimiento difícilmente se puede trabajar sobre aquellas prioridades que queremos sean bandera de la cooperación española.

**GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2016**



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

Para profundizar en el análisis sobre la importancia de la salud en la AOD española debemos conocer la posición en la que se encuentra la salud respecto a los demás sectores. Este análisis lo hemos hecho tradicionalmente mediante el estudio de la ayuda bilateral distributable. Este tipo de ayuda es aquella en la que el donante decide el destino de los fondos, y por lo tanto expresa mejor la voluntad del donante con los sectores. Como vemos en la tabla 3.1, en los últimos años la salud está entre los 5 sectores que más financiación reciben por este canal. En 2016, la salud está, con un 14,85%, en segundo lugar, empatada con educación y después de gobernabilidad (24,15%). Agricultura y ganadería le sigue de cerca con un 14,61%. La ayuda multisectorial es el 7% de toda la AOD distributable. Sin ser un porcentaje muy elevado, puede enmascarar el peso de algunos sectores, ya que no tenemos desagregados hacia donde se destinan esos fondos.

Deberemos tener en cuenta otro posible importante sesgo en este análisis. La ayuda distributable ha disminuido enormemente en los últimos años, tanto en sus cifras

absolutas como en su peso en el total de la ayuda española. Si en 2009 la AOD distributable fue de 2.500 millones de euros, y su peso en el conjunto de la AOD fue del 50%, en 2016 apenas superó los 298 millones de euros, siendo solamente el 7,18% del total de la ayuda. Este porcentaje es mucho más bajo que el del año pasado, 12 puntos menos. No solo es debido a que las cifras absolutas de la AOD distributable hayan bajado. Esta discrepancia se debe principalmente al enorme incremento de la ayuda bilateral no distributable, relacionada con la operación de cancelación de deuda con Cuba.

La tabla 3.2 nos permite observar la desagregación de la AOD en Salud por canales y actores. En 2016 la ayuda bilateral es el canal utilizado para el 66,7% de los fondos, 11 puntos más que en 2015. La multilateral baja 6,5 puntos, llegando al 2,85%. Y la multilateral también ha disminuido su peso casi en la misma proporción que la multilateral, suponiendo un 29,46% del total. En este último canal debemos destacar que casi el 97% de las contribuciones responden al criterio de "obligatorias". Las "no obligatorias", en general, son aportaciones voluntarias de las CCAA que en este caso han tenido como destino la OMS. La ausencia de una buena política de cooperación nos lleva a estas derivas, sin duda incómodas para quienes tienen que defender la presencia y el interés de España en las instituciones globales de salud.

Si analizamos la contribución neta<sup>26</sup> observamos que las devoluciones de préstamos que se computaron como cooperación sanitaria en ejercicios anteriores a 2014 siguen siendo muy relevantes, superando las cifras de 2015, cuando el retorno de fondos superó los 20 millones de euros. Concretamente en 2016 retornaron más de 31,8 millones de euros, lo que representa el 48,7% del monto destinado a salud. Como ya indicamos en 2016, contabilizamos dos veces los mismos fondos, una primera cuando se concede el crédito y una segunda cuando retorna el dinero y lo incorporamos a las partidas de cooperación. Al menos estas cantidades deberían utilizarse en el mismo sector, y deberían ser computadas como partidas extraordinarias.

El financiador que más aporta a la cooperación sanitaria sigue siendo el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC). Destina casi 37 millones de euros si sumamos todos los mecanismos de financiación: multilateral, multilateral y bilateral. Esta cifra supone un 56,3% del total de la ayuda destinada al sector salud. El segundo financiador siguen siendo las CCAA, con algo más de 17 millones de euros, el 26% de toda la ayuda en salud. El papel del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sigue siendo residual en la cooperación sanitaria, representando apenas el 0,26% del total de la ayuda, 171.767 euros. Otros Ministerios como el de

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

TABLA 3.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DISTRIBUIBLE POR SECTORES, 2011-2016

Sectores CAD	2011		2012		2013		2014		2015		2016	
	Monto	%										
110 Educación	192.941.177 €	14,38%	83.518.489 €	16,89%	61.806.286 €	12,61%	39.627.141 €	11,88%	34.292.990 €	10,99%	44.263.217 €	14,85%
120+130 Salud	124.734.200 €	9,29%	62.288.387 €	12,60%	54.786.713 €	11,18%	48.084.683 €	14,42%	34.592.476 €	11,08%	44.260.690 €	14,85%
140 Agua y saneamiento	82.250.728 €	6,13%	20.405.611 €	4,13%	70.663.766 €	14,42%	30.947.209 €	9,28%	21.970.847 €	7,04%	20.717.189 €	6,95%
150 Gobernabilidad y sociedad civil	248.118.187 €	18,49%	112.999.558 €	22,86%	96.774.804 €	19,75%	83.643.336 €	25,08%	87.966.674 €	28,19%	71.996.627 €	24,15%
160 Otros servicios e infraestructuras sociales	111.592.482 €	8,31%	39.093.981 €	7,91%	37.411.207 €	7,63%	23.425.044 €	7,02%	32.538.167 €	10,43%	23.356.421 €	7,84%
210 Transporte y almacenamiento	37.971.216 €	2,83%	1.788.747 €	0,36%	13.499.106 €	2,75%	680.652 €	0,20%	665.111 €	0,21%	1.033.053 €	0,35%
220 Comunicaciones	5.790.997 €	0,43%	896.565 €	0,18%	757.608 €	0,15%	215.647 €	0,06%	249.843 €	0,08%	108.891 €	0,04%
230 Generación y suministro de energía	73.656.051 €	5,49%	1.404.829 €	0,28%	28.381.870 €	5,79%	2.724.424 €	0,82%	8.997.355 €	2,88%	8.189.671 €	2,75%
240 Servicios financieros	35.750.746 €	2,66%	37.105.631 €	7,50%	12.648.212 €	2,58%	3.205.313 €	0,96%	1.931.058 €	0,62%	7.158.380 €	2,40%
250 Empresas y otros servicios	8.133.541 €	0,61%	1.555.825 €	0,31%	1.447.771 €	0,30%	1.752.366 €	0,53%	558.867 €	0,18%	849.182 €	0,28%
311 Agricultura y ganadería	94.962.882 €	7,08%	48.007.426 €	9,71%	46.002.753 €	9,39%	50.964.663 €	15,28%	41.629.458 €	13,34%	43.545.589 €	14,61%
312 Bosques	4.617.169 €	0,34%	535.116 €	0,11%	244.461 €	0,05%	718.943 €	0,22%	732.287 €	0,23%	254.662 €	0,09%
313 Pesca	13.727.749 €	1,02%	3.496.767 €	0,71%	2.596.866 €	0,53%	1.293.200 €	0,39%	1.954.282 €	0,63%	1.815.662 €	0,61%
321 Industria	151.319.927 €	11,27%	9.576.977 €	1,94%	5.312.753 €	1,08%	9.755.424 €	2,93%	3.661.189 €	1,17%	3.292.723 €	1,10%
322 Minería y recursos minerales	108.000 €	0,01%	16.655 €	0,00%	21.640 €	0,00%	20.477 €	0,01%	11.829 €	0,00%	19.220 €	0,01%
323 Construcción	100.254 €	0,01%	127.029 €	0,03%	3.325 €	0,00%	3.500 €	0,00%	3.500 €	0,00%	27.265 €	0,01%
331 Políticas y regulaciones comerciales	1.206.888 €	0,09%	37.851 €	0,01%	127.309 €	0,03%	567.957 €	0,17%	205.465 €	0,07%	65.124 €	0,02%
332 Turismo	2.956.152 €	0,22%	1.077.663 €	0,22%	432.602 €	0,09%	1.816.813 €	0,54%	870.822 €	0,28%	1.188.567 €	0,40%
410 Medioambiente	40.005.331 €	2,98%	11.781.976 €	2,38%	5.960.485 €	1,22%	14.779.434 €	4,43%	5.886.759 €	1,89%	2.822.740 €	0,95%
430 Multisectorial	112.194.239 €	8,36%	58.701.268 €	11,87%	51.213.280 €	10,45%	19.266.901 €	5,78%	33.351.074 €	10,69%	23.103.152 €	7,75%
Total AOD bilateral distributable	7	100%	494.416.353 €	100%	490.092.817 €	100%	333.493.127 €	100%	312.066.551 €	100%	298.068.023 €	100%
Total AOD bilateral	1.840.434.023 €		834.334.969 €		884.509.995 €		533.855.915 €		687.206.258 €		2.520.928.561 €	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	3.206.425.368 €		1.652.689.895 €		1.961.303.741 €		1.599.558.085 €		1.626.718.815 €		4.150.718.999 €	

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

Economía, Industria y Competitividad destinan 5,4 millones a este sector, 31 veces más que el Ministerio de Sanidad. Hasta el Ministerio de Defensa destina más fondos a la cooperación sanitaria que el Ministerio de Sanidad que tiene, entre otras obligaciones, la representación institucional ante la OMS y la OPS.

En un momento en el que se están definiendo los criterios y modelos más adecuados para conseguir la Cobertura Sanitaria Universal, sería importante poner en valor el sistema sanitario español como un posible referente en las discusiones y foros internacionales. Para ello es necesario destinar recursos humanos, económicos y materiales que primero documenten y visibilicen las ventajas en cuanto a universalidad, equidad y eficiencia del sistema sanitario respecto de otros, y posteriormente difundirlo y adaptarlo a otras realidades.

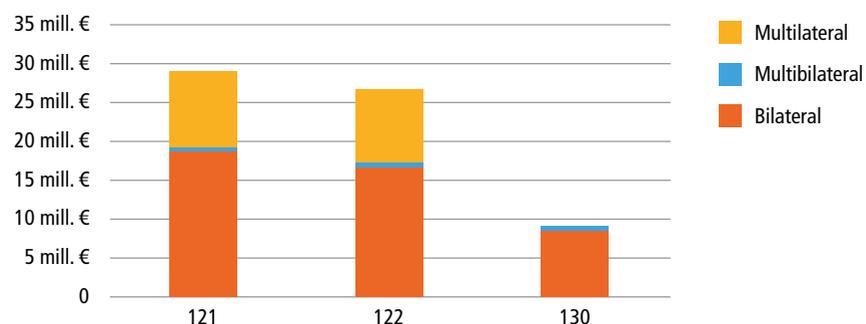
TABLA 3.3. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD. 2016

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
<b>Total AOD salud Bruta: 65.381.723€ 100%</b>  <b>Neta: 33.436.113 €</b>	AOD bilateral Bruta: 44.260.690 € 66,30 %	No reembolsable 44.260.690 €	MAEC	16.638.095
			MINECO	5.406.080
			Ministerio de Defensa	195.732
			MSSSI	171.767
			CCAA	16.494.796
			EELL	4.908.004
			Universidades	446.266
			Desembolsos	0
			MINECO reembolsos	- 31.883.205
			CA Extremadura	-5.000
	AOD multilateral 1.860.500 € 4,33 %	Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	1.500.000	
	CCAA		350.000	
	Universidades		10.500	
	AOD multilateral 19.260.533 € 29,37%		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	18.774.855
Contribuciones obligatorias: 18.774.855 €				
Contribuciones voluntarias: 639.050 €	CCAA	485.678		

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

Si analizamos la distribución por canales de los 3 subsectores de salud (salud general, salud básica y salud reproductiva), podemos observar que la salud bilateral predomina en los 3. La ayuda multilateral solamente aparece en la salud básica y en la general, mientras que la multilateral se utiliza más en la salud reproductiva.

GRÁFICO 3.4. DISTRIBUCIÓN AOD SALUD SECTORIAL POR CANALES, 2016



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

En los dos últimos años está aumentando la ayuda multilateral, pero a un ritmo muy lento como para acercarse siquiera a las cifras que se manejaban en 2010. En 2016 se han destinado 11 veces menos que en 2010 a ayuda multilateral, a pesar de haberse incrementado en 809.968 euros con respecto al año anterior. Indicar que casi las dos terceras partes de este incremento se debe a la aportación de las CCAA a la OMS. Es cierto que también aumentan las partidas destinadas por el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación a la OMS y al IFFIm<sup>27</sup>, pero en menores cantidades. Esta última institución parece ser la elegida por España para tener una presencia continua en el panorama internacional de salud, aparte de la OMS. Mantiene en el IFFIm una presencia constante en los últimos años, mientras que el resto de instituciones en las que España invertía en cooperación sanitaria han ido desapareciendo. La OMS es la otra institución multilateral que permanece dentro de las prioridades de la política de cooperación sanitaria española, aunque existe una contribución obligatoria que España no puede dejar de pagar. El presupuesto total de la OMS para el bienio 2016-2017 alcanza los 4.385 millones de dólares<sup>28</sup>, lo que demuestra la poca incidencia que tiene en la institución la aportación espa-

27. The International Finance Facility for Immunization.

28. [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA68-REC1/A68\\_R1\\_REC1-en.pdf#page=27](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68-REC1/A68_R1_REC1-en.pdf#page=27)

ñola. Existen otros actores que juegan un papel destacado en la financiación de la institución que rige los destinos de la salud mundial como es el caso de las empresas farmacéuticas que contribuyeron al presupuesto de la OMS en 2015 con 90 millones de dólares (30 millones como contribuciones voluntarias y 60 millones como donación de medicamentos)<sup>29</sup>.

### 3.2. AOD multilateral en salud en 2016

La ayuda multilateral sigue su descenso pero mucho más acusado. En 2016 se destinaron 1,8 millones de euros, el 36% de la cantidad destinada el año anterior. Esta fuerte caída se debe sobre todo a la falta de aportación a una entidad habitual como es UNICEF. Desde que en 2009 se dejara de financiar el Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis (GFATM en sus siglas en inglés), la caída de financiación por este canal ha sido constante. Aunque de 2013 a 2015 parecía que se estabilizaba esa fuerte caída anterior, las cifras de 2016 muestran de nuevo que la cooperación española no prioriza este canal. De hecho, el monto destinado en 2016 es 39 veces menos que en 2009 y 6 veces menos que en 2010. En cuanto al destino de esta ayuda, el principal receptor es la OMS - OPS con 1.060.500 euros (57% del total), seguido del Fondo de Población de NNUU con 500.000 euros y la FAO con 200.000 euros. Finalmente UNRWA recibe 100.000 euros, que es el 11% del monto que recibió en 2015. La enorme variabilidad que existe en cuanto a las organizaciones que reciben los fondos destinados por este canal, no ayuda a mejorar la previsibilidad de la ayuda, uno de los elementos más importantes para asegurar y mejorar la eficiencia y coherencia de la cooperación sanitaria.

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

El desequilibrio que observábamos en 2015 entre la distribución de recursos entre los 3 sectores sanitarios se mantiene en 2016. La salud general y la salud básica están por encima del 40%, y la salud sexual y reproductiva escasamente alcanza el 14%. La salud general con un 44,56% sigue siendo el subsector más financiado, seguido muy de cerca por la salud básica con un 41,22%. A pesar de estar en última posición, la salud sexual y reproductiva ha aumentado 2 puntos respecto de 2015.

Dentro del subsector **salud general** destaca, como en los últimos años, el componente de política sanitaria y gestión administrativa (código CRS 12110) con el 26,74% del total de la AOD en salud. A pesar de ser el subsector más financiado, baja 11 pun-

29. [http://cadenaser.com/ser/2016/06/13/sociedad/1465814899\\_603885.html](http://cadenaser.com/ser/2016/06/13/sociedad/1465814899_603885.html)

TABLA 3.4.- DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2009–2016.

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
MAEC	NACIONES UNIDAS	45.232.433	44.468.602	27.353.331	7.371.586	16.861.877	7.919.865	9.212.540	9.299.855
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola	370.211							
	UNFPA - Fondo de Población de NNUU	14.000.000	16.000.000	9.500.000				15.000	
	OMS - Organización Mundial de la Salud	23.255.020	19.098.237	6.821.223	7.010.186	16.861.877	7.919.865	9.197.540	9.299.855
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA	3.388.543	1.637.071	2.669.515					
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	1.378.689	1.398.007	650.952					
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	2.839.970	3.878.648	3.850.681					
	WFP - Programa Mundial de Alimentos		2.456.639	2.415.508					
	UNRWA			1.445.452	361.400				
	OTROS ORGANISMOS	32.280.729	113.249.580	8.595.371	8.717.537	9.238.125	9.346.490	9.238.125	9.475.000
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas	1.500.000							
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis	1.500.000	103.000.000						
	IAMI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida	3.000.000							
	IFFim - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000	8.463.161	8.595.371	8.717.537	9.238.125	9.346.490	9.238.125	9.475.000
	IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar	1.000.000							
	OIM - Organización Internacional de las Migraciones	805.729							
	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos	15.000.000							
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización		1.786.419						
	SUBTOTAL MAEC	77.513.162	157.718.182	35.948.702	16.089.123	26.100.002	17.266.355	18.450.665	18.774.855
MEH	INSTITUCIONES FINANCIERAS	24.147.726	19.823.555	15.693.476					
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	20.531.788	18.327.385	15.168.702					
	BAID - Banco Africano de Desarrollo	2.775.230	1.496.170	524.774					
	BASD - Banco Asiático de Desarrollo	840.708							
	UNION EUROPEA	43.856.394	33.226.369	31.432.078					
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	34.290.605	24.415.637	22.472.025					
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	9.565.789	8.810.732	8.960.052					
	SUBTOTAL MEH	68.004.120	53.049.924	47.125.553					
MSSSI	OMS - Organización Mundial de la Salud	4.560	270.000						
	SUBTOTAL MSPSI	4.560	270.000						
CCAA	OMS Organización Mundial de Salud								485.678 €
	SUBTOTAL CCAA								485.678 €
	<b>TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD</b>	<b>145.521.842</b>	<b>211.038.106</b>	<b>83.074.255</b>	<b>16.089.123</b>	<b>26.100.002</b>	<b>17.266.355</b>	<b>18.450.665</b>	<b>19.260.533</b>

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

TABLA 3.5. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR. 2009–2016.

ORGANISMOS RECEPTORES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
GFATM	142.747.594							
UNFPA	19.156.531	14.331.388	2.575.000	1.500.000	1.500.000	1.500.000	200.000	500.000
OPS	12.540.000	8.060.000	4.000.000	109.907				250.000
UNICEF	6.875.427	8.225.020	426.500	414.755		2.809.000	2.100.000	
DNDI	5.000.000		2.000.000					
MMV - Medicines for Malaria Venture	3.000.000							
UNRWA	2.370.000	57.172€	320.000		1.000.000	24.000	900.000	100.000
OMS	2.313.784	770.000	3.542.726	1.500.000	2.000.000	1.000.000	1.500.000	810.500
OIEA	820.000							
PNUD	600.000	200.000€						
CEDEAO	500.000							
ONUSIDA	400.000	200.000		1.000	500.000			
Banco Mundial	285.918							
OEA - Organización de Estados Americanos	161.709				193.510		180.000	
ACNUR	112.000							
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	89.000	180.000			50.000	100.000	170.000	
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos	37.200 €							
UE	4.200		6.666.667	1.333.333				
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas		9.670						
BID			5.356.186	5.447.471				
SEGIB			696.000	144.000				
MSF			454.000 €					
FAO						250.000		200.000
<b>TOTAL</b>	<b>197.013.363</b>	<b>32.033.250</b>	<b>25.583.079</b>	<b>10.450.466</b>	<b>5.243.510</b>	<b>5.683.000</b>	<b>5.050.000</b>	<b>1.860.500</b>

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

tos porcentuales con respecto a 2015 (asumiendo que en 2015 las cifras no incluían las contribuciones ni de Cataluña ni de las EELL). Como en este subsector se incluyen las contribuciones obligatorias a la OMS, cuanto menos presupuesto utilicemos para la cooperación sanitaria, mayor peso tendrá este componente. Destacar finalmente que las partidas destinadas a investigación médica suponen el 13,76% del total de la ayuda en salud, 5,6 veces la cantidad destinada en 2015.

En el subsector de **salud básica** destaca el hecho de que la financiación para el control de enfermedades infecciosas haya aumentado considerablemente en 2016 hasta situarse en el 15,64%, a diferencia de 2015 donde su peso era residual (1,07%). El componente de atención sanitaria básica (código CRS 12220) se queda en un 11,4%, cuando en 2015 fue el más financiado en este subsector.

En cuanto al subsector de **salud sexual y reproductiva**, el único componente destacable como en años anteriores es la atención en salud reproductiva, que supone un 11,09% del total de la cooperación sanitaria. Merece resaltarse que la suma de las partidas destinadas a planificación familiar y a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), donde se incluye el VIH/sida, sea solamente el 1,61% de toda la ayuda sanitaria.

Aunque sea difícil valorar estas orientaciones por los pocos recursos destinados a cooperación sanitaria y la gran cantidad de subsectores (17 para 65,3 millones de euros), parece que la cooperación española ha decidido concentrar sus esfuerzos en unos pocos subsectores en los últimos años. La suma de la política sanitaria y gestión administrativa, la atención sanitaria básica y la atención en salud reproductiva suman casi el 50% de toda la ayuda sanitaria. Habría que ver si las variaciones que se han producido en 2016 respecto a investigación médica o el control de enfermedades infecciosas se consolidan o simplemente ha sido una cuestión coyuntural.

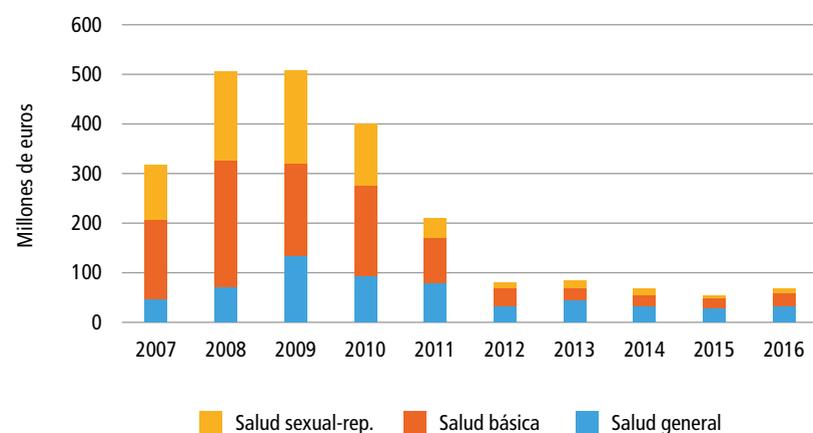
El gráfico 3.4 permite observar la evolución de la composición por subsectores de la AOD en salud a lo largo de los últimos 10 años. Además del brutal recorte en recursos destinados a salud, el peso de los diferentes subsectores ha variado considerablemente durante estos años. En 2008 la salud básica era el subsector que tenía el mayor peso, con un 51%, mientras que el segundo era la salud reproductiva (35%). Que la salud general, que tuvo un crecimiento más moderado en los años de incremento de la AOD, sea quien mayor peso tiene en los últimos años puede ser debido a las contribuciones obligatorias a la OMS. Es un desembolso fijo anual, cuya importancia en el presupuesto de la cooperación sanitaria ha crecido exponencialmente, pero no por su incremento, sino motivado por los enormes recortes que ha sufrido el sector.

**TABLA 3.6. DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD POR CANALES Y SUBSECTORES CAD/CRS.2016**

CAD/CRS	DESCRIPCIÓN	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
<b>121</b>	<b>Salud general</b>	<b>18.771.185 €</b>	<b>580.000 €</b>	<b>9.785.533 €</b>	<b>29.136.718 €</b>	<b>44,56%</b>
12110	Política sanitaria y Gestión administrativa	7.601.339 €	580.000 €	9.299.855 €	17.481.194 €	26,74%
12181	Enseñanza y Formación médicas	452.814 €			452.814 €	0,69%
12182	Investigación médica	8.995.564 €			8.995.564 €	13,76%
12191	Servicios médicos	1.721.468 €		485.678 €	2.207.146 €	3,38%
<b>122</b>	<b>Salud básica</b>	<b>16.797.485 €</b>	<b>680.500 €</b>	<b>9.475.000 €</b>	<b>26.952.985 €</b>	<b>41,22%</b>
12220	Atención sanitaria Básica	7.204.818 €	250.000 €		7.454.818 €	11,40%
12230	Infraestructura sanitaria básica	2.245.723 €			2.245.723 €	3,43%
12240	Nutrición básica	4.530.888 €	200.000 €		4.730.888 €	7,24%
12250	Control enfermedades infecciosas	681.370 €	70.500 €	9.475.000 €	10.226.870 €	15,64%
12261	Educación sanitaria	689.470 €			689.470 €	1,05%
12262	Control de la malaria	135.400 €	160.000 €		295.400 €	0,45%
12263	Control de la Tuberculosis	157.400 €			157.400 €	0,24%
12281	Formación personal sanitario	1.152.416 €			1.152.416 €	1,76%
<b>130</b>	<b>Salud sexual y reproductiva</b>	<b>8.692.020 €</b>	<b>600.000 €</b>	<b>0 €</b>	<b>9.292.020 €</b>	<b>14,21%</b>
13010	Política de población y Gestión administrativa	206.742 €			206.742 €	0,32%
13020	Atención en S.R.	6.703.561 €	550.000 €		7.253.561 €	11,09%
13030	Planificación Familiar	770.763 €	50.000 €		820.763 €	1,26%
13040	Lucha ETS, incluido VIH	227.890 €			227.890 €	0,35%
13081	Formación RRHH en población ySR	783.065 €			783.065 €	1,20%
<b>TOTAL</b>		<b>44.260.690</b>	<b>1.860.500 €</b>	<b>19.260.533 €</b>	<b>65.381.723 €</b>	<b>100%</b>

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

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2016



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

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

En 2016 la ayuda en salud canalizada hacia África aumentó en sus cifras absolutas en más de 2,1 millones de euros, pero disminuyó porcentualmente. Del 33,7% del total de la ayuda en salud de 2015 ha pasado al 30,64%. Esta supuesta contradicción se explica por el incremento del total de la ayuda en salud, que es mayor que el incremento en esta región. La partida destinada a África subsahariana se mantiene invariable, y le coloca como primera área geográfica en cuanto a recepción de fondos de salud. Es el Norte de África quien absorbe todo el crecimiento de esta región. La ayuda dirigida a América Latina aumenta en casi 4 millones, aunque su peso se incrementa solo ligeramente, unos 1,5 puntos porcentuales. No obstante, sigue siendo América Central quien más financiación sanitaria recibe, 9,3 millones. Por otra parte, es la ayuda en salud no especificada geográficamente la que más aumenta, con cerca de 7 millones y esta cifra supone el 41,8% de toda la ayuda sanitaria. La única región que disminuye algo sus cifras absolutas es Oriente Medio, unos 800.000 euros. A pesar del sesgo que supone la gran cantidad de dinero no especificado geográficamente, seguimos considerando positivo que la región de África subsahariana sea la que mayor cantidad de fondos recibe, ya que es donde mayores problemas de salud existen.

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

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2016	%
<b>ÁFRICA</b>	<b>20.030.338 €</b>	<b>30,64%</b>
Norte de África	4.154.900 €	
África Subsahariana	15.861.638 €	
No especificado	13.800 €	
<b>AMERICA</b>	<b>15.514.075 €</b>	<b>23,73%</b>
América Central y Caribe	9.306.805 €	
América del Sur	5.991.689 €	
No especificado	215.580 €	
<b>ASIA</b>	<b>240.387 €</b>	<b>0,37%</b>
Asia Oriental	8.000 €	
Asia Central	20.000 €	
Sur de Asia	212.387 €	
No especificado		
<b>OCEANÍA</b>		<b>0,00%</b>
<b>ORIENTE MEDIO</b>	<b>1.898.264 €</b>	<b>2,90%</b>
<b>EUROPA</b>	<b>367.600 €</b>	<b>0,56%</b>
<b>PVD No Esp.</b>	<b>27.331.059 €</b>	<b>41,80%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>65.381.723 €</b>	

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

El IV Plan Director de la Cooperación Española<sup>30</sup> estableció que durante el período 2013-2016 nuestra cooperación debería irse concentrando en los 23 países de asociación priorizados. Es obvio que en este análisis queda fuera toda ayuda no especificada geográficamente, a pesar de su enorme peso en la AOD sanitaria española.

En 2016, el último año del Plan, no ha permitido acercarse a este objetivo de concentración. De hecho, ha bajado 2 puntos porcentuales el porcentaje de la AOD en salud que estaba especificada geográficamente en países denominados prioritarios, alcanzando el 84,13%. Esto quiere decir que casi el 16% de la ayuda sanitaria no está dentro de las prioridades marcadas por el Plan Director. En 2013, la concentración en los países prioritarios era del 77%, por lo que solamente hemos mejorado un 7%. Debería haber un análisis profundo para conocer las causas de por qué no se ha conseguido el objetivo marcado de concentración geográfica, para tenerlas en cuenta en el próximo Plan Director. Una posible explicación es que existen actores como las CCAA y las EELL fundamentales en salud, que tienen que ser tenidos más en cuenta a la hora de determinar las prioridades de la cooperación española.

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

**TABLA 3.8. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD EN FUNCIÓN DE LAS PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL IV PLAN DIRECTOR, 2016**

PRIORIDADES IV PD	AOD SALUD 2016	%
<b>Prioritarios</b>	30.197.806 €	84,13%
<b>No prioritarios</b>	5.696.736 €	15,87%
<b>TOTAL Especificada</b>	35.894.542 €	100%
<b>No Especificada</b>	29.487.181 €	

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

Si hacemos el análisis según los niveles de renta de los países receptores, observamos que, del presupuesto asignado geográficamente, más del 24% se destina a Países Menos Avanzados (PMA). Este porcentaje es 5 puntos menos que en 2015, y es el segundo año seguido que disminuye su peso. No obstante, sigue siendo un porcentaje adecuado, pues es donde mayores problemas de salud existen. El grupo de países de renta media-baja es quien más dinero recibe, aunque se mantiene con una ligera caída de menos de un 1%. Es importante que en estos países los recursos se orienten hacia los grupos de población más vulnerables. Los fondos destinados a los países de renta media-alta se han seguido reduciendo, aunque no de manera significativa, solamente un 0,20%. Estos países tienen más recursos para afrontar sus problemas de salud, por lo que apoyar este tipo de países tiene que estar muy justificado. En general, podemos afirmar que la cooperación española mantiene una evolución positiva en cuanto a la asignación geográfica por nivel de renta de su ayuda sanitaria.

**TABLA 3.9. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES, 2016.**

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2016	%
<b>PMA</b>	15.794.053 €	24,16%
<b>Otros de renta baja</b>	210.138 €	0,32%
<b>Renta media baja</b>	17.029.896 €	26,05%
<b>Renta media alta</b>	2.845.672 €	4,35%
<b>Renta alta</b>	14.783 €	0,02%
<b>No especificado</b>	29.487.181 €	45,10%
<b>TOTAL</b>	<b>65.381.723 €</b>	

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

Si analizamos los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2015, podemos ver que, tal y como ya pasaba el año anterior, 9 de 10 son considerados prioritarios según el IV Plan Director, salvo la R.D. del Congo. Pero este último ha estado en esta lista en los tres últimos años, por lo que debería haberse incluido como prioritario. Este año solamente hay 2 países que no estaban el año anterior: Níger y Nicaragua, mientras se caen de la lista Etiopía y Guinea Ecuatorial.

**TABLA 3.10. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2016**

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2016	CATEGORÍA IV PD
<b>Guatemala</b>	4.280.934 €	Prioritario
<b>Bolivia</b>	3.649.598 €	Prioritario
<b>Mozambique</b>	3.054.511 €	Prioritario
<b>Malí</b>	2.746.981 €	Prioritario
<b>Níger</b>	1.989.250 €	Prioritario
<b>El Salvador</b>	1.609.577 €	Prioritario
<b>Nicaragua</b>	1.605.231 €	Prioritario
<b>Población saharai</b>	1.588.097 €	Prioritario
<b>R.D. Congo</b>	1.506.415 €	No prioritario
<b>Palestina</b>	1.501.571 €	Prioritario

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

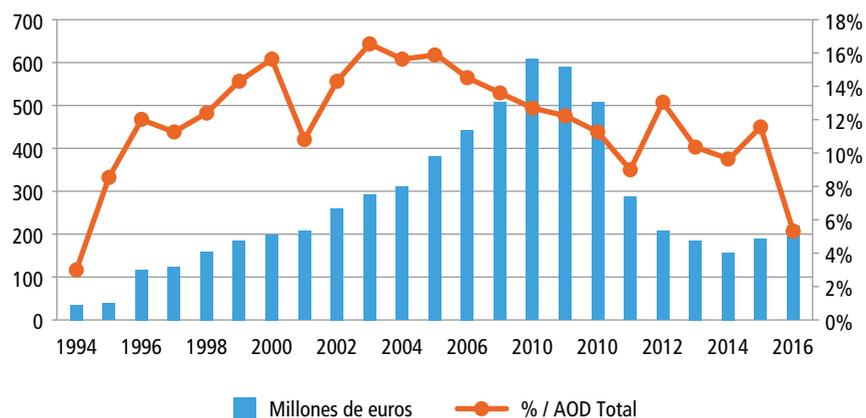
## 4. LA AOD EN SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ENTIDADES LOCALES

### 4.1. La AOD descentralizada

En anteriores informes ya hemos afirmado que la cooperación descentralizada es un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan países vecinos, y bien valorada a nivel internacional. Engloba la cooperación de las comunidades autónomas (CCAA) y de las entidades locales (EELL). A lo largo de 15 años (entre 1994 y 2008), la cooperación descentralizada tuvo un crecimiento espectacular en sus cifras absolutas, que se aceleró a partir de 2005. Sin embargo, en los seis años siguientes (2009 – 2014) experimentó un retroceso que la ha situado en volúmenes por debajo de las cifras de 1998. En 2015 se produjo un incremento

que ha continuado en 2016, aunque seguimos en cifras muy alejadas de las cantidades destinadas en 2008 o 2009. Donde se observa una gran variabilidad es en el peso que tiene la AOD descentralizada en el total de la AOD española. Esto es debido a que los incrementos o descensos estatales afectan de manera muy relevante a este porcentaje. En 2016, por ejemplo, el incremento tan importante de la AOD por las operaciones de cancelación de deuda ha supuesto una disminución porcentual muy importante, a pesar del crecimiento de sus cifras absolutas.

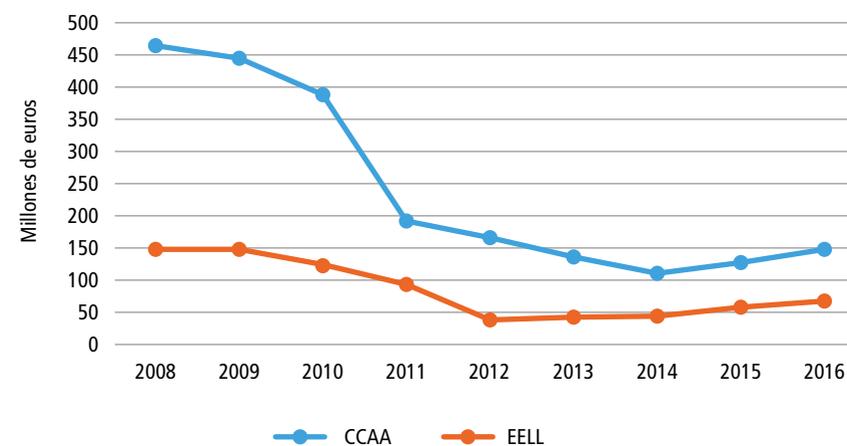
GRÁFICO 3.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CCAA+EELL) EN ESPAÑA 1994-2016



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

El incremento bruto de la cooperación descentralizada en 2016 asciende a casi 30 millones de euros, un 15% más que lo destinado en 2015, y alcanzando los 218,76 millones de euros. En su conjunto, la AOD descentralizada supone en 2016 el 5,2% del total de la AOD de la cooperación española, cuando en 2015 con una cifra sensiblemente menor era de 11,36%. Sin la operación de cancelación de deuda el peso de la ayuda descentralizada alcanzaría el 9,9%, lo que nos demuestra que sigue siendo un actor relevante en cooperación. El incremento se ha producido tanto en las CCAA (20 millones), como en las EELL (casi 10 millones). Las primeras han destinado 149.505.980 euros, un 15% más que en 2015. Las EELL 69.254.627 euros, un 16% más. Como se ve en el gráfico, parece que la ayuda autonómica empieza a remontar, mientras que la de las EELL, aunque también lo hace, su pendiente es más suave, lo que indica que lo hace con menos intensidad.

GRÁFICO 3.7. EVOLUCIÓN DE LA AOD DE CCAA Y EELL 2008-2016



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

El crecimiento autonómico no es uniforme. Si desglosamos la cooperación de las CCAA, observamos en la tabla 3.11 que 12 CCAA han aumentado sus presupuestos en cooperación, mientras que 5 lo han disminuido. Destacamos este año el aumento de la partida de Murcia, que en los últimos años no destinaba nada a cooperación, y que esperamos sea un primer paso para revertir esta tendencia. Por el contrario, Canarias no ha destinado en 2016 presupuesto a cooperación.

Otros hechos remarcables son el espectacular crecimiento de la Comunidad Valenciana en más de 8 millones de euros (5 veces más que en 2015), o la continuidad del crecimiento de la cooperación andaluza en más de 5 millones, y que la sitúan en el primer puesto de la AOD autonómica. También destacamos el incremento de la AOD en Euskadi de más de 5 millones, compensando la caída del año anterior y situándola en el segundo puesto entre todas las CCAA. En negativo, además de canarias, sorprende la reducción de Cataluña y sobre todo de Baleares, donde el descenso se sitúa en el 61%. La Comunidad de Madrid incrementa sus partidas en cerca de un millón de euros, pero aun siendo una buena noticia, está lejos de las cantidades que debería aportar en cooperación.

**TABLA 3.11 AOD DESCENTRALIZADA TOTAL EN CADA UNA DE LAS CCAA EN 2016**

CCAA	AOD 2016	AOD 2015	Diferencia 16 - 15
Andalucía	47.298.400	41.871.410	5.426.990
Aragón	2.304.119	2.205.752	98.367
Asturias	4.124.920	3.832.469	292.451
Baleares	1.407.799	3.623.694	-2.215.895
Cantabria	673.587	213.490	460.097
Canarias		798.395	-798.395
Cataluña	16.143.455	17.528.478	-1.385.023
País Vasco	40.051.710	34.999.457	5.052.253
Castilla-La Mancha	2.560.917	784.783	1.776.134
Castilla y León	4.338.761	4.264.168	74.593
Extremadura	7.056.707	7.325.891	-269.184
Galicia	4.607.057	4.610.654	-3.597
La Rioja	1.310.954	588.414	722.540
Madrid	1.575.186	600.704	974.482
Murcia	125.027	0	125.027
Navarra	5.581.541	4.146.703	1.434.838
C. Valenciana	10.345.840	2.069.613	8.276.227
Ceuta			0
<b>TOTAL</b>	<b>149.505.980</b>	<b>129.464.075</b>	<b>20.041.905</b>

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

## 4.2. La AOD descentralizada en salud

La suma en 2016 de la cooperación sanitaria de ambos actores alcanzó los 22.238.428, 10,3 millones más que en 2015. Pero hemos de recordar que en 2015 no pudimos acceder a los datos de salud de Cataluña y de las EELL, por lo que es difícil hacer comparaciones. Si comparamos 2016 con 2014, el panorama cambia drásticamente. Las cifras de 2016 son 500.000 euros menos que lo gastado en salud en 2014. Que a su vez fue 4 millones menos que lo gastado en 2013. Estas cifras nos indican una tendencia de disminución del peso de la ayuda en salud en el conjunto de la AOD descentralizada desde 2008, donde se alcanzaron los 54,5 millones de euros. Aun con todo, el porcentaje destinado a salud alcanza un 10,14% del total de la ayuda conjunta de EELL y

CCAA. Un porcentaje muy superior al de la cooperación estatal. Recordamos que este año la AOD en salud ha sido un 1,6% del total de la ayuda española.

Si analizamos las cantidades destinadas por cada una de las Comunidades Autónomas en su conjunto, esto es, sumando a la cantidad que destina cada gobierno autonómico el esfuerzo de sus instituciones locales (ayuntamientos, Diputaciones,...), el conjunto de las instituciones andaluzas es quien más dinero destina a salud, 6 millones de euros, el 27% del conjunto de administraciones públicas no estatales. Les siguen Cataluña, País Vasco y Comunidad Valenciana. Extraña, de nuevo, la escasa cantidad destinada a salud por el conjunto de las administraciones madrileñas, 164.642 euros, 36 veces menos que Andalucía.

**TABLA 3.12. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD, 2016**

CCAA+EELL	AOD salud 2016
Andalucía	6.051.595 €
Aragón	1.182.399 €
Asturias	766.564 €
Baleares	204.461 €
Cantabria	49.810 €
Canarias	175.830 €
Cataluña	3.326.891 €
País Vasco	2.873.345 €
Castilla-La Mancha	705.994 €
Castilla y León	883.819 €
Extremadura	1.474.964 €
Galicia	781.194 €
La Rioja	156.310 €
Madrid	164.642 €
Murcia	14.100 €
Navarra	2.293.702 €
C. Valenciana	1.132.808 €
Ceuta	
<b>TOTAL</b>	<b>22.238.428 €</b>

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

Como viene siendo habitual en los últimos años, la AOD destinada a salud descentralizada desde el punto de vista sectorial se ha distribuido en 2016 de forma muy diferente a la estatal. Aquí es la salud básica la que absorbe la mayor parte de la AOD sanitaria (49%), seguida de la salud sexual y reproductiva (28,17%). La salud general, el sector más financiado a nivel estatal, aquí alcanza un 22,84%. Esta distribución es algo más homogénea que la estatal, aunque sigue sin haber un equilibrio entre los 3 sectores.

En cuanto a subsectores, destacan dos sobre el resto. La atención en salud básica alcanza por sí sola casi una cuarta parte (23,23%) del total de la salud autonómica, al igual que la atención sanitaria reproductiva (22%). Más alejado está el tercer subsector más financiado, que es la nutrición básica con un 10,42%, seguido muy de cerca con investigación médica. En salud general, a diferencia de la estatal, son estos últimos los más financiados con un 10,18%. Como dijimos el año anterior, estas cifras nos indican el fuerte componente asistencial de este tipo de ayuda. Es importante que haya una coherencia entre las prioridades de las distintas administraciones públicas, pero la ayuda descentralizada en salud podría servir para complementar aquellos subsectores que la cooperación estatal no cubre adecuadamente.

**TABLA 3.13. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES CRS. 2016**

CAD	CRS		AOD 2016	%
<b>121</b>		<b>Salud general</b>	<b>5.078.769 €</b>	<b>22,84%</b>
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	1.345.443 €	6,05%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	20.990 €	0,09%
	12182	Investigación médica	2.263.032 €	10,18%
	12191	Servicios médicos	1.449.304 €	6,52%
<b>122</b>		<b>Salud básica</b>	<b>10.895.749 €</b>	<b>49,00%</b>
	12220	Atención sanitaria Básica	5.167.069 €	23,23%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.994.811 €	8,97%
	12240	Nutrición básica	2.317.068 €	10,42%
	12250	Control enfermedades infecciosas	362.167 €	1,63%
	12261	Educación sanitaria	525.402 €	2,36%
	12262	Control de la malaria		0,00%
	12263	Control de la Tuberculosis	32.400 €	0,15%
	12281	Formación personal sanitario	496.831 €	2,23%
<b>130</b>		<b>Salud sexual y reproductiva</b>	<b>6.263.910 €</b>	<b>28,17%</b>
	13010	Pol. Población y gestión admva	47.427 €	0,21%
	13020	Atención en S.R.	4.891.626 €	22,00%
	13030	Planificación Familiar	752.643 €	3,38%
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	176.235 €	0,79%
	13081	Formación RRHH en población ySR	395.980 €	1,78%
<b>TOTAL</b>			<b>22.238.428 €</b>	<b>100%</b>

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

**TABLA 3. 14. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS. 2016**

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2016	%
<b>ÁFRICA</b>	<b>9.159.842 €</b>	<b>41,19%</b>
<b>Norte de África</b>	1.504.978 €	
<b>África Subsahariana</b>	7.641.064 €	
<b>No especificado</b>	13.800 €	
<b>AMÉRICA</b>	<b>9.367.199 €</b>	<b>42,12%</b>
<b>América Central y Caribe</b>	6.189.096 €	
<b>América del Sur</b>	3.083.103 €	
<b>No especificado</b>	95.000 €	
<b>ASIA</b>	<b>193.982 €</b>	<b>0,87%</b>
<b>Asia Oriental</b>	8.000 €	
<b>Asia Central</b>	20.000 €	
<b>Sur de Asia</b>	165.982 €	
<b>No especificado</b>		
<b>OCEANÍA</b>		<b>0,00%</b>
<b>ORIENTE MEDIO</b>	<b>1.682.532 €</b>	<b>7,57%</b>
<b>EUROPA</b>	<b>367.000 €</b>	<b>1,65%</b>
<b>PVD No Esp.</b>	<b>1.467.875 €</b>	<b>6,60%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>22.238.428 €</b>	

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

#### 4.2.1 LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

La cooperación autonómica ha realizado 2,473 acciones de cooperación, de las cuales 154 son de salud. Si analizamos la tabla 3.15, podemos observar cómo los 17 millones de euros destinados a la salud autonómica son unas cifras muy similares a las de 2014, con un pequeño incremento de 500.000 euros. En 2015 la falta de datos de Cataluña fue un sesgo muy importante para analizar el comportamiento del conjunto de CCAA. Pero hemos de destacar que las cifras de 2016 están muy alejadas de las cifras destinadas en 2013, cuando se alcanzaron los 22 millones de euros. 5 CCAA concentran el 75% de la ayuda en salud autonómica: Andalucía, Cataluña, País Vasco, Navarra y Comunidad Valenciana.

La variabilidad sigue siendo la norma en la salud autonómica. En 2016 incrementan sus presupuestos en cooperación sanitaria 9 CCAA y 5 bajan (Cataluña no se cuenta y Murcia y Canarias no destinan nada a salud desde hace varios años). Estas oscilaciones en las partidas presupuestarias no ayudan ni a mantener una estrategia coherente en el sector salud ni a aumentar el impacto de las acciones de forma sostenible.

En 2016 destaca el fuerte incremento de la salud de las CCAA de Andalucía y de Valencia, con 1.188.099 euros y 1.072.800 euros respectivamente. El País Vasco es quien más disminuye su ayuda sanitaria, 429.000 euros, seguidos de Asturias con 390.000 euros. Quizás el hecho más destacable sea Cataluña, que si analizamos cuánto destinó en 2014 (en 2015 no se tuvieron los datos) a este sector y lo que gastó en 2016, observamos una disminución de más de 3 millones de euros, a pesar de que en cifras absolutas sea la segunda CCAA que más dinero destinó a salud después de Andalucía.

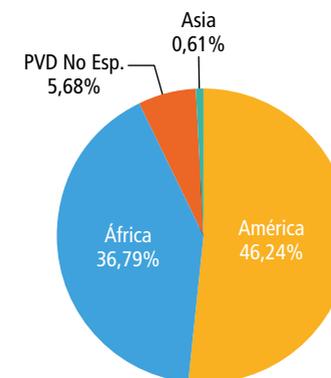
**TABLA 3.15. AOD EN SALUD DE LAS CCAA, 2013-2016**

CCAA	AOD salud 2013	AOD salud 2014	AOD salud 2015	AOD salud 2016
Andalucía	5.771.804 €	4.290.020 €	3.912.448 €	5.100.547 €
Aragón	565.149 €	139.699 €	371.006 €	398.085 €
Asturias	850.787 €	804.036 €	680.263 €	289.971 €
Baleares	50.000 €	91.478 €	159.000 €	103.958 €
Cantabria				47.350 €
Canarias				
Cataluña	5.903.197 €	5.811.058 €	*	2.759.047 €
País Vasco	2.524.900 €	2.687.134 €	2.265.777 €	1.836.775 €
Castilla-La Mancha	2.370.164 €	45.000 €	29.633 €	561.917 €
Castilla y León	520.908 €	186.045 €	476.136 €	561.920 €
Extremadura	1.695.693 €	119.439 €	1.187.251 €	1.355.892 €
Galicia	494.734 €	525.987 €	863.180 €	761.650 €
La Rioja	215.000 €	55.040 €	16.382 €	125.696 €
Madrid			165.000 €	530 €
Murcia				
Navarra	927.169 €	1.656.814 €	1.582.383 €	1.891.234 €
C. Valenciana	275.071 €	243.806 €	250.000 €	1.322.800 €
Ceuta		12.000 €		
<b>TOTAL</b>	<b>22.164.576 €</b>	<b>16.667.556 €</b>	<b>11.958.459 €</b>	<b>17.117.372 €</b>

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

El análisis de la asignación de la AOD autonómica en salud según el área geográfica nos muestra algunos cambios respecto al conjunto de la AOD descentralizada en salud. Se mantiene América (sumando la Central y la del Sur) como la región que más dinero recibe, un 46,24%. Le sigue la región africana con un 36,79%. Hay prácticamente un empate técnico entre la primera Centroamérica (5,4 millones) y la segunda, que es África subsahariana (5,3 millones)

**GRÁFICO 3. 8. AOD AUTONÓMICA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS. 2016**



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

En cuanto al nivel de renta de los países destinatarios, la tabla 3.16 nos muestra una mayor concentración de la AOD en los países de renta media-baja (PRMB), algo más del 46% de la ayuda. Le sigue los PMA con un 25,1%, que son los países con mayores problemas de salud y menos recursos para hacerles frente. Por último queremos destacar que, en nuestra opinión, existe un alto porcentaje de AOD, 11,27%, destinada a países de renta media-alta (PRMA), casi triplicando el porcentaje estatal destinado a estos países. Ya hemos explicado que estos PRMA son países con mayores recursos internos para hacer frente a sus problemas de salud, y que por lo tanto tiene que estar muy bien explicado el motivo de realizar acciones de cooperación sanitaria en estos países.

TABLA 3.16. DISTRIBUCIÓN AOD SALUD AUTONÓMICA SEGÚN NIVEL DE RENTA. 2016

NIVEL DE RENTA	AOD SALUD 2016	%
PMA	4.297.433 €	25,11%
Otros renta baja	106.794 €	0,62%
PRMB	7.881.262 €	46,04%
PRMA	1.929.718 €	11,27%
No especificado	2.902.165 €	16,95%

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

### AMENAZAS AL DERECHO A LA SALUD EN EUSKADI: DESIGUALDADES SOCIALES Y PROCESOS DE PRIVATIZACIÓN EN EL SISTEMA SANITARIO

El estudio, impulsado por Medicus Mundi Álava/Araba, Medicus Mundi Bizkaia y Medicus Mundi Gipuzkoa, y realizado entre 2014 y 2016 por el OPIK (Grupo de investigación en Determinantes Sociales de la Salud y Cambio Demográfico de la UPV/EHU) revisa los determinantes sociales que contribuyen a definir la salud de la población, así como los procesos de privatización en el sistema público vasco de salud y su funcionamiento a la hora de favorecer o no el acceso en igualdad de condiciones. El objetivo es fomentar el debate sobre las claves a tener en cuenta a la hora de desarrollar sistemas de salud que garanticen el derecho a la salud de todas las personas.

En lo que respecta a los determinantes sociales, el estudio concluye:

- **Importantes desigualdades sociales en salud según nivel de estudios, género, clase social o lugar de nacimiento.** La brecha en la esperanza de vida entre zonas básicas de salud (ZBS) alcanza los 10,5 años en los hombres y los 7 años en las mujeres. Estas desigualdades se heredan y la salud de la población infantil y adolescente está influida por las características socioeconómicas de sus progenitoras y progenitores y de los hogares donde residen.
- **Los servicios sanitarios pueden ayudar a reducir o, por el contrario, a aumentar las desigualdades en salud.** En Euskadi, los servicios no cubiertos o parcialmente cubiertos por el sistema sanitario público (dentista, fisioterapia, etc.) generan importantes desigualdades de acceso a la atención sanitaria. Existen, además, leves desigualdades de acceso a la atención especializada que aumentan en el caso de los servicios preventivos.
- En lo referente a la **privatización del sector sanitario vasco**, se realiza un pormenorizado análisis de la situación en torno a los siguientes ámbitos: **financiación, aseguramiento, provisión y formación e investigación.** De este análisis se concluye:
  - El grado de financiación privada es superior a la media de los países del entorno: **uno de cada cuatro euros del gasto total en salud es de financiación privada.** Ello es consecuencia directa del elevado gasto directo de **los hogares (20,7% del total)**, por encima de Holanda (5,4%), Francia (6,9%) o Reino Unido (9, 9%).
  - Tendencia al incremento del aseguramiento privado (seguros privados de salud y mutualidades del funcionariado). En torno al **20% de la población vasca cuenta con seguro sanitario privado.**

- El porcentaje de provisión sanitaria privada es superior a la media estatal, aunque con tendencia a la reducción respecto a la concertación entre 2008 y 2014. **Uno de cada diez euros que el Gobierno Vasco invierte en asistencia sanitaria** (excluyendo el gasto farmacéutico) **se destina a la contratación de empresas u organizaciones privadas.** De estas, el 40% son organizaciones sin ánimo de lucro. La mitad del gasto va destinado a hospitales de agudos, transporte sanitario y salud mental.
- Se da el riesgo de promover la **formación universitaria privada** sanitaria y aumentar la formación continua a cargo de entidades privadas. Hay, además, un interés político en promover la colaboración público-privada en la investigación sanitaria.

Medicus Mundi Álava/Araba  
Medicus Mundi Bizkaia  
Medicus Mundi Gipuzkoa

#### 4.2.2. LA AOD DE EELL EN SALUD

El conjunto de las EELL españolas destinaron a cooperación sanitaria 5.121.056 euros, un 7,39% del total de la AOD de las EELL. La ayuda que las EELL destinan a salud es muy heterogénea, y con enormes variabilidades en cuanto a las cantidades destinadas a este sector cada año. Si analizamos qué EELL están más comprometidas con el sector de la salud en cooperación, en 2016 lidera el Ayuntamiento de Zaragoza, con 600.252 euros, casi el doble que la segunda, el Ayuntamiento de Pamplona, que destinó 334.886 euros. La suma de las partidas destinadas por las 10 EELL que más dinero han destinado a salud supone el 56% de toda la ayuda en salud de las EELL. Las otras 84 EELL que han destinado dinero a salud se reparten el 44% restante. Se han realizado 409 acciones de salud por parte de las EELL, lo que sale a una media de gasto de 11.840 euros por acción. Estos datos corroboran la enorme dispersión de la ayuda sanitaria de las EELL. Si bien, este tipo de ayuda puede permitir acceder a comunidades que queden fuera de las prioridades internacionales, sería importante que las EELL pudieran aumentar su coherencia con otros actores que trabajan en cooperación en salud, para multiplicar el impacto de sus acciones.

**TABLA 3.17 ENTES LOCALES QUE MÁS AOD DESTINARON A SALUD EN 2016**

EELL	AOD salud 2016
Ayto. Zaragoza	600.252 €
Ayto. Pamplona	334.886 €
Ayto. Vitoria	244.462 €
Diputación Jaén	243.220 €
Ayto. Bilbao	240.612 €
Diputación Guipúzcoa	222.550 €
Ayto. Sevilla	220.574 €
Diputación Vizcaya	214.084 €
Ayto. Oviedo	188.086 €
Cabildo Insular Gran Canaria	172.000 €

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

La aportación de la cooperación descentralizada al sector salud tiene que crecer en su presupuesto y en su calidad<sup>31</sup>. Tiene varios valores añadidos que es necesario nombrar. Permite trabajar en sectores y áreas geográficas que quedan fuera de las grandes políticas nacionales e internacionales. Personas y comunidades invisibles en las macro cifras que se mueven internacionalmente, pero que suelen ser quienes mayores problemas de salud tienen. Además es una cooperación muy directa que une sociedades receptoras y donantes, mejorando el conocimiento en ambas direcciones y profundizando en el establecimiento de redes formales e informales. Sin la participación activa de las administraciones públicas locales y autonómicas no se entendería el sistema sanitario español, que podría utilizarse como “marca España” para la consecución de la Cobertura Sanitaria Universal. Tienen experiencia tanto en la prestación de servicios sanitarios como en la ampliación de su cobertura, y pueden ayudar a solucionar este tipo de problemas que son muy frecuentes en los países más vulnerables.

31. Para ver en mayor detalle sus ventajas, ver el “Decálogo de trabajo de la cooperación descentralizada en salud”, en el informe 2010 “La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria”

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

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

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

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

En el año 2007, todos los grupos parlamentarios firmaron el Pacto de Estado contra la Pobreza, cuyo propósito era elevar la cooperación a política de Estado, dotándola de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo. Desde 2010 los recortes acumulados rondan el 70% y sitúan la AOD en 2015 en el 0,12%. Es más, si restamos las aportaciones obligatorias a la Unión Europea y a organismos internacionales, podemos concluir que la AOD está 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 han apostado por incrementar la partida en 6.500 millones de euros, convirtiendo la cooperación en una política de Estado, mientras que el Gobierno español la ha desmantelado, recortándola en 3.000 millones de euros, según datos de la OCDE.

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

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

## CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

### 1. INTRODUCCIÓN

2016 ha sido un año especialmente complejo para la acción humanitaria. Se agravaron los conflictos y las crisis prolongadas provocando el aumento de las necesidades humanitarias mundiales. Alrededor de 126 millones de personas se vieron afectadas por crisis humanitarias y, de éstas, más de 96 millones de personas en 40 países necesitaron ayuda externa para cubrir sus necesidades básicas. La respuesta de la comunidad internacional fue marcadamente insuficiente. Al igual que sucediera en años anteriores, sólo fue capaz de proporcionar ayuda a 49,6 millones de personas, apenas la mitad, dejando desatendidas 46,6 millones de personas.

El desplazamiento forzado debido a situaciones de conflicto y a desastres naturales ha hecho que millones de personas tuvieran que abandonar sus tierras, sus casas y sus poblaciones. 65,6 millones<sup>1</sup> de personas han tenido que huir de sus hogares, de éstas 40,3 millones son personas desplazadas dentro de sus propios países y 22,5 millones se han visto forzadas a abandonar sus países. Según el informe Tendencias Globales, en promedio 20 personas por minuto se vieron obligadas a huir de sus hogares y buscar protección en otro lugar, ya sea dentro de las fronteras de su país o en otros países. Unos 10,3 millones de personas se convirtieron en nuevos desplazados por los conflictos o la persecución en 2016. Entre ellos había 6,9 millones de personas desplazadas dentro de las fronteras de sus países y 3,4 millones de nuevos refugiados. Aunque las cifras son parecidas a las de 2015, hay que recordar que en los últimos cinco años, casi se ha duplicado el número de personas desplazadas, pues hemos pasado de 35,8 millones en 2012 a 65,6 millones en 2016.

Por otra parte, 2016 nos ha recordado que el cambio climático está aumentando la probabilidad de impactos severos sobre todo en el ciclo del agua (sequías e inundaciones) en áreas particularmente sensibles. El número de pequeñas inundaciones y de episodios extremos podrían incrementarse, sobre todo en ciertas regiones del planeta, como Asia, África tropical y Centroamérica, mientras que las sequías serán

---

1. <http://www.unhcr.org/globaltrends2016/>

más frecuentes en climas semiáridos por lo que la gestión de riesgos de desastres cobrará más importancia.

Las inundaciones más graves las han sufrido China, donde el balance fue de un millar de personas fallecidas, y la India con algo más de 800 personas muertas. Pero han sido Haití y Ecuador los países más afectados por desastres naturales. En abril de 2016 Ecuador sufrió un Terremoto de magnitud 7,8 que fue calificado como el terremoto más grave del país en las últimas décadas y que dejó 676 muertos y cerca de 1,23 millones de personas afectadas.

En Haití, la llegada del huracán Matthew en octubre de 2016 llevó al país a la peor crisis humanitaria desde el terremoto de 2010, agravando la situación de extrema fragilidad y vulnerabilidad en la que viven millones de personas. 2,1 millones de personas resultaron directamente afectadas y 1,4 millones, el 11% de la población, necesitaron asistencia urgente para sobrevivir.

Pero si tuviéramos que apuntar al causante de las mayores crisis humanitarias provocadas por desastres naturales este sin duda sería el fenómeno climático de “El Niño”. Sus efectos han sido devastadores en 23 países de África, Centroamérica y el Pacífico, siendo casi 60 millones de personas las afectadas por este fenómeno en todo el mundo y que han requerido en algún momento de asistencia humanitaria.

El 94% de todas las personas afectadas lo han sido a causa de la sequía. La persistencia del fenómeno de El Niño durante 2015 y 2016, ha llevado a la peor sequía en África del sur en 35 años<sup>2</sup>, agravada por el contexto de pobreza y vulnerabilidad crónica que padecen los países de la región. En 2016, 13,6 millones de personas han necesitado ayuda alimentaria y un millón de menores han estado al borde de la malnutrición aguda. Las consecuencias negativas para la salud de la población se mantendrán en el futuro, especialmente en aquellos países que tienen un índice de retraso en el crecimiento de menores del 30%.

Los países del cuerno de África también se han visto especialmente afectados. En Etiopía, se mantienen todavía las consecuencias de la sequía de 2015 producida por El Niño y la escasez de lluvias ha hecho que 10 millones de personas necesiten ayuda alimentaria. En Somalia la situación es especialmente compleja porque las consecuencias de la sequía se ven agravadas por el conflicto político prolongado que vive el país y que ha llevado a 5 millones de personas a necesitar ayuda humanitaria para cubrir sus necesidades básicas.

Las crisis políticas y los conflictos bélicos continúan forzando a millones de personas a huir de sus hogares y a depender para su supervivencia de la ayuda humanitaria.

---

2. <https://www.unocha.org/publication/global-humanitarian-overview/global-humanitarian-overview-2017>

El conflicto armado prolongado en un contexto de pobreza y fragilidad crónica, incrementa la inseguridad alimentaria y la vulnerabilidad de la población a enfermedades como la malaria, el cólera o el sarampión. África y Oriente Medio siguen siendo las regiones que soportan los peores conflictos, la mayor vulnerabilidad y las crisis humanitarias más graves.

En África un ejemplo de ello es Burundi, donde la crisis política está agravando la crisis humanitaria que vive el país y que afecta a un millón de personas. Sin embargo, la crisis humanitaria que más preocupa en África es la de Sudán del sur, el conflicto ha llevado a casi 3 millones de personas a huir de sus hogares. Con 1,8 millones de personas desplazadas internas y un millón refugiadas en países vecinos, se trata del mayor movimiento de personas refugiadas de África en 2016. A esto se suma la situación de extrema pobreza y vulnerabilidad en la que vive la mayoría de la población y que ha llevado a más de cuatro millones de personas a depender de la ayuda humanitaria para su supervivencia, aunque se trata de cifras record, no se consiguió llegar a todas las personas que lo necesitaban pues casi un millón de personas no ha recibido ningún tipo de ayuda.

Tampoco podemos olvidar crisis que se prolongan en el tiempo y que desaparecen de la atención mediática, y lo que es peor, de las prioridades de los donantes como son la crisis de la Cuenca del Lago Chad producida por el movimiento Boko Haram o la de la República Democrática del Congo (RDC). La primera sigue requiriendo la asistencia de la comunidad internacional para dar respuesta a los 9 millones de personas que necesitan ayuda humanitaria, mientras que en la RDC, 7 millones de personas están en una situación de vulnerabilidad extrema y requieren ayuda y protección internacional.

En Oriente Medio, el conflicto en Siria, en menor medida el de Irak y la crisis de Yemen mantienen a la región en la peor crisis humanitaria de las últimas décadas. Más del 25% de las personas que necesitaban ayuda humanitaria en 2016 se encontraban en estos tres países.

Desde su inicio en 2011, el conflicto en Siria ha dejado a la mitad de la población dependiente de la ayuda externa y ha forzado a millones de personas a huir de sus hogares. En estos momentos hay 6,3 millones de personas desplazadas en Siria y 5 millones se han refugiado en países vecinos. En 2016, 13,5 millones de personas necesitaron ayuda en Siria, de éstas, 5 millones están en una situación crítica. Los datos provisionales para 2017 aportan cifras parecidas y las perspectivas para 2018 no son mucho mejores.

En Irak, el aumento de las operaciones militares contra el Daesh, especialmente la batalla por Mosul, ha llevado a un importante aumento en las necesidades de ayuda

humanitaria. A finales de 2016, 3,2 millones de personas se habían visto obligadas a huir de sus hogares y 11 millones requerían ayuda humanitaria.

El conflicto bélico en Yemen que dura ya más de dos años, ha llevado a un agravamiento de la crisis humanitaria que vive el país. 18,7 millones de personas, casi el 70% de la población, necesitan asistencia o protección humanitaria, 14 millones de personas sufren malnutrición e inseguridad alimentaria y 2 millones de personas se han visto forzadas a huir de sus hogares. Otra de las consecuencias del conflicto ha sido el colapso del sistema sanitario que ha dejado a casi 15 millones de personas sin acceso a servicios básicos de salud. En este contexto, el riesgo de brotes de epidemias es elevado, el primero en producirse ha sido un brote de cólera que según datos de enero de 2017 había afectado ya a 15.600 personas.

En Asia, el agravamiento de la violencia contra la comunidad rohingya en Myanmar, ha obligado a casi medio millón de personas a abandonar el país y refugiarse la mayoría en Bangladesh.

Por último, 2016 fue otro año negro en el Mediterráneo, donde murieron 5.082 personas intentando cruzarlo para llegar a Europa. Disminuyó el número de personas que utilizaron la vía de Grecia, pero aumentó el de aquellas personas que desde el norte de África trataron de alcanzar las costas de Italia. Libia se ha convertido en país de tránsito en la ruta hacia Europa y en centro de detención de migrantes y de vulneración de los derechos humanos de la población migrante atrapada durante periodos cada vez más largos. La situación de inestabilidad política y de colapso económico que vive el país, unido a la llegada masiva de personas refugiadas y migrantes, ha llevado a 1,3 millones de personas de origen libio, refugiadas, migrantes y solicitantes de asilo a necesitar ayuda humanitaria.

Frente a este éxodo de millones de personas forzadas a huir de sus hogares, la respuesta de Europa y de alguno de sus estados miembro sigue siendo deplorable. El mayor exponente de esta actitud es Hungría donde su gobierno llevó a referéndum el rechazo de la cuota de reasentamiento de personas refugiadas que le correspondía y propuso una modificación de la constitución prohibiendo el reasentamiento de las personas refugiadas y migrantes en su país. La mayoría de los gobiernos europeos se han decantado por la inacción, no rechazan el reasentamiento de personas refugiadas pero no hacen nada para facilitar la llegada de las mismas a sus países.

Así, hasta septiembre de 2017, según datos de la Comisión Europea, los Estados miembros han acogido a algo más de 44.000 personas refugiadas, muy lejos del compromiso de acoger a 160.000 personas. En cuanto al Gobierno español ha acogido a 1.980 de las 17.337 personas refugiadas a las que se comprometió acoger, el 11,4% de la cuota pactada.

Frente a la reticencia de los países más ricos a acoger a personas refugiadas, las regiones empobrecidas siguen acogiendo a la mayoría de las personas refugiadas. Según datos del ACNUR, nueve de los diez países que más personas refugiadas han acogido en 2016 están Oriente Medio y África subsahariana; Turquía, Paquistán, Líbano, Irán y Uganda acogiendo a más de un millón de personas cada uno, siendo Turquía el país que más personas refugiadas acoge, 2,9 millones. El único país donante que se encuentra entre los 10 principales países de acogida es Alemania, que en 2016 acogió a 669.500 personas.

## 2. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN LA AGENDA INTERNACIONAL

### 2.1. El Grand Bargain (Gran Pacto) un año después

La *I Cumbre Mundial Humanitaria* celebrada en Estambul en 2016 tuvo como uno de sus principales avances el pacto "*Grand Bargain*" para mejorar la eficiencia y eficacia de la acción humanitaria que sentaba las bases para la reforma del sistema de financiación de la acción humanitaria. El pacto propone asignar al menos el 25% de financiación directa a actores locales y nacionales antes del 2020.

Todo indica que el impulso político inicial se está perdiendo. A pesar de las numerosas reuniones y consultas, no se está avanzando en propuestas concretas. Los datos de 2017 indican que tan solo un 2%<sup>3</sup> de la asistencia humanitaria internacional ha sido canalizada vía actores locales y nacionales, y las ONG locales solo han gestionado directamente el 0,3% de los fondos globales.

Aunque el objetivo de asignar al menos el 25% de la financiación para 2020 no se va a conseguir, es importante que los donantes establezcan medidas concretas para incrementar de forma sostenida la financiación canalizada a través de actores locales y nacionales y de que éstas vayan acompañadas de iniciativas para reforzar las capacidades locales y nacionales tal y como acordaron en la Cumbre Mundial Humanitaria.

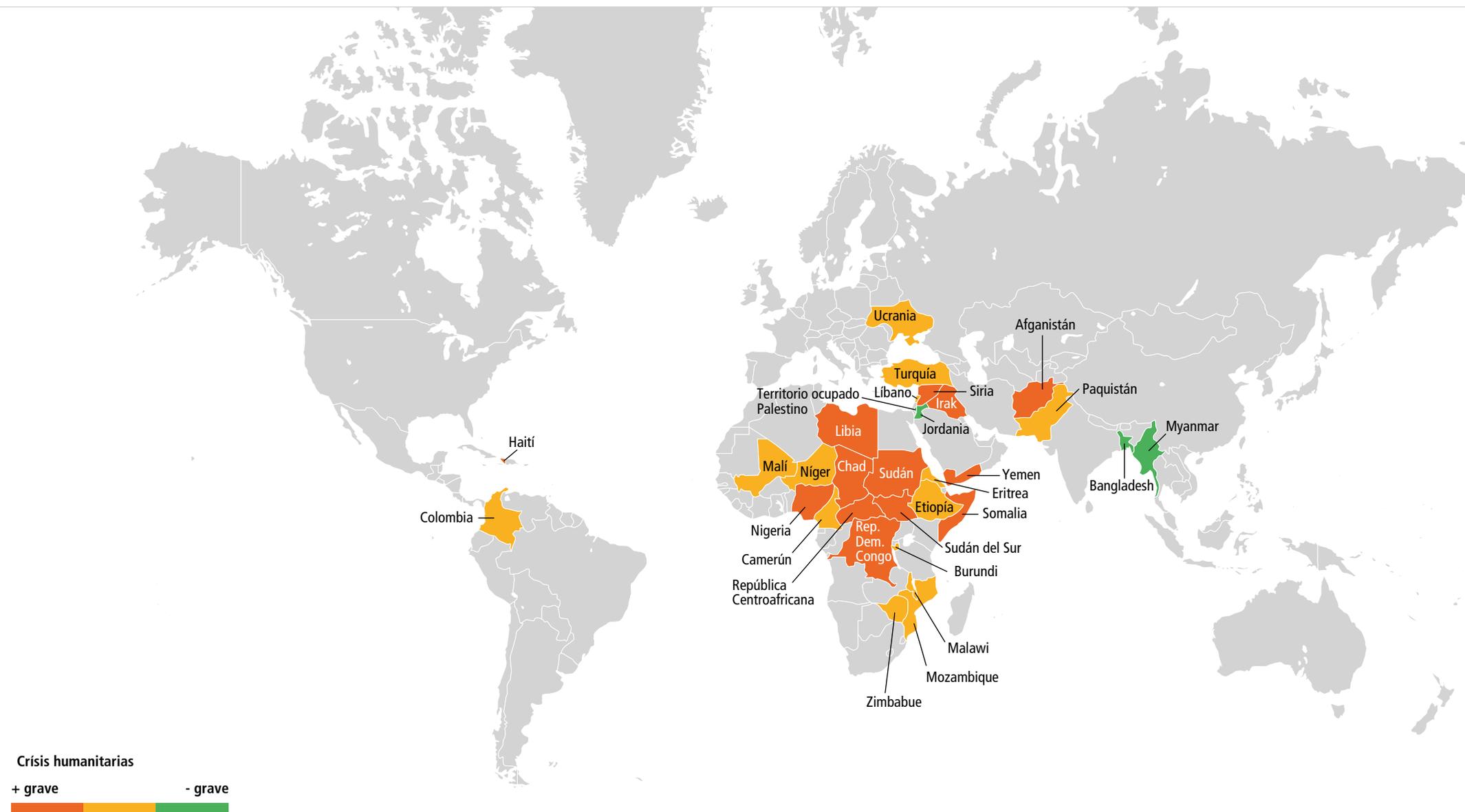
### 2.2. Plataforma Global y Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres

Establecida en 2006, la *Plataforma Global para la Reducción del Riesgo de Desastres* es el principal foro a nivel mundial para la coordinación, el desarrollo de asociaciones y la revisión de los avances en la implementación de instrumentos internacionales

---

3. Datos del FTS (*Financial Tracking system*) de UNOCHA

GRÁFICO 4.1. MAPA DE CRISIS HUMANITARIAS POR NIVEL DE SEVERIDAD EN 2016



Fuente: Elaboración Propia

sobre la reducción del riesgo de desastres. La Plataforma reúne a gobiernos, organizaciones intergubernamentales, ONG, comunidades locales, alcaldías, parlamentos, instituciones científicas y académicas, al sector privado y otros agentes que intervienen en la reducción del riesgo de desastres.

Como paso siguiente para priorizar la reducción del riesgo en desastres se adoptó el *“Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres”*<sup>4</sup> en Japón en 2015. Para avanzar en la implementación del marco, en 2016, la UNISDR (United Nations Office for Disaster Risk Reduction) lanzó la campaña *“Sendai siete”*<sup>5</sup> para promover cada una de las siete metas, una por año, sensibilizando a personas, instituciones y países.

- **2016 – Meta 1:** Reducir considerablemente la mortalidad mundial causada por los desastres para 2030, buscando que la mortalidad mundial promedio entre 2020 y 2030 sea inferior en 100.000 a la mortalidad registrada en el período 2005-2015;
- **2017 – Meta 2:** Reducir considerablemente el número de personas afectadas en el ámbito mundial para 2030, buscando que la cifra promedio mundial entre 2020 y 2030 sea inferior en 100.000 a la cantidad registrada en el período 2005-2015;
- **2018 – Meta 3:** Reducir para 2030 las pérdidas económicas directas ocasionadas por los desastres con relación al producto interno bruto (PIB) mundial;
- **2019 – Meta 4:** Reducir considerablemente los daños causados por los desastres en las infraestructuras esenciales y la interrupción de servicios básicos, en particular en las instalaciones educativas y de salud, entre otras cosas mediante el aumento de su resiliencia para 2030;
- **2020 – Meta 5:** Aumentar considerablemente el número de países que cuentan con estrategias nacionales y locales para la reducción del riesgo de desastres para 2020;
- **2021 – Meta 6:** Aumentar considerablemente la cooperación internacional con los países en desarrollo mediante un apoyo adecuado y sostenible para complementar sus acciones nacionales para la aplicación de este Marco para 2030;
- **2022 – Meta 7:** Aumentar considerablemente la disponibilidad y el acceso de las personas a sistemas de alertas tempranas para múltiples amenazas, al igual que a información y evaluaciones del riesgo de desastres para 2030.

La Plataforma Global 2017 para la Reducción del Riesgo de Desastres que tuvo lugar en Cancún, México, del 22 al 26 de mayo, ha sido la primera oportunidad para que la comunidad internacional revise los progresos globales en la implementación del Marco de Sendai.

4. [https://www.unisdr.org/files/43291\\_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf](https://www.unisdr.org/files/43291_spanishsendaiframeworkfordisasterri.pdf)

5. [https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/49524\\_iddr2016conceptnotefinal.pdf](https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/49524_iddr2016conceptnotefinal.pdf)

En la reunión, España presentó el informe de seguimiento del Marco de Sendai en el que se comprometió a incluir de forma clara los acuerdos del mismo en el próximo Plan Director de la cooperación española 2017-2020. Dado el estado de abandono en el que se encuentra la acción humanitaria, este compromiso no tiene ningún valor si no va acompañado de un aumento de los fondos destinados a la acción humanitaria y especialmente a aquellos mecanismos centrados en la reducción de riesgos.

### 2.3. Cumbre de Naciones Unidas sobre personas refugiadas y migrantes

El 19 septiembre de 2016 tuvo lugar en el marco de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la primera Cumbre sobre Migraciones y Refugio cuyo objetivo era fomentar una mayor solidaridad internacional y apoyo en la respuesta a los grandes desplazamientos de personas refugiadas y migrantes. Asistieron representantes de los Estados miembros, otras entidades de NNUU, el sector privado, la academia, las ONG y la sociedad civil en general.

A pesar de la gravedad de la situación de las migraciones a nivel mundial, con una Europa sumida en la peor crisis de personas refugiadas desde la Primera Guerra Mundial, el resultado de esta Cumbre resultó decepcionante. La declaración política –Declaración de Nueva York para los Refugiados y Migrantes– con la que se clausuró la cumbre no es vinculante y evidencia claros retrocesos respecto al texto inicial que los participantes negociaron y en el que se proponía que cada país acogiera un 10% del total de personas refugiadas cada año.

A pesar del decepcionante resultado, entre los compromisos acordados hay que destacar los siguientes:

- Proteger los derechos humanos de todos los refugiados y migrantes, independientemente de su condición. Esto incluye los derechos de las mujeres y las niñas, así como promover su participación plena, fructífera y en pie de igualdad en la búsqueda de soluciones.
- Prevenir la violencia sexual y por razón de género, y responder ante ella.
- Prestar apoyo a los países que rescaten, reciban y acojan a un gran número de refugiados y migrantes.
- Mejorar la prestación de asistencia humanitaria y para el desarrollo en los países más afectados, en particular mediante modalidades innovadoras de soluciones financieras multilaterales, con el objetivo de subsanar todos los déficits de financiación.

- Aplicar una respuesta integral para los refugiados, sobre la base de un nuevo marco que establezca la responsabilidad de los Estados Miembros, los asociados de la sociedad civil y el sistema de las Naciones Unidas, cuando se produzca un gran desplazamiento de refugiados o exista una situación prolongada de refugiados.

Aunque es un logro que 193 países consensuaran la declaración, ésta se queda muy lejos de las expectativas que se habían creado, tanto por el contenido como por la falta de mecanismos concretos para su implementación.

A pesar de esto, la declaración ha puesto las bases para el proceso político que tendrá lugar durante los dos próximos años para acordar un marco de acción, también llamados “compact” uno sobre migración y el otro sobre refugio.

## 2.4. Reducción del espacio humanitario

En 2016 se reavivó el debate sobre la reducción del espacio humanitario, por el aumento de las dificultades y trabas administrativas al acceso humanitario y especialmente de los ataques a personal e instalaciones humanitarias. Se trata de una realidad que nos acompañará en el futuro y que podría llevar a una disminución en el acceso a la población más vulnerable.

Las trabas administrativas y la denegación del acceso humanitario están presentes en muchos países y toma formas diferentes, desde trabas para el registro de la organización o la regulación del personal humanitario expatriado y dilaciones en la expedición de visados, hasta la denegación de permisos de movilidad para el personal local humanitario.

No obstante, la mayor preocupación de las organizaciones humanitarias está relacionada con el aumento de la inseguridad del personal humanitario y la violación del Derecho humanitario. Los ataques a escuelas, hospitales, infraestructuras e incluso convoyes humanitarios se han incrementado en los últimos años y solo en 2016 el personal humanitario sufrió 158 incidentes, que resultaron en 101 muertes y 98 personas heridas<sup>6</sup>. Pero hay que recordar que la mayoría de los ataques se producen en un número pequeño de países, Sudán del sur, Afganistán, Siria, RD Congo, Somalia y Yemen son los países donde se ha producido la mayoría de los ataques contra personal humanitario.

6. Humanitarian Outcomes, Aid Worker Security Report 2017, <https://www.humanitarianoutcomes.org/publications/aid-worker-security-report-2017-behind-attacks-look-perpetrators-violence-against-aid>

### RESOLUCIÓN 2286 DEL CONSEJO DE SEGURIDAD DE NNUU SOBRE ATENCIÓN MÉDICA EN CONFLICTOS ARMADOS

Tras la oleada de ataques contra personal e instalaciones sanitarias en varios países, Naciones Unidas aprobó la resolución 2286 de mayo de 2016, que condena los ataques a la misión médica y pide a las partes que cumplan con las obligaciones que les impone el DIH.

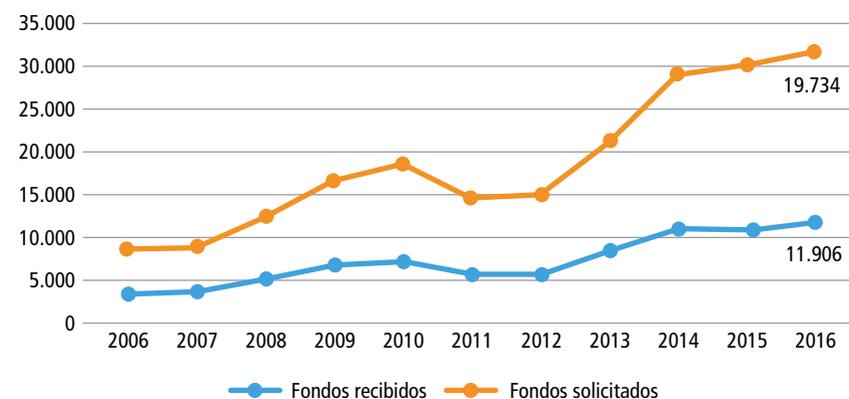
Paradójicamente, en 2016 aumentaron los ataques, especialmente en Siria. La resolución de Naciones Unidas, ha sido incapaz de frenar, que no eliminar, los ataques a instalaciones y personal sanitario. Sigue faltando la voluntad política de cumplir con la resolución.

## 3. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

La ayuda internacional para dar respuesta a las crecientes necesidades humanitarias, ascendió en 2016 a 22.900 millones de dólares. Esta cifra incluye tanto los fondos asignados a UNOCHA, la agencia de Naciones Unidas que coordina una parte importante de la ayuda humanitaria internacional, como aquellos gestionados directamente por donantes y ONG. 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 de la CICR (Comité Internacional de la Cruz Roja).

En 2016 hemos visto un nuevo aumento de los fondos destinados a la ayuda humanitaria, sin embargo los fondos siguen siendo insuficientes para cubrir las crecientes necesidades humanitarias en el mundo. Además, preocupa que la brecha de financiación se mantenga en torno al 40%, a pesar del compromiso adquirido por los gobiernos durante la I Cumbre mundial humanitaria para reducir dicha brecha.

GRÁFICO 4.2. FINANCIACIÓN LLAMAMIENTOS DE NNUU 2006-2016



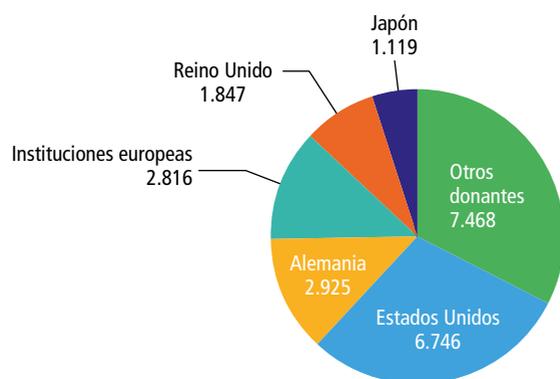
Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

En 2016 Naciones Unidas, la principal coordinadora de la ayuda humanitaria logró cubrir el 60% de la financiación solicitada a través de 43 llamamientos, lo que supone un ligero aumento con respecto a 2015, pero muy lejos del objetivo del 75% solicitado por el Secretario General de Naciones Unidas<sup>7</sup>.

A esto se suma las enormes diferencias en el nivel de financiación de los llamamientos, mientras algunos como los de Ucrania, Yibuti y Haití apenas consiguieron el 35% de los fondos solicitados, los llamamientos de Sudán del sur, Irak y Burundi consiguieron más del 90% de la financiación solicitada. Esto se explica porque las decisiones de financiación de los donantes siguen estando en función de criterios propios y no estrictamente en función de las necesidades particulares de las crisis.

Cinco donantes internacionales (EEUU, DG ECHO, Alemania, Reino Unido y Japón) contribuyen casi a dos tercios (65%) del total de la financiación pública.

**GRÁFICO 4.3. PRINCIPALES DONANTES EN 2016 (EN MILLONES DE DÓLARES)**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

No obstante, si analizamos la AOD destinada a acción humanitaria como porcentaje del PNB (producto nacional bruto), vemos que Alemania es el país que hace un mayor esfuerzo económico en relación al tamaño de su economía, seguido de Reino Unido, Estados Unidos y Japón.

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

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

internacionales. En cuanto al sector privado si bien en términos absolutos y porcentuales se trata de un volumen residual, hay que destacar que año tras año incrementa su aportación y que por lo tanto hay que seguir atentamente la tendencia.

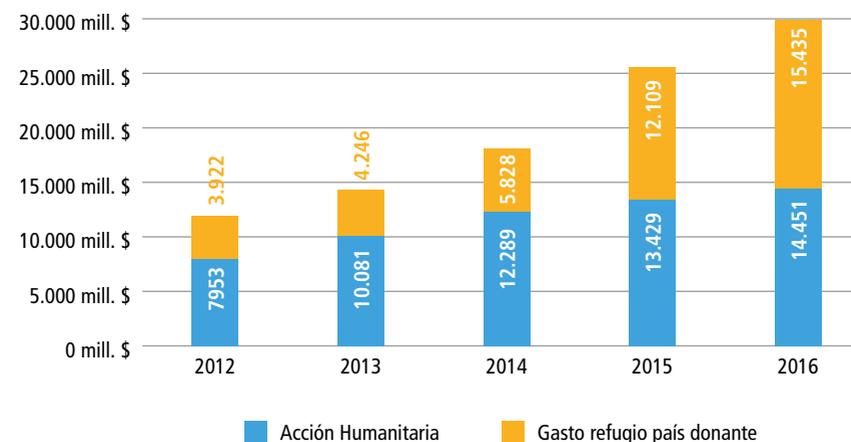
**TABLA 4.1. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL EN 2016**

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
<b>Agencias de NNUU</b>	11.578,87
<b>ONG</b>	4.541,25
<b>Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR</b>	2.476,17
<b>Sector público</b>	734,34
<b>Organismos internacionales (BM, IOM...)</b>	49,10

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Si miramos la financiación de los países donantes del CAD, vemos que mientras la financiación de la acción humanitaria, aquella que va a los países que sufren conflictos, desastres naturales y crisis humanitarias, ha aumentado ligeramente en los tres últimos años, pasando de 12.289 millones de dólares a 13.429 millones en 2015 y 14.451 millones en 2016, el gasto de atención a personas refugiadas en los países donantes, que se imputa como AOD, ha pasado de 5.828 en 2014 a 12.109 millones en 2015 y 15.435 millones de dólares en 2016.

**GRÁFICO 4.4. GASTOS REFUGIO EN PAÍSES CAD FRENTE A LA FINANCIACIÓN DE AH**



Fuente: Elaboración propia con datos de CAD

Esto quiere decir que en 2016, los países del CAD han gastado más en atender las necesidades de las personas refugiadas que llegaban a sus países que en todas las crisis humanitarias del mundo, donde se concentraban el 86% de las personas refugiadas y desplazadas y por tanto donde estaban las mayores necesidades humanitarias.

#### 4. LA AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NNUU

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

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

TABLA 4.2. AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS, 2016

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	Porcentaje del total
<b>Planes estratégicos de respuesta</b>	11.906	91,2%
<b>Fondos comunes</b>	1.136	8,8%
<b>Total</b>	<b>13.042</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

En 2016 OCHA realizó un llamamiento para los Fondos coordinados que ascendió a 19.734 millones de dólares. Esta fue la cantidad estimada por las agencias humanitarias de NNUU para financiar los Planes estratégicos de respuesta (SRP en sus siglas en inglés)<sup>8</sup> para atender las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por las crisis. Del total de los fondos requeridos, se cubrió el 60%, 11.906 millones de dólares, un porcentaje algo superior al de 2015 pero ligeramente inferior al de 2014, a pesar de las promesas y compromisos adquiridos en 2016 durante la Cumbre mundial humanitaria.

8. Planes estratégicos de respuesta

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

País receptor de SRP	Total en millones de dólares
<b>Plan de ayuda a los refugiados de Siria</b>	2.784
<b>Siria</b>	1.744
<b>Sudán del sur</b>	1.195
<b>Yemen</b>	1.024
<b>Irak</b>	726
<b>Sudán</b>	560
<b>Somalia</b>	494
<b>RD Congo</b>	414
<b>Territorio palestino ocupado</b>	289
<b>Afganistán</b>	287

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Los Planes estratégicos de respuesta para atender las necesidades básicas de la población de países afectados por crisis humanitarias, se concentraron prácticamente en los mismos países que en 2015. Siria, Sudán del sur, Yemen, Irak, Sudán, Somalia, RD del Congo y el Territorio palestino ocupado vuelven a ser los principales receptores de fondos, concentrando el 80% de los mismos.

Por otra parte, OCHA coordina los Fondos comunes que financian actividades gestionadas directamente por ésta, en 2016 gestionó algo más de 1.136 millones de dólares para dar respuesta a necesidades no cubiertas.

TABLA 4.4. EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN A FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR OCHA (EN MILLONES DE DÓLARES)

Ayuda humanitaria	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<b>Fondo Central de respuesta a emergencias - CERF</b>	396	415	426	480	491	463	478	443
<b>Fondos comunes a nivel país - CBPF</b>	252	393	453	441	373	427	549	693
<b>Total fondos comunes de NNUU</b>	<b>648</b>	<b>808</b>	<b>879</b>	<b>922</b>	<b>864</b>	<b>890</b>	<b>1.027</b>	<b>1.136</b>

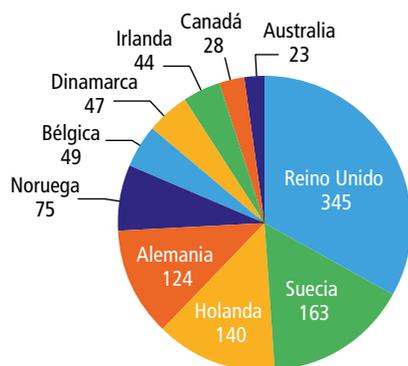
Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

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

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

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

**GRÁFICO 4.5. PRINCIPALES DONANTES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES)**



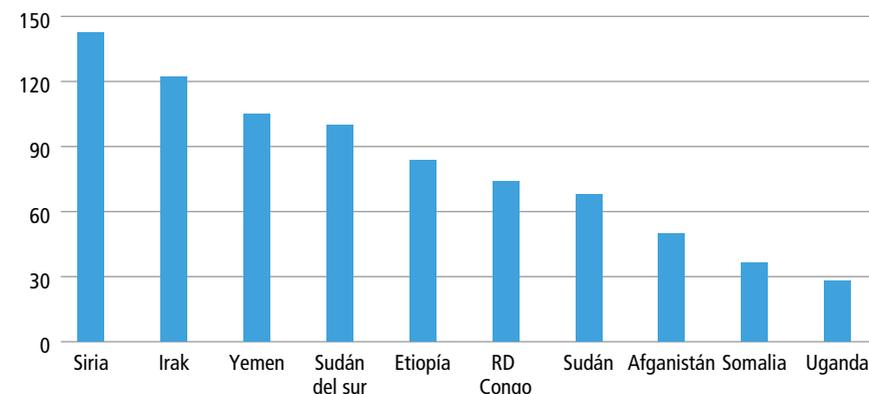
Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA

Sorprenden Estados Unidos y Japón, el primer y quinto donante de ayuda humanitaria por volumen, que sin embargo aparecen a la cola de los donantes de los Fondos comunes con 3 y 1,2 millones de dólares respectivamente, muy lejos de los 70 millones de dólares que aportó el Reino Unido.

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos, las crisis humanitarias de Siria, Irak, Yemen y Sudán del Sur han sido las principales receptoras de fondos, concentrando el 41,3% del total.

En los últimos cuatro años siete países, Siria, Yemen, Sudán del sur, Etiopía, RD Congo, Sudán, Afganistán y Somalia, han estado cada año entre los principales receptores de financiación. En todos los casos son países que sufren crisis humanitarias complejas vinculadas a conflictos, a crisis políticas o a los efectos del fenómeno climático de El Niño y que ha llevado a un elevado porcentaje de la población a una situación de vulnerabilidad extrema.

**GRÁFICO 4.6. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES) EN 2016**



Fuente: Elaboración propia con datos FTS de OCHA

En cuanto a la distribución sectorial de los fondos, como en años anteriores, la salud, el agua y saneamiento y la seguridad alimentaria son los sectores a los que se destina más fondos. Aunque prácticamente todos los sectores experimentan un aumento de su financiación, el mayor crecimiento se da en los proyectos y actividades en los que están implicados varios sectores, que han pasado de 34 millones de dólares en 2015 a 131 millones en 2016. Este aumento se explica por el incremento de la partida destinada a la atención de personas refugiadas que está directamente relacionada con este sector.

## 5. LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

La Unión Europea (las Instituciones de la UE y sus Estados miembro) sigue siendo el principal donante de ayuda humanitaria, aportando más del 50% de la financiación; así, en 2016 los fondos proporcionados conjuntamente por los países Europeos y la Comisión Europea ascendieron a 10.129 millones de dólares<sup>9</sup>.

No cabe duda que estas cifras muestran el compromiso de la Unión Europea con la acción humanitaria, sin embargo, si comparamos las aportaciones de AOD que hicieron los países de la UE en 2016 para la atención a personas refugiadas durante el primer año de estancia en sus propios países, vemos que los países de la Unión Eu-

9. Datos FTS de OCHA

ropea han destinado más fondos a ellos mismos, 13.313 millones de dólares<sup>10</sup> para atender a 1.106.105 solicitantes de asilo<sup>11</sup>, que a todas las crisis humanitarias que ha habido en 2016 en el mundo. Por tanto podríamos concluir que el territorio de la UE se ha convertido en el mayor receptor de AOD.

Si analizamos los fondos destinados a crisis humanitarias de los Estados miembro de la UE, 4 de los principales donantes incrementaron sustancialmente su financiación, Bélgica, Dinamarca y Francia, entre el 40% y el 50% y que Alemania duplicó su presupuesto de ayuda humanitaria.

Alemania, Reino Unido, Suecia, Holanda, Francia y Dinamarca han sido los principales donantes en los últimos tres años, seguidos por Bélgica, Italia, Irlanda y Finlandia. En cuanto a España, se encuentra, un año más, a la cola de los donantes europeos.

**TABLA 4.5. APORTACIONES DE LOS PRINCIPALES DONANTES DE LA UE DURANTE 2016**

País	Monto en millones de dólares
Alemania	3.160
Reino Unido	1.883
Suecia	624
Dinamarca	452
Holanda	330
Francia	190
Bélgica	184
Irlanda	121
Finlandia	119
Italia	111
España	51

Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

A resaltar el importante aumento de fondos por parte de Alemania, que ha doblado su financiación. Este aumento de fondos se ha canalizado sobre todo a la crisis humanitaria de Siria e Irak, países que junto a Líbano y Jordania suponen el 57% de la ayuda humanitaria de Alemania, en torno a 1.277,54 millones de euros. Reino Unido, el segundo donante más importante de la UE concentró su financiación en los 5

10. Datos CAD

11. Datos ACNUR

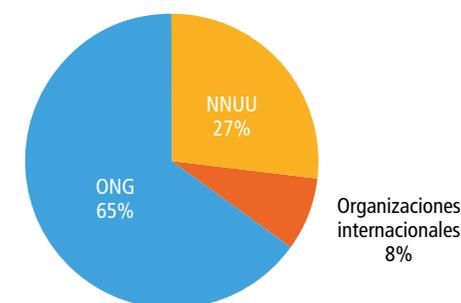
países que sufren las crisis humanitarias más importantes, Siria, Irak, Yemen, Somalia y Sudán del Sur, concentrando el 87% de los fondos.

En cuanto a las Instituciones de la UE aportaron 2.777 millones de dólares lo que supone un importante aumento en relación a 2015. La evolución de las partidas destinadas por la Comisión Europea a la ayuda humanitaria durante los últimos años, muestra un incremento sostenido que responde al mayor número y complejidad de las crisis humanitarias, y a la persistencia de crisis crónicas infrafinanciadas. No obstante, además del aumento de fondos, como recoge el Plan de Acción del Consenso Europeo en Acción humanitaria, se requiere una mayor coherencia en las políticas y una mejor coordinación entre los Estados miembro para mejorar la eficiencia de la respuesta de la UE a las crisis humanitarias.

## 5.1. Canalización de la ayuda de la UE

En 2016 ECHO firmó 817 contratos por un valor de 2.371 millones de euros para implementar proyectos de acción humanitaria.

**GRÁFICO 4.7. CANALIZACIÓN DE LOS FONDOS DE ECHO A TRAVÉS DE ORGANIZACIONES HUMANITARIAS EN 2016**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de DG ECHO

El 65% de los fondos fueron ejecutados a través de 300 ONG, en su mayoría europeas con implantación internacional. Un 27% de la ayuda se canalizó a través de agencias de Naciones Unidas y un 8% fue distribuido vía organizaciones internacionales como el CICR<sup>12</sup> y FICMLR<sup>13</sup>.

12. Comité Internacional de la Cruz Roja

13. Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

## 5.2. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO

Por regiones, casi el 30% de la partida presupuestaria gestionada por ECHO se dirigió a África Subsahariana, donde se concentran una buena parte de las crisis complejas que afectan a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad, tanto por conflictos armados como por fenómenos naturales como el fenómeno climático de El Niño. Oriente Medio recibió el 26,5% de los fondos para responder a las necesidades básicas de millones de personas afectadas por los conflictos bélicos de Siria, Irak y Yemen, que han derivado en las mayores crisis humanitarias actuales. Asia, afectada por catástrofes naturales cíclicas y crisis humanitarias como la que viven los Rohingya en Myanmar, recibió el 5% de los fondos, mientras que la región de América Latina y el Caribe, también afectada por catástrofes naturales como el terremoto de Ecuador o el huracán Mathew que asoló Haití, recibieron el 1,8% de los fondos.

Cuando analizamos la financiación por países, el dato más sorprendente es que Grecia es el segundo mayor receptor de fondos comunes de la UE. Dada la capacidad económica de la UE es cuando menos cuestionable que se utilicen fondos de AOD para atender necesidades humanitarias en uno de sus propios países mientras la mitad de las necesidades humanitarias mundiales se quedan completamente desatendidas.

TABLA 4.6. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS COMUNES DE LA UE EN 2016

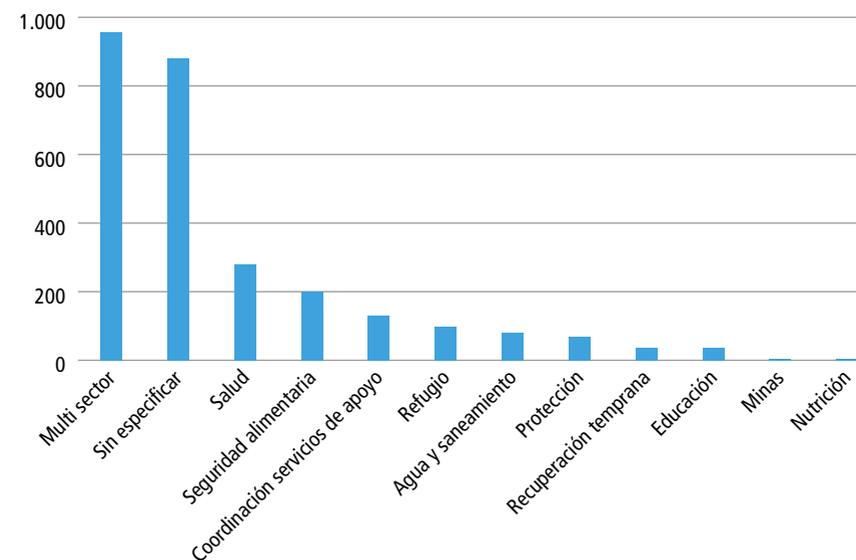
País	Monto en millones de euros
Turquía	561
Grecia	247
Siria	199
Irak	159
Sudán del Sur	143
Líbano	85
Yemen	71
Jordania	71
Nigeria	66
RD Congo	53

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de ECHO

## 5.3. La salud en la acción humanitaria de la Comisión Europea

La salud es un sector central de las intervenciones en ayuda humanitaria y la principal referencia para medir una respuesta humanitaria. ECHO aporta de media unos 200 millones de euros anuales para intervenciones humanitarias relacionadas con la salud, lo que representa alrededor del 20% de la financiación total de ECHO.

GRÁFICO 4.8. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES 2016



Fuentes: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

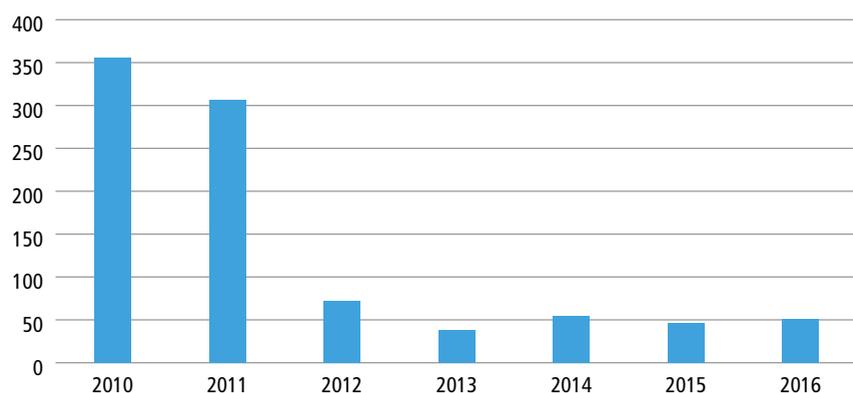
Según ECHO, cada año unos 300 millones de personas necesitan asistencia sanitaria debido a conflictos o desastres naturales. El aumento en la magnitud y complejidad de los conflictos y los desastres naturales y la debilidad de los sistemas nacionales de salud en la mayoría de los países más afectados por las crisis humanitarias, están llevando a un aumento de las necesidades en salud.

## 6. LA ACCIÓN HUMANITARIA EN ESPAÑA

En 2016 la acción humanitaria vuelve a quedarse bajo mínimos. Si bien la ayuda ha aumentado ligeramente, pasando de 46,5 millones de euros en 2015 a 51,3 millones en 2016 como muestra el gráfico 4.9, el incremento sigue siendo insuficiente para responder a las crecientes necesidades humanitarias y para empezar a revertir el desplome que sufrió la financiación de la acción humanitaria en 2012.

Cuando analizamos los datos, observamos que el incremento de 5 millones de euros se debe en su totalidad al aumento de la aportación de la cooperación descentralizada, que ha pasado de 10,7 millones de euros en 2015 a 18,8 millones de euros en 2016. Por el contrario, el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, que ha sido el principal financiador de la acción humanitaria, ha reducido un 10% sus fondos, pasando de 35,8 millones en 2015 a 32,5 millones de euros en 2016.

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



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Los datos son todavía más preocupantes cuando comparamos la AOD destinada a acción humanitaria con la AOD total. En 2016 la AH representó el 1,33%, un porcentaje nunca alcanzado antes, si descontamos la cantidad destinada a condonar la deuda de Cuba, 2.161,5 millones de dólares, el porcentaje subiría al 2,54% de la cooperación española. En cualquier caso, se trata de un porcentaje cada vez más alejado de la recomendación del CAD de destinar al menos el 7%<sup>14</sup> del total de la AOD

14. Good Humanitarian Donorship Initiative de 2005

a acción humanitaria y del compromiso de la propia cooperación española de destinar el 10% de la AOD.

Cuesta entender que en un año en el que las crisis humanitarias han alcanzado máximos históricos y en el que Naciones Unidas ha convocado la I Cumbre mundial humanitaria para responder a los enormes retos a los que se enfrenta la comunidad internacional, el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación no sólo no ha considerado necesario aumentar los fondos para la acción humanitaria sino que los ha reducido.

Y mientras tanto, el gobierno proclama en los diferentes foros internacionales, como la Cumbre mundial humanitaria, su compromiso con la acción humanitaria. Se hace necesario que pase de las promesas a los hechos e incremente los fondos tal y como han hecho las comunidades autónomas y las entidades locales.

### 6.1. Canalización de los fondos

En 2016 los fondos se han canalizado casi al 50/50 a través de la vía bilateral (26.260.984 EUR) y multilateral (25.048.908 EUR), desapareciendo completamente la canalización de fondos a través de la vía multilateral. Exactamente lo opuesto a lo que ha pedido NNUU de forma reiterada, siendo la última vez durante la Cumbre mundial humanitaria en la que de nuevo se pidió que se reduzca la vía de financiación mutilateral y se aumente la multilateral.

#### 6.1.1. LA ACCIÓN HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos canalizados a través de la vía bilateral ascendieron a algo más de 26 millones de euros, lo que supone el 51% de la AOD. Como en años anteriores, las ONGD del país donante han sido la principal vía de canalización de fondos, recibiendo en 2016 el 87% de la financiación, el mismo porcentaje de 2015 aunque por volumen ha pasado de 17,9 millones a 22,5 millones de euros. Aunque la cifra total es superior a la de 2015 no podemos olvidar que los fondos gestionados por las ONGD han descendido un 97% en los últimos años.

El análisis de los proyectos financiados muestra que se financia a un elevado número de ONG, unas 75 del país donante, y de proyectos, 315. Dado lo limitado de los fondos disponibles, casi el 70% de los proyectos financiados reciben menos de 50.000 euros, lo que contribuye a una mayor carga administrativa, ya de por sí elevada (como viene indicando la OCDE desde 2011 en su evaluación entre pares a España) y una mayor fragmentación de la ayuda lo que limita la efectividad de la acción humanitaria española.

**TABLA 4.7. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH POR VÍA DE CANALIZACIÓN**

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2015	2016
Entidades públicas del país donante	548.287 €	1.636.976 €
Entidades públicas del país socio	406.000 €	244.600 €
ONGD Internacionales	923.848 €	1.231.000 €
ONGD del país donante	17.897.501 €	22.502.261 €
ONGD del país socio	550.000 €	20.000 €
Otras ENL del país donante	74.005 €	152.724 €
Otras ENL del país socio		150.000 €
Universidades públicas del país donante	8.172 €	122.222 €
Partenariados Público-privados		95.164 €
Redes	50.000 €	50.000 €
Otras entidades		56.037 €
Entidades con ánimo de lucro en el país socio		
Entidades con ánimo de lucro en el país donante		
<b>Total</b>	<b>20.457.812 €</b>	<b>26.260.984 €</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

En cuanto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, la cooperación española ha reducido la ya escasa financiación, pasando del 5% al 2% de los fondos. Esta reducción es especialmente acusada en relación a ONGD de países socios que han pasado de recibir entre el 2 y 3% del total de la financiación desde 2013 a recibir el 0,08% en 2016. La casi desaparición de la financiación de ONGD de países socios contrasta con la voluntad de España de implementar el Grand Bargain que tiene como uno de sus principales compromisos asignar al menos el 25% de financiación directa a actores locales y nacionales antes de 2020. Si la cooperación española quiere empezar a dar pasos hacia el cumplimiento de dicho compromiso, debe cambiar de raíz su política de cooperación y financiación a actores locales.

### 6.1.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTIBILATERAL

La ayuda multilateral se consolida como la principal vía de canalización multilateral de la AH. Aunque las partidas se asignan a agencias de Naciones Unidas y organismos internacionales, es el donante, en este caso España, quien decide a qué agencia, país y programa destina los fondos.

**GRÁFICO 4.10. AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA AH EN 2016 POR VÍA DE CANALIZACIÓN**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Naciones Unidas sigue siendo el principal receptor de fondos, aunque reduce su financiación en un millón de euros con respecto a 2015. El Alto comisionado de NNUU para los refugiados, ACNUR con 6,2 millones de euros y el Programa mundial de los alimentos con 4,8 millones de euros son los principales receptores de fondos, entre ambos reciben más de la mitad de los fondos gestionados por NNUU.

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

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

### 6.2. Distribución geográfica de la acción humanitaria

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

En el continente africano, bajan los fondos destinados a África subsahariana que pasa de 8,3 millones en 2015 a 5,7 millones de euros en 2016 una reducción que cuesta entender, dado que un número elevado de crisis humanitarias se concentran

en África subsahariana y que se trata de crisis crónicas, en países especialmente vulnerables y empobrecidos. Los principales destinos de la acción humanitaria han sido Malí, Sudán del sur y Níger, los dos primeros se encuentran en un contexto de violencia y conflicto armado y el tercero se ha convertido en país de acogida de población desplazada como consecuencia del conflicto en Nigeria.

**TABLA 4.8. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A AH POR REGIONES**

Región	2016	%
África del Norte	5.978.590 €	11,65%
África Subsahariana	5.729.747 €	11,17%
África, no especificado	219.947 €	0,43%
América Central y Caribe	4.212.114 €	8,21%
América Latina no especificado		
América del Sur	6.297.707€	12,27%
Asia, no especificado		
Asia Central		
Asia del Sur	35.295 €	0,07%
Asia Oriental	2.660.601 €	5,19%
Europa	252.863 €	0,49%
Oceanía		
Oriente Medio	17.936.141 €	34,96%
PVD no especificado	7.986.888 €	15,57%
<b>Total</b>	<b>51.309.892 €</b>	<b>100%</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Por el contrario, se ha producido un aumento importante de los fondos destinados a África del norte que han pasado de 2,6 millones a 5,5 millones de euros. El aumento está relacionando con el aumento de los fondos destinados a la población saharauí que supone el 80% de los fondos de la región.

Oriente Medio recibió el 35% de la ayuda humanitaria oficial española. La crisis humanitaria provocada por la guerra civil en Siria, con Jordania y Líbano ha sido el principal destino de los fondos. Siria es, desde 2013, el principal destinatario de la acción humanitaria española, reflejo de la crisis humanitaria que vive el país.

Por último, el Territorio palestino ocupado se mantiene como destino prioritario de la acción humanitaria española, en respuesta al agravamiento de la situación en

Gaza y al compromiso de la cooperación española con la crisis que vive la población palestina en el TOP.

**TABLA 4.9. PRINCIPALES RECEPTORES DE AH ESPAÑOLA EN 2016**

País	2016
Siria	6.140.346 €
Jordania	4.522.266 €
Población saharauí	4.410.894 €
Ecuador	2.912.300 €
Filipinas	2.660.601 €
Líbano	2.656.590 €
Territorio palestino	2.641.210 €
Colombia	2.486.171 €
Haití	2.104.894 €
Níger	1.893.750 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

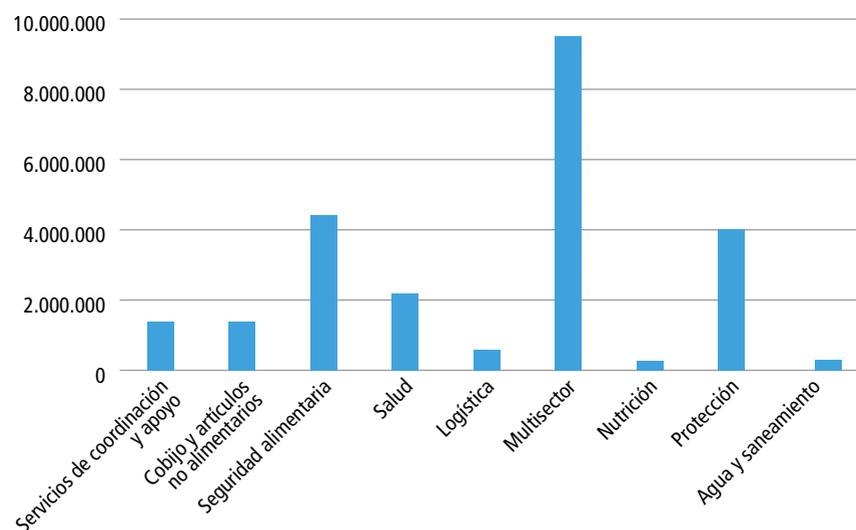
Las crisis humanitarias provocadas por el huracán Mathew en Haití y el terremoto de Ecuador y la violencia política de Colombia, que la ha llevado a tener el mayor número de personas desplazadas del mundo, 7,4 millones, explican el aumento de los fondos destinados a Latinoamérica, que pasó de recibir el 10% al 20,4% de los fondos.

Por último, en el Sureste asiático, Filipinas, un país muy vulnerable a los desastres naturales, ha sido el principal receptor de fondos de la ayuda española, especialmente para el apoyo a personas desplazadas y a mejorar la resiliencia de las comunidades.

### 6.3. La Acción humanitaria por sectores

Analizando la distribución sectorial de la ayuda, se aprecia que los tres sectores priorizados han sido Protección, Seguridad alimentaria y Multisector (proyectos y actividades en los que están implicados varios sectores) que recibieron el 75% de los fondos, tres partidas clave en el contexto de la crisis de personas refugiadas y de sequía e inseguridad alimentaria que se está viviendo tanto en Oriente Medio como en África.

GRÁFICO 4.11 ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES 2016



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

La salud, un sector clave en cualquier respuesta humanitaria, subió ligeramente en relación a 2015, hasta alcanzar el 9,2% de la financiación.

Por último, se asignó el 4% a tareas de coordinación de la acción humanitaria, tarea que recae en el ámbito internacional en OCHA.

El análisis de la financiación a partir de los sectores CRS del CAD muestra que 41,3 millones de euros, el 73% de la ayuda, se destinó a intervenciones de emergencia algo superior al porcentaje asignado en 2015. El 82% de estos fondos sirvió para financiar bienes y servicios necesarios durante las emergencias humanitarias y el 18% restante para cubrir las necesidades alimentarias de las poblaciones afectadas por crisis.

La partida destinada a la reconstrucción y rehabilitación, clave para el paso de la emergencia al desarrollo sigue manteniéndose bajo mínimos, en 2016 apenas superó los dos millones de euros, lo que equivale a un 4% del total de fondos.

Por último, la partida destinada a la prevención del riesgo de desastres ha bajado ligeramente, situándose en el 8%, algo por debajo del compromiso adquirido en la Conferencia Mundial sobre la Reducción de los Desastres de Hyogo.

## 6.4. La Acción humanitaria por agentes

El principal agente estatal en aportar fondos para la acción humanitaria fue el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación con el 99,5% de los fondos destinados a la acción humanitaria. El 0,5% restante lo aporta el ministerio de Defensa, aunque se trata de una aportación muy pequeña creemos que es una cuestión de principios no considerar las intervenciones realizadas por el ejército como humanitarias.

## 7. LA ACCIÓN HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

Los fondos destinados para acción humanitaria por la cooperación descentralizada (Comunidades autónomas, Entidades locales y universidades), aumentaron un 70% en 2016, pasando de 10,7 millones a 18,8 millones de euros. Con este aumento, la cooperación descentralizada supuso casi el 40% del total de la AOD española destinada a acción humanitaria y un 15% más que en 2015.

En el análisis de la ayuda descentralizada, las comunidades autónomas aumentaron su aportación en dos millones de euros, superando los 12 millones de euros. Pero han sido las entidades locales las que han experimentado un espectacular incremento, pasando de 773.471 euros en 2015 a 6.350.465 euros en 2016. Las universidades también han crecido, aunque su aportación sigue siendo testimonial, dado que ha pasado de 8.172 euros en 2015 a 21.677 en 2016.

Si analizamos la financiación de las Comunidades autónomas, 11 aumentaron su financiación, algunas de forma importante como Madrid y Valencia, mientras que 6 redujeron su financiación, el mayor recorte lo hizo el País Vasco, que redujo sus fondos en 900.000 euros.

A pesar de este recorte, la cooperación vasca y la cooperación andaluza han sido, un año más, las principales fuentes de financiación autonómica de la acción humanitaria. La cooperación andaluza ha doblado su financiación, pasando de 2,5 millones a 4 millones de euros, recuperando así el volumen de financiación anterior a la caída de 2015. Por el contrario, el País vasco ha reducido su financiación aunque se mantiene por encima de los 2 millones de euros.

Por otra parte, tenemos que destacar el aumento de la financiación de la Comunidad valenciana y de la Comunidad de Madrid, que se sitúan como la tercera y cuarta por volumen de financiación; la primera aporta 1,4 millones de euros y la segunda 1,1 millón de euros. Estas cuatro Comunidades autónomas aportan casi el 72% de toda la financiación de las 17 Comunidades.

TABLA 4.10. ACCIÓN HUMANITARIA POR CCAA

CCAA	2015	%	2016	%
Andalucía	2.580.487 €	25,97%	4.022.236 €	32,40%
Aragón	201.500 €	2,03%	179.943 €	1,45%
Asturias	295.000 €	2,97%	363.113 €	2,93%
Baleares	319.808 €	3,22%	431.655 €	3,48%
Cantabria			102.468 €	0,83%
Canarias	60.000 €	0,60%		
Cataluña	*		570.741 €	4,60%
País Vasco	2.935.694 €	29,54%	2.230.219 €	17,97%
Castilla-La Mancha	168.534 €	1,70%	195.400 €	1,57%
Castilla y León	175.000 €	1,76%	230.000 €	1,85%
Extremadura	1.628.049 €	16,38%	412.598 €	3,32%
Galicia	380.060 €	3,82%	231.866 €	1,87%
La Rioja	90.000 €	0,91%	305.000 €	2,46%
Madrid	67.485 €	0,68%	1.112.439 €	8,96%
Murcia			90.000 €	0,73%
Navarra	260.000 €	2,62%	440.000 €	3,54%
Comunidad Valenciana	775.000 €	7,80%	1.495.721 €	12,05%
<b>TOTAL</b>	<b>9.936.617 €</b>	<b>100%</b>	<b>12.413.400 €</b>	<b>100%</b>

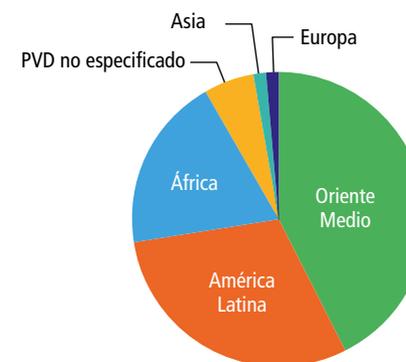
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

\* No incluye la cooperación catalana, que por problemas de recursos humanos sólo envió la AOD total, sin desagregar por lo que no dispone de los datos sobre la acción humanitaria.

Esperamos que el aumento en la financiación que han experimentado casi todas las CCAA se mantenga en el tiempo y marque el inicio de la recuperación de la acción humanitaria descentralizada.

En cuanto a la distribución geográfica, de nuevo Oriente Medio, América Latina y África son las tres regiones que concentran el 92% de la AH descentralizada. Oriente Medio sigue siendo la principal receptora de financiación, con 7,9 millones de euros en 2016, la crisis siria y su impacto en los países limítrofes siguen acaparando la mayor parte de los fondos, seguido de la crisis humanitaria del territorio palestino ocupado, especialmente de Gaza.

GRÁFICO 4.12. ACCIÓN HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIONES DE DESTINO



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos publicados por SGCID

América Latina fue destino de un tercio de los fondos, 5,6 millones de euros fundamentalmente para paliar las consecuencias del terremoto en Ecuador y del huracán Mathew en Haití.

Por último, un 19% de la ayuda, se destinó al continente Africano, concretamente 3,5 millones de euros. La principal partida de 1,2 millones de euros fue destinada a cubrir las necesidades básicas de la población refugiada Saharai y el resto se asignó para paliar los efectos de la sequía provocada por El Niño en África del este y del sur y, en menor medida a la crisis de Sudán del sur.

Por sectores, el reparto de la ayuda de las Comunidades autónomas sigue el mismo patrón que el de la AGE, concentrando casi el 75% en la respuesta a la emergencia. El 64% de los fondos, unos 8 millones de euros se asignaron a la provisión de servicios materiales de emergencia y el 11%, 1,4 millones de euros, a la ayuda alimentaria de emergencia. Cabe resaltar que en 2016 se ha mantenido los fondos destinados para la reconstrucción y rehabilitación y para la prevención de desastres en torno al 10%, lo que puede suponer una consolidación del incremento de dos sectores clave en regiones vulnerables afectadas repetidamente por fenómenos de la naturaleza.

En el análisis global, el aumento de la financiación de la AH por parte de las CCAA y las EELL, aunque bienvenida, debe acompañarse de una mayor coordinación entre las diferentes administraciones y de liderazgo por parte de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la AECID para que las respuestas a las numerosas crisis humanitarias sea lo más eficiente posible.

## 8. EN FOCO: SIRIA, EL SISTEMA SANITARIO BAJO ATAQUE

Más de seis años después del inicio de la guerra, Siria representa no sólo el mayor desastre humanitario de nuestro tiempo, sino también el más complejo. El entorno político-social altamente inestable e impredecible está marcado, entre otros problemas, por el acceso severamente restringido a las poblaciones necesitadas; altos niveles de inseguridad, incluido el constante desplazamiento de las líneas de frente, así como la focalización deliberada de ataques contra el personal humanitario.

El sistema sanitario sirio se ha visto gravemente debilitado en los 6 años de conflicto, hay una escasez crónica de medicinas, suministros y equipos, la mitad de las instalaciones sanitarias están cerradas o solo funcionan parcialmente y solo cuentan con un tercio del personal sanitario para atender a los 12,8 millones de personas que necesitan asistencia sanitaria en 2017 en Siria<sup>15</sup>.

Los ataques militares contra el sistema sanitario sirio lo han llevado a una situación límite<sup>16</sup>, los datos son escalofriantes:

- 478 ataques a 323 instalaciones, de éstos, el 90% fueron perpetrados por las fuerzas del gobierno sirio y sus aliados y el 9% por otros grupos armados (entre ellos Daesh, el Ejército Libre Sirio y el Frente Sirio de Liberación Islámica).
- Se han utilizado barriles bomba, cuyo uso prohíbe la Resolución 2139 de NNUU, en al menos 83 ataques a hospitales.
- El 16% de todas las instalaciones sanitarias (hospitales, centros de salud, puestos de salud y policlínicas) han sido totalmente destruidas y el 42% han sufrido daños. Aunque no todas las ciudades se han visto afectadas de la misma manera, la ciudad de Aleppo tiene el 40% de su infraestructura sanitaria completamente destruida, mientras que Raqqa y Dayz az-Zawar tienen dañada el 80% de su infraestructura<sup>17</sup>.
- 830 muertes de personal sanitario, de éstas el 90% fueron cometidas por las fuerzas del gobierno sirio y sus aliados.
- El 65% del personal sanitario y al menos 15.000 de los 30.000 médicos y médicas sirias han huido del país<sup>18</sup>. En las ciudades más afectadas por la guerra, como Aleppo, solo quedan 70 de los 6.000 médicos con los que contaba la ciudad.

15. OMS 2017

16. PHR, Anatomy of a Crisis, A Map of Attacks on Health Care in Syria, agosto 2017 <http://physicians-forhumanrights.org/library/multimedia/a-map-of-attacks-on-health-care-in-syria.html>

17. Banco Mundial, The Toll of War, The Economic and social consequences of the conflict in Syria, 2017

18. OMS 2017

Además de la destrucción total o parcial de las instalaciones sanitarias, éstas se ven afectadas por la destrucción de otras infraestructuras relacionadas como vías de comunicación, red eléctrica o agua y saneamiento que impactan negativamente en la provisión de servicios de salud.

No cabe duda que la destrucción de las instalaciones sanitarias y la falta de personal sanitario ha contribuido de forma importante al deterioro de la salud de la población siria, lo que ha provocado la reaparición de enfermedades infecciosas y el empeoramiento de las enfermedades no transmisibles. Un ejemplo de esto es la poliomelitis, que prácticamente había sido erradicada y que se ha extendido por varias provincias (entre ellas Raqqa, Deir Ez-Zor y Homs) debido a la falta de vacunación. En los casos más críticos la falta de asistencia adecuada ha llevado a la muerte, solo en los tres primeros años de guerra fallecieron unas 200.000 personas por falta de asistencia sanitaria rutinaria<sup>19</sup>.

### EL SISTEMA SANITARIO COMO OBJETIVO DE GUERRA

Según Physicians for Human Rights la mayor parte de los ataques contra instalaciones sanitarias son deliberados, lo que supone una flagrante violación del derecho internacional humanitario, que es muy explícito en cuanto a la protección de la misión médica.

Las normas del DIH, disponen que todos los miembros del personal sanitario que presten servicios en caso de conflicto armado deberán ser respetados y protegidos.

Art. 20, IV Convenio de Ginebra y Art. 9, Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra

A pesar de la resolución 2286 de Naciones Unidas, de los llamamientos de Naciones Unidas, organizaciones de sociedad civil y diversos gobiernos, en Siria la infraestructura sanitaria y el personal sanitario siguen siendo objetivos militares, el último tuvo lugar en septiembre de 2017, según la OMS se produjeron varios ataques a los hospitales y a varias ambulancias en la provincia de Idlib. Los tres hospitales de la provincia, Kafr Nabl, Khan Sheikhoun y el hospital Heish especializado en maternidad e infantil han quedado fuera de servicio.

19. Syrian American Medical Society

## LA RESPUESTA HUMANITARIA SANITARIA

A pesar de ser objetivo de guerra el personal sanitario y las organizaciones humanitarias siguen trabajando para ofrecer servicios sanitarios a la población. Las intervenciones sanitarias se articulan en torno a los elementos básicos de un sistema de salud identificados por la OMS: liderazgo, recursos humanos, medicamentos y suministros médicos, financiamiento de la salud, gestión de la información sanitaria y prestación de servicios.

En 2016 tanto la OMS como las organizaciones humanitarias sanitarias hicieron un gran esfuerzo para responder a las necesidades sanitarias de la población:

- Se distribuyeron más de 10 millones de tratamientos farmacológicos, más de una tercera parte de los suministros necesarios para estos tratamientos se distribuyeron a zonas sitiadas, controladas por las fuerzas de la oposición y de difícil acceso.
- Se organizaron dispensarios móviles con personal sanitario para prestar atención sanitaria a las cientos de miles de personas desplazadas que huían de las zonas asediadas, como los barrios del este de Aleppo y Homs.
- Se ofreció atención sanitaria vital a pacientes que padecen enfermedades no transmisibles como diabetes, insuficiencia renal y trastornos mentales.
- Se formó a personal sanitario sobre diversos temas, entre ellos realizar evaluaciones sanitarias, atender traumatismos, salud mental, nutrición, inmunización, etc.
- Se vacunaron a millones de niños y niñas contra enfermedades como la hepatitis B, el sarampión, la rubeola, la gripe y la poliomielitis.

Estas intervenciones buscan dar respuesta a las necesidades sanitarias más urgentes de la población y reactivar los servicios básicos de salud. El apoyo y recuperación de la red de salud es prioritario para fortalecer el sistema de referencia y la atención especializada, en especial en salud sexual y reproductiva, salud infantil, enfermedades infecciosas, control de enfermedades crónicas y salud mental.

Sin embargo, hay zonas del país a las que es extremadamente difícil acceder. Actualmente están sitiadas quince zonas sirias donde viven más de 700.000 personas. No es raro que se obstaculice o se interrumpa temporalmente la ayuda que se intenta hacer llegar a estas regiones, y se han confiscado medicamentos de convoyes enviados a zonas asediadas y de difícil acceso.

Por último, organizaciones como Médicos del Mundo o Médicos sin Fronteras ya están centrando parte de sus intervenciones sanitarias en campos de desplazados dentro de Siria en los que se presta atención sanitaria directa, apoyo psicosocial y entrega de medicamentos mediante unidades móviles.

## CAPITULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

**1.- La gobernanza en salud global está actualmente muy fragmentada. Junto a los gobiernos y la OMS, el sector privado empresarial está teniendo un papel muy relevante en las decisiones mundiales en salud, lo que dificulta la coherencia y el impacto de las políticas globales de salud diseñadas por los estados.**

Muchas empresas privadas se han incorporado a la Agenda del Desarrollo en el sector salud, pero sin unos mecanismos claros de control, rendición de cuentas y transparencia que orienten sus resultados realmente hacia las personas, sobre todo hacia aquellas que son más vulnerables. La falta de producción de medicamentos esenciales, como la penicilina benzatina, el aumento del coste de la vacunación (en 2014 inmunizar a un o una menor de 12 enfermedades costaba 38 veces más que en 2001) o la sobre medicalización de la vida, son ejemplos claros de problemas globales que tienen su fuente en como las instituciones públicas no asumen su función rectora y de control en la salud. A estos problemas debemos añadir la relevancia actual de los denominados determinantes comerciales de la salud. Son definidos como las diversas formas en que la industria (de la alimentación, alcohol o tabaco, por ejemplo) es capaz de operar para promover sus productos, y cual es o debería ser la acción gubernamental dirigida a reducir el daño que causan estos productos en la salud. Muchos países se ven impotentes para luchar contra las estrategias agresivas de marketing de las tabacaleras o controlar la promoción transfronteriza de ciertos alimentos que se relacionan con el sobrepeso y la diabetes.

*Para mejorar la salud mundial es necesario asegurar la función rectora de las instituciones públicas, aplicar medidas globales que garanticen la prevalencia de la salud pública sobre intereses economicistas y controlar el comportamiento de los determinantes comerciales de la salud a nivel mundial, regional, nacional y local.*

**2.- La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) va a ser el marco de trabajo en salud a nivel mundial. Para conseguir la CSU del 95% de la población de los 67 países con rentas más bajas, se estima que debe darse un gasto adicional progresivo en salud, que en 2030 debería alcanzar los 371.000 millones de dólares.**

Muchas de las muertes que existen actualmente en el mundo son evitables, pues tenemos la tecnología y recursos para evitarlas, pero solamente una pequeña parte de la población mundial tiene acceso real a un sistema sanitario eficaz. Para conseguir una gran convergencia en la equidad en salud, los países de renta media y baja deben equipararse a los de rentas altas. Según algunos estudios, para obtener resultados notables en estos países, se requiere un gasto de 271 dólares por persona y año, lo que supone que en 2030 se estará destinado a salud 371.000 millones de dólares. El 75% de este incremento en el gasto de salud, lo absorberían los sistemas de salud. Estas partidas extraordinarias superan las capacidades de la cooperación externa, que en 2016 destinó 22.000 millones a salud. Incluso aunque hubiera un aumento de los presupuestos nacionales para salud, difícilmente se llegaría a esas cifras, aun cuando está demostrado que invertir en salud mejora la situación económica de un país (el 24% del crecimiento económico de estos países en el periodo 2000-2013 se debió al aumento del valor por años de vida adicionales). Las otras aportaciones externas de otros actores como las entidades filantrópicas o entidades público privadas o privadas deben estar bajo la rectoría de los gobiernos nacionales y la OMS, y trabajar para fortalecer los sistemas públicos de salud, priorizar la Atención Primaria de Salud y reconocer los determinantes de la salud para asegurar su impacto, eficiencia y efectividad.

*Para alcanzar el objetivo de la CSU se requiere un aumento de los presupuestos nacionales en salud y una mayor cooperación en salud, así como un control exhaustivo de las aportaciones de otros actores públicos y privados, bajo la función de rectoría de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).*

**3.- Nuevas amenazas aparecen en el horizonte de la salud mundial entre las que destaca la resistencia a los antimicrobianos. Actualmente hay 12 bacterias que necesitan urgentemente nuevos medicamentos.**

El uso indiscriminado e inapropiado para personas e incluso animales, unido a la evolución natural de los patógenos, está provocando que muchos medicamentos estén dejando de ser útiles. Se considera que más del 50% de los antibióticos prescritos no son necesarios o no son efectivos, y mucha de esta culpa es la falta de informa-

ción sobre la utilización de estos medicamentos. El 57% de los europeos no saben que los antibióticos no son eficaces contra los virus. España es uno de los países europeos en los que más ha crecido el consumo de antibióticos, desde 2009 un 9%.

El problema es muy importante en estos momentos, pero se va a multiplicar en los próximos años si no tomamos medidas: se estima que para 2050 habrá 10 millones de muertos por esta causa, superando las muertes mundiales por cáncer. La mayor parte de estas muertes ocurrirán en los países más empobrecidos (en la India cerca de 60.000 recién nacidos mueren al año por infecciones resistentes a los tratamientos), pero será un problema global que afecte a todos los países. De hecho, la OMS advierte que podemos estar comenzando una era post-antibiótica, y algunas enfermedades dejarán de tener tratamientos eficaces en los próximos 10 años. Mientras que más del 80% de los países de ingresos altos tienen o están preparando un plan para combatir este problema, solo el 30% de los países de ingresos bajos dispone de un plan o lo está preparando.

*A pesar de que existen diversos planes internacionales de la OMS o de la UE, es necesaria una respuesta mucho más contundente a nivel internacional. La OMS debería liderar una acción conjunta que coordinaría y supervisaría los esfuerzos de todos los actores involucrados, incluyendo las empresas farmacéuticas, siempre prevaleciendo el derecho a la salud a otros intereses. Además, debería impulsar y ayudar a la elaboración de estrategias coherentes de lucha contra este problema en todos los países, incluyendo los más empobrecidos para poder atajar este problema.*

**4.- La AOD neta del conjunto del CAD aumento el 8,9%, hasta alcanzar los 142.600 millones de dólares. Esta cifra tiene un sesgo que debemos destacar: se contabilizan 15.407 millones de dólares, un 10,8% del total de la ayuda, destinados para la atención de personas refugiadas en países donantes.**

Los países enriquecidos disfrazan de 'ayuda' 15.400 millones de dólares, un 10% de toda su ayuda. Este dinero lo invierten en gestionar solicitudes de asilo o compensar a otros países con el objetivo de atender refugiados en sus propios países y limitar la migración. Por ejemplo, Noruega ha aumentado su AOD hasta el 7,8% respecto a 2015, pero vemos que en realidad ha bajado un 1,4% su AOD si descontamos los fondos destinados a personas refugiadas en el país. Es necesario definir exactamente qué se puede incluir como AOD genuina, pues hay temáticas que deberían quedar fuera del cómputo de la cooperación como son los gastos en atención a personas migrantes en los propios países donantes, el pago de deuda externa y sus intereses, becas de estudiantes extranjeros o ayuda ligada a intereses de los donantes.

*La UE debe impulsar, tanto de los países miembros como de las propias instituciones europeas, el cumplimiento del 0,7% en AOD genuina, y el conjunto de países donantes debería seguir los pasos de Luxemburgo y comprometerse a no computar como AOD los gastos de atención a personas refugiadas en su país.*

**5.- La AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD disminuyó un 3,6%, un aspecto que debe cambiar en próximos años, sobre todo en las instituciones europeas.**

El conjunto de donantes destinaron 20.450 millones de dólares a salud, un descenso de 785 millones. La AOD en salud de las instituciones europeas también baja por segundo año consecutivo, un 8%, destinando solamente un 3,7% de su AOD a salud. Podemos afirmar que las instituciones europeas desatienden de forma crónica el sector de la salud, y sus compromisos políticos para con el sector no tienen continuidad con un presupuesto adecuado. Observamos que el modelo de ayuda es continuista, sin guiños que nos hagan pensar que se está produciendo una transición hacia los ODS, ni específicamente al de salud, y hace falta una apuesta más relevante con la salud. Un mayor impacto en la lucha contra la desigualdad y las inequidades puede lograrse si tenemos una población sana.

*Los países donantes deberían incrementar la cantidad de la ayuda, pues los recursos actuales son insuficientes para dar cumplimiento a las metas previstas en el ODS 3.*

**6.- En 2017 nace el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030 en España, que es la estructura orgánica responsable de la coordinación y el seguimiento de la Agenda 2030 y de la elaboración de una Estrategia nacional de Desarrollo Sostenible.**

España se ha comprometido en 2015 a cumplir con la Agenda 2030, adoptada por todos los Estados miembros de Naciones Unidas y de aplicación por tanto universal. El 28 de septiembre de 2017 nace así por Acuerdo de la Comisión Delegada del Gobierno para Asuntos Económicos el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, presidido por el Ministro de Asuntos Exteriores. Este Grupo es la máxima estructura a nivel nacional para la Coordinación y el seguimiento de la Agenda 2030, y entre sus cometidos destaca la elaboración de una Estrategia nacional de Desarrollo Sostenible. Es pronto para valorar su trabajo, aunque en breve debe dar respuesta a ciertas cuestiones relevantes: sobre que estructuras de control legislativo se van a apoyar, definir los espacios de participación de todos los actores y sobre que indicadores se

debe basar. En este informe proponemos unos indicadores específicos para el ODS 3 de salud, y que nuestro sistema de salud sea un referente para mostrar en los foros internacionales sobre salud global.

*Celebramos que dé sus primeros pasos esta estructura gubernamental, que si bien no responde en su totalidad a nuestras demandas, entendemos necesaria para dar seguimiento al cumplimiento de la Agenda 2030. Aspirábamos a que el liderazgo estuviera en presidencia o vicepresidencia por entender que su transversalidad excede el marco ministerial. Por el momento debemos ser prudentes hasta poder analizar los resultados de su plan de trabajo y los procesos en los que se debe sustentar, y ponemos a su disposición nuestro trabajo sobre los indicadores a los que daríamos más relevancia para hacer el seguimiento del ODS 3 en España.*

**7.- En 2016 la AOD española ascendió a 4.150 millones de euros (0,33% de la renta nacional bruta) de los cuales 1.958,8 millones de euros corresponden a una operación de cancelación de deuda con Cuba. Si elimináramos la operación de alivio de la deuda, la AOD alcanzaría el 0,17% de la RNB, muy lejos del 0,51% de media del conjunto del CAD.**

Cualquiera de las cifras presentadas, incluso sumando la partida de alivio de deuda con Cuba, mantienen a España muy alejada del compromiso renovado del 0,7% adoptado en julio de 2015 en Addis Abeba, y de la media del conjunto de los países del CAD. Por otro lado, la debilitada Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), después de un tijeretazo acumulado parecido al de las ONGD, en torno al 70% desde 2011, apenas se beneficiará del incremento de la AOD. Ello no hace sino ratificar la irrelevancia a la que ha sido llevada la AECID como organismo gestor de la cooperación y alimentar los rumores sobre su futuro.

*Los incrementos que puedan producirse en la AOD deben tener su reflejo en el presupuesto de las ONGD y de la AECID, pues no es baladí el hecho de ser ambas instituciones quienes deberían ser el resorte instrumental central para la ejecución de la política de cooperación, ya que son quienes mayores conocimiento, estructura y experiencia acumulan.*

**8.- De los 4.150 millones de euros de AOD, a salud se destinaron 65.381.723 euros, un residual 1,6%, muy lejos de la media del CAD que destinó un 13% de AOD a salud. Desde 2008, tanto las cifras absolutas como el peso relativo del sector salud en la AOD española, han disminuido de forma alarmante.**

Aún si no tuviéramos en cuenta la operación de deuda con Cuba, la salud seguiría perdiendo peso de manera relevante, pues supondría el 3,1% del total de la AOD, muy lejos de la media europea. Si analizamos la tendencia de los últimos años, se observa que este problema no se debe a un hecho puntual. En 2016 se destinó a salud el 12% del monto destinado en 2008; es decir, se ha pasado de un 10% del total de la AOD en esos años a menos del 2% actual. Y esta cifra disminuiría si refiriéramos exclusivamente a la contribución neta española, esto es, restando el peso de las devoluciones de préstamos que se computaron como cooperación sanitaria en ejercicios anteriores a 2014. Concretamente, en 2016 retornaron más de 31,8 millones de euros, lo que representa el 48,7% del monto destinado a salud en este año. Estas cantidades deberían utilizarse en el mismo sector, y deberían ser computadas como partidas extraordinarias.

*Es necesario un incremento del peso de la salud en la AOD española para responder a las necesidades mundiales en el sector, y que las devoluciones de préstamos anteriores en el sector se computen como partidas extraordinarias hacia el mismo sector.*

### **9.- La cooperación descentralizada aumenta su AOD en 2016 por segundo año consecutivo.**

La cooperación descentralizada aporta valor añadido a la cooperación española y es bueno reconocerlo. Permite trabajar en sectores y áreas geográficas que quedan fuera de las grandes políticas nacionales e internacionales. Personas y comunidades invisibles en las macro cifras que se mueven internacionalmente, pero que suelen ser quienes mayores problemas de vulnerabilidad tienen. Se trata de una cooperación muy directa que une sociedades receptoras y donantes, mejorando el conocimiento en ambas direcciones y profundizando en el establecimiento de redes formales e informales.

El incremento bruto de la cooperación descentralizada en 2016 asciende a casi 30 millones de euros, un 15% más que lo destinado en 2015, alcanzando los 218,76 millones de euros. Este incremento tiene su origen tanto en las administraciones autonómicas como en las entidades locales. En cuanto al sector salud, parece que hay una tendencia a bajar su peso, aunque sigue siendo mucho mayor que en la estatal. 5 CCAA concentran el 75% de la ayuda en salud autonómica y 10 EELL suponen el 52% de toda la ayuda en salud local.

*La aportación de la cooperación descentralizada al sector salud tiene que crecer en su presupuesto y en su calidad. Las cifras de los actores de la descentralizada indican*

*la gran heterogeneidad del sector y la necesidad de planificar conjuntamente para aumentar su impacto y poder ser un actor relevante en los ODS.*

### **10.- 2016 ha devuelto a la primera plana la preocupación por la reducción del espacio humanitario.**

En 2016 aumentaron los ataques a personal e instalaciones humanitarias; el personal humanitario sufrió 158 incidentes con un resultado de 101 personas muertas y 98 personas heridas. En cuanto a los ataques a instalaciones humanitarias sólo en Siria, desde el inicio del conflicto armado, se han producido 478 ataques a 323 instalaciones arrojando un resultado de 830 muertes de personal sanitario. Del total de ataques, el 90% fueron perpetrados por las fuerzas del gobierno y sus aliados. Aunque Siria es el país donde más ataques se han producido, no es el único, en Sudán del Sur, Afganistán, RD Congo, Somalia y Yemen también se han producido ataques contra el personal y las instalaciones humanitarias.

La Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de NNUU sobre atención médica en conflictos armados es un paso adelante, pero no sirve de nada si no va acompañada de compromiso político y medidas concretas contra los causantes de los ataques.

*La comunidad internacional, y España como miembro de la misma que ha tenido un papel destacado en la aprobación de la resolución 2286, deben tomar medidas que acaben con la impunidad que rodea a estos ataques y la vulneración del derecho humanitario internacional.*

### **11.- Los países donantes asignan más fondos de AOD a ellos mismos que a las crisis humanitarias a nivel mundial.**

La ayuda internacional para dar respuesta a las crecientes necesidades humanitarias, ascendió en 2016 a 22.900 millones de dólares. Aunque aumentaron los fondos, siguen siendo insuficientes para cubrir las crecientes necesidades humanitarias en el mundo. Además, preocupa que la brecha de financiación se mantenga en torno al 40%, a pesar del compromiso adquirido por los gobiernos durante la I Cumbre mundial humanitaria para reducir dicha brecha.

Si miramos la financiación de los países donantes del CAD, vemos que mientras la financiación de la acción humanitaria, aquella que va a los países que sufren conflictos, desastres naturales y crisis humanitarias, ha aumentado ligeramente en los tres últimos años hasta situarse en los 14.451 millones de dólares, el gasto de atención a personas refugiadas que los donantes gastan en sus propios países, y que se imputa

como AOD, se ha triplicado hasta alcanzar los 15.535 millones de dólares. Esto quiere decir que en 2016, los países del CAD, y especialmente los países europeos, han gastado más en atender las necesidades de las personas refugiadas que llegaban a sus países que en todas las crisis humanitarias del mundo, donde se concentraban el 86% de las personas refugiadas y desplazadas y por tanto donde estaban las mayores necesidades humanitarias.

*Los donantes deben asumir sus compromisos internacionales e incrementar los fondos destinados a la acción humanitaria para poder cubrir al menos el 75% de los llamamientos de Naciones Unidas. Esto se podría conseguir si no se computaran como AOD los gastos por la atención a personas refugiadas en sus propios países.*

## **12.- La AOD destinada a la acción humanitaria sigue siendo un componente residual dentro de la AOD española.**

Como respuesta al aumento de las necesidades humanitarias mundiales, a los 96 millones de personas en 40 países que necesitaron ayuda externa para cubrir sus necesidades básicas, la cooperación española apenas ha aumentado la AOD destinada a la acción humanitaria, pasando de 46,5 millones de euros en 2015 a 51,3 millones en 2016, a la cola de los donantes europeos. En términos porcentuales, la acción humanitaria representó el 1,33% del total de la AOD, un porcentaje irrisorio, incluso si descontamos la cantidad destinada a condonar la deuda de Cuba, el porcentaje subiría al 2,54% de la cooperación española, cada vez más lejos de la recomendación del CAD de destinar al menos el 7% del total de la AOD a acción humanitaria, y del compromiso de la propia CE de destinar el 10% del total de la AOD.

*La cooperación española debe recuperar su posición en el conjunto de actores internacionales comprometidos con la acción humanitaria. Para ello debe aumentar los fondos de AOD destinados a acción humanitaria en 2018 y que dicho incremento se mantenga en el tiempo hasta alcanzar los niveles que le corresponden como país donante.*

## **13.- La cooperación descentralizada aumenta su AOD destinada a la acción humanitaria mientras el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación la reduce.**

Cuando analizamos los datos de la financiación de la acción humanitaria, observamos que el incremento de 5 millones de euros se debe en su totalidad al aumento

de la aportación de la cooperación descentralizada, que ha pasado de 10,7 millones de euros en 2015 a 18,8 millones de euros en 2016. Por el contrario, el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, que es el principal financiador de la acción humanitaria, ha reducido un 10% sus fondos, pasando de 35,8 millones en 2015 a 32,5 millones de euros en 2016.

Las comunidades autónomas aumentaron su aportación en dos millones de euros, superando los 12 millones de euros. Pero han sido las entidades locales las que han experimentado un espectacular incremento, pasando de 773.471 euros en 2015 a 6.350.465 euros en 2016.

El aumento de la financiación de la AH por parte de las CCAA y las EELL, aunque bienvenida, debe acompañarse de una mayor coordinación entre las diferentes administraciones y de liderazgo por parte de la Oficina de Ayuda Humanitaria de la AECID para que las respuestas a las numerosas crisis humanitarias sea lo más eficiente posible.

*La cooperación descentralizada debe mantener y consolidar la tendencia al alza de los últimos dos años, mientras que el ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación debe revertir el descenso en la financiación de la AH y recuperar su posición de liderazgo de la acción humanitaria.*

## ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Accra.
AAAA	Agenda de Acción de Addis Abeba
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACNUR	Agencia de las Naciones Unidas para los Refugiados.
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional y para el Desarrollo.
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio.
AGCS	Acuerdo General sobre Comercio de Servicios.
AGE	Administración General del Estado.
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas.
ALAMES	Asociación Latinoamericana de Medicina Social
AOD	Ayuda oficial al desarrollo.
AOED	Alianza de OSC para la Eficacia del Desarrollo
APS	Atención primaria de salud.
ATTAC	Asociación por la Tasación de las Transacciones y por la Ayuda a los Ciudadanos.
BAfD	Banco Africano de Desarrollo.
BA5D	Banco Asiático de Desarrollo.
BDR	Bancos regionales de desarrollo.
BM	Banco Mundial.
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial.
BRICS (países)	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica.
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo.
CAP	Procedimiento de llamamientos unificados / Consolidated Appeals Process.
CCAA	Comunidades autónomas.
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental.
CERF	Fondo de Emergencia Central de Respuesta / Central Emergency Response Fund.
CHF	Fondos comunes para emergencias.
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIN-1	Primera Conferencia Internacional de Nutrición
CIN-2	Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición
CODC	Catálogo de ocupaciones de difícil cobertura.
CRED	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes.
CRS	Sistema Acreedor de Información / Creditor Reporting System.

CSU	Cobertura Sanitaria Universal	INB	Ingreso Nacional Bruto
CTL	Transacciones de divisas / Currency Transaction Levy.	IOM	Organización Internacional para la Migraciones.
DDHH	Derechos humanos.	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar.
DES	Documento estratégico salud.	ITS	Infecciones de Transmisión Sexual.
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo.	MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación.
DNDC	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas / Drugs for Neglected Diseases initiative.	MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española.
DOTS	Directly Observed Treatment short-course	MCINN	Ministerio de Ciencia e Innovación.
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea.	MEH	Ministerio de Economía y Hacienda.
EELL	Entidades locales.	MFMATMN	Mecanismo de Financiación Mundial en Apoyo de Todas las Mujeres y Todos los Niños
EM-DAT	Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití.
ERC	Emergency Relief Coordinator.	MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio.
ETS	Enfermedades de transmisión sexual.	MMV	Medicines for Malaria Venture.
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo.	MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Food and Agriculture Organization of the United Nations	NHLBI	Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre
FED	Fondo Europeo de Desarrollo.	NIAID	Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas
FG	Fondos globales.	NNUU	Naciones Unidas.
FICMLR	Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (AECID).
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola.	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.
FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa.	OCHA (OCAH)	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios / Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas.	ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio.
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo.	ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles.
FpD	Financiación para el Desarrollo	OEA	Organización de Estados Americanos.
FTS	Financial Tracking Service.	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos.
FTT	Financial Transaction Tax.	OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica.
GAVI	Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones.	OIM	Organización Internacional de las Migraciones.
GFATM	Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis / The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.	OIT	Organización Internacional del Trabajo
GHD	Principios y Buenas Prácticas de la Buena Donación Humanitaria.	OMC	Organización Mundial del Comercio.
IASC	Comité Permanente Inter-Agencias	OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization).
IAVI	Iniciativa Internacional para la vacuna del sida / International AIDS Vaccine Initiative.	OMUDES	Organismos multilaterales de desarrollo.
ICD	Instrumento de Cooperación al Desarrollo	ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito.
ICESDF	Comité Intergubernamental de Expertos sobre Financiamiento para el Desarrollo Sostenible (por sus siglas en Inglés)	ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización.	ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
IFRC	Federación internacional de la Cruz Roja y Media Luna	ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida
IHP	International Health Partnership.	OPS	Organización Panamericana de Salud
		OSCE	Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa
		OTC	Oficina técnica de cooperación
		PACI	Planes anuales de cooperación internacional

PAE	Programas de Ajuste Estructural
PEPFAR	Plan presidencial de respuesta contra el sida
PDPs	Partenariados desarrolladores de productos
PIB	Producto interior bruto
PIDESC	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
PMA (WFP)	Programa Mundial de Alimentos / World Food Programme
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PKK	Partido de los Trabajadores del Kurdistan
PRB	Países de renta baja
PRM	Países de renta media
PRMA	Países de renta media alta
PRMB	Países de renta media baja
RANSA	Reunión de Alto Nivel sobre Seguridad Alimentaria y Nutricional
RDC	República Democrática del Congo
RTVE	Radio Televisión Española
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional y para Iberoamérica
SRP	Planes Estratégicos de Respuesta
SUS	Sistemas Universales de Salud
SWAP	Sector Wide Approach
TCA	Terapia Combinada de Artemisina
TAR	Terapia Antiretroviral
TB	Tuberculosis
UE	Unión Europea
UN HABITAT	Programa de las Naciones Unidas para los Asentamientos Humanos
UNDG	Grupos de desarrollo de las Naciones Unidas
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNITAID	Facilidad internacional de compra de medicamentos
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNOPS	Oficina de las Naciones Unidas de Servicios para Proyectos
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in the Near East
VIH/sida	Virus de la inmunodeficiencia humana



**medicusmundi**

**Federación de Asociaciones  
de Médicos Mundi en España**

C/ Lanuza 9, local / 28028 Madrid

Tel.: 91 319 58 49 / 902 101 065

[federacion@medicusmundi.es](mailto:federacion@medicusmundi.es)

[www.medicusmundi.es](http://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](mailto:comunicacion@medicosdelmundo.org)

[www.medicosdelmundo.org](http://www.medicosdelmundo.org)