LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA ACCIÓN HUMANITARIA

INFORME 2016

medicusmundi

MÉDICOS DEL MUNDO

Equipo técnico
Carlos Mediano
Emiliana Tapia

Equipo asesor
Félix Fuentenebro
José Félix Hoyo
Elena Urdaneta

Colaborador
Luca Beltrame
Ricardo Angora

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
Lanuza 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 **medicus**mundi y Médicos del Mundo.

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2016
medicusmundi
Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN **13**

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

1. Introducción 17
2. ¿Comienzan los ODS…, o terminan los ODM? 19
   - 2.1. Los ODM: resultados globales de 15 años de trabajo 21
   - 2.2. EL Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3: la salud 22
     - 2.2.1. Los problemas de salud que se mantienen desde los ODM 24
     - 2.2.2. Las "nuevas enfermedades" de la era de los ODS 28
     - 2.2.3. La Cobertura Sanitaria Universal 32
     - 2.2.4. Conclusiones en relación al ODS 3 36
   - • Muchas desigualdades entre los servicios sanitarios de las CCAA 37
   - 2.3. Los avances en el resto de los ODS y su relación con la salud 38
     - Objetivo 1. Poner fin a la pobreza en todas sus formas y en todo el mundo 38
     - Objetivo 2. Poner fin al hambre, lograr la seguridad alimentaria y la mejora de la nutrición y promover la agricultura sostenible 39
     - Objetivo 4. Garantizar una educación inclusiva y equitativa de calidad y promover oportunidades de aprendizaje permanente para todos y todas 40
     - Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas 41
     - Objetivo 6. Garantizar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos 42
     - Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos 42
     - Objetivo 8. Promover el crecimiento económico sostenido, inclusivo y sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos 43
     - Objetivo 9. Construir infraestructuras resilientes, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación 43
     - Objetivo 10. Reducir la desigualdad en los países y entre ellos 44
     - Objetivo 11. Lograr que las ciudades y los asentamientos humanos sean inclusivos, seguros, resilientes y sostenibles 45
     - Objetivo 12. Garantizar modalidades de consumo y producción sostenibles 45
     - Objetivo 13. Adoptar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos 46
     - Objetivo 14. Conservar y utilizar sosteniblemente los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible 46
     - 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 47
     - 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 47
     - Objetivo 17. Fortalecer los medios de implementación y revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible 47
   - 2.4. Primer informe de seguimiento ODS por países: pocos y diversos 48
   - • La economía política de los objetivos y las metas de desarrollo sostenible para el 2030: ¿Hemos definido como llegar a ellos? 50
3. La epidemia del ZiKa 52
   - 3.1. El virus 52
   - 3.2. Las complicaciones 54
   - 3.3. ¿Sabemos lo necesario de esta epidemia? 55
   - 3.4. Conclusiones 57
4. Envejecimiento y salud 58
5. España y la Agenda 2030 60

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL **65**

1. Evolución de la Ayuda al Desarrollo total del CAD 65
   - 1.1. Distribución de la AOD en 2015 73
2. Evolución de la AOD en Salud 75
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 80
4. Avances en el proceso de revisión del concepto de AOD en el seno del CAD 82
5. La UE frente a la mal llamada "crisis de los refugiados" 83
6. Los tratados de libre comercio y su impacto en la salud 85
   - 6.1. El TTIP 85
   - 6.2. El TiSA 87

CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA 91
1. Consideraciones generales 91
   1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD 91
   1.2. Datos generales de la AOD en 2015 93
2. La AOD en salud en 2015 95
   2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2015 95
   2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales 101
      2.2.1. AOD multilateral en salud en 2015 101
      2.2.2. AOD multibilateral en salud en 2015 103
   2.3. Distribución sectorial de la AOD en salud 103
   2.4. Distribución geográfica de la AOD en salud 107
3. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales 110
   3.1. La AOD descentralizada 110
   3.2. La AOD descentralizada en salud 112
• Por una política de Estado: 0,7% de AOD por ley 118

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA 121
1. Introducción 121
2. La ayuda humanitaria Internacional 124
• I Cumbre Mundial Humanitaria 125
3. La ayuda humanitaria del sistema de NN.UU. 126
4. La ayuda humanitaria de la UE 129
   4.1. Canalización de la ayuda de la UE 131
      4.1.1. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO 131
      4.1.2. La Salud en la acción humanitaria de la Comisión Europea 132
5. La acción humanitaria española 132
   5.1. La canalización de fondos 134
      5.1.1. La ayuda humanitaria bilateral 134
      5.1.2. La ayuda humanitaria multibibilateral 136
      5.1.3. La ayuda humanitaria multilateral 137
   5.2. Distribución geográfica de la ayuda humanitaria 137
   5.3. La ayuda humanitaria por sectores 139
   5.4. La ayuda humanitaria por agentes 140
6. La ayuda humanitaria descentralizada 140
• Terremoto de Nepal ¿Lección aprendida? 142
• Atención de salud a personas migrantes y en busca de asilo en Europa 143

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 147

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1.1. Evolución de la tasa de mortalidad materna en el mundo. 1990-2015. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes 24

Gráfico 1.2. Evolución de la tasa de mortalidad infantil en el mundo. 1990-2015. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes 26

Gráfico 1.3. Nº muertes totales por VIH, malaria y tuberculosis 2000-2015. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios Informes 27

Gráfico 1.4. Las dimensiones de la cobertura sanitaria universal. Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2010, OMS 32

Gráfico 1.5. Casos y muertes por microcefalia y Zika en Brasil. Fuente: Elaboración propia utilizando los datos de los informes epidemiológicos del "Centro de operações de emergências em saúde pública sobre microcefalias" del Ministerio de Salud de Brasil 56

Gráfico 2.1. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2015. Fuente: CAD OCDE, 2016 67

Gráfico 2.2. Evolución de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE, varios informes 68

Gráfico 2.3. Gasto destinado a refugiados por países europeos del CAD y países del CAD no europeos. Fuente: OCDE, 2016 69

Gráfico 2.4. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2015. Fuente: OCDE, 2016 71

Gráfico 2.5. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System 76

Gráfico 2.6. Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System 76

Gráfico 2.7. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinada a salud. Comparativa CAD-España. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System 77

Gráfico 2.8. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2014 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System 78

Gráfico 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB 2006-2015. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID 95

Gráfico 3.2. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID. El dato de 2015 es una previsión en base a la Comunicación 2015 97

Gráfico 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID 106

Gráfico 3.4. Evolución de la AOD descentralizada (CCAA+EELL) en España 1994-2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID 110

Gráfico 3.5. Evolución de la AOD de CCAA y EELL 2008-2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID 111

Grafico 4.1 Principales donantes de Fondos comunes (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 128

Gráfico 4.2. Principales países receptores de Fondos Comunes (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del Financial Tracking Service de NNUU 129

Grafico 4.3. Canalización de los fondos de ECHO a través de organizaciones humanitarias en 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO 131

Gráfico 4.4. Destino geográfico de los fondos comunes de la UE para ayuda humanitaria en 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO 132

Gráfico 4.5. Evolución de la AOD Española destinada a la acción humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 133

Gráfico 4.6. AOD española multibilateral para AH en 2015 por vía de canalización. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 136

Gráfico 4.7. Asignación de fondos por sectores en 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA 139

Gráfico 4.8. Ayuda Humanitaria descentralizada por regiones de destino. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 142

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. AOD neta de los países del CAD 2011 – 2015 (desembolsos en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE – CAD 74

Tabla 2.2. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....78

Tabla. 2.3. 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 2.4. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2013 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....81

Tabla 3.1. Distribución de la AOD bruta española en salud (Previsión 2015). Fuente: SGCID. Comunicación 2015.....96

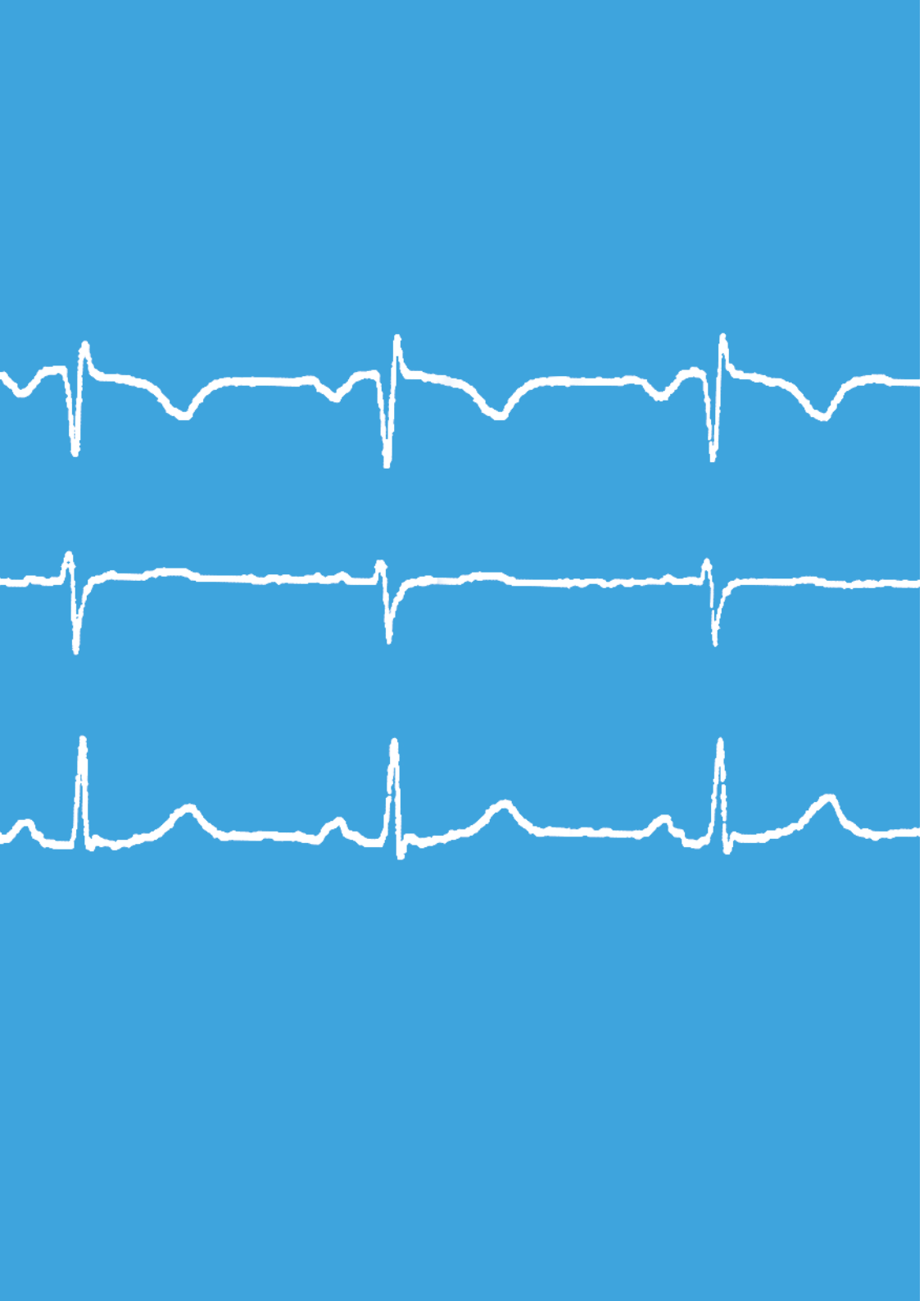
Tabla 3.2. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2010-2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD publicados por SGCID 98

Tabla 3.3. Resumen de la AOD española en salud. 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD 2015 publicados por SGCID 100

Tabla 3.4. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2009–2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....102

Tabla 3.5. Distribución de AOD multibilateral en salud según organismo receptor. 2010 – 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID 104

Tabla 3.6. Distribución de AOD en salud por canales y subsectores CAD/CRS.2015. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID 105
Tabla 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID 107
Tabla 3.8. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del IV Plan Director, 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.....108
Tabla 3.9. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID 109
Tabla 3.10. Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID 109
Tabla 3.11. AOD total de las CCAA en 2015 - 2013. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID 112
Tabla 3.12. AOD en salud de las CCAA, 2013-2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID 113
Tabla 3.13. AOD descentralizada en salud según subsectores CRS. 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID 115
Tabla 3.14. AOD descentralizada en salud por áreas geográficas. 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID 116
Tabla 3.15. AOD descentralizada en salud por grupos de países según nivel de renta. 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID 117
Tabla 4.1. Canalización de la financiación internacional en 2015. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 124
Tabla 4.2. Ayuda humanitaria del sistema de Naciones Unidas. Año 2015. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 126
Tabla 4.3. Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU ...127
Tabla 4.4. Evolución de la asignación a Fondos comunes gestionados por UNOCHA (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 128
Tabla 4.5. Aportaciones de los Estados de la UE durante 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FTS de NNUU 130
Tabla 4.6. Desglose de la AOD destinada a AH por vía de financiación. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 134
Tabla 4.7. AOD Española bilateral para AH por vías de canalización. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 135
Tabla 4.8. AOD española destinada a AH por regiones. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 137
Tabla 4.9. Los principales receptores de AH española en 2015. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 138
Tabla 4.10. Ayuda Humanitaria por CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 141



INTRODUCCIÓN

La mejor forma de fortalecer la confianza de la sociedad en las instituciones es con la aplicación de una buena política de transparencia y rendición de cuentas. Seguro que para muchas personas esto es una evidencia, que sin duda lo es, pero que nos sentimos en la necesidad de recordar debido al proceder de la Cooperación Española a la hora de proporcionar los datos de 2015. ¿Por qué decimos esto? Porque no hemos podido tener acceso a los datos de la AOD de 2015 hasta finales de octubre cuando el compromiso es que dichos datos estén disponibles a más tardar en julio. Este retraso dificulta el trabajo de quienes queremos contribuir a mejorar la cooperación desde un análisis riguroso. La rendición de cuentas debería ser una rutina interiorizada y mecanizada al interior de cualquier institución y más si se trata de la Administración General del Estado.

En 2015, la aportación para la financiación del desarrollo de la cooperación española ha seguido descendiendo hasta significar apenas el 0,12% de la Renta Nacional Bruta, mientras que el promedio de las aportaciones de los 23 países más ricos integrados en la OCDE ascendía hasta el 0,42% de la renta nacional bruta (RNB). España está muy lejos del compromiso del 0,7% y su aportación a la política de cooperación no deja de ser una cruel metáfora de un declive que trasciende lo meramente económico.

Mientras 6 países superan o igualan el 0,7% (Reino Unido, Noruega, Luxemburgo, Suecia, Países Bajos y Dinamarca), de entre los que no llegan, España es el que ha realizado el menor esfuerzo. No deja de ser triste e incongruente que la economía número 14 del mundo, por volumen de PIB, y la que experimentó un mayor crecimiento en 2015 entre las grandes potencias de la zona euro, encabece el ranquin de los países menos solidarios a la hora de contribuir al desarrollo humano, luchar contra la pobreza y trabajar por el pleno ejercicio de los Derechos Humanos.

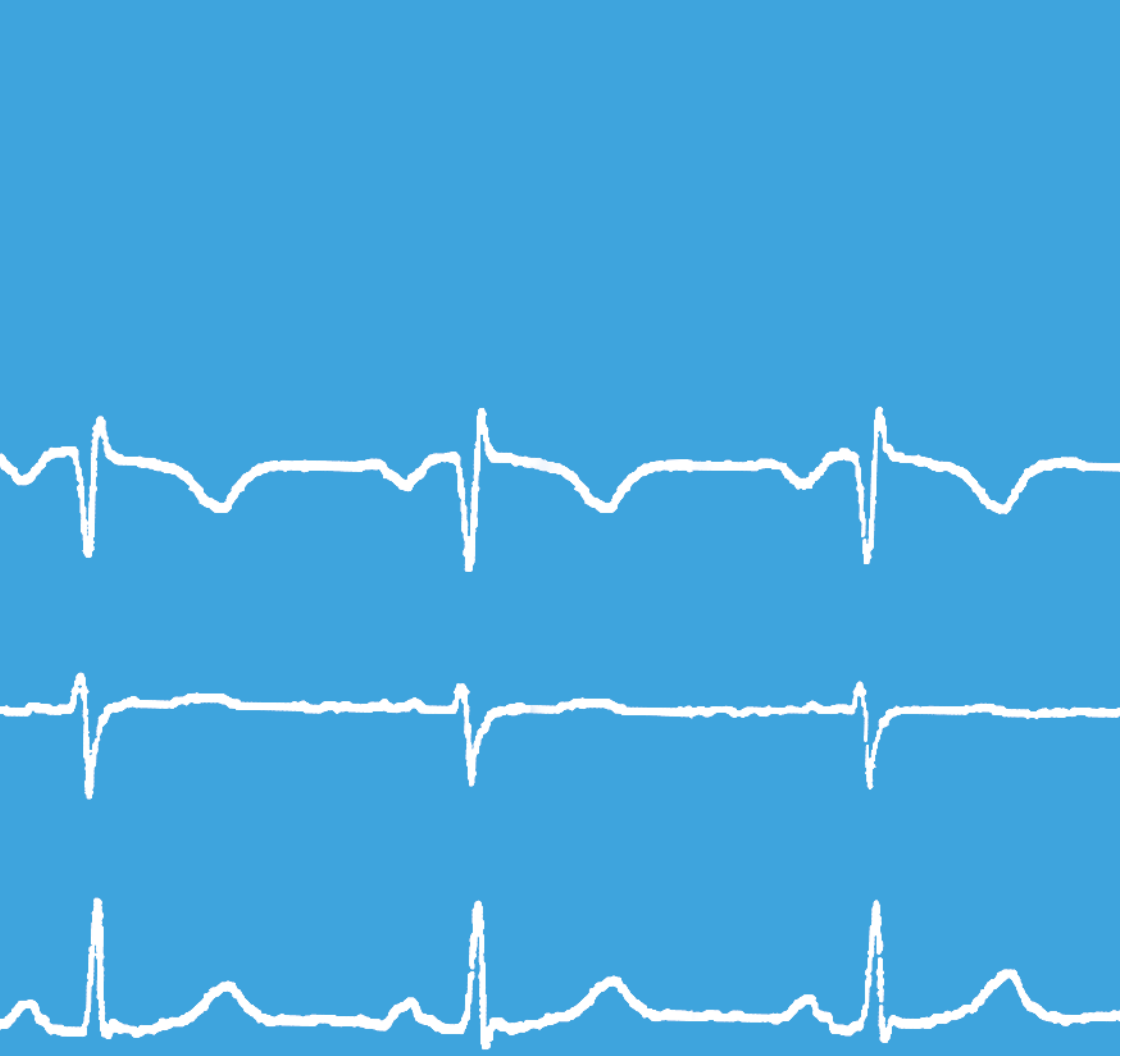
Analizando la tendencia de los últimos 4 años, que corrobora los datos de 2015, parece que España ha optado por quedarse fuera de la cooperación al desarrollo —y de la Agenda 2030— e incumplir reiteradamente los compromisos adquiridos con la comunidad internacional, una estrategia que sin duda erosiona la confianza del resto de países hacia España y nos lleva al aislamiento internacional. Es urgente revertir esta situación comenzando por exigir al gobierno que dote de capacidades la cooperación internacional y realice un esfuerzo presupuestario acorde a la capacidad del país.

Esta reivindicación que venimos realizando desde hace unos años, recientemente ha encontrado el respaldo del CAD que en su informe sobre la cooperación española destaca "la falta de criterio del Gobierno de España a la hora de identificar temas prioritarios, coordinación y establecimiento de estrategias. Y es que, si vamos a los datos, observamos que la ayuda total proporcionada por España apenas alcanza el 0,12% y lo destinado a los países menos adelantados supone un paupérrimo 0,03% de la RNB (datos CAD), cuando el objetivo que recomienda NN.UU sitúa esta ayuda entre un 0,15 y 0,20%; y que decir de la ayuda humanitaria que ha sufrido un descenso del 16,6%, a pesar de que las CCAA han realizado un esfuerzo e incrementado esta ayuda en un 10% (no incluye Cataluña por no disponer de datos desagregados); la buena noticia viene, una vez más, de la cooperación descentralizada que incrementa un 21% la ayuda (19% las CCAA y casi un 26% las EELL).

La nueva legislatura recién comenzada, tras un año perdido, tiene el reto de devolver a España a la comunidad de donantes, impulsando cuantitativamente la ayuda al desarrollo y comprometiéndose con una serie de medidas entre las que sobresale 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.

En el prólogo del IV Plan Director de la Cooperación Española (2013-2016), Mariano Rajoy Brey, Presidente del Gobierno, escribe: "España es un país solidario, que ha dado siempre numerosas muestras de generosidad con las poblaciones más pobres del mundo y que, pese a las dificultades del contexto actual, sigue manteniendo su compromiso". "La Ayuda al Desarrollo no es sólo un acto de generosidad, sino también una inversión solidaria y de futuro, porque lo que está en juego es el bienestar global. Sólo aseguraremos nuestro futuro si podemos asegurar también el de todos aquellos que comparten con nosotros el planeta y sus recursos limitados". "Es por ello necesario entender la Ayuda al Desarrollo como una política de Estado, compartida por todo el espectro político y concebida como una inversión en nuestro futuro común". Compartimos su reflexión señor Rajoy y en sus manos está que se haga realidad.

Finalizamos esta introducción añorando la ausencia de Prosalus en este informe, que compartió viaje con nosotros durante 14 años, y agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación de este informe, especialmente 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, y a Marciano Sánchez Bayle, portavoz de la Federación de Asociaciones en Defensa de la Sanidad Pública) y Daniel López Acuña, Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada y Ex Director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis de la OMS, por sus artículos de opinión.



CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

Desde hace ya bastantes años, la comunidad internacional se ha dado cuenta que las soluciones que se deben aplicar para solventar los grandes problemas del planeta se deben hacer de forma conjunta y coordinada, y son necesarias herramientas comunes para conseguir un planeta más justo y equitativo. 2016 es el primer año de la era post ODM (Objetivos del Milenio), que en estos últimos 15 años nos han dejado grandes avances, pero también grandes retos para el futuro. Retos que en teoría deben asumir los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), que comenzaron a aplicarse en 2016 y durarán hasta 2030.

Básicamente, los grandes desafíos para el futuro trabajo de los ODS se concentran en tres asuntos: (i) reducir la enorme inequidad que existe en el planeta y que en algunos casos ha aumentado en estos últimos años; (ii) entender y trabajar los problemas de una forma multidimensional, integrando las soluciones en un mundo global, y por último, (ii) comprender que dependiendo de los procesos que utilicemos para solventar esos problemas mundiales la sostenibilidad de los resultados puede variar enormemente.

En este momento existen grandes contradicciones entre los ODS y muchas de las políticas transnacionales que actualmente están implementándose en el mundo, donde la gobernabilidad, la sostenibilidad e incluso la equidad están en cuestión. Hay cierta tendencia a confundir la idea de igualdad y equidad. La diferencia es que la equidad introduce un principio ético o de justicia que la igualdad no tiene. Por ejemplo, si ofertamos un servicio de salud para toda la población pero no toda tiene acceso real al mismo (por problemas económicos, culturales o de otra índole), y no proponemos soluciones para que todas las personas se beneficien de ese servicio, no estamos trabajando la equidad. En salud cada vez más las numerosas pandemias nos muestran una gran contradicción entre el derecho al acceso a la salud de muchas poblaciones y las soluciones, que en cada vez más ocasiones están solamente disponibles para las poblaciones más ricas del planeta, poniendo en cuestión la frase más icónica de los ODS: "no dejar a nadie atrás". En el ODS específico de salud de-

bemos mencionar el objetivo de conseguir la Cobertura Sanitaria Universal que, si se plantea de la forma adecuada, puede ser un elemento realmente transformador de la realidad actual, donde muchas personas están lejos de conseguir un mínimo acceso a los servicios de salud.

Es necesario que los ODS no solamente se implementen a nivel local de manera integrada, sino que se debe conseguir una mínima coherencia con todas las políticas globales a través de la priorización de los derechos humanos (entre ellos el de salud) sobre otras variables socioeconómicas, si realmente queremos conseguir resultados realmente sostenibles.

También es fundamental entender que este año es crucial para poner las bases que servirán para trabajar y valorar los resultados de los próximos años. Los indicadores que finalmente se utilicen en los ODS serán las guías que fundamenten el éxito o fracaso de los mismos, y por lo tanto es necesario que se definan correctamente estos indicadores. En salud existe el riesgo de medir exclusivamente enfermedad mediante tasas de morbilidad, y no de salud, que es un concepto muy diferente, tal y como viene definido en el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y que aún sigue vigente: "la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"[1]. Así mismo, sería necesario poder medir las relaciones de salud con los otros ODS, para poder confirmar ese espíritu de integralidad que se le presuponen a los ODS.

Por último, es necesario que todos los actores entiendan que este esfuerzo es un esfuerzo global que necesita de la participación de todos ellos, y que tienen una responsabilidad sobre los resultados que se obtengan. En el sector de la salud no solamente es necesario aumentar los recursos en cooperación sanitaria que realmente ayuden de forma eficaz a conseguir la Cobertura sanitaria Universal (CSU), sino también en los entornos locales, incluso en países de renta alta, pues el problema de la inequidad en el acceso es global, no solamente de los países más empobrecidos.

Hay mucho trabajo por hacer. Este capítulo pretende contribuir a entender mejor la relación de salud y los ODS y proponer caminos para conseguir mejorar la eficacia, impacto y sostenibilidad de las acciones específicas en los ODS en salud, a pesar de su complejidad.

1. http://www.who.int/suggestions/faq/es/

2. ¿COMIENZAN LOS ODS...., O TERMINAN LOS ODM?

En septiembre de 2015 se aprobó, en la Cumbre de Desarrollo Sostenible de Nueva York, la Agenda 2030 y los denominados Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), un consenso sobre los objetivos que van a marcar la agenda del desarrollo para los próximos 15 años, que entraron en vigor el 1 de enero de 2016[2]. Según el documento firmado, son 17 los Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas, de carácter "integrado e indivisible", aunque estos términos sean un poco confusos, pues no sabemos exactamente cómo y quién va a medir la integralidad e indivisibilidad de los ODS.

Los ODS se definieron como una respuesta a la situación global de inequidad, intentando aprender de la experiencia de los ODM. Pero ya desde su origen han aparecido algunas contradicciones y problemas que la plataforma "Futuro en Común" pone de relieve[3]. Estas primeras dificultades para contextualizar los ODS son múltiples, como la falta de reflexión sobre el modelo económico de desarrollo, que es causa de muchos de los problemas en el planeta, el riesgo de que al ser voluntaria su aplicación los países "elijan" los Objetivos más fáciles de conseguir, rompiendo la integralidad de los ODS, una excesiva confianza en las soluciones tecnológicas y comerciales, y que los ODS no se contemplan a través de un enfoque de derechos humanos.

En el Foro político de Alto Nivel sobre Desarrollo Sostenible de 2016 se presentó el primer informe sobre los avances en los Objetivos de Desarrollo Sostenible[4] (ODS). Previamente se había presentado el informe del Secretario de Naciones Unidas "Progresos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible", que fue la base en la que se ha sustentado este primer informe. El Foro de Alto Nivel tiene entre sus objetivos asegurar y promover la rendición de cuentas de los Estados miembros a sus ciudadanos, ya que los Estados miembros se comprometieron a llevar a cabo un seguimiento y un examen sistemáticos del cumplimiento de la Agenda 2030 en los niveles nacional, regional y mundial. Pero este compromiso no es obligatorio y depende mucho del interés de los países y de su capacidad de evaluar los progresos.

Este primer informe 2016 es muy limitado; no incluye a todas las metas que aparecen reflejadas en el informe sobre los progresos que presentó el Secretario General, el cual, al ser más completo, servirá como base para nuestro análisis. Al ser el primer informe lo utilizaremos como línea de base para conocer qué datos hay disponibles y cuáles son los retos futuros más importantes. Como la situación que describe está

2. http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/agenda_2030_desarrollo_sostenible_cooperacion_espanola_12_ago_2015_es.pdf
3. http://futuroencomun.net/sites/default/files/valoracion_agenda_2030-definitivo.pdf
4. http://unstats.un.org/sdgs/report/2016/The%20Sustainable%20Development%20Goals%20Report%202016.pdf

relacionada con lo que se ha hecho previamente, también podremos analizar los resultados conseguidos por los Objetivos del Milenio (ODM) en los primeros 15 años del siglo XXI.

A efectos de este informe, el análisis sobre los ODS lo dividiremos en varios apartados. Analizaremos de forma global y brevemente los resultados de los ODM; continuaremos por analizar específicamente el ODS 3 sobre salud, describiendo a su vez la situación actual de la salud y dejando un espacio a la cobertura sanitaria universal; seguiremos presentando resumidamente el avance sobre los ODS, y por último, presentaremos brevemente el primer informe de seguimiento de los países sobre los ODS.

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

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

2.1. Los ODM: resultados globales de 15 años de trabajo

Los ODM fueron el paradigma del desarrollo mundial y la lucha contra la pobreza durante 15 años, desde el 2000 hasta el 2015. Supuso un gran avance en la idea de trabajar conjuntamente y tener una visión global y compartida, consensuando metas comunes que todos los actores pudieran visibilizar, aunque fuera una estrategia muy enfocada a cambiar la situación solamente en los países más vulnerables.

Los resultados conseguidos han sido contradictorios. Por una parte se ha avanzado notablemente en muchas de las metas propuestas, incluso consiguiendo algunas de ellas, pero otras se han quedado lejos de su cumplimiento o no se han alcanzado de la misma forma en todas las regiones del planeta. Naciones Unidas presentó una visión a nuestro juicio algo optimista sobre los resultados conseguidos[5], a pesar de reconocer que los avances no han sido iguales ni en los 8 ODM, ni en las diferentes regiones del mundo. En su opinión, el establecer objetivos ambiciosos ha ayudado a conseguir en todos los ODM avances muy considerables, ha generado nuevas e innovadoras colaboraciones y ha impulsado que la opinión pública pueda hacer un seguimiento de los mismos. Pero también reconocían que las inequidades seguían existiendo y el progreso había sido desigual en los diferentes ODM.

Los grandes problemas que ha tenido la implementación de los ODM han sido:

– Escasa financiación: los compromisos políticos no se vieron acompañados de compromisos financieros adecuados para conseguir los resultados propuestos. En salud los expertos demandaban mucho más dinero que el que realmente se destinó, a pesar del incremento de financiación que tenían algunos programas específicos de salud.
– Las metas se han definido, los procesos no: si bien las metas que se querían conseguir eran en general muy claras, no se consensuó sobre qué procesos debían articular las iniciativas previstas para tener un mayor impacto y sostenibilidad. Iniciativas internacionales compitiendo en los mismos espacios en vez de buscar sinergias, la priorización de la visión de aquellas iniciativas con recursos internacionales sobre las políticas nacionales y no al revés, la debilitación de los sistemas locales de salud en vez de reforzarlos, son algunos ejemplos de malos procesos que han podido afectar a los resultados.
– Segmentar los resultados: cada ODM solamente se preocupaba sobre sus propias metas, cuando existía una interrelación entre muchas de ellas. Además faltaba coherencia global entre las acciones internacionales y locales. Por ejemplo, las políticas macroeconómicas o de ajuste estructural afectaban directamente a las

5. http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

políticas de salud y a los recursos que se destinaban a ellas en muchos países, pero esta consecuencia no se tenía en cuenta a la hora de aplicarlas.

– La participación de la sociedad ha sido muy escasa: muy poca gente conocía realmente los ODM. Por lo tanto eran políticas que no eran asumidas por la población, que solamente era el receptor de esas políticas. No se generaron espacios para un debate participativo sobre las prioridades ni sobre los procesos que debían sustentar los resultados a obtener, y tampoco se permitió una participación real de la población en el seguimiento y evaluación de esas metas.
– Fue un proceso totalmente voluntario: nadie, ni los países ni las instituciones internacionales se responsabilizaban de conseguir o no los resultados, y muchas veces no había forma siquiera de poder comparar quien lo hacía bien o mal.

Algunos de estos problemas pueden trasladarse a los ODS sino se definen los procesos más efectivos y sostenibles para alcanzar los resultados, o se pone énfasis en la responsabilidad real que los Estados deben asumir para el cumplimiento de estos ODS. No obstante, si hay voluntad, compromiso y recursos, los ODS pueden disminuir enormemente la inequidad en el planeta.

2.2. EL Objetivo de Desarrollo Sostenible número 3: la salud

El Objetivo 3, "garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades" es el ODS donde se enmarca las acciones puramente de salud, debiéndose lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención médica de calidad, sin que nadie se quede sin ella. El Objetivo mezcla asuntos muy diferentes: enfermedades específicas, estrategias y normas sanitarias o aspectos relacionados con la gestión del sistema sanitario. Incluye la salud reproductiva, materna e infantil; las enfermedades transmisibles, no transmisibles y ambientales; la ya nombrada cobertura sanitaria universal; y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. También solicita más investigación y desarrollo, aumentar la financiación y el personal de la salud y el fortalecimiento de la capacidad de todos los países para reducir y gestionar los riesgos para la salud.

En el informe presentado sobre los progresos de los ODS se analizan de forma muy compartimental la mayor parte de los problemas de salud que afectan a la población

OBJETIVO 3. GARANTIZAR UNA VIDA SANA Y PROMOVER EL BIENESTAR PARA TODOS EN TODAS LAS EDADES.

3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
3.3 Para 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
3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
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
3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
3.8 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.
3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

Además presenta 4 metas complementarias, y de hecho las numera de forma distinta:

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.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para 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 de Doha relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) 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 ADPIC en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
3.c. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, 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.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.

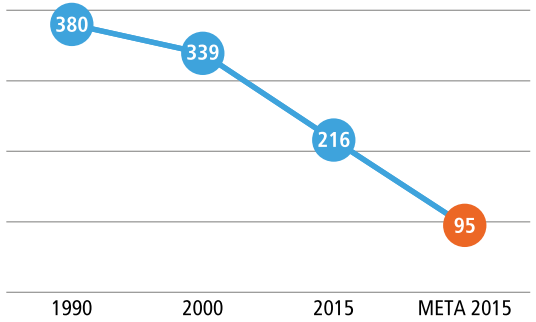
mundial, enfocándose exclusivamente en la enfermedad. No menciona avances del elemento más innovador de los ODS en salud, la cobertura sanitaria universal, pero es que tampoco se han decidido aún que indicadores se van a utilizar para medirla. Tampoco se menciona la financiación de los sistemas de salud ni la capacidad de resiliencia de estos sistemas.

Es importante describir los problemas de salud, pero no es adecuado confundir "ausencia de enfermedad" con "buena salud" y sería clave que se hiciera una reflexión sobre ello. La descripción de la situación mundial, que es presentada en la parte del ODS 3 en el informe, es un listado de problemas sanitarios que se pueden resumir en 2 categorías: la primera sería aquella donde se describe la situación de los problemas de salud que se han trabajado en los ODM, y la segunda, aquella que incorpora los nuevos problemas de salud que los ODS pretende abordar.

2.2.1. LOS PROBLEMAS DE SALUD QUE SE MANTIENEN DESDE LOS ODM

Había 2 ODM específicos para mortalidad materna e infantil, y en estos sectores se nos presentan datos que permiten asegurar que cuando la comunidad internacional quiere, se pueden conseguir resultados, aunque no se haya llegado a las cifras esperadas, como podemos ver en el gráfico 1.

GRÁFICO1.1. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD MATERNA EN EL MUNDO. 1990 - 2015



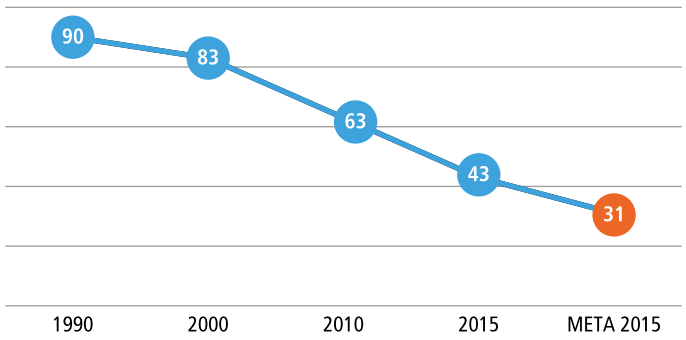
Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio: varios informes

Entre 2000 y 2015, la tasa mundial de mortalidad materna (número de muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos) disminuyó en un 37% situándose en una cifra estimada de 216 por cada 100.000 nacidos vivos en 2015, muy lejos de la meta propuesta. Casi todas las muertes maternas se producen en entornos de bajos recursos que podrían prevenirse mediante una Atención Primaria de Salud adecuada y destinando recursos suficientes para la atención en salud sexual y reproductiva. A nivel mundial, 3 de cada 4 partos fueron asistidos por personal sanitario cualificado en 2015. A pesar de los avances, no podemos estar satisfechos mientras cientos de miles de mujeres sigan muriendo por no tener acceso a un sistema apropiado a sus necesidades en el embarazo, parto o puerperio.

Es fundamental prevenir los embarazos no deseados y reducir el número de casos de maternidad de adolescentes mediante el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva para poder seguir logrando avances en la salud de las mujeres. A nivel mundial, en 2015, aproximadamente 3 de cada 4 mujeres en edad reproductiva (de 15 a 49 años de edad) que estaban casadas o vivían en pareja atendían sus necesidades de planificación familiar utilizando métodos anticonceptivos modernos. Pero en África Subsahariana y Oceanía el porcentaje era de menos de la mitad, lo que indica que existen factores que no se han tenido en cuenta en estos continentes y que provoca esta inequidad en el uso de medidas anticonceptivas. La procreación en la adolescencia ha venido disminuyendo de manera continua en casi todas las regiones, pero siguen existiendo grandes disparidades. En 2015 la tasa de fecundidad de las adolescentes de 15 a 19 años iba de 7 nacimientos por cada 1.000 niñas en Asia Oriental a 102 nacimientos por cada 1.000 niñas en África Subsahariana. Patrones culturales, inequidad de género o acceso económico son factores que pueden explicar estas diferencias y que hay que tener muy en cuenta.

La tasa de mortalidad de niños menores de 5 años se redujo a nivel mundial un 44% de 2000 a 2015, una disminución rápida que sin embargo no ha servido para alcanzar las cifras marcadas para 2015. De hecho, los avances no han sido todo lo positivos que debieran. Se estima que en 2015 murieron 5,9 millones de niños menores de 5 años, la mayor parte de muertes evitables. Otro dato destacable es analizar la tasa de mortalidad neonatal, es decir, la probabilidad de morir en los primeros 28 días de vida. Disminuyó de 31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2000 a 19 muertes por cada 1.000 nacidos vivos en 2015, pero representan el 45% de todas las muertes de niños menores de 5 años. Es decir, existe una relación muy estrecha entre los problemas de la mujer gestante y casi la mitad de la mortalidad infantil.

GRÁFICO 1.2. EVOLUCIÓN DE LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL EN EL MUNDO. 1990-2015

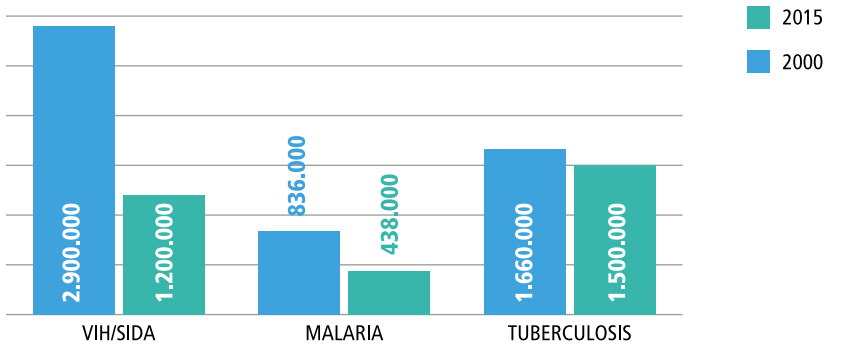


Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio: varios informes

La incidencia de las principales enfermedades infecciosas, incluidos el VIH, la tuberculosis y la malaria, ha disminuido en todo el mundo desde el año 2000, pero también se podría haber conseguido más. En 2015, contrajeron la infección por VIH 2,1 millones de personas, y la región donde la incidencia (nuevos casos) del VIH fue más alta es la registrada en África Subsahariana, con 1,5 nuevos casos por cada 1.000 personas no infectadas, por 0,3 de media mundial. Y a pesar de los avances (reducción de la mortalidad anual a 1,2 millones, 30 millones de infecciones evitadas en 15 años,...) estamos lejos de conseguir unos resultados óptimos. Según ONUSIDA, en 2015, 16 millones de personas reciben tratamiento antirretroviral, el doble que 5 años antes, pero hay casi 37 millones de personas que viven con el VIH/sida[6], por lo que el acceso a tratamiento se limita al 43% del total de personas que lo puede necesitar.

6. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016HighLevelMeeting_es.pdf

GRÁFICO 1.3. Nº MUERTES TOTALES POR VIH, MALARIA Y TUBERCULOSIS 2000-2015



Fuente: Objetivos de Desarrollo del Milenio (varios informes).

En Durban (Sudáfrica) se realizó en julio de 2016 la 21 Conferencia Internacional sobre SIDA"[7] con el propósito, entre otros, de analizar las principales avances en la lucha contra esta enfermedad. Se estudiaron los avances en tratamientos, vacunas, diagnósticos y prevención, pero también se examinaron los problemas y determinantes sociales que interactúan con la enfermedad, como la violencia, la inequidad de género y los derechos sexuales y reproductivos, o el estigma, demostrando cada vez más que la salud va más allá del sistema sanitario.

Es indudable que la prevención de esta enfermedad puede mejorar si se tienen medicamentos útiles y eficaces, pero una estrategia preventiva no puede estar basada exclusivamente en la medicalización, sino que debe complementar las actividades sustentadas en el conocimiento de la enfermedad por parte de la población y en la utilización de prácticas seguras.

Además de la pandemia del sida, otras enfermedades infecciosas siguen teniendo una muy alta prevalencia en el mundo. En 2014 se registraron 9,6 millones de nuevos casos de tuberculosis (133 casos por cada 100.000 personas) en todo el mundo, el 58% de ellos en Asia Sudoriental y el Pacífico Occidental, y cerca de 1,5 millones de muertos. Casi la mitad de la población del mundo corre el riesgo de contraer malaria y aunque la mortalidad por esta enfermedad se ha reducido a la mitad desde el año 2000, sigue siendo un problema de salud de primer orden en el mundo. En 2015, la tasa de incidencia fue de 91 nuevos casos por cada 1.000 personas en situación de riesgo, es decir, un total estimado de 214 millones de casos. El 89% de los casos de malaria en todo el mundo se registraron en África Subsahariana.

7. http://www.aids2016.org/

Pero estas enfermedades, siendo importantes, no abarcan todos los problemas que las enfermedades infecciosas pueden provocar, hay muchos más problemas que impiden centrarnos exclusivamente en estas enfermedades, como pasaba con los ODM. En 2014, más de 1.700 millones de personas de 185 países necesitaron tratamiento para al menos una enfermedad tropical desatendida.

La relación entre medio ambiente y salud es también muy estrecha, y a pesar de no estar clasificado como un ODM "sanitario", el ODM 7 "garantizar la sostenibilidad del medio ambiente", permitía medir sus avances. Las condiciones ambientales insalubres aumentan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas y no transmisibles. En 2012, aproximadamente 889.000 personas murieron de enfermedades infecciosas causadas en gran medida por la contaminación fecal del agua y el suelo, por la insuficiencia de instalaciones para lavarse las manos y por las malas prácticas al respecto debido a la deficiencia o la inexistencia de los servicios de saneamiento. En 2012, la contaminación de los hogares y del aire provocó unos 6,5 millones de muertes. Pero luchar en mejorar estas condiciones va más allá de las funciones del propio sistema de salud, cuya actividad preventiva y de control de salud pública es fundamental en este campo. La creación de sistemas de alcantarillado, la construcción de viviendas dignas y salubres, o la creación de redes de agua segura son funciones que deben ser asumidas por otros Ministerios, con los que se debe coordinar.

Podemos observar que ha habido unos grandes avances en la mortalidad y morbilidad debidos a estos problemas de salud en apenas 15 años, gracias al compromiso común que supusieron los ODM. Pero el esfuerzo no fue suficiente para que dejen de ser actualmente graves problemas de salud en muchas partes del planeta.

2.2.2. LAS "NUEVAS ENFERMEDADES" DE LA ERA DE LOS ODS

Según las estimaciones de 2012, alrededor de 38 millones de muertes por año, el 68% de todas las muertes en el mundo, se debieron a enfermedades no transmisibles no contempladas en los ODM. De todas las muertes registradas entre personas menores de 70 años, conocidas como muertes prematuras, aproximadamente el 52% se debió a estas enfermedades no transmisibles. Más de tres cuartas partes de las muertes prematuras obedecieron a solo 4 tipos de enfermedades: las cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas. A nivel mundial, la mortalidad prematura por esas cuatro categorías disminuyó en un 15% entre 2000 y 2012, pero siguen siendo en su conjunto uno de los mayores problemas de salud mundial.

Hay un factor fundamental para conseguir alcanzar la meta propuesta de reducir en un tercio la mortalidad prematura debida a enfermedades no transmisibles, y es la reducción del consumo de tabaco. En 2015, más de 1.100 millones de personas consumían tabaco; 945 millones de hombres por 180 millones de mujeres. Y el tabaco es un buen ejemplo de cómo las políticas globales y nacionales debieran de ser coherentes con los ODS, si queremos obtener resultados óptimos.

El punto 3a de los ODS propone "fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países". Según el informe sobre la epidemia del tabaco de la OMS[8], en 2030 el consumo de tabaco ocasionará ocho millones se muertes anuales y 80% de ellas ocurrirán en el mundo en desarrollo. En África se espera el aumento de la prevalencia en un 40%. La explicación a estos datos proviene de diversos motivos. La falta de control por parte de los gobiernos locales es una de las principales, ya que la mayoría de los 54 países africanos no cuenta con leyes antitabaco, y los lugares públicos libres de humo son muy escasos. Pero no podemos olvidar como las empresas tabacaleras están interfiriendo en las políticas locales con distintas estrategias, desde acciones de presión política, exagerando la importancia económica de la industria tabacalera, manipulando la opinión pública para ganar apariencia de respetabilidad, desacreditando las pruebas científicas, creando grupos de apoyo (financiando deportes por ejemplo), e incluso amenazando a los gobiernos con litigios. Por último, se está permitiendo la realización de un marketing muy agresivo con mujeres y adolescentes, la nueva población diana para estas empresas, que va a incidir en el aumento del tabaquismo en el futuro. Un estudio realizado en varios países africanos, mostró que más del 70% de los jóvenes de 13 a 15 años vieron publicidad del tabaco en vallas publicitarias en los últimos 30 días. En Botswana, el consumo de tabaco entre mujeres es del 1,5%, porcentaje que aumenta hasta el 10,9% entre niñas de 13 a 15 años.

No se explica que con una regulación internacional sobre el tabaco se permitan estas prácticas abusivas por parte de las empresas tabacaleras y la comunidad internacional no haga nada, permitiendo que los intereses económicos de unos pocos sean más importantes que la salud mundial. Aumentar los impuestos al tabaco como el elemento fundamental en la lucha contra el tabaco, tal y como sugiere la OMS, es dar una respuesta nacional a un problema transnacional, y debe ser acompañada de otra serie de medidas que evite las presiones políticas o un marketing agresivo y condicionado de las empresas tabacaleras, una información más veraz a la ciudadanía y políticas globales que restrinjan el uso del tabaco.

Además del tabaco, el consumo de sustancias y los trastornos relacionados con dicho consumo también han impuesto una carga importante al sistema de salud pública. En todo el mundo, el promedio de consumo de alcohol en 2015 se estimó en 6,3 litros de alcohol puro per cápita entre las personas de 15 años o más, con grandes

8. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178577/1/WHO_NMH_PND_15.5_eng.pdf?ua=1&ua=1

variaciones entre países. El consumo más alto de alcohol se registró en las regiones desarrolladas (10,4 litros por persona) y el más bajo en el Norte de África (0,5 litros por persona). En cuanto al consumo de drogas, en 2013, solo 1 de cada 6 personas que padecían trastornos relacionados con el consumo de drogas en todo el mundo recibieron tratamiento. Pero también aquí existen grandes variaciones regionales: alrededor de 1 de cada 18 personas con trastornos relacionados con el consumo de drogas recibieron tratamiento en África ese año, en comparación con 1 de cada 5 en Europa Occidental y Central.

En todas las regiones y culturas se registran trastornos mentales, aunque hay distintas formas de enfocarlos socialmente, y también hay muchas diferencias de acceso a diagnóstico y al tratamiento. Parece que hubiera una sensación generalizada de que es un problema menor, pero las cifras nos dicen lo contrario. Los trastornos más comunes son la ansiedad y la depresión, que pueden llevar al suicidio. En 2012, unas 800.000 personas en todo el mundo cometieron suicidio; el 86% de ellas eran menores de 70 años. A nivel mundial, el suicidio es la segunda causa de muerte entre las personas de entre 15 y 29 años.

Por último, en el informe se menciona otra causa de mortalidad y discapacidad como son los accidentes de tráfico. Alrededor de 1,25 millones de personas murieron por lesiones causadas por accidentes de tráfico en 2013. Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico para 2020 es un objetivo ambicioso, teniendo en cuenta el aumento extraordinario del número de vehículos, que casi se duplicó entre 2000 y 2013, el estado de muchas de las carreteras y la falta de conciencia en algunos de los conductores para no infringir las normas de tráfico.

La comunidad internacional ha pretendido paliar parte de estos problemas de salud con aportaciones para la cooperación sanitaria. El total de la ayuda oficial para el desarrollo (AOD) de todos los proveedores para los sectores de la investigación médica y la salud básica ascendió a 8.900 millones de dólares en 2014. Dentro de ese total, la AOD de los donantes del Comité de Ayuda para el Desarrollo (CAD) fue de 4.500 millones de dólares en 2014, lo que representa el 50% de la ayuda y un aumento del 20% en términos reales desde 2010. El Reino Unido y los Estados Unidos de América contribuyeron con 2.600 millones de dólares a ese total. Pero no hablamos solamente de aportación económica. La comunidad internacional también está reflexionando sobre qué tipo de instituciones globales y de qué forma debemos trabajar para mejorar la situación mundial de salud. Por ejemplo, el G7 en su reunión de Ise-Shima (Japón) en 2016, asumió varias acciones para mejorar la salud global[9]. Quieren reforzar la arquitectura global de salud para dar una respuesta adecuada a las emergencias de salud

9. http://www.mofa.go.jp/files/000160273.pdf

pública, reforzando el papel de la OMS, pretenden la consecución de la cobertura sanitaria universal reforzando los sistemas nacionales de salud y que estos sistemas estén mejor preparados para responder a las emergencias globales. Así mismo, pretenden mejorar la lucha contra la resistencia antimicrobiana, y apostar por el I+D en salud.

Esta reflexión debería ir acompañada de otra más ideológica que permitiera definir los modelos que pueden sustentar estos progresos en la salud mundial. El acceso a medicamentos es un buen ejemplo. Aunque no hay referencias al acceso a medicamentos en el informe sobre los avances en salud, en septiembre de 2016 se presentó un informe sobre esta materia, "Promoting innovation and access to health technologies", elaborado por el Panel de Alto Nivel sobre innovación y acceso a tecnologías de la salud que creó Naciones Unidas[10]. Este Panel tiene como función revisar y valorar propuestas y recomendaciones para solucionar la incoherencia política que existe entre las leyes internacionales sobre derechos humanos y la salud pública y las normas de comercio y propiedad intelectual en el contexto de las tecnologías sanitarias, incluyendo los medicamentos. Se reconoce que en las últimas décadas la innovación médica ha supuesto una mejora en la vida de millones de personas, pero que también millones de personas sufren de enfermedades por la falta de acceso a tratamientos que existen actualmente. Y no solamente hablan de las enfermedades desatendidas porque no afectan a los países más ricos, o no hay casos suficientes para que su estudio sea rentable. La resistencia antimicrobiana, que es un problema de salud mundial, mata como mínimo a unas 700.000 personas cada año, estimando que en 2050 alcance los 10 millones de defunciones[11], con una carga económica de 100 billones de dólares y una disminución del PIB mundial de entre 2 y 3,5 %. Y aunque es cierto que serían las regiones africanas y asiáticas las que sufrirían el 80% de estas muertes, éstas también afectarían a los países más enriquecidos.

El Panel también establece algunas recomendaciones para cambiar un sistema de I+D farmacéutico que no ha respondido a las necesidades mundiales de salud. En relación a la propiedad intelectual aconseja que la Organización Mundial del Comercio (OMC) asuma las flexibilidades que debe haber con las patentes y la salud pública y se abstenga de limitar el uso de esas flexibilidades para promover el acceso a estas tecnologías. También solicita que el conocimiento emanado de las investigaciones realizadas con fondos públicos sea también público y esté disponible para todas las personas e instituciones. Asume que los gobiernos deben destinar más dinero a I+D y revisar la situación de acceso a tecnologías sanitarias (incluyendo medicamentos) basándose en un

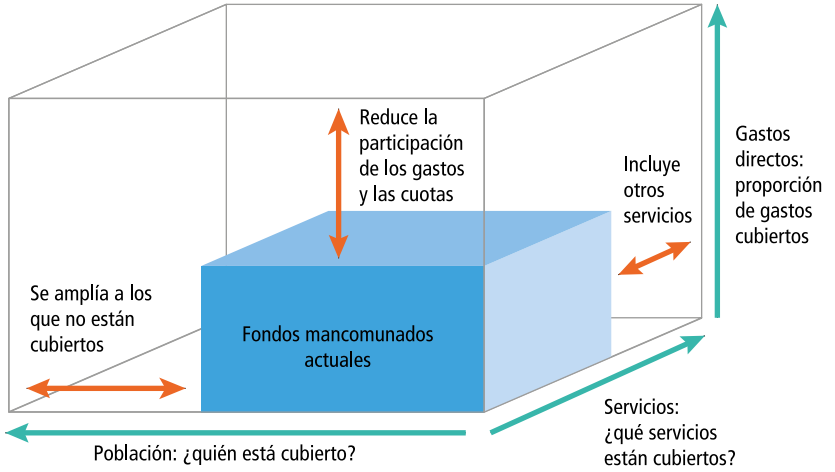
10. https://static1.squarespace.com/static/562094dee4b0d00c1a3ef761/t/57d9c6ebf5e231b2f02cd3d4/1473890031320/UNSG+HLP+Report+FINAL+12+Sept+2016.pdf
11. https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf

enfoque de derechos, haciendo públicas estas revisiones. Por último, propone que se exija a los fabricantes y distribuidores de tecnologías de la salud total transparencia en todo el proceso de fijación de precios. Es decir, que se conozcan las cifras de los costes de investigación y desarrollo, de la producción, de la comercialización y de la distribución del medicamento, incluyendo marketing, y si han recibido alguna subvención pública.

2.2.3. LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Ya hemos comentado previamente que en el informe sobre avances de los ODS no se menciona la cobertura sanitaria universal (CSU), que debería ser la base donde se asentaran los resultados de lucha contra las enfermedades. La cobertura sanitaria universal pretende que "todas las personas reciban los servicios esenciales de salud que necesitan de calidad, sin estar expuestos a dificultades financieras". Por lo tanto, supone no solamente adecuar los servicios a las necesidades de la población, sino que ésta no se vea afectada por el coste de utilizar estos servicios de salud, porque en estos momentos cientos de miles de personas se empobrecen cada año por pagar sus servicios de salud. Los 3 ejes en los que se basa el trabajo de mejorar la cobertura son: mayor población cubierta, mayores servicios ofertados a la sociedad, y menos pago individual por pago sanitario y más pago mancomunado. Lo que pretende es que los servicios de salud estén orientados hacia las personas.

GRÁFICO 1.4. LAS DIMENSIONES DE LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL



Fuente: Informe sobre la salud en el mundo 2010, OMS

Más allá de la discusión de si la CSU puede por sí sola o no cubrir todas las necesidades de salud de la población (no mencionan los determinantes de salud, ni los efectos en la salud de todas las políticas, ni si esta cobertura sanitaria medicaliza a la sociedad sin buscar otras alternativas,…), conseguir la CSU es posiblemente el mayor reto a nivel mundial que ha fijado la comunidad internacional en el sector salud, pues supone que los países deben definir una estrategia clara para conseguirlo y les obliga a disponer de recursos y políticas adecuadas para alcanzar cada vez una mayor cobertura. Pero esta cobertura, como el resto de las metas de los ODS, no es solamente un problema en los países empobrecidos, sino que es una tarea de todos. En el informe 2015 de la OCDE "Health at a Glance"[12], que mide los indicadores de salud de 34 miembros de la OCDE y de otros 10 países, se nos muestra como países como Estados Unidos aún tiene al 11,5% de su población sin ningún tipo de seguro de salud, o como el gasto individual por la salud es de media de los países de la OCDE del 20% del total del coste de la salud, variando del 10% en Francia y Reino Unido al 30% de Chile, Grecia o Corea del Sur.

El Banco Mundial y la OMS publicaron un documento en 2015 "Tracking universal health coverage: first global monitoring report"[13], donde se pretende que el concepto de Cobertura Sanitaria Universal se defina claramente mediante indicadores, para evitar que los decisores políticos no afronten reformas basadas en la CSU por considerar que se trata de una estrategia algo difusa y poco cuantificable.

Este informe asume que la CSU es un proceso dinámico, donde las 3 dimensiones (la población, los servicios sanitarios y las finanzas) están interrelacionadas entre sí. Hay tres retos principales en el seguimiento de la CSU: (i) extraer datos fiables en un amplio conjunto de indicadores de cobertura de servicios de salud y de protección financiera; (ii) la desagregación de los datos para exponer las desigualdades de cobertura; y por último, (iii) la medición de la cobertura efectiva, que incluye no sólo si las personas reciben los servicios que necesitan, sino si también se tiene en cuenta la calidad de los servicios prestados y el impacto final y real sobre la salud.

El informe propone 8 indicadores que se consideran clave en la cobertura de servicios de salud, pero no define cómo estos indicadores pueden medir la calidad de los servicios o el impacto real en salud. Concretamente los 8 indicadores son los siguientes: (i) planificación familiar, (ii) atención prenatal, (iii) parto institucional para salud reproductiva y neonatal; (iv) tres dosis contra la difteria, el tétanos y la tosferina para medir los avances en inmunización infantil; (v) terapia antirretroviral y (vi) tratamiento antituberculoso en relación a enfermedades infecciosas; (vii) fuentes de

12. http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/8115071e.pdf?expires=1475731834&id=id&accname=guest&checksum=099EA5EE0A1CF41B922490FF68181D0F
13. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/174536/1/9789241564977_eng.pdf?ua=1

agua mejorada y (viii) mejora de las instalaciones sanitarias para los determinantes del sector no sanitario de la salud. Es cierto que se asume que estos indicadores no cubren todas las necesidades, y que deben de incorporarse nuevos indicadores, pero lo hace con una visión sanitarista. Por ejemplo, las enfermedades no transmisibles no aparecen y en este informe adjuntan algunos indicadores que cubren este déficit. Sin embargo, limitar los determinantes a agua y pobreza deja fuera otros factores como la inequidad de género y la nutrición que afectan a la salud de personas y comunidades.

En esta propuesta del banco Mundial y la OMS, la pobreza no se trabaja de forma integral como un factor determinante de la salud, sino solamente en relación a los costes de la salud. Se obvia que la relación que existe entre personas empobrecidas y mala salud no es solamente por falta de acceso al sistema sanitario, sino que también va ligada otros factores como mala vivienda, malnutrición, etc... Para asegurar la protección financiera de la población se presentan 2 indicadores, los gastos catastróficos en salud, definidos como más del 25% del gasto total de los hogares destinado a salud, y el pago individual de los costes en salud.

Este informe del banco Mundial pone la mesa la dificultad de definir los indicadores más adecuados, que va más allá de los posibles problemas técnicos que se pueden llegar a tener. Un indicador es lo que utilizamos normalmente para medir la realidad o el avance de las acciones que proponemos. Es muy importante por lo tanto definir muy bien qué indicadores sobre los ODS vamos a utilizar, pues éstos definen al final las acciones donde vamos a centrar los esfuerzos y recursos.

Ha habido un trabajo muy profundo en la definición de los indicadores de los ODS, pero los resultados no han sido todo lo satisfactorios que debiera ser, especialmente en la definición de los indicadores de salud. Para el conjunto de los ODS un grupo de expertos propuso en 2016 una serie de indicadores, para que la Comisión de Estadística de Naciones Unidas los analizara[14] y propusiera un marco global de indicadores, siguiendo un proceso participativo que comenzó en 2015. Presentó una lista de 240 indicadores, que más allá del problema de cómo se van a aplicar tantos indicadores en todos los países, de algunos de ellos se tenían dudas de si se podían finalmente tener datos fiables para poder ser utilizados. De los 26 indicadores en salud, se tenían especiales dudas de los dos que se proponían para medir la CSU. El 3.8.1 propuesto medía cobertura de servicios esenciales de salud (entendidos como la cobertura media de servicios medidos por intervenciones que se consideren "trazadoras" o "guía"). El 3.8.2. pretendía medir el número de personas cubiertas (por cada 1.000 personas) por un seguro de salud o el sistema público sanitario. Con respecto al primer indicador, sería necesario saber cómo se definen y cuáles son los servicios esenciales. Es algo complejo que va a depender de quien pueda participar en la definición de esos servicios. Además con el concepto de servicios esenciales se corre el riesgo de que volvamos a segmentar la salud y se asuman diferentes servicios esenciales según el grupo socio económico ("paquete básico" para pobres, una clase media con muchas cosas cubiertas y una clase alta con todos los servicios disponibles). Si este fuera el caso, la definición de "esencial" contradeciría en cierta medida la palabra universalidad que aparece en la CSU.

Con respecto al segundo indicador, unas 300 organizaciones solicitaron en septiembre de 2016 que se eliminara y se recuperara el indicador que la Comisión de Estadística eliminó como no viable, cuya propuesta pretendía medir el número de personas que caen en la pobreza por sus costes en salud. Consideran el indicador actual inadecuado para medir las personas que se empobrecen por sus costes en salud, e incluso se lanza el peligroso mensaje de que todo seguro es positivo, cuando la experiencia muestra que muchos seguros, sobre todo los de aportaciones voluntarias, han exacerbado la inequidad en el acceso.

Además de los indicadores, la otra gran discusión abierta es sobre la rendición de cuentas. Manage Science for Health y la Fundación Rockefeller presentaron un documento "Options for an Accountability Framework for Universal Health Coverage"[15], donde pretenden establecer un marco para la rendición de cuentas de la CSU en los niveles global, regional y nacional, basándose en los principios de universalismo progresivo, responsabilidad compartida y participación en la toma de decisiones. La rendición de cuentas se debería realizar no solamente en todos los niveles del sistema de salud, sino también en foros políticos, jurídicos, y con el resto de actores relacionados con la salud.

Esta rendición de cuentas se basa en 3 elementos:

1. Seguimiento: deben recopilarse datos de forma periódica, de calidad, transparentes y accesibles, lo que requiere buenos sistemas de información
2. Revisión: investigaciones y análisis participativos con todos los actores (públicos, donantes y actores no estatales) de lo conseguido, cómo y por qué. Debería de proveer evidencias para la toma de decisiones políticas a todos los niveles, nacional e internacional (Unión Africana, OMS, Naciones Unidas, Banco Mundial,…) y debería ser transparente.
3. Acción: refuerzo de políticas, planes y recursos de países, donantes, actores no estatales e iniciativas globales, basándose en las revisiones realizadas.

14. http://unstats.un.org/unsd/statcom/47th-session/documents/2016-2-IAEG-SDGs-E.pdf

15. https://www.msh.org/sites/msh.org/files/consultation_report_final.pdf

Para esta rendición de cuentas aconseja tener un panel de personas expertas independiente que elabore un informe anual, que la OMS y el Banco Mundial tengan un grupo asesor que recoja las contribuciones de todos los actores al informe anual sobre avances en la CSU, así como asegurar los análisis por países mediante plataformas participativas, incluyendo un foro de la sociedad civil, para poder compartir experiencias y prácticas entre los actores.

Es imperativo que definamos de forma precisa y coherente lo que significa cobertura sanitaria universal y cómo vamos a medirla, ya que estamos poniendo en marcha una estrategia de salud que puede tener muchas lecturas, y por lo tanto, resultados muy diferentes.

2.2.4. CONCLUSIONES EN RELACIÓN AL ODS 3

De todo lo descrito y analizado en este capítulo, podemos extraer varias conclusiones que nos permitan visualizar los caminos futuros por donde debería trabajar para la mejora de la salud mundial:

1. La base de toda actuación en salud debería estar fundada en la evidencia y en el derecho al acceso a los servicios de salud. Por lo tanto, se deben respetar las políticas locales basadas en la evidencia, fortalecer los sistemas públicos de salud, priorizar acciones de Atención Primaria y entender la salud como un bien público global.
2. Los problemas son múltiples y la lucha contra las enfermedades es un medio para conseguir buena salud, no un fin en sí mismo. Controlar una u otra enfermedad es un logro internacional, pero las poblaciones sufren cada año múltiples problemas de salud y no podemos ofertar una lucha enfermedad por enfermedad como el paradigma para la mejora de la salud mundial. Las políticas y las evaluaciones deben ir orientadas a la mejora de salud de las poblaciones, no solo a medir la disminución de la enfermedad.
3. Son necesarios más recursos en salud, pero la responsabilidad es compartida, no es solamente una misión de la cooperación al desarrollo. En 2014 se destinaron 1.000 millones de dólares a la lucha contra la malaria y 1.200 millones de dólares a otras enfermedades infecciosas, sin incluir el sida, pero no fue suficiente. Los países localmente y la comunidad internacional debe asignar mayores recursos a este sector.
4. Aunque el CAD sigue siendo un actor importante en la cooperación sanitaria, no es el único. Hay otros actores que en su conjunto aportan más de la mitad de los recursos de la cooperación sanitaria mundial y que están definiendo también la agenda de salud. Es necesaria una coordinación real de todos los actores a todos los niveles para evitar dispersiones o incluso contradicciones que disminuyan la eficacia de la ayuda. Esta coordinación de acciones se debe basar en que el derecho a la salud prevalezca sobre otros intereses como son los económicos. Y posteriormente se debe discutir qué es lo más eficiente, efectivo y de mayor impacto para mejorar la salud de la población.
5. La población es la responsable de su salud: es necesario establecer mecanismos para que la población asuma decisiones sobre su salud y que pueda participar en la toma de decisiones y seguimiento de los resultados en salud.
6. La salud no depende solamente del sistema sanitario, y a pesar de que es necesario que la Cobertura Sanitaria Universal se defina mejor y se implemente correctamente, no podemos olvidar que debemos analizar los efectos de todas las políticas (internacionales, nacionales y locales) en la salud, tener presentes los determinantes de salud y asegurar una participación efectiva de las poblaciones en las tomas de decisiones sobre su salud. El trabajo en salud debería ir estrechamente unido a un programa de protección social.

MUCHAS DESIGUALDADES ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS DE LAS CCAA.

Marciano Sánchez Bayle, portavoz de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública.

LA FADSP ha publicado recientemente el XIII Informe sobre los servicios sanitarios de las CCAA (disponible en http://www.fadsp.org/index.php/sample-sites/manifiestos/1296-los-servicios-sanitarios-de-las-ccaa-informe-2016), informe que se viene realizando desde 2004 para analizar las desigualdades entre los sistemas sanitarios de las CCAA que en última instancia se concretan en desigualdades en la asistencia sanitaria y en inequidad en el acceso al derecho a la protección de la salud.

El estudio que analiza 28 variables evidencia una gran disparidad en los presupuestos, recursos, funcionamiento, política farmacéutica, opinión de la ciudadanía, listas de espera y grado de privatización entre las distintas CCAA, dando una puntuación a cada una de ellas, cuya suma establece una puntuación global por la que se clasifican las CCAA en aquellas que tienen servicios sanitarios mejores, regulares, deficientes y peores. Dos hechos son llamativos, primero que la ratio de puntuación entre la mejor y la peor comunicad autónoma es muy alta (1,86 en 2016) lo que supone una gran desigualdad, y por otro que las 5 CCAA situadas en cabeza de la clasificación y las 2 últimas permanecen siendo las mismas en todos los informes, lo que evidencia que las desigualdades básicamente siguen siendo las mismas.

Quizás merezca la pena resaltar algunas de las diferencia encontradas. Por ejemplo el presupuesto per cápita oscila entre 1.581,09 euros (País Vasco) y 1.048,57 euros (Andalucía), lo que se refleja en la dotación de camas, personal, etc.

Algunas cuestiones tienen que ver con el funcionamiento del sistema sanitario y en ellas también las desigualdades son notorias, así el porcentaje de cesáreas va desde el 15,17% de los partos (País Vasco) al 30,12& (Valencia).

Es de resaltar los indicadores que tienen que ver con la opinión de la ciudadanía, así el porcentaje de quienes señalan haber recibido una buena o muy buena asistencia sanitaria (en AP, consultas del especialista, urgencias y hospitalización) oscila entre el 90,5% en Cantabria y el 80,4% en Canarias. Otro tema relevante es la opinión sobre las listas de espera que son más que preocupantes, de esta manera los que reciben cita con el especialista en 15 días van desde el 8% (en Murcia) hasta el 22,2% (en Cataluña), quienes reciben cita con el médico de AP en 24 horas van desde el 17,9% (en Valencia) al 64,7% (en Navarra). Resulta llamativo que haya que utilizar los resultados de una encuesta (Barómetro Sanitario) para analizar las listas de espera porque las autoridades sanitarias, a pesar de la aprobación de la llamada ley de transparencia, siguen sin ofrecer datos desagregados para las distintas CCAA.

Es necesario contextualizar este informe. El sistema sanitario público en España está siendo sometido desde 2009 a un proceso de recortes, deterioro y privatizaciones muy acusado que afecta a todas las CCAA, en mayor o menor grado, dependiendo en parte de las políticas que llevan sus respectivos gobiernos, el Informe refleja un retroceso generalizado pero con muchas diferencias autonómicas que son indeseables e injustificables.

2.3. Los avances en el resto de los ODS y su relación con la salud

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

Para medir la pobreza se usa como indicador los niveles de renta; es decir, la pobreza contemplada desde la perspectiva del ingreso del que disponen las personas u hogares para adquirir los bienes y servicios considerados mínimos. El ratio que mide la pobreza a nivel mundial se ha situado en 1,90 dólares o menos por persona al día, utilizando la paridad del poder adquisitivo (PPA) en dólares de los Estados Unidos de 2011. En el periodo 2002 – 2013, la proporción de la población mundial que vivía por debajo del umbral de pobreza se redujo a la mitad, pasando del 26% al 13%. Esta forma de medir la pobreza es muy cuestionada. Un método más adecuado puede ser el consumo; es decir, la capacidad potencial de una persona de satisfacer sus necesidades básicas.

En el informe sobre avances de los ODS se afirma que si las tasas de crecimiento de esos 10 años se mantienen para los próximos 15 años, la tasa de pobreza extrema mundial probablemente se reducirá al 4% para 2030, siempre que estas tasas de crecimiento beneficien por igual a todos los grupos de ingresos de la población, un asunto que no se consiguió con los ODM. De hecho, una de los grandes retos del que no se habla en este informe es como acabar con esta creciente desigualdad en la distribución de la riqueza, que ha afectado a las personas más empobrecidas en los últimos años. Según Oxfam, el 1% más rico del mundo tiene más riqueza que el 99% restante[16].

Sin embargo, este informe señala que si se amplían los programas de protección social y se ponen en marcha planes apropiados dirigidos a los pobres y los más vulnerables, la pobreza podría reducirse aún más. Pero sigue quedando mucho trabajo por hacer, porque aunque casi todos los países tienen programas de prestaciones de maternidad o prestaciones infantiles, solamente algo más de la mitad (el 51%) de las personas por encima de la edad de jubilación recibían una pensión, solo el 28% de las mujeres empleadas están protegidas eficazmente mediante prestaciones en efectivo por maternidad con o sin aportación, y la mayoría de las personas pobres quedan excluidas de los sistemas de protección social, especialmente en los países de ingresos bajos (una de cada 5 personas que la necesitan reciben prestación en estos países, por 2 de cada 3 en los países de ingresos medios o altos). Estas deficiencias en cobertura social se dan más en África Subsahariana donde únicamente el 15% de las personas en el quintil inferior de ingresos tienen acceso a una prestación de protección social, y Asia Meridional, donde viven la mayoría de las personas empobrecidas del mundo.

También destaca el informe 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. Las pérdidas económicas provocadas por los desastres registrados a nivel internacional, principalmente los desastres a gran escala, han aumentado constantemente desde 1990, y en 2013 alcanzaron un promedio anual estimado de 200.000 millones de dólares.

La relación entre pobreza y salud es muy estrecha, siendo la población más pobre quienes más problemas de acceso a los servicios de salud tienen. Es necesario que todos los países pongan medidas que aseguren el acceso a los servicios de salud a la población más vulnerable, entre los que se encuentran las poblaciones más empobrecidas.

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

A nivel mundial, la prevalencia del hambre ha disminuido del 15% al 11% en apenas 15 años, pero sigue habiendo demasiadas personas que tiene carencias nutricionales, más de 790 millones de personas. Esto supone que si se mantienen las tendencias actuales, no se podrá lograr la meta de hambre cero de aquí a 2030. La desnutri-

16. https://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/file_attachments/bp210-economy-one-percent-tax-havens-180116-en_0.pdf

ción crónica en la infancia tiene como consecuencia un retraso en el desarrollo, y una mayor vulnerabilidad a sufrir infecciones, y que éstas sean más severas, por lo que aumenta el riesgo de muerte.

Sabemos que los mayores problemas de desnutrición crónica están en África subsahariana y Asia meridional, que suman las ¾ partes de la desnutrición crónica en menores de 5 años.

Pero en estos momentos no podemos hablar de malnutrición exclusivamente como estados carenciales. En 2014 el porcentaje de menores de 5 años con sobrepeso alcanzó el 6,1%, un 1% más que en el año 2000, y afecta a todas las regiones del planeta. La OMS estima que si sumamos las personas desnutridas y las personas con sobrepeso, entre 2.000 y 3.000 millones de personas sufren algún tipo de malnutrición.

Si se quiere acabar con este problema de malnutrición, debemos hablar de la denominada inseguridad alimentaria. Según la FAO, la seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana[17]. La mitad de las personas adultas en África sufren inseguridad alimentaria (una cuarta parte de forma severa) debido a catástrofes naturales, catástrofes creadas por el hombre o por la inestabilidad política.

La nutrición es un factor determinante que agudiza muchas veces los problemas de salud que existen actualmente, tanto por defecto como por exceso. La OMS elaboró en 2014 un informe global sobre la nutrición[18] donde muestra como los países se están enfrentando a un problema complejo, existiendo malnutrición y sobrepeso al mismo tiempo. Se deben tomar medidas políticas y constituir mesas de coordinación donde estén representados los sectores de nutrición, salud, protección social, educación, agua, saneamiento y género.

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

En 2013, el último año del que se dispone de datos, 59 millones de niños y niñas en edad de asistir a la escuela primaria no estaban escolarizados. Las estimaciones muestran que, de esos 59 millones de niños y niñas, una de cada 5 había abandonado la escuela. El asunto se agrava en África. Entre el 40% y el 90% de los niños y niñas no lograron ni siquiera los niveles mínimos de competencia en lectura en diez países africanos, y en nueve de esos países, entre el 40% y el 90% de los niños y niñas no alcanzaron los niveles mínimos de competencia en matemáticas. En 2013 una de cada 10 niñas no estaba escolarizada, por uno de cada 13 niños.

La educación y la salud están relacionadas en dos asuntos. La necesidad de fomentar la educación sanitaria entre la población y las dificultades que muchas veces este trabajo plantea. Normalmente se copian programas de educación sanitaria sin tener en cuenta la idiosincrasia local, lo que hace estos programas poco efectivos. En este sentido la incorporación de hábitos saludables en las escuelas, no solamente como actividades extraordinarias, sino dentro del propio currículo de enseñanza es fundamental para un cambio a medio plazo. Y la adaptación local de los programas de educación sanitaria, de prevención de enfermedades y de información sobre asuntos relevantes de la salud es imprescindible si queremos mejorar la salud de la población.

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

En 2014 143 países garantizaban la igualdad entre hombres y mujeres en sus constituciones, pero otros 52 países aún no habían contraído este compromiso que al menos permite tener una seguridad jurídica, principal y primer paso para conseguir la equidad.

Pero esta seguridad jurídica debe impregnar la sociedad y estamos muy lejos de ello. Los derechos de las mujeres son constantemente vulnerados. Según unas encuestas realizadas entre 2005 y 2015 en 52 países (incluido un país de las regiones desarrolladas), el 21% de las niñas y las mujeres de entre 15 y 49 años habían experimentado violencia física o sexual a manos de su pareja en los 12 meses anteriores. La práctica de la mutilación genital femenina (en los 30 países de los que se dispone de datos), afecta a una de cada 3 niñas de 15 a 19 años de edad (una de cada 2 a mediados de la década de 1980).

Género y salud están estrechamente ligadas, y no solamente en enfermedades como el sida. El acceso a los servicios de salud de las mujeres sigue aun dependiendo en muchos lugares del planeta de la voluntad de sus maridos o parejas, al igual que para el acceso y la utilización de métodos de planificación familiar y otros tratamientos. Es necesario una desagregación por sexos de todos los datos de salud para conocer realmente los problemas de salud de las mujeres, incorporar una especial sensibilidad en los servicios de salud sobre la problemática del género, aumentar la participación de la mujer en la toma de decisiones y establecer políticas adecuadas tanto sanitarias como sociales que refuercen la equidad de género en la toma de decisiones de salud y en el acceso a los servicios.

17. http://www.fao.org/docrep/014/al936s/al936s00.pdf
18. http://ebrary.ifpri.org/utils/getfile/collection/p15738coll2/id/128484/filename/128695.pdf

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

Saneamiento y agua segura son esenciales para la salud, y su falta son causa de la mayoría de las enfermedades diarreicas en el mundo, una de las principales causa de mortalidad en menores de 5 años del planeta. En 2015, 4.900 millones de personas en todo el mundo utilizaban servicios de saneamiento mejorados, mientras que 2.400 millones de personas, el 32% de la población mundial, no accedían a esos servicios (en el año 2000 el porcentaje de personas sin acceso a servicios de saneamiento mejorados era del 41%). En 2015, 6.600 millones de personas, es decir, el 91% de la población mundial, utilizaban fuentes mejoradas de agua potable, en comparación con el 82% en 2000. A pesar de esa mejora, unos 663 millones de personas siguen utilizando fuentes de agua no mejoradas o aguas de superficie.

Es necesario que se incorporen en las políticas de gestión de agua los efectos que estas políticas pueden tener en salud, y que se tenga en cuenta este determinante de salud en las políticas sanitarias.

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

Aunque la proporción de la población mundial con acceso a la electricidad ha aumentado de manera continua, 1.100 millones de personas siguen sin contar con este servicio.

La proporción de la población mundial con acceso a tecnologías y combustibles no contaminantes para cocinar aumentó del 51% en 2000 al 58% en 2014, un incremento relativamente pequeño, y además este progreso se vio limitado desde 2010. Sin embargo, el número absoluto de personas que utilizan combustibles y tecnologías contaminantes para cocinar, como combustibles sólidos (carbón o biomasa: madera, restos agrícolas,...) y queroseno, ha aumentado, y se estima que ha llegado a 3.000 millones de personas. Estas tecnologías contaminantes también tienen efecto en la salud. Cada año más de 4 millones de personas mueren prematuramente por enfermedades atribuibles a la contaminación del aire de los hogares como consecuencia del uso de combustibles sólidos para cocinar, y el 50% de las muertes por neumonía en menores de 5 años son causadas por partículas inhaladas en interiores con aire contaminado[19].

19. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs292/es/

Es necesario que dentro de los programas de educación sanitaria tanto a nivel nacional como local, se incorpore la temática de la utilización de la energía y sus efectos en la salud, así como promover las medidas necesarias para disminuir el elevado número de personas cuya salud se ve afectada por esta causa.

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

La tasa de crecimiento anual mundial del PIB real per cápita aumentó en un 1,3% en 2014, una desaceleración importante en comparación con 2010 (2,8% de crecimiento) y 2000 (3,0% de crecimiento). Las regiones en desarrollo crecieron mucho más rápidamente que las regiones desarrolladas. Pero falta una reflexión profunda sobre el tipo de crecimiento económico que queremos.

Un total de 146 países en desarrollo recibieron asistencia de ayuda para el comercio en 2014; de ese total, los países de ingresos medianos bajos recibieron el 39,4%, los países menos adelantados recibieron el 26,3% y los países de ingresos medianos altos recibieron el 19%. Un factor clave sobre el que no tenemos datos es si estas ayudas para el comercio aumentaron la deuda externa de los países más pobres, lo que supondría que parte de los recursos que pueden ir destinados a salud se orienten a pagar este tipo de ayuda.

Es necesario que se genere empleo de calidad y que dentro de las condiciones de trabajo se tengan en cuenta los efectos en la salud de las personas. A nivel global también es necesario que haya un crecimiento económico no solamente sostenido, sino también sostenible, inclusivo y equitativo para que todas las personas puedan tener recursos para asegurar sus necesidades más básicas, entre ellas la salud.

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

En este ODS debemos significar que no se ha explicitado el trabajo en la resiliencia de las infraestructuras, salvo una curiosa mención sobre envíos y viajes por vía aérea.

Existen grandes inequidades en el mundo en cuanto a industrialización. Los países menos adelantados representan el 13% de la población mundial, pero contribuyen menos del 1% del valor añadido de la manufactura mundial. Al igual que en el ODS anterior, es necesario una reflexión sobre qué tipo de industrialización se está fomentando, un modelo que está estrechamente ligado con el aumento de la contaminación del planeta, las malas condiciones laborales y un crecimiento económico inequitativo.

En salud debemos de asumir que la resiliencia de los sistemas de salud en un mundo tan cambiante es una necesidad, y se debe apostar por ella. Pero no solamente como la capacidad de soportar epidemias o desastres puntuales, sino —como decíamos en el informe 2015— también ante elementos que tensan permanentemente el sistema sanitario, como podrían llegar a ser las crisis económicas y socio políticas que afectan a muchos de los países más empobrecidos y sus sistemas de salud.

También los sistemas de salud deben pensar en su contribución a la emisión de gases con efecto invernadero y buscar alternativas más sostenibles. Por ejemplo, muchas instituciones sanitarias queman los residuos biomédicos en incineradores que según las organizaciones ecologistas pueden afectar al medio ambiente, por la emisión de dioxinas y metales pesados[20], aunque no se estudie su aportación a la emisión de CO_2. Por último, se debe explorar con más profundidad la posibilidad de usar las nuevas tecnologías de comunicación en la mejora de los servicios de salud, favoreciendo la comunicación entre los profesionales sanitarios y la población.

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

Cuando se habla de desigualdad en este objetivo, se refiere a la desigualdad en los ingresos y por motivos de edad, género, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica o de otro tipo en los países, pero realmente solamente se centra en la inequidad de ingreso.

En 2014, el total del dinero que se utilizó para el desarrollo hacia los países menos adelantados fue de 55.200 millones de dólares, y ocho países donantes alcanzaron la meta de destinar el 0,15% del ingreso nacional bruto (INB) a la AOD para los países menos adelantados. Las cifras preliminares de la AOD en 2015 muestran que la AOD bilateral neta para los países menos adelantados aumentó en un 4% en términos reales, con respecto a 2014. Pero casi todos los países siguen aún muy alejados del compromiso de destinar el 0,7% del PIB a AOD.

En 2015, las remesas a los países en desarrollo aumentaron ligeramente y alcanzaron la cifra de 431.600 millones de dólares, lo que representa un aumento del 0,4% con respecto a 2014, casi 8 veces más que el dinero destinado a AOD.

La visión de este ODS debería ser más amplio. Es necesario que los sistemas de salud tengan los datos desagregados (especialmente mención al género) para poder responder a las posibles inequidades en el acceso que puedan aparecer, así como establecer políticas y estrategias que permitan mejorar la inequidad en el acceso.

20. http://noalaincineracion.org/wp-content/uploads/Mas%20vale%20prevenir%20que%20curar.pdf

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

Más de la mitad de la población del mundo vive en ciudades. Se prevé que para 2030 6 de cada 10 personas vivan en zonas urbanas, lo que debería suponer un cambio en cómo enfocar las políticas y la participación ciudadana.

En 2014 aún vivían más de 880 millones de personas en barrios marginales, estimación que no incluye a las personas que vivían en viviendas inadecuadas o inasequibles (definidas como aquellas cuyo costo es superior al 30% del total de los ingresos mensuales del hogar). Este dato significa que más del 10% de la población vive en un entorno insalubre. Además tenemos que tener en cuenta que alrededor de la mitad de la población urbana mundial estuvo expuesta a niveles de contaminación del aire por lo menos 2,5 veces superiores al máximo establecido por la Organización Mundial de la Salud y que únicamente menos de la mitad de los desechos sólidos se eliminan de forma segura, un hecho que ya calificamos de fundamental para el control de enfermedades infecciosas.

Como ya mencionamos, es necesario que los sistemas de salud se coordinen con otros actores para actuar de manera integral en conseguir que las viviendas sean salubres y sostenibles.

OBJETIVO 12. GARANTIZAR MODALIDADES DE CONSUMO Y PRODUCCIÓN SOSTENIBLES

En 2010, la huella material (un indicador de consumo de recursos) total era mucho mayor en las regiones desarrolladas que en las regiones en desarrollo, 23,6 kg por unidad del PIB, frente a 14,5 kg por unidad del PIB, respectivamente. Esto significa que a pesar de que las regiones empobrecidas están aumentando su consumo, éste se da principalmente en los países más desarrollados y que, por tanto, tienen más responsabilidad en mejorar su estilo de consumo.

El consumo interno de materiales en las regiones desarrolladas ha disminuido ligeramente, pasando de 17,5 toneladas per cápita en 2000 a 15,3 toneladas per cápita en 2010, aunque sigue siendo mucho mayor que en las regiones en desarrollo donde el consumo interno fue de 8,9 toneladas per cápita en 2010.

El consumo responsable también tiene que estar presente en la salud, sobre todo en el de medicamentos y material médico.

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

El 22 de abril de 2016, 175 Estados firmaron el Acuerdo de París en virtud de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático. Este acuerdo tiene por objeto reducir el ritmo del cambio climático y acelerar e intensificar las acciones y las inversiones necesarias para alcanzar un futuro sostenible con bajas emisiones de carbono. Los países desarrollados se han comprometido a movilizar, antes de 2020, 100.000 millones de dólares anuales de distintas fuentes para financiar las actividades relacionadas con el clima y ayudar a satisfacer las necesidades de los países en desarrollo. Pero parece que ya de principio no lo vayan a cumplir, pues aseguran que para 2025, las partes en la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático se fijarán un nuevo objetivo colectivo de movilizar al menos 100.000 millones de dólares anuales, algo que en teoría deberían hacer desde 2020.

El cambio climático está estrechamente relacionado con la resiliencia de los sistemas de salud, que deben estar preparados para cubrir cualquier contingencia, no solo desastres, sino también el cambio de los patrones epidemiológicos debido a cambios climáticos. Por ejemplo, la aparición o desaparición de reservorios de mosquitos ha supuesto la migración del problema de la malaria entre diferentes regiones de un mismo país.

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

Desde el comienzo de la revolución industrial, los océanos han absorbido casi una tercera parte del dióxido de carbono liberado por las actividades humanas, con lo que han mitigado el efecto pleno del cambio climático. Sin embargo esto tiene un alto costo ecológico, ya que el dióxido de carbono que se disuelve en el agua de mar reduce el nivel del pH oceánico, y le provoca profundos cambios que afectan a su ecosistema.

Si a este problema le sumamos la intromisión del hombre esquilmando los mares y océanos, se entiende que el porcentaje de las poblaciones de peces marinos mantenidas a niveles biológicamente sostenibles se haya reducido en todo el mundo del 90% en 1974 al 69% en 2013. Parece que desde 2008 se ha estabilizado este descenso, pero no podemos pensar en que sea suficiente. En 2014, solamente el 8,4% del medio marino comprendido dentro de la zona de jurisdicción nacional (hasta 200 millas marinas de la costa) y el 0,25% del medio marino fuera de la zona de jurisdicción nacional gozaban de protección, lo que parece insuficiente para asegurar el ecosistema marino.

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

Entre 1990 y 2015, la superficie forestal del mundo se redujo del 31,7% al 30,7% de la superficie terrestre total, aunque la pérdida neta de superficie forestal se redujo de 7,3 millones de hectáreas anuales en 1990 a 3,3 millones de hectáreas anuales entre 2010 y 2015.

En 2014, el 15,2% de los medios terrestres y de agua dulce del mundo fueron declarados áreas protegidas, y, a pesar de los esfuerzos que se están haciendo la pérdida de biodiversidad es un problema grave en este momento, ya que muchas especies de anfibios, aves y mamíferos están en proceso de extinción.

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

Una sociedad pacífica es vital para el desarrollo, pero distintos tipos de violencia golpean actualmente a la mayoría de las sociedades. En 2014, en todo el mundo el número de víctimas de homicidio intencionado se estimó entre 4,6 y 6,8 muertes por cada 100.000 habitantes, unas 400.000 personasLa inscripción de los niños y niñas al nacer es un primer paso para obtener el reconocimiento ante la ley, la protección de los derechos individuales y el acceso a la justicia. A pesar de los progresos registrados en los últimos tiempos, a nivel mundial los nacimientos de más de uno de cada 4 niños y niñas menores de 5 años no se han registrado. En el África Subsahariana, al llegar a los cinco años de edad, más de la mitad de los niños y niñas (el 54%) aún no han sido inscritos.

Se debe potenciar las sociedades pacíficas ya que no es posible desarrollar un sistema de salud eficiente en un entorno de violencia y, por otra parte, lo sistemas sanitarios tienen que reconocer los diferentes tipos de violencia para poder responder ante los problemas de salud que generan.

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

Es cierto que la Agenda 2030 requiere una alianza mundial que aúne a los gobiernos, la sociedad civil, el sector privado, el sistema de las Naciones Unidas y otros agentes,

pero también es cierto que esta alianza debe estructurarse de forma que la participación sea lo más activa posible. Participación no puede ser solamente preguntar opiniones sino también tomar decisiones.

En cuanto a recursos, en 2015 la AOD neta proporcionada por los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE llegó a 131.600 millones de dólares, una cifra que, depende de cómo lo midamos puede ser positiva o negativa. Es un descenso importante si lo analizamos en dólares corrientes (como normalmente hacemos en este informe), pero si ajustamos con inflación y tasa de cambio crece respecto a 2014 un 6,9%. No obstante, hay que tener en cuenta en este crecimiento algunas variables, como que ha aumentado de forma importante la ayuda a los refugiados en el país donante que se computa como AOD, que se suma a otras dudas que existen sobre qué podemos considerar AOD y que no. Por este motivo, es mejor analizar el esfuerzo porcentual que los países destinan a AOD, y en este sentido queda mucho camino por recorrer hasta alcanzar el compromiso del 0,7% de la AOD. Solamente 7 países en el mundo destinan el 0,7 de su ingreso nacional bruto a AOD, un compromiso que se lleva sin cumplir varias décadas.

Es necesario que los países generen una hoja de ruta creíble para destinar su 0,7% a AOD. También es urgente que la salud esté presente en los presupuestos nacionales y de cooperación en las cantidades adecuadas para conseguir el mayor nivel de salud posible de toda la población y es un compromiso de todas estas instituciones que deben cumplir. Estos recursos se deben utilizar de forma eficiente, efectiva y con el mayor impacto posible, y debemos basarnos en la evidencia para poder asegurar que las políticas que financiamos sean las mejores posibles para asegurar el derecho al acceso a la salud de todas las personas.

2.4. PRIMER INFORME DE SEGUIMIENTO ODS POR PAÍSES: POCOS Y DIVERSOS

Como parte de sus mecanismos de seguimiento y revisión y para promover la rendición de cuentas a la ciudadanía, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible instaba a todos los países a presentar informes sobre sus avances a nivel nacional y subnacional al Foro de Alto Nivel Político 2016 de Desarrollo Sostenible, aunque la presentación de estos informes fuera voluntaria. En este primer informe se recogen lo que los países han hecho para incorporar dentro de la agenda política nacional los compromisos con la agenda 2030, no tanto resultados concretos.

En enero de 2016 Naciones Unidas presentó el documento "Hitos fundamentales necesarios para llevar a cabo un proceso coherente, eficiente e inclusivo de seguimiento y examen en el plano mundial"[21], donde promueven un sistema participativo de seguimiento y da las claves para que se pueda luego fomentar el intercambio de mejores prácticas y el aprendizaje mutuo. En 2016 únicamente 22 países han presentado revisiones nacionales sobre la evolución de los ODS en sus países y 2 países más (Bolivia y Qatar) han enviado alguna información, sin ser específicamente un informe de seguimiento.

Entre los 22 países hay africanos como Uganda, Togo, o Sierra Leona, europeos como Alemania y Francia, asiáticos como China o Corea, y americanos como Venezuela o México. Países como España, Reino Unido, Estados Unidos, Rusia o Brasil no han presentado ningún informe.

Alemania considera en su informe que, a pesar de su nivel de desarrollo, necesita hacer esfuerzos tanto para mejorar sus datos a nivel nacional como para contribuir a la consecución global de los ODS. Ha creado una "Estrategia Nacional de Desarrollo Sostenible" que considera el marco clave para lograr los ODS en Alemania, y se compromete a publicar cada dos años un informe con los logros. Los principios que guían la política nacional de sostenibilidad en Alemania son la equidad intergeneracional, la calidad de vida, la cohesión social y la responsabilidad internacional.

Estas distintas experiencias nos recuerdan que los países tienen puntos de partida diferentes y, por lo tanto, diferentes niveles de apropiación de la Agenda, pero hay unos elementos comunes que debemos destacar y que se necesitan en el desarrollo de los planes nacionales para la consecución de los ODS:

- Voluntad política y consenso: es necesario un liderazgo político para impulsar los ODS, pero éstos trascienden los gobiernos por lo que debe ser algo compartido por todos los partidos políticos para evitar grandes golpes de timón por cambios en los gobiernos.
- Pensar en local y global: las políticas afectadas son todas. Hay una responsabilidad nacional, pero también global, y los países de renta más alta deben ayudar a los otros países a conseguir los ODS; es decir, deben mantener la "Agenda de la Ayuda".
- Atañe a todas las instituciones: todos los Ministerios deben estar involucrados, pero también los gobiernos regionales y locales y los actores más relevantes. En salud es fundamental analizar el impacto de todas las políticas en salud.
- La población debe conocer los ODS: los ODS deberían cambiar la realidad de la situación de las personas, pero la gran mayoría de la población (al igual que pasó con los ODM) los desconoce y no saben cómo le puede afectar. Es imperativo que exista una buena política de comunicación, que las personas conozcan los

21. http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/684&Lang=S

ODS como pueden conocer las políticas que más les afecten (educación, sanidad, empleo…) y saber también las herramientas de participación para una correcta apropiación de los mismos.

Todos los países tienen una tarea inaplazable, que debía haber sido puesta en marcha con anterioridad a 2016: desarrollar una estrategia de implementación de los ODS, que sea participativa e integral, con una visión local y global. Estas estrategias son los que marcarán el futuro de los ODS y su grado de cumplimiento.

LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LOS OBJETIVOS Y LAS METAS DE DESARROLLO SOSTENIBLE PARA EL 2030: ¿HEMOS DEFINIDO COMO LLEGAR A ELLOS?

Daniel López Acuña

Profesor Asociado de la Escuela Andaluza de Salud Pública en Granada y Ex Director de Acción Sanitaria en Situaciones de Crisis de la OMS

Hace poco más de un año, el viernes 25 de septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas en Nueva York vio congregados a numerosos líderes mundiales durante la reunión el segmento de alto nivel de la Cumbre sobre el Desarrollo Sostenible. Los Estados Miembros miembros de la Organización de las Naciones Unidas acordaron una serie de objetivos y metas para alcanzar un desarrollo sostenible de aquí al 2030 (ODS), los cuales guiaran la agenda mundial de desarrollo y los marcos de cooperación internacional en su apoyo. Esta jornada fue la coronación de un largo proceso de consulta, debate y construcción de consensos conducido por los Estados Miembros de la Organización de las Naciones Unidas con el decidido apoyo del Secretariado del Sistema liderado por Ban-Ki Moon.

Fue un hito importante que supuso un acuerdo sobre lo que se aspira a alcanzar en distintos órdenes de la actividad económica, la vida social, los procesos políticos y las condiciones de vida de la humanidad. No ha sido poco y debe ser alentado y apoyado. Se trata de una construcción digna de encomio y muestra una voluntad universal de definir aquello a lo que aspira el gran colectivo de las naciones que constituyen el concierto mundial.

Sin embargo no todo es color de rosa ni hay que echar las campanas al vuelo prematuramente. Esto fue un primer paso, no menor, pero solo un primer paso en una larga caminata que entraña no solo la definición de aspiraciones sino sobre todo la formulación de agendas mundiales, regionales, nacionales y locales de transformaciones profundas que permitan la consecución de los objetivos y las metas acordados.

Hay algunas diferencias con lo acontecido hace quince años cuando en la Cumbre del Milenio se aprobaron los hoy muy conocidos ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que habrían de ser alcanzados en el año 2015 y que no llegaron a cumplirse en todos los casos ni en todos los países ni entre todos los grupos de población, especialmente entre los más pobres y los más vulnerables.

La primera de ellas es que los ODM fueron definidos en "petit comité" por una cúpula de expertos vinculados a una iniciativa de algunos de los principales países que aportan ayuda al desarrollo y acabaron siendo aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas sin que hubiese existido un amplio consenso en su formulación, mientras que los ODS surgen de un largo proceso de consulta con gobiernos, expertos y actores no estatales. Estos últimos tienen mayor representatividad y hasta cierto punto legitimidad pero adolecen de especificidad estratégica y han terminado por ser demasiado abarcadores ya que todos los sectores quisieron salir en la foto.

La segunda es que los ODM fueron concebidos fundamentalmente como una agenda de desarrollo para los pobres mientras que los ODS han sido pergeñados como una agenda universal que abarca a todos los países y las poblaciones del Orbe. Esto tiene grandes implicaciones porque supone la construcción de una agenda mundial y no solamente la elaboración de un marco que guie la cooperación al desarrollo,

La tercera es que el conjunto más amplio de las diecisiete ODS tiene menos capacidad movilizadora que la agenda más puntual que representaron los ODM hasta este año.

Pero más allá de las diferencias con su antecedente inmediato, no hay que olvidar que los ODS que fueron aprobados en 2015 (algunos de los cuales son objetivos terminales y otros son procesos necesarios para alcanzarlos), no se verán cumplidos por arte de magia.

Para ser alcanzados en el 2030 todos y cada uno de ellos precisan de la puesta en marcha de lo que se ha dado en llamar una **"agenda transformativa"** a nivel de cada país y en los ámbitos regional y global que hasta ahora no ha sido mayormente discutida y para la cual no hay consenso alguno establecido.

Aquí nos topamos con un gran desafío: ni el actual orden económico internacional, ni la dinámica demográfica y social, ni los procesos productivos, ni la situación del Estado de Derecho, ni la seguridad y la paz mundiales, ni las condiciones materiales de grandes sectores de la población nos llevan de modo natural al logro de los ODS. Hay muchas piedras en el camino que hay que librar

Estamos ante un conjunto de aspiraciones que para ser cumplidas entrañan grandes cambios que suponen una economía política de la transformación: nuevos pactos sociales, replanteamiento de procesos productivos, ensanchamiento de las políticas sociales y de la protección social, respeto a los derechos humanos, reducción de los conflictos, construcción efectiva de la paz y reconversión de los procesos productivos, entre otras cosas.

Lo que los líderes aprobaran en 2015 no contiene esta espinosa agenda pero si se quiere llegar a buen puerto y cumplir en 2030 los compromisos universales de desarrollo sostenible acordados, este debate resulta inaplazable además de imprescindible.

Por si fuera poco, habrá que acometer de igual manera la traducción de los ODS a las distintas situaciones nacionales, incorporándolos a las políticas, a los planes y a las estrategias nacionales de desarrollo y esto no ocurrirá de la noche a la mañana. Supone una vez más darle atención a la economía política de las transformaciones que tienen que producirse al interior de cada país.

Queda además el tema de la rendición de cuentas, hasta ahora no se ha discutido como se vigilará el cumplimiento de estos compromisos y como se llamará a cuentas a aquellos países que no emprendan las acciones transformadoras necesarias para caminar en la dirección acordada.

3. LA EPIDEMIA DEL ZIKA

Tras el ébola, la comunidad internacional ha vuelto a verse conmocionada por otra epidemia que ha afectado a distintos países en diferentes continentes. Nos referimos a la epidemia del Zika.

La epidemia del Zika comenzó en Brasil en mayo de 2015, aunque es en noviembre de ese mismo año cuando realmente sale a la luz. En febrero de 2016, el Comité de Emergencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara el virus del zika, presente ya en 24 países de América, como una emergencia de salud pública de importancia internacional. Emergencia que en septiembre de 2016 aún se mantiene tras celebrar la OMS[22] una reunión de expertos y concluir que "la infección del Zika continúa siendo una amenaza sanitaria global por seguir propagándose en nuevos países y porque además los científicos no llegan a comprender el funcionamiento de este virus".

A finales de 2015 se desata una alarma mediática y social, que se mantuvo sobre todo por el hecho de que los Juegos Olímpicos en 2016 se celebraban en Brasil, el país más afectado por el brote epidémico. Hasta el 18 de mayo de 2016, 60 países y territorios habían notificado transmisión vectorial (por mosquitos) continuada. Pero debemos diferenciar los 46 países que han sufrido un primer brote a partir de 2015, sin indicios de circulación en el pasado, de los 14 países que han comunicado indicios de transmisión del virus entre 2007 y 2014, con transmisión en curso. Apuntar también que 4 países o territorios habían comunicado indicios de transmisión entre 2007 y 2014 y que están libres de Zika en esta epidemia. Se trata de las Islas Cook, Polinesia francesa, la Isla de Pascua (Chile) y la isla de Yap (Estados Federados de Micronesia). Si comparamos los 46 nuevos países afectados contra los 18 que anteriormente estuvieron afectados, observamos una expansión geográfica más rápida y amplia durante esta epidemia. La primera circulación autóctona de virus Zika (ZIKV) en las Américas fue confirmada en febrero de 2014 en Isla de Pascua, Chile, y no se puede descartar que haya habido una distribución del virus desconocida entre 2014 y 2015, y que haya habido algún tipo de cambio que haya vuelto este brote más agresivo.

3.1. El virus del Zika

El virus de Zika es un virus emergente transmitido por mosquitos que se identificó por vez primera en Uganda, en 1947, en macacos de la India a través de una red de monitoreo de la fiebre amarilla selvática. Posteriormente, en 1952, se identificó en el ser humano en Uganda y la República Unida de Tanzania. Se han registrado brotes de enfermedad por este virus en África, las Américas, Asia y el Pacífico.

Los síntomas son similares a los de otras infecciones por arbovirus, entre ellas el dengue (muy frecuente en América), y consiste en fiebre, erupciones maculopapulares, conjuntivitis, mialgias, artralgias, malestar y cefaleas. Suelen durar entre 2 y 7 días.

El virus de Zika se transmite a las personas a través de la picadura de mosquitos infectados del género Aedes, y sobre todo de Aedes aegypti en las regiones tropicales. Este mosquito es el mismo que transmite el dengue, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla. En esta epidemia 10 países han aportado pruebas de transmisión de persona a persona, y hay cada vez mayor certeza de que también existe el contagio por vía sexual.

Los primeros brotes de enfermedad por el virus de Zika se describieron en el Pacífico en 2007 y 2013, concretamente en la isla de Yap y en la Polinesia francesa, respectivamente. En la actual epidemia, los primeros brotes de enfermedad por el virus de Zika se describieron en las Américas, concretamente en Brasil y Colombia, y en el caso de África en Cabo Verde, todos ellos en 2015.

El diagnóstico inicial está basado en el cuadro clínico y en el antecedente de viajes a las zonas en las que el virus está circulando, pero puede haber confusiones con otras enfermedades como el dengue. El virus de Zika se diagnostica mediante PCR (reacción en cadena de la polimerasa) en tiempo real y aislamiento en muestras de sangre. El diagnóstico serológico puede resultar difícil, y el virus puede presentar reacciones cruzadas con otros flavivirus, como los virus del dengue, del Nilo Occidental y de la fiebre amarilla[23]. El diagnóstico suele tardar varios días en confirmarse, por lo que tiene más importancia por su distribución epidemiológica que por tratar al paciente.

Para prevenir las picaduras se utilizan las mismas medidas que para cualquier otro tipo de mosquito, como puede ser el anopheles, que transmite la malaria: utilización de repelentes de insectos, ropas (preferentemente de colores claros) que cubran el cuerpo tanto como sea posible, barreras físicas como el cierre de puertas y ventanas y mosquiteras de cama. También es importante vaciar, limpiar o cubrir los utensilios que puedan acumular agua, como cubos, macetas o neumáticos, eliminando así lugares de cría de mosquitos. En cuanto al contagio por vía sexual, se recomienda no viajar a mujeres embarazadas a zonas con casos activos, tener prácticas sexuales seguras en las zonas afectadas y si vienes de una de las zonas afectadas, esperar ocho semanas para concebir y seis meses si la pareja es sintomática.

22. http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fourth-ec/es/

23. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/204898/1/WHO_ZIKV_LAB_16.1_spa.pdf

La enfermedad por el virus de Zika suele ser relativamente leve (muchos de los pacientes ni se enteran de que están infectados) y no necesita tratamiento específico, pero las investigaciones llevadas a cabo hasta la fecha han permitido llegar a un consenso científico de que el virus de Zika es una causa de microcefalia y del Síndrome de Guillain Barré, que explicaremos más adelante.

Los pacientes deben estar en reposo, beber líquidos suficientes y tomar analgésicos comunes para el dolor. Si los síntomas empeoran deben consultar al médico. En la actualidad no hay vacunas disponibles.

3.2. Las complicaciones

EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

El síndrome de Guillain Barré (SGB) es un problema de salud grave que ocurre cuando el sistema de defensa del cuerpo (sistema inmunitario) ataca parte del sistema nervioso por error. Esto lleva a que se presente inflamación de nervios que ocasiona debilidad muscular o parálisis y otros síntomas.

El síndrome de Guillain-Barré no es exclusivo del Zika, puede presentarse junto con infecciones virales, de virus o bacterias tales como la gripe, algunas enfermedades gastrointestinales, neumonía por micoplasma, herrpes simple, mononucleosis,...

No existe cura para el síndrome del Guillain-Barré, aunque la mayoría de las personas sobreviven a este síndrome y se recuperan totalmente. El tratamiento está encaminado a reducir los síntomas, tratar las complicaciones y acelerar la recuperación que puede tardar semanas, meses o años. El pronóstico suele ser bueno si los síntomas desaparecen dentro de un período de tres semanas después de haber comenzado por primera vez.

En julio de 2015, Brasil informó sobre la detección de pacientes con síndromes neurológicos que tenían historia reciente de infección por virus Zika, en el estado de Bahía. Se identificaron 76 pacientes con síndromes neurológicos, de los cuales 42 (55%) fueron confirmados como SGB. Entre los SGB confirmados, 26 (62%) tenían historia de síntomas compatibles con infección por virus Zika.

Esta epidemia traspasó pronto las fronteras brasileñas. En enero de 2016, El Salvador informó sobre la detección de un incremento inusual de SGB desde inicios de diciembre de 2015. En promedio El Salvador registra 14 casos de SGB por mes (169 casos por año). Sin embargo, entre el 1 de diciembre de 2015 y el 6 de enero de 2016 se registraron 46 SGB, 3 veces más de lo normal, de los cuales 2 fallecieron.

MICROCEFALIA

En octubre de 2015, el Centro Nacional de Enlace de Brasil notificó la detección de un incremento inusual de recién nacidos con microcefalia en servicios de salud públicos y privados del estado de Pernambuco, en el noreste de Brasil. Hasta principios de enero del 2016, se registraron 3.530 casos de microcefalia, incluidos 46 fallecidos, en 20 estados y el Distrito Federal. Entre 2010 y 2014, a nivel nacional, se registraron anualmente en promedio 163 casos de microcefalia, lo que supone un elevadísimo número de nuevos casos.

El 13 de enero de 2016, el Ministerio de Salud de Brasil informó sobre la detección de genoma de virus Zika, a través de la técnica RT-PCR en 4 casos de malformación congénita del estado de Rio Grande do Norte. Los casos corresponden a dos abortos y a dos recién nacidos a término (37 y 42 semanas de gestación respectivamente) que fallecieron en las primeras 24 horas de vida. Las muestras de tejido de ambos recién nacidos resultaron además positivas para virus Zika.

Esta evidencia se suma al hallazgo que fue presentado en la Alerta Epidemiológica del 1 de diciembre de 2015 respecto a la detección de genoma de virus Zika, a través de la técnica RTPCR, en fluido amniótico de dos embarazadas de Paraíba, cuyos fetos presentaban microcefalia de acuerdo a la ultrasonografía que se les había realizado.

Es muy difícil predecir las consecuencias de microcefalia en el momento del nacimiento, por lo que se necesita un seguimiento estrecho a través de chequeos para monitorear y evaluar los bebés afectados. No existe un tratamiento específico para la microcefalia. La atención se centra en el seguimiento, promoción y maximización de las capacidades del niño, porque los lactantes y los niños con microcefalia tienen con frecuencia dificultades con el desarrollo del cerebro a medida que crecen.

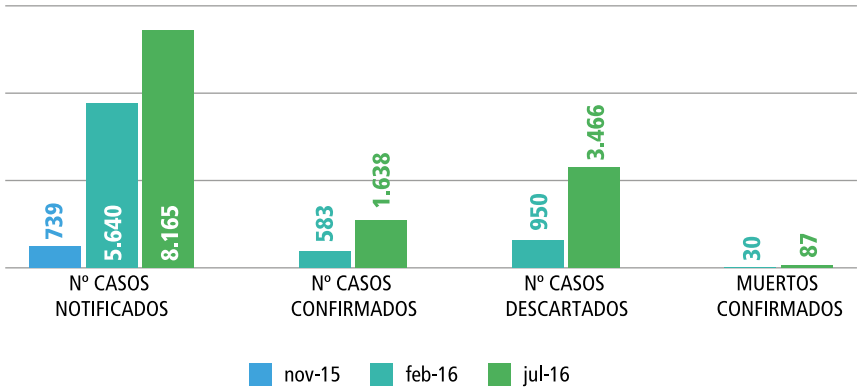
3.3. ¿Sabemos lo necesario de esta epidemia?

A pesar de los esfuerzos de la comunidad internacional, siguen habiendo ciertas dudas respecto a esta epidemia que es necesario responder para prepararse mejor ante nuevos brotes.

Brasil es el país que más casos ha sufrido y del que más datos disponemos, por lo que nos sirve para exponer algunas de las dudas que existen sobre esta epidemia. Como podemos observar en la siguiente gráfica sobre las microcefalias. Se observa que la mortalidad confirmada no es muy alta, como ya se podría esperar de una epidemia de Zika, 87 muertes en 9 meses, aunque no podemos olvidar los graves problemas en el desarrollo que pueden sufrir muchos de los niños y niñas que sobrevivan, y el problema que puede suponer globalmente una epidemia descontrolada.

Pero si las comparamos (según las estadísticas sanitarias de la OMS[24]) con la mortalidad por anomalías congénitas en Brasil en 2012 —que era el 21% de todas las muertes de menores de 5 años—, y por prematuridad —el 23%—, observamos que Brasil tiene otros problemas que no podemos olvidar. La prematuridad y las anomalías congénitas suponen más de 17.000 muertes de menores de 5 años en un año, 195 veces más que las sufridas por la epidemia.

GRÁFICO 1.5. CASOS Y MUERTES POR MICROCEFALIA Y ZIKA EN BRASIL



Fuente: elaboración propia utilizando los datos de los informes epidemiológicos del "Centro de operações de emergências em saúde pública sobre microcefalias" del Ministerio de Salud de Brasil.

Otro hecho destacable es la dificultad diagnóstica. De 8.165 casos sospechosos de microcefalia en total en julio de 2016, se descartaron 3.466, el 42%. Pero quizás lo que más sorprende después de la alarma creada es que solamente se hayan confirmado 1.638 casos, lo que supone que aún haya más de 3.000 casos sin confirmar. No sabemos las causas de este retraso en el diagnóstico que puede ser fundamental para conocer cómo se distribuye la enfermedad, pero seguramente la falta de recursos es una de las principales explicaciones.

Tampoco sabemos por qué parece haber una concentración geográfica de los problemas graves asociados a esta enfermedad. Si observamos las cifras proporcionadas por el gobierno de Brasil, la región del Nordeste tenía el 23 de julio 1.494 casos confirmados de microcefalia, de un total de 1.749 del conjunto del país desde que empezó la epidemia en 2015; es decir, esta región asume el 85% de las

24. http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&id=11599&Itemid=41691&lang=es

microcefalias por Zika en Brasil. Podríamos inferir que en el resto se tomaron las medidas oportunas de salud pública para evitar estos problemas, o que en esta región se dan factores climáticos favorecedores para la proliferación del mosquito, pero no podemos descartar que exista algún factor desconocido que tenga importancia en la aparición de la microcefalia. Es cuanto menos curioso observar que de los casos descartados de microcefalia por Zika (que son porque o bien son normales o bien es una microcefalia debida a otras causas que no son Zika) la provincia del Nordeste tiene también 2,5 veces más casos que el resto del país en su conjunto, cuando su población es solo el 25% del total de la población de Brasil, que alcanza los 190 millones[25]. Los estudios sobre posibles factores ambientales son muy complejos y si bien celebramos que la epidemia está en remisión en la mayor parte de los países, este hecho dificulta la investigación y la elaboración de estudios para un mayor conocimiento del virus.

La OMS ha elaborado nuevos consejos e información sobre la forma de gestionar la enfermedad por el virus de Zika[26]. Ha propuesto 4 objetivos principales para ayudar a los gobiernos de los países y a las comunidades a prevenir y tratar las complicaciones de la infección por el virus de Zika y paliar sus consecuencias socioeconómicas. Estos objetivos son: detección; prevención; atención y apoyo; e investigación. Para conseguirlos busca ampliar la capacidad de los sistemas sanitarios de los países afectados, un elemento fundamental para asegurar la sostenibilidad de los resultados. Tampoco parece que el tratamiento de la información haya sido el más óptimo. Se han propagado rumores sobre las causas de esta enfermedad[27], que pueden acarrear mayores problemas de salud pública. La OMS las ha desmentido, alguna tan relevante como que el piriproxifeno, que es uno de los 12 larvicidas recomendados por la OMS para reducir las poblaciones de mosquitos, provoque microcefalia[28]. De ahí que insistamos en la necesidad de que la población conozca mucho mejor los detalles de esta enfermedad, si queremos una gestión adecuada de la misma.

3.4. Conclusiones

Esta epidemia, al igual que la del ébola, nos vuelve a mostrar varios hechos que deberían de tenerse en cuenta en la gestión de estas pandemias:

1. Dada la globalización de las comunicaciones, las enfermedades infecciosas ya no se delimitan a un solo país o región, sino que son un problema global. La apari-

25. https://es.wikipedia.org/wiki/Demograf%C3%ADa_de_Brasil#Por_regiones_geogr.C3.A1ficas
26. http://www.who.int/emergencies/zika-virus/es/
27. http://www.lanacion.com.ar/1872998-el-zika-desata-todo-tipo-de-rumores-y-debates-en-brasil
28. http://www.who.int/emergencies/zika-virus/articles/rumours/es/

ción del virus parece provenir de África, rebrota en el Pacífico y en 2014 llega a América. Esta epidemia es una nueva oportunidad para que la comunidad internacional busque y analice cual es la mejor estrategia para salvaguardar la salud global. El Zika no era una enfermedad nueva, sencillamente era una enfermedad a la que no se le dedicaba suficientes esfuerzos en investigación, como con el ébola.

2. Una respuesta efectiva no puede ser luchar ahora contra esta enfermedad y una vez controlada, esperar una nueva epidemia. Es necesario que entendamos que todos los sistemas de salud deben estar preparados para afrontar nuevos retos y para ello su refuerzo debe ser una prioridad por encima de otros condicionantes. Y tenemos que entender que estos sistemas deben dar una respuesta integral, no exclusivamente responder a las alarmas mediáticas, que a veces pueden no ser tan relevantes como otros problemas de salud.
3. La Atención Primaria de Salud, especialmente trabajando estrategias de prevención de riesgos en salud y promoción de entornos seguros, favoreciendo una participación activa y real de las comunidades en las decisiones sobre la salud también debe ser fortalecida.
4. Las epidemias pueden ser favorecidas por factores externos a los sistemas sanitarios, como políticas hidráulicas que cambien o favorezcan los reservorios de los mosquitos o políticas económicas que limiten los recursos disponibles para la salud, tanto a nivel nacional como individual. Debemos profundizar en analizar y tener en cuenta los efectos en salud de todas las políticas, así como plantear el trabajo en determinantes de salud como algo esencial dentro de las políticas de salud.

4. ENVEJECIMIENTO Y SALUD

Uno de los elementos diferenciadores entre los ODM y los ODS es la inclusión en estos últimos del concepto de salud en todas las etapas de la vida. En los ODM se priorizaba a la infancia y a las madres gestantes, mientras que en los ODS se pretende plantear una visión más holística de la salud. La salud de los mayores ha estado casi olvidada en las grandes políticas globales de salud, obviando que para 2050 se espera que la población mundial de más de 60 años llegue a los 2.000 millones, dos veces y medio más que la cifra actual que es de algo más de 840 millones[29].

29. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/lancet-ageing-series/es/

La OMS editó en 2015 un informe sobre envejecimiento y salud[30], donde describe la situación actual y plantea recomendaciones para realizar planes de envejecimiento saludable. Y es que por primera vez en la historia, la mayoría de la población mundial puede vivir más de 60 años[31], que es el estándar utilizado por Naciones Unidas como el límite inferior para describir a una persona como anciana. Estudiar el envejecimiento no es algo nuevo, aunque haya tenido relativa poca repercusión mediática. En 2002 la OMS aprobó la "Declaración Política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento"[32], donde se introducían nuevas esferas de trabajo en esos momentos, como la influencia del VIH en las personas mayores y el maltrato. Ese mismo año la OMS publica también el informe "Envejecimiento activo: un marco político"[33] donde ya se hablan de determinantes y se planteaban los desafíos y las respuesta políticas necesarias para poder conseguir un envejecimiento saludable.

El informe de 2015 está en la línea de este último informe, aunque profundiza en algunos aspectos que se deben tener en cuenta. Plantea que las estrategias de salud pública adoptadas frente al envejecimiento no han sido eficaces en estos años, y no solamente en los países más empobrecidos. Afirma que los sistemas de salud de los países de ingresos altos están más orientados a curar enfermedades agudas que a gestionar y reducir al mínimo las consecuencias de los estados crónicos prevalentes en la vejez. Con abordajes estancos para cada problema, lo que puede llevar a la polimedicación e intervenciones innecesarias, y a una atención inferior a la necesitada, sin fomentar la autonomía y el buen funcionamiento de las personas mayores. En los países de ingresos bajos la falta de recursos y de formación lastra la atención a este sector de la población. En el "Estudio de la OMS sobre envejecimiento y salud de los adultos en el mundo"[34] de 2012, se puede observar como alrededor del 53 % de las personas adultas mayores incluidas en el estudio presentaban hipertensión arterial, pero solo entre el 4 % y el 14 % de ellos recibían tratamiento efectivo.

En este informe se plantean 4 desafíos para formular políticas efectivas para la vejez saludable:

1. Asumir la diversidad en la vejez: Son múltiples los estados de salud que podemos asociar a este sector poblacional. Además se trata de un colectivo dinámico y que no se asocia directamente con la edad cronológica. Existen algunos estudios que prueban que personas de 80 años pueden tener niveles de capacidad física y mental similares a las personas de 20 años. Aunque lo óptimo sería ver las necesidades

30. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OMS 2015
31. .World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world. New York: United Nations Department of Social and Economic Affairs; 2007 (Report No. E/2007/50/Rev.1 ST/ESA/314;).
32. http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA58/A58_19-sp.pdf
33. http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/oms_envejecimiento_activo.pdf
34. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23283715

diversas de las personas mayores como un espectro de grados de funcionamiento, actualmente hay dos modelos contrapuestos que influyen en las políticas: o se ven a los ancianos como personas vulnerables que solamente necesitan ayuda, o se ven como elementos aún productivos económicamente para la sociedad, y por lo tanto el límite para considerar a alguien anciano pasa de los 60 años a los 70 años.

2. Esta diversidad se debe fundamentalmente a la inequidad y no a la herencia genética. Estas inequidades pueden ser muy diversas, de género, económicas, sociales,...Posiblemente quienes tengan más necesidades en salud tengan también menos recursos para afrontarlos.
3. Considerar a las personas mayores una carga, a pesar de que hay muchos estudios que muestran que son muy útiles socialmente, que provoca discriminación por la edad, y un constructo rígido done las etapas de la vida están muy señaladas, y por ejemplo el aprendizaje se limita a las personas más jóvenes, como si la gente mayor no pudiera aprender.
4. El mundo es dinámico, y también cambia, por lo que hay que tener en cuenta esta dinámica a la hora de desarrollar políticas. La incorporación de la mujer al mercado de trabajo y la aportación como cuidadoras de las personas mayores es un claro ejemplo de cambios en la sociedad de ingresos medios y altos que deben tenerse en cuenta a la hora de establecer políticas sociales.

Es necesario saber más sobre la salud de las personas mayores y definir concretamente qué se puede hacer para mejorarla, sabiendo que puede ser muy diversa. Además, se necesita integrar estos esfuerzos en todos los sectores, ya que en la salud de las personas mayores no solo influyen los sistemas de salud y atención a largo plazo, sino también el entorno en el que viven y han vivido toda su vida. En este sentido, es importante tener en cuenta que la atención no tiene que ser solamente asumible económicamente, sino que debería de tener muy en cuenta los factores socio culturales que influyen en el acceso a los servicios.

5. ESPAÑA Y LA AGENDA 2030

La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible, aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas en septiembre de 2015, pone el énfasis en su naturaleza global y en su carácter transformador, integrado e indivisible, que apuesta por erradicar la pobreza y por conseguir un desarrollo sostenible en las dimensiones económica, social y ambiental.

Se trata de una Agenda muy ambiciosa que demanda el compromiso y la acción de todos los países, con independencia de su nivel de desarrollo. Supone, por tanto, una oportunidad para que cada país revise sus marcos conceptuales y defina un modelo de desarrollo incluyente y sostenible.

Un gran número de países ya se está moviendo en esta dirección, que consideramos es la adecuada para convertir la Agenda en realidad. Al menos 50 Estados han tomado ya medidas con implicaciones políticas concretas y con el compromiso de las más altas esferas de gobierno. Otros 50 países aproximadamente han iniciado este camino y están progresando si bien lo hacen con evidencias menos tangibles. Unos 30 países se han presentado voluntarios para exponer sus experiencias en el Foro de Alto Nivel que se celebrará en julio de 2017 (en 2016 fueron 27). Estas experiencias sin duda permitirán establecer los primeros estándares de buenas prácticas.

Lamentablemente España no está en este grupo de 100 países que ya se mueven en la buena dirección. El hecho de tener un Gobierno en funciones durante casi un año, se ha convertido en la excusa perfecta para justificar falta de interés y ambición en la Agenda 2030. La actuación del Gobierno en funciones se ha limitado a poner en marcha mecanismos de coordinación (Comisión Interministerial y la Comisión Interterritorial) en el ámbito de la cooperación internacional (que no de la Agenda). También ha establecido una colaboración con el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el desarrollo de indicadores globales, habiéndose definido no más del 45% de los indicadores. Es evidente que para medir los avances es necesario progresar en la identificación de indicadores y mejorar la recolección de datos, uno de los principales retos compartido por el conjunto de los países.

Pero hay otros retos a los que debe hacer frente sin demora el nuevo Gobierno recientemente constituido. España, al igual del resto de países, está obligada a trasladar los objetivos acordados (los ODS) al ámbito nacional, por lo que deberá definir una hoja de ruta referida a la Agenda 2030. Esta hoja de ruta debe pivotar entorno a tres elementos esenciales, políticas, presupuestos y mecanismos de control, y concretarse una serie de medidas que a fecha de hoy se muestran inaplazables. Entre estas medidas destacamos:

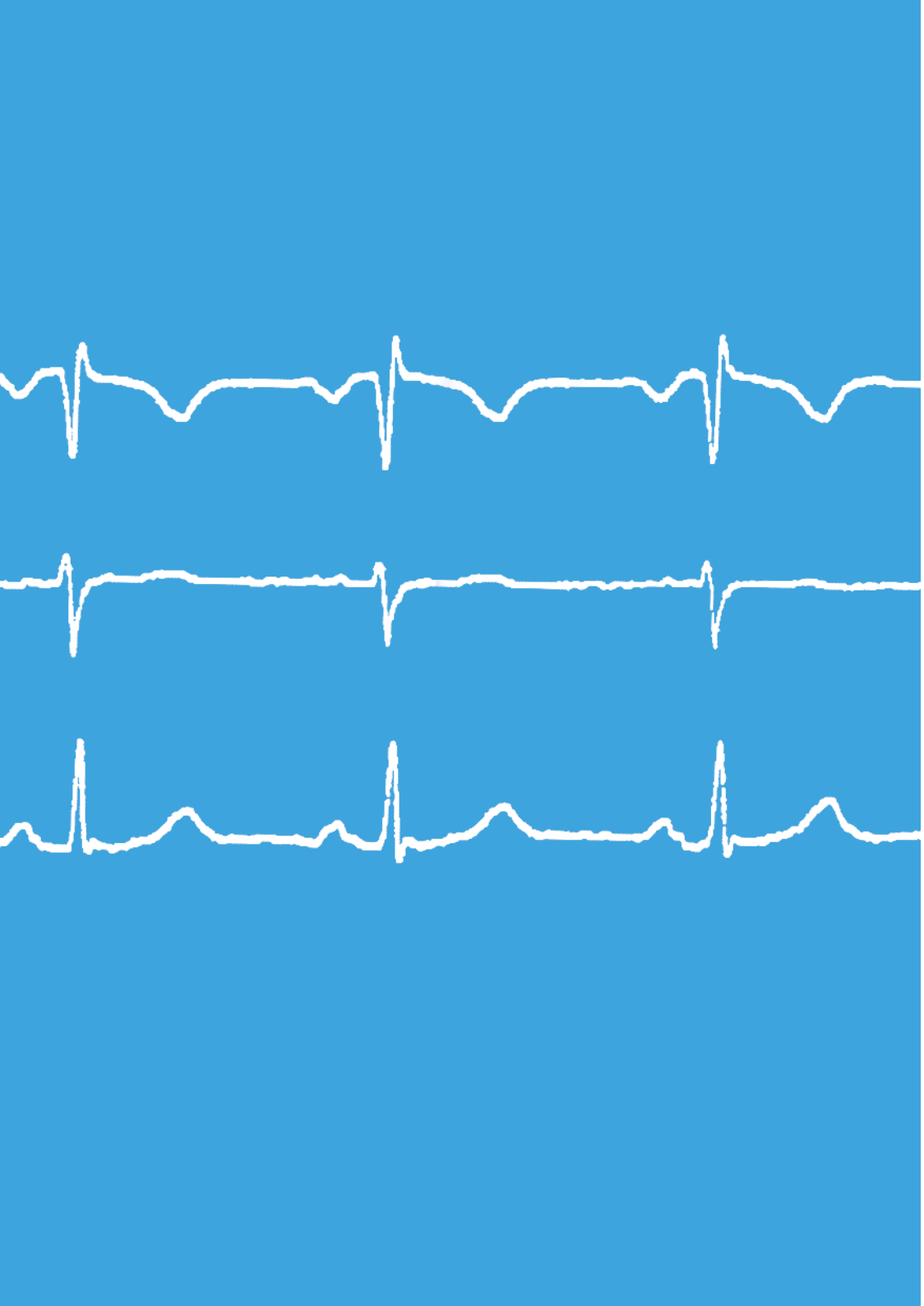
– El desarrollo de una arquitectura institucional acorde a las necesidades de la nueva agenda del desarrollo sostenible. El gobierno tiene que designar una unidad gubernamental, al más alto nivel —oficina de presidencia—, capaz de liderar, coordinar y dar seguimiento a la Agenda. La coordinación y el seguimiento pueden ser asignadas a ministerios concretos, no así el liderazgo.
– Adaptar la visión estratégica de la Agenda y elaborar un plan de acción. La parálisis de gobernanza de los últimos meses ha impedido el desarrollo del V Plan

Director (2017-2020). El Gobierno debería aprovechar este contratiempo para diseñar una planificación con una visión más amplia; es decir, elaborar una estrategia de desarrollo sostenible que permita el cumplimiento de la Agenda 2030.

– Una estrategia de desarrollo sostenible requeriría a su vez de la aprobación de una Ley de Desarrollo Sostenible que incluya todos los sectores. Una buena Ley sin duda debería facilitar la coherencia de políticas.
– El Gobierno debe asegurar un volumen de AOD acorde con el tamaño de nuestra economía y que sea coherente con el compromiso internacional de España. La meta 17.2 de la Agenda 2030 compromete a los países desarrollados a destinar el 0,7% del PNB a ayuda oficial al desarrollo (AOD) con una cuota entre el 0,15% y el 0,20% del PNB para los países menos adelantados. La Agenda reclama más AOD si queremos garantizar su éxito. La AOD es imprescindible para que los países en desarrollo puedan alcanzar sus metas.
– El Gobierno debe mejorar la coordinación entre los diferentes actores. La Agenda requiere de la participación de muchos actores lo que implica encontrar nuevos equilibrios. Conciliar más actores, más metas y objetivos más amplios supone un gran desafío de coordinación y complementariedad, así como un reto más para la coherencia de políticas.

Además de estas medidas, el Gobierno debe abordar otras cuestiones que siendo importantes podemos considerar menores por estar en otro nivel. Nos referimos a la necesidad de adecuar los medios materiales, los procedimientos y los recursos humanos a las exigencias de la Agenda, consolidar la gestión orientada a resultados, seguir avanzando en la gestión del conocimiento y en un plan de comunicación para dar a conocer entre la ciudadanía los Objetivos de Desarrollo sostenible.

Finalmente queremos resaltar un hecho que nos parece fundamental para garantizar el éxito de esta Agenda. La Agenda se ha negociado básicamente desde el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, y no siempre al más alto nivel, lo que ha provocado una escasa apropiación por parte de otros ministerios muy exigidos por los objetivos que se pretenden lograr. La Unidad que lidera esta Agenda debe corregir este déficit. Por otro lado, la Agenda requiere del consenso de todos los partidos políticos, de un acuerdo que no cuestione su existencia ni deje su implementación a merced de intereses políticos. Para evitar que esto suceda, la Agenda debería debatirse en el Pleno del Congreso de los Diputados y de alguna manera ser ratificada por todos los grupos políticos.



CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- En 2015, año previo a los ODS, la AOD neta del conjunto del CAD ha descendido casi un 13% respecto al año anterior.
- En 2014 se pierde la tendencia de los últimos años de crecimiento de la AOD del CAD destinada a salud, alejándose del porcentaje recomendado del 15% de toda la AOD.
- La UE debe exigir, 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 público privados) 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 2015 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2014.

1. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA AL DESARROLLO TOTAL DEL CAD

El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) es, según sus propias palabras "el principal foro internacional de países proveedores de cooperación para el desarrollo, cuyo objetivo es promover la cooperación para el desarrollo, así como otras políticas que contribuyan

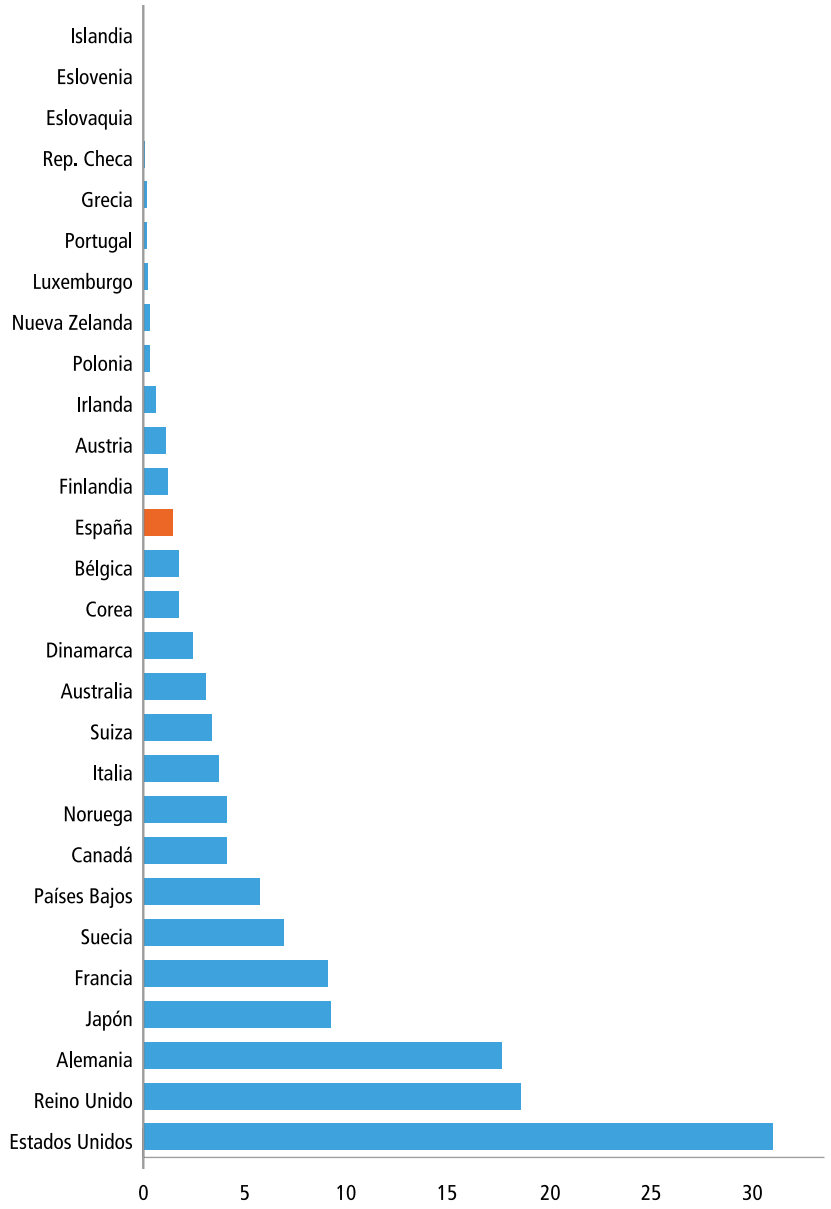
al desarrollo sostenible a nivel internacional"[1]. El CAD agrupa a 28 países, además de las Instituciones europeas, que actúa como un actor más. El resto de países de la OCDE actúan como observadores, al igual que organismos multinacionales como el Banco Mundial. El CAD es por lo tanto el reflejo del esfuerzo conjunto de gran parte de los actores más relevantes que trabajan en el sector de la cooperación, si bien ya no es el único.

El CAD presenta anualmente un informe con los datos comparativos que sirven para conocer la realidad del cumplimiento de los compromisos en AOD de sus países miembros. Pero si quiere ser un actor más crucial en la definición de la Agenda del desarrollo, es necesario que defina e impulse una política clara de cooperación que incluya un compromiso global y real con el 0,7%, ayudando a los países a tomar las decisiones políticas necesarias para alcanzarlo en el menor tiempo posible. Ejemplos como el Reino Unido, que decidió alcanzar el 0,7% y que desde 2013 está superando este porcentaje, nos confirman que la voluntad política es el factor más importante para alcanzar el 0,7%, más importante incluso que la situación económica del país.

Porque las cifras del conjunto de los países hasta el momento no son optimistas. En 2015 la AOD neta del conjunto del CAD ha descendido después de 2 años de crecimiento, alcanzando los 131.586 millones de dólares corrientes, una cifra casi un 13% inferior a la de 2014[2], que fue de 151.270 millones de dólares. Si desagregamos por países, observamos que Estados Unidos lidera el gasto en AOD en el CAD, destinando más de 30.000 millones de dólares a cooperación, seguido por Reino Unido y Alemania. España está en la mitad de la tabla, en el puesto 16 de 28, lejos de países de nuestro entorno como Italia, Bélgica o Países Bajos, y demasiado alejada de las cifras que a los grandes donantes les permite influir en las políticas de cooperación internacional.

1. https://www.oecd.org/dac/dac-global-relations/SPANISH%20-%2002-02-15%20-%20Joining%20the%20DAC%20(2).pdf
2. Ya hemos comentado en el capítulo 1 que si se hace un ajuste por inflación y tasa de cambio habría un aumento del 6,9% de esta cifra, en todos los informes anteriores siempre hemos utilizado los dólares corrientes, que es el coste que se paga en ese momento por bienes y servicios, y el que nos ha servido todos los años para comparar el esfuerzo en AOD de los diferentes actores internacionales

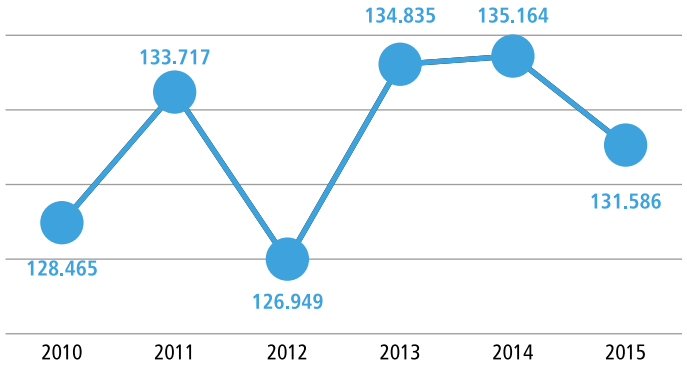
GRÁFICO 2.1. AOD EN MILLARDOS DE DÓLARES



Fuente: OCDE, 2016.

Como observamos en la gráfica 2.2, la evolución de la AOD en el CAD no ha tenido un crecimiento uniforme en los últimos años, lo que demuestra una falta de planificación conjunta a medio y largo plazo que asegure los compromisos con la AOD y por tanto ayude a la predictibilidad y eficacia de la ayuda. Una planificación totalmente necesaria para el futuro cumplimento de los ODS. Si desglosáramos la evolución de la AOD por cada uno de los países CAD, se observaría también una gran heterogeneidad en los resultados, lo que confirma la falta de una política definida dentro de la OCDE para alcanzar los compromisos adquiridos por los países del CAD.

GRÁFICO 2.2. EVOLUCIÓN DE LA APORTACIÓN NETA A AOD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DE LA OCDE (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



Fuente: OCDE, varios informes

La caída de las cifras globales de AOD se produce en un año caracterizado por la "crisis migratoria" o "crisis de los refugiados" que sufre Europa, una situación humanitaria crítica que se agudizó en 2015 por el incremento del flujo de refugiados, solicitantes de asilo, emigrantes económicos, y otros migrantes en condiciones de vulnerabilidad que en conjunto comparten las vías de llegada hacia países de la Unión Europea. A fecha de 21 de diciembre de 2015, más de un millón de personas habían entrado en Europa, de las cuales más de 942.400 habían solicitado asilo político.

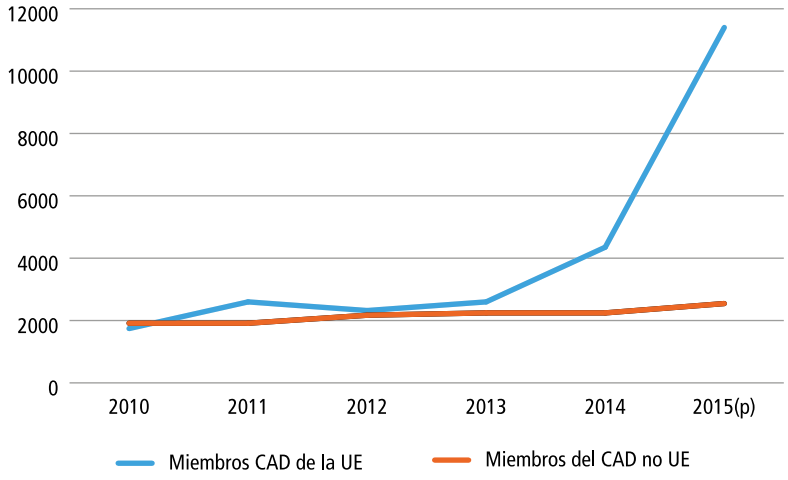
Esta crisis migratoria y humanitaria, la más importante desde la Segunda Guerra Mundial, es un hecho relevante que tiene su reflejo en la asignación de la AOD ya que, en el caso de los refugiados, la mayor parte de estos costes pueden registrarse como AOD por los miembros del CAD[3] si bien sólo el primer año de estancia. Así

3. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-16-1362_es.htm

observamos que en 2015 el coste imputado como AOD de los refugiados para los países donantes asciende a más del 9% del total de la AOD (12,5 % —8.600 millones— de la AOD colectiva de la UE) cuando en 2014 fue de apenas un 4% (5,6 % —3.300 millones— de la AOD colectiva de la UE).

La inclusión del coste destinado a personas refugiadas en Europa está distorsionando las cifras destinadas a AOD. Estas partidas para refugiados se destinan en el propio territorio de los países miembros del CAD, para cubrir una acción extraordinaria en un tiempo limitado, por lo que no deberían consignarse partidas extraordinarias que poco tienen que ver con la filosofía de la AOD. Es más, tampoco parece existir una planificación a corto, medio y largo plazo que permita asegurar que los refugiados tengan sus derechos básicos cubiertos. Y es que esta crisis humanitaria si algo exigía era un aumento exponencial de la solidaridad mundial y no más recortes en la ayuda.

GRÁFICO 2.3. 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 los países del CAD en cooperación, observamos que en 2015 el porcentaje del PIB que se destina a la AOD sube ligeramente hasta el 0,41%, por un 0,39% en 2014. Esta contradicción entre las cifras absolutas y el porcentaje del PIB se puede explicar por una contracción de la economía global de estos países, que hace que su PIB haya

disminuido. A pesar de este crecimiento, el CAD se queda lejos de alcanzar el compromiso de destinar el 0,7% del PIB a ayuda oficial al desarrollo. Un porcentaje que fue reconocido como meta de los países "económicamente adelantados" hace ya 46 años, en la Asamblea General de Naciones Unidas de octubre de 1970[4], con el objetivo de alcanzarlo a más tardar en 1975. Incumplido y ratificado sistemáticamente, la última vez durante la tercera Conferencia sobre la financiación para el Desarrollo de las Naciones Unidas en Adís Abeba, el objetivo del 0,7 tiene una nueva Agenda, bastante difusa por carecer de hitos intermedios, como es alcanzar ese objetivo dentro del plazo de la agenda 2030.

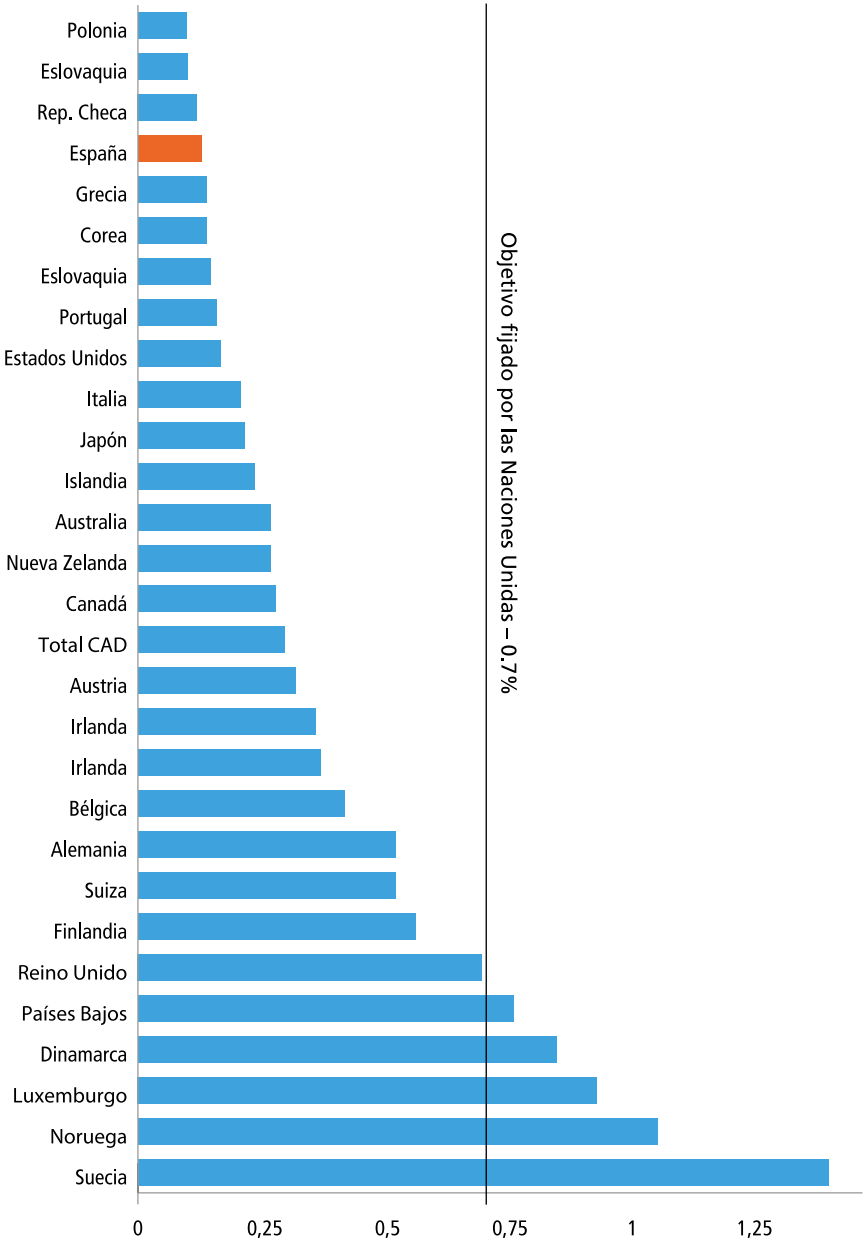
Como podemos observar en el gráfico 2.4, únicamente 6 países de los 28 —Reino Unido, Noruega, Luxemburgo, Suecia, Países Bajos y Dinamarca— superaron en 2015 el 0,7% del coeficiente AOD/RNB (5 de estos países son Estados miembros de la UE), y solo 3 más superan el 0,5% (Suiza, Alemania y Finlandia). Entre los países donantes que no forman parte del CAD, destaca el dato de Emiratos Árabes Unidos que destina más del 0,7% para AOD, concretamente un 1,09%, siendo el porcentaje más alto en el mundo tras Suecia. **España, con un 0,12%** (los datos preliminares enviados al CAD arrojaban un 0,13% si bien el dato real es de 012%), **está a la cola del CAD**, con el mismo porcentaje que la República Checa y tan sólo por encima de la República de Eslovaquia y Polonia. **España ocupa el puesto 25 de 28, muy lejos de la media de los países de la Unión Europea** (0,30%) **y a más distancia aún de la media de los países del CAD** (0,41%). Este dato, resultado de una política de cooperación errática y fruto de una absoluta falta de compromiso por parte del Gobierno, ha motivado las críticas de la OCDE recogidas en el informe "Cooperación al Desarrollo Exámenes de Pares, España 2016"[5]. En dicho informe se recomienda a España, que establezca un plan para incrementar la AOD hasta alcanzar el 0,7% de su Renta Nacional Bruta (RNB), así como que defina mejor su compromiso para con los países menos adelantados y con mayores necesidades.

Se puede argumentar que España no es el único país que falta a su compromiso, lo que sin duda es cierto. Pero eso no justifica el deterioro de los últimos cinco años en la política española de cooperación internacional para el desarrollo, que se traduce en la falta de criterio del Gobierno de España a la hora de identificar temas prioritarios, coordinación y establecimiento de estrategias.

En cuanto al conjunto de los países de la UE, sigue faltando voluntad política de cumplir el compromiso del 0,7%lo por parte de casi todos los países. Según el informe "Aid Watch 2016" de la Coordinadora de ONG europeas (CONCORD), que

4. http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/2626(XXV)&Lang=S&Area=RESOLUTION
5. http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/spain_espagnol-final_crc.pdf

GRÁFICO 2.4. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2014



Fuente: OCDE, 2016.

analiza la AOD de la UE, la situación es preocupante[6]. Para cumplir con el 0,7% en 2015, la UE debería haber aportado 36.700 millones más de dólares y debería revisar los gastos computados como AOD que no corresponden a cooperación real y que suponen el 17% de la misma. Hablamos de que se está computando como cooperación asuntos como el pago de deuda externa y sus intereses, becas de estudiantes extranjeros o ayuda ligada a intereses de los donantes. La coordinadora solicita en ese informe que la AOD sirva realmente para aliviar la pobreza y que la UE y sus Estados miembros no solo cumplan con el compromiso de alcanzar el 0,7% de AOD / RNB en el año 2020, sino que lo hagan a través de una AOD genuina, en consonancia con los principios de la eficacia de la ayuda. En base a esta demanda, la UE debería eliminar los gastos que no son específicos de cooperación, como los anteriormente señalados, o los gastos de operaciones militares. También solicita que los países de la UE asignen al menos el 0,15% de la RNB a los Países menos Avanzados en 2020 y del 0,2% del PIB en 2025.

Una de las mayores preocupaciones de las ONG es saber de qué forma las instituciones privadas lucrativas, que son un actor emergente en la cooperación al desarrollo, deben trabajar en cooperación. Mientras estrategias que se alineaban con las políticas locales, como el apoyo presupuestario directo a los países receptores, están disminuyendo su peso (del 7% al 5% de la ayuda), otros mecanismos financieros que mezclan recursos públicos y privados, como los EU Trust Funds (EUTFs). La mitad de los Estados miembros de la UE están aumentando las asignaciones de AOD al sector privado lucrativo. Aparte de la discusión ideológica sobre la idoneidad de incluir o no este tipo ayuda, al menos, se les debería de solicitar una mayor transparencia y coherencia con los objetivos de lucha contra la pobreza y el desarrollo de las poblaciones beneficiarias. Solamente cuatro estrategias nacionales del sector privado incluyen un enfoque sobre rendición de cuentas y el cumplimiento de los derechos humanos. Los países de la UE deben garantizar que la reducción de la pobreza y el desarrollo económico de los países pobres deben ser las guías que impulsen la cooperación del sector privado y público-privado, para que las iniciativas lucrativas en los países en desarrollo puedan recibir financiación en los nuevos programas de cooperación.

En cuanto al compromiso de destinar el 20% de la AOD a los países menos avanzados (PMA), el conjunto del CAD lo cumple con creces, casi un 40% de su ayuda se destina a estos países. Sin embargo, el porcentaje destinado a los PMA ha disminuido un 2% desde 2014. Y la tendencia para2017 es que siga disminuyendo este porcentaje, a pesar de que los mayores problemas de desarrollo están en estos países y en las bolsas de pobreza de los países de renta media baja, donde también hay previsto una reducción de la AOD. Frente a estos descensos, la AOD subirá para los países de renta media-alta.

La previsión a medio plazo de la Ayuda Oficial al Desarrollo para el conjunto de los países donantes no invita al optimismo, ya que si bien plantea una ligera subida de la AOD, es claramente insuficiente para impulsar la nueva agenda 2030. Una Agenda que, recordemos, incorpora en el ODS 17 una meta específica para alcanzar antes de 2030 el 0,7%, dándose los países 15 años más para cumplirlo.

Está claro que, salvo contadas excepciones, la AOD no es una prioridad dentro de las agendas nacionales de los países del CAD, a pesar de las buenas palabras con las que se ratifican los compromisos internacionales. Nuevos actores como el sector privado lucrativo se están incorporando a la cooperación sin las suficientes garantías de que se alineen con las políticas de desarrollo y lucha contra la pobreza. Tampoco puede servir para "rebajar" la obligación que los Estados se han impuesto en materia de cooperación. Ante esta situación, las organizaciones no gubernamentales debemos hacer autocrítica ante la escasa capacidad que hemos demostrado a la hora de movilizar a la ciudadanía y sumarla a nuestra reivindicación de una cooperación suficientemente dotada económicamente y más eficaz. Quizás ayudara la construcción de un relato homogéneo, coherente y próximo entre los actores que trabajan en cooperación para poner en valor la relevancia que la AOD puede tener para ayudar a cambiar el mundo, tal y como promulgan los ODS.

1.1. Distribución de la AOD en 2015

Si analizamos el comportamiento por países según las cifras absolutas destinadas a AOD, observamos que en 2015 hasta 15 países han disminuido su AOD, frente a 13 que la han aumentado. De éstos, los únicos que han tenido un incremento relevante (de más de 100 millones de euros) han sido Alemania, Italia y Suecia, 3 de los países que más fondos han destinado a la crisis de los refugiados. Si eliminásemos esa partida, los 3 países tendrían un saldo negativo entre 2014 y 2015, y nos dejaría una fotografía global de reducción drástica de la AOD en el conjunto del CAD. **España disminuye más de 289 millones de dólares respecto de 2014, una reducción del 73% respecto a 2010**.

Los países que más bajan en 2015 su presupuesto destinado a AOD son Estados Unidos, Francia y Australia. Debemos destacar también el hecho de que todos aquellos países del CAD que cumplen con el 0,7% disminuyen sus presupuestos de AOD, salvo Suecia, pero por el dinero destinado a refugiados.

6. https://concordeurope.org/wp-content/uploads/2016/10/CONCORD_AidWatch_Report_2016_web.pdf?d4ee7f

TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2011 – 2015 (DESEMBOLSOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2011		2012		2013		2014		2015		
	Monto	% AOD /PIB	Monto	% AOD /PIB	Monto	% AOD /PIB	Monto	% AOD /PIB	Monto	% AOD /PIB	Variación 14-15
Australia	4.983,00	0,34	5.403,00	0,36	4.851,00	0,34	4.203,42	0,27	3.222,45	0,27	-980,97
Austria	1.111,00	0,27	1.106,00	0,28	1.172,00	0,28	1.144,39	0,26	1.207,47	0,32	63,08
Bélgica	2.807,00	0,54	2.315,00	0,47	2.281,00	0,45	2.384,51	0,45	1.894,38	0,42	-490,13
Canadá	5.459,00	0,32	5.650,00	0,32	4.911,00	0,27	4.196,45	0,24	4.287,22	0,28	90,77
Rep. Checa			220,00	0,12	212,00	0,11	208,99	0,11	201,62	0,12	-7,37
Dinamarca	2.931,00	0,85	2.693,00	0,83	2.928,00	0,85	2.995,97	0,85	2.565,56	0,85	-430,41
Finlandia	1.406,00	0,53	1.320,00	0,53	1.435,00	0,55	1.634,58	0,6	1.291,53	0,56	-343,05
Francia	12.997,00	0,46	12.028,00	0,45	11.376,00	0,41	10.370,87	0,36	9.225,98	0,37	-1.144,89
Alemania	14.093,00	0,39	12.939,00	0,37	14.059,00	0,38	16.248,67	0,41	17.779,27	0,52	1.530,6
Grecia	425,00	0,15	327,00	0,13	305,00	0,13	248,44	0,11	282,20	0,14	33,76
Islandia	26,00	0,21	26,00	0,22	35,00	0,26	35,41	0,21	39,08	0,24	3,67
Irlanda	914,00	0,51	808,00	0,47	822,00	0,45	808,80	0,38	718,26	0,36	-90,54
Italia	4.326,00	0,2	2.737,00	0,14	3.253,00	0,16	3.342,05	0,16	3.844,41	0,21	502,36
Japón	10.831,00	0,18	10.605,00	0,17	11.786,00	0,23	9.188,29	0,19	9.320,24	0,22	131,95
Corea del Sur	1.325,00	0,12	1.597,00	0,14	1.744,00	0,13	1.850,67	0,13	1.911,00	0,14	60,33
Luxemburgo	409,00	0,97	399,00	1	431,00	1	426,76	1,07	361,4	0,93	-65,36
Países Bajos	6.344,00	0,75	5.523,00	0,71	5.435,00	0,67	5.572,03	0,64	5.812,62	0,76	240,59
Nueva Zelanda	424,00	0,28	449,00	0,28	461,00	0,26	502,28	0,27	437,99	0,27	-64,29
Noruega	4.756,00	0,96	4.753,00	0,93	5.581,00	1,07	5.024,28	0,99	4.277,76	1,05	-746,52
Polonia			421,00	0,09	474,00	0,1	437,08	0,08	442,35	0,1	5,27
Portugal	708,00	0,31	581,00	0,28	484,00	0,23	418,96	0,19	305,73	0,16	-113,23
Eslovaquia			80,00	0,09	85,00	0,09	81,24	0,08	85,77	0,1	4,53
Eslovenia			58,00	0,13	60,00	0,13	61,53	0,13	62,41	0,15	0,88
España	4.173,00	0,29	2.037,00	0,16	2.199,00	0,16	1.893,28	0,14	1.603,77	0,13	-289,51
Suecia	5.603,00	1,02	5.240,00	0,97	5.831,00	1,02	6.222,55	1,1	7.091,91	1,4	869,36
Suiza	3.051,00	0,45	3.056,00	0,47	3.198,00	0,47	3.547,59	0,49	3.537,73	0,52	-9,86
Reino Unido	13.832,00	0,56	13.891,00	0,56	17.881,00	0,72	19.386,50	0,71	18.699,94	0,71	-686,56
EE UU	30.783,00	0,2	30.687,00	0,19	31.545,00	0,19	32.728,62	0,19	31.076,17	0,17	-1.652,45
Total países CAD	133.717,00	0,31	126.949,00	0,29	134.835,00	0,30	135.164,21	0,29	131.586,22	0,30	-3.577,99

Fuente: OCDE – CAD

Si lo que medimos es el porcentaje de reducción y no las cifras absolutas, los países con mayor porcentaje de reducción han sido Portugal (27%), Australia (23%), Finlandia (21%) y Bélgica 20,5%). España, con una reducción del 15,4% es el 6º país que más reduce su AOD en 2015.

Los datos de 2015 nos dejan un interrogante cuando menos preocupante respecto a si los países donantes se han apropiado realmente de la Agenda 2030 y están dispuestos a financiarla desde su inicio. Los ODS deberían ser una motivación para que los Estados revisaran sus políticas de cooperación y su Agenda de la ayuda y la dotaran de suficientes recursos para evitar que se convierta en un objetivo fallido.

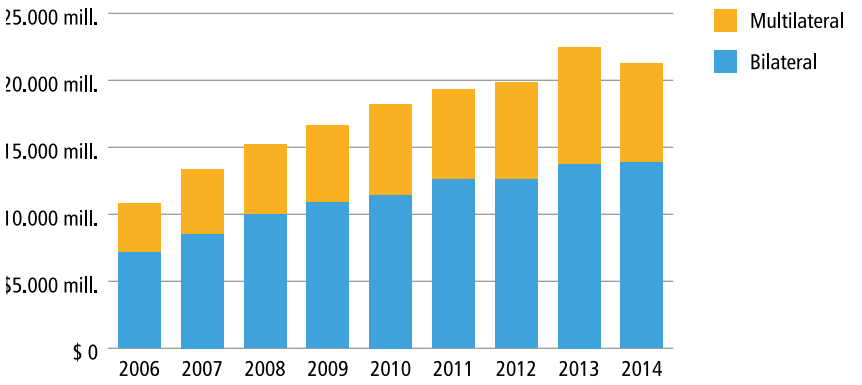
Respecto a los desembolsos que los Estados deberían realizar, algunas estimaciones parciales como la presentada por la GFF (Global Financing Facility) sobre la brecha de más de 33.000 millones de dólares que existe actualmente para cubrir las necesidades de salud de la mujer y la infancia en los países de renta baja y media[7]. Es cierto que el incremento en el presupuesto se debe de acompañar de medidas de eficiencia y eficacia que puedan reducir costes ineficientes, pero estas medidas nunca deben servir para que la "racionalización del gasto" sirva de excusa para vulnerar o recortar derechos esenciales como el derecho universal al acceso a los servicios de salud.

2. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

Entre 2006 y 2013 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD creció, tanto en términos absolutos como en su proporción respecto al total de la AOD del CAD. En 2014 esta tendencia se rompe. La AOD en salud pasa de 22.386 millones de dólares en 2013 a 21.235 millones en 2014, representando el 12,71% del total de la ayuda neta (por un 13,90% en 2013). Como se puede apreciar en el gráfico siguiente, el descenso en 1.3000 millones de euros de la ayuda multilateral ha sido la causa de este cambio de tendencia, pues la ayuda bilateral subió ligeramente en algo más de 133 millones de dólares.

7. http://globalfinancingfacility.org/sites/gff_new/files/documents/GFF_Business_Plan.pdf

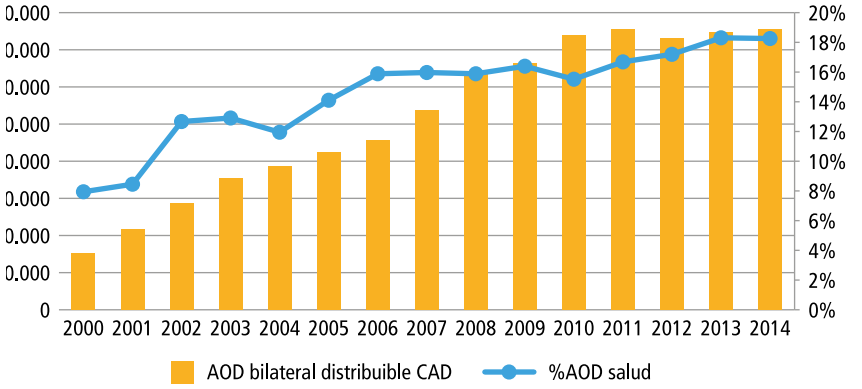
GRÁFICO 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)



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

Si analizamos la AOD bilateral distribuible (la ayuda que los países pueden elegir donde enviarla) destinada al sector salud, podemos observar que después del incremento de los últimos 4 años, en 2014 desciende levemente, situándose en el 18,32%, frente al 18,36% de 2013. Este descenso es debido a la subida en casi 1.000 millones de dólares de la AOD distribuible total del CAD, y no a una disminución de la AOD en salud distribuible, que además cumple con creces el porcentaje recomendado del 15%.

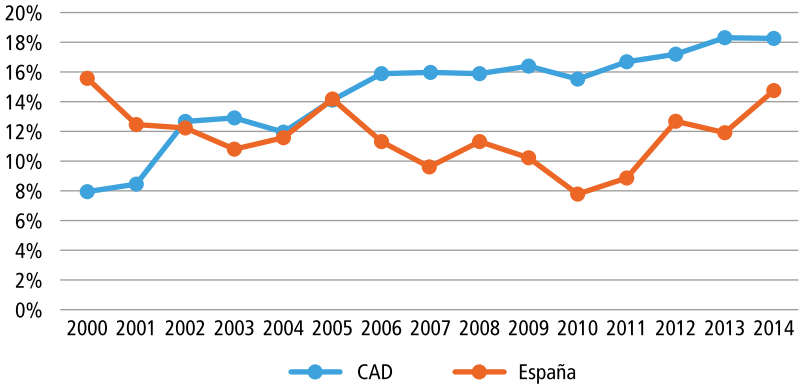
GRÁFICO 2.6. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)



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

Si comparamos el comportamiento del porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud de la cooperación española con el conjunto de los países donantes del CAD, observamos en 2014 una disminución de la brecha que existe entre ambos en menos de 4 puntos porcentuales, cuando en 2013 era de más de 5,5 puntos porcentuales. El 14,77% de la AOD destinada a salud por la cooperación española se acerca mucho al 15% solicitado, un porcentaje que solamente se consiguió superar en el año 2000.

GRÁFICO 2.7. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADA 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, mantienen un incremento en los recursos destinados a la AOD, alcanzaron casi los 18.500 millones de dólares. Pero los fondos destinados a salud disminuyen levemente, continuando la tendencia de los últimos años, sólo invertida en 2013 cuando aumentó ligeramente. Esto supone que las instituciones europeas no asumen la salud como una prioridad en sus políticas de cooperación, pues más allá de sus compromisos políticos, éstos no se ven secundados de un compromiso presupuestario adecuado.

TABLA 2.2. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DE LAS INSTITUCIONES EUROPEAS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Total AOD	12.875,50	13.023,58	12.570,34	17.946,85	18.101,64	17.243,12	18.473,52
AOD Salud general	177,50	149,30	162,60	137,59	117,84	112,77	108,24
AOD Salud básica	391,10	356,60	217,36	385,22	304,12	422,70	403,19
AOD SSR	163,70	67,00	95,27	135,80	121,01	96,42	118,96
Total Salud	732,30	572,90	475,23	658,61	542,97	631,89	630,40
%Salud/Total	5,69%	4,40%	3,78%	3,67%	3,00%	3,66%	3,41%

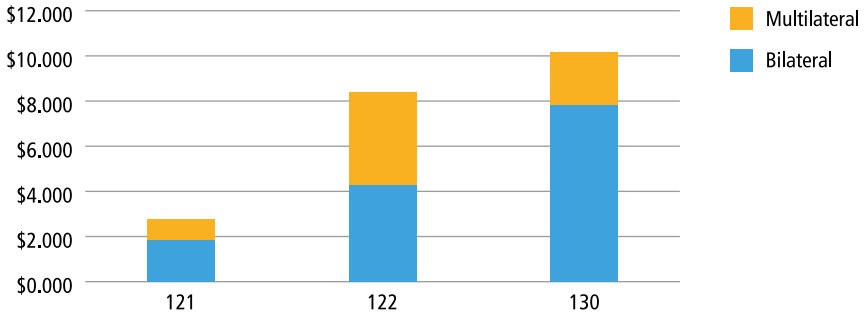
Fuente: Creditor Reporting System

3. DESAGREGACIÓN SUBSECTORIAL Y GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD

3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

Respecto a los tres **subsectores de salud** que computa el CAD, salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122) y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130), como podemos observar en el gráfico 2.8, el ámbito de la salud reproductiva concentra la mayor parte de las contribuciones, alcanzando los 10.124 millones de dólares, seguido por el subsector salud básica con 8.375 millones de dólares (casi un 10% menos que en 2013) y, finalmente, salud general con 2.736 millones de dólares.

GRÁFICO 2.8. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2014 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



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

Si desglosamos los 3 subsectores CAD, observamos en la tabla 2.3 que también se priorizan desde hace ya varios años algunos de sus componentes. En el subsector de salud general destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa, que tradicionalmente es el más financiado, y supone más del 70% de todo el subsector.

En salud básica la AOD está más repartida, siendo los componentes de atención sanitaria básica (12220), con el 34,45% de toda la salud básica, el control de la malaria (12262), con el 22,6% y el control de enfermedades infecciosas (12250), con el 15,5% los elementos que destacan. En cuanto al subsector de salud sexual y reproductiva, sigue destacando el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido sida (13040), al que se destina el 68% de la AOD de este subsector y casi el 33% de toda la AOD en salud.

Como podemos comprobar, la mayor parte de la AOD sanitaria del CAD se destina a la lucha contra enfermedades especificas (sida, malaria, enfermedades transmisibles,…). Desde nuestro punto de vista, sería más eficaz, pensando en términos de acceso, equidad y universalidad de la salud, apoyar de manera más significativa aquellos subsectores que inciden específicamente en la atención primaria de salud (APS) y en el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, ya que es la única manera de que las acciones que se realicen sean sostenibles. Esta reflexión es muy necesaria en estos momentos, ya que la consecución de la meta de cobertura universal no puede lograrse si seguimos focalizando los esfuerzos en la lucha contra enfermedades prevalentes.

TABLA. 2.3. 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
121	2.379,36	2.235,72	2.527,51	2.219,00	2.407,70	2.736,02
12110	1.830,01	1.609,88	1.793,20	1.556,94	1.610,12	1.916,83
12181	72,48	109,67	110,29	86,82	95,03	110,09
12182	170,85	194,09	257,06	270,99	328,05	306,12
12191	306,02	322,08	366,96	304,24	374,51	402,98
122	5.916,97	6.669,49	6.626,68	7.275,71	9.205,11	8.374,66
12220	1.770,61	2.316,25	2.397,64	2.625,66	3.225,67	2.884,73
12230	366,20	385,95	343,23	347,70	388,99	329,93
12240	409,21	365,14	408,10	564,88	939,36	934,95
12250	1.289,73	1.058,79	1.167,90	978,29	1.325,57	1.297,79
12261	54,09	64,71	84,91	118,39	166,58	130,82
12262	1.435,28	1.602,44	1.347,29	1.765,06	1.965,95	1.894,38
12263	504,72	787,07	784,62	773,57	1.086,10	779,92
12281	87,13	89,14	92,99	102,15	106,88	122,14
130	8.552,15	9.233,58	10.164,55	10.312,60	10.773,59	10.124,53
13010	277,45	274,43	307,14	398,01	356,87	432,94
13020	1.173,19	1.257,78	1.443,95	1.505,48	1.689,60	1.787,51
13030	520,03	491,79	585,13	732,58	753,27	893,25
13040	6.569,51	7.200,95	7.796,16	7.628,88	7.904,25	6.927,29
13081	11,97	8,63	32,17	47,65	69,60	83,54

Fuente: Creditor Reporting System

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

En cuanto a la **distribución geográfica de la AOD en salud**, si analizamos su destino por regiones, observamos que en 2014 se mantiene la tendencia de los últimos años de orientar gran parte de la inversión de fondos en el continente africano. Concretamente en 2014 África recibió AOD por valor de 54.529,29 millones de dólares, de los que 11.593,42 millones se destinaron a salud. África es la región que más dinero recibe para salud, un 54,60% del total de la AOD destinada a salud. La AOD sanitaria tiene por tanto un gran peso específico en el conjunto de la ayuda destinada a África, ya que supone más del 21% de la AOD total. La noticia negativa es que en 2014 estos fondos a la salud descendieron un 4,7%, cuando el descenso de la AOD general destinada a África fue de solo un 1,9%. Descenso incomprensible cuando se trata de la región que mayores problemas de salud presenta.

Asia es la segunda región que más ayuda recibió, tanto en AOD general (49.205,75 millones) como en AOD sanitaria (4.087,68 millones). Aunque también experimentó un descenso de la AOD, tanto de la general (casi un 7,5%), como de la destinada a salud (un 14,5%), unas cifras que nos llevan a realizar la misma reflexión que hacíamos al comentar la situación de África.

América es la única región importante que vio incrementar la recepción de fondos AOD. En 2014 recibió 11.365,50 millones de dólares para AOD general (un incremento del 12%) y 1.079,49 para salud (un incremento del 8,4%). Curiosamente, en 2013 sucedió lo contrario, incremento de AOD y de AOD en salud en las regiones africana y asiática, y descenso de la AOD destinada a América, lo que puede interpretarse como un síntoma de la falta de predictibilidad de la ayuda que realizan algunos países, factor importante pues pudiera condicionar la eficacia de la misma.

Finalmente apuntar que si bien no podemos especificar el destino geográfico del 18% de la ayuda, podemos concluir que la orientación geográfica en salud es adecuada.

TABLA 2.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD TOTAL Y EN SALUD DEL CAD EN 2013 (DESEMBOLSOS BRUTOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

		TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África		**54.529,29**	**34,14%**	**11.593,42**	**54,60%**
	Norte de África	5.196,79		82,08	
	África subsahariana	46.671,62		11.278,52	
	África, regional	2.660,88		232,82	
América		**11.365,50**	**7,12%**	**1.079,49**	**5,08%**
	América Central y del Norte	4.986,72		522,18	
	América del Sur	4.935,87		480,44	
	América, regional	1.442,92		76,87	
Asia		**49.205,75**	**30,81%**	**4.087,68**	**19,25%**
	Lejano Oriente	12.974,86		1.086,49	
	Asia central y del sur	24.594,97		2.422,90	
	Oriente Medio	10.475,05		454,97	
	Asia, regional	1.160,87		123,32	
Europa		**10.054,68**	**6,30%**	**254,60**	**1,20%**
Oceanía		**1.924,32**	**1,20%**	**259,56**	**1,22%**
No especificado		**32.635,16**	**20,43%**	**3.960,46**	**18,65%**

Fuente: Creditor Reporting System

4. AVANCES EN EL PROCESO DE REVISIÓN DEL CONCEPTO DE AOD EN EL SENO DEL CAD

Desde 2014 el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE se encuentra inmerso en un proceso de revisión y reforma del concepto de ayuda oficial al desarrollo que se espera concluya a finales de 2016.

En informes anteriores hemos venido dando seguimiento y analizando los debates y acuerdos en dicho proceso de reforma. Uno de los últimos temas a debate ha sido el cómputo como AOD de los gastos generados en el país donante tales como costes administrativos, gastos de becas o apoyo a refugiados en el país donante. La reunión de alto nivel de febrero 2016 del CAD ha acordado clarificar a lo largo de 2016 las directivas de cómputo como AOD de dichos gastos, cómputo que siempre ha generado mucho desacuerdo en el seno del CAD y mucha crítica desde la sociedad civil.

Los debates más intensos han girado en torno a dos tipos de gastos, los derivados de la acogida de personas refugiadas y los relacionados con acciones de paz y seguridad.

GASTOS RELACIONADOS CON LA ACOGIDA DE PERSONAS REFUGIADAS

El reglamento del CAD permite el uso de AOD para financiar el asentamiento de personas refugiadas en el país de acogida durante el primer año.

Se trata de un gasto muy controvertido tanto por el uso de fondos de AOD para un gasto que se realiza en el país donante como por el importante aumento que ha sufrido esta partida en algunos países europeos. El caso de los países nórdicos es especialmente significativo. Suecia ha duplicado el porcentaje de AOD que dedica al apoyo a personas refugiadas en Suecia, que ha pasado del 10% en 2014 al 20% en 2015, mientras Noruega ha anunciado que en 2016 asignará el 21% de la AOD a la acogida de personas refugiadas, frente al 6% de 2015.

A esto se suma que diferentes países aplican diferentes criterios por lo que el CAD se ha comprometido a elaborar una guía que debería estar a finales de 2016 para estandarizar el uso de AOD en estos casos.

GASTOS RELACIONADOS CON PAZ Y SEGURIDAD

Hasta ahora el reglamento del CAD permite la financiación de algunos gastos relacionados con acciones de paz y seguridad con fondos de AOD y detalla de forma clara aquellos gastos que no pueden financiarse, como servicios o equipo militar o actividades de lucha contra el extremismo violento.

El proceso de revisión busca ampliar el abanico de gastos a financiar a través de la AOD. También aquí existe una fuerte división de criterio entre diferentes miembros del CAD. Mientras el Reino Unido ha presionado para que la nueva definición de AOD incluya gastos en paz y seguridad así como en "la lucha contra el extremismo violento", países como Suecia abogan por que no se amplíen los supuestos bajo los que se pueden asignar estos gastos como AOD ya que puede llevar a la militarización de la ayuda al desarrollo.

La decisión tomada por el CAD es reafirmar que la financiación de equipamiento o servicios militares no está incluida como AOD y que la cooperación para el desarrollo no puede utilizarse para promover los intereses en temas de seguridad del donante.

5. LA UNIÓN EUROPEA FRENTE A LA MAL LLAMADA "CRISIS DE REFUGIADOS"

La migración hacia Europa no es un fenómeno inédito, aunque durante los últimos años sí hemos presenciado un incremento en la llegada de personas que buscan refugio y asilo huyendo de los conflictos o las violaciones de derechos humanos que sufren en sus países de origen. Esta realidad se ha topado con la incapacidad de las instituciones europeas para articular una decisiva respuesta unánime y acorde a las circunstancias, por parte de todos los Estados miembro, especialmente a partir de 2015. Sólo en 2015, 1.255.600 de personas solicitaron Protección internacional en Europa —más del doble que en 2014— de éstas, casi un tercio proceden de Siria[8]. En cualquier caso, no se debe olvidar que **los países empobrecidos han venido acogiendo al 86% de las personas desplazadas** y que sólo un 1,7% llegan a Europa. De ahí que voces expertas rechacen que Europa esté afrontando una "crisis de refugiados".

El recrudecimiento e incremento en el número de conflictos armados y de otras formas de violencia en África y Oriente Medio, se han traducido en desplazamientos masivos de personas tanto dentro de sus países como hacia otros países. Es el caso de Afganistán, la República Centroafricana, Eritrea, Irak, Libia, Pakistán, Sudán del Sur, Siria, etc. Ya a finales de 2014, el número de personas desplazadas forzosamente en el mundo era de 59,5 millones, como consecuencia de persecuciones, conflictos y violaciones de los derechos humanos[9] cifra que continuó aumentando en 2015.

En 2015 llegaron a Europa, sólo por mar, más de un millón de personas[10] —de las cuales un 23% eran niños y niñas—, la mayoría procedentes de Siria, Afganistán e Irak. Por desgracia, la cifra de personas fallecidas en la travesía mediterránea resulta escalofriante. De acuerdo a informes de ACNUR, en 2016 se ha batido el record de

8. Datos del ACNUR
9. «ACNUR. Mundo en Guerra. Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2014».
10. http://www.unhcr.org/news/latest/2015/12/5683d0b56/million-sea-arrivals-reach-europe-2015.html

muertes en el Mediterráneo —en una referencia a las 3.740 personas que perecieron entre enero y septiembre en un intento de llegar a Europa, la mayoría en la ruta entre Libia e Italia. Ese nivel de muertes se produce a pesar de que ha disminuido el número de migrantes que intentan cruzar el Mediterráneo[11].

La mayoría de las personas migrantes que están llegando a Europa, tanto a través de la ruta de los Balcanes como cruzando el Mediterráneo, reúnen las condiciones para ser consideradas como refugiadas o para recibir alguna otra forma de protección internacional. Sin embargo, en lugar de encontrar rutas seguras para acceder a esa protección, deben afrontar cada vez más estrictos controles migratorios y barreras fronterizas en los territorios que recorren.

Mientras las imágenes que transmitían los medios de comunicación conmovían las conciencias europeas y despertaron, a partir de 2015, un gran movimiento de solidaridad protagonizado por la ciudadanía y las organizaciones sociales, las Instituciones europeas se desperezan en su desidia. Un solo principio parece regir las decisiones y las políticas aplicadas por la UE frente a lo que, sin embargo, definen como "crisis de refugiados": detener los flujos migratorios mediante medidas que supuestamente buscan desalentar a las mafias que trafican con personas. El acuerdo firmado por el Consejo de la UE y el gobierno turco en marzo de 2016 encaja perfectamente con estos objetivos.

Aunque a lo largo de 2015 la UE firmó dos acuerdos destinados a dar acogida a una parte de las miles de personas refugiadas que llegaban a través de Turquía (Plan de Reasentamiento de junio y Plan de Reubicación de septiembre), los países miembro cada vez están más lejos de cumplir la meta fijada. Paralelamente a la sucesión de cumbres y negociaciones para fijar cuotas de acogida de familias refugiadas llegadas a Grecia e Italia, durante 2015 vimos también implosionar la Europa del Acuerdo de Schengen. Algunos de los Estados centroeuropeos situados a lo largo de la ruta migratoria cerraron gradualmente sus fronteras y construyeron muros, mientras que otros reintrodujeron controles fronterizos.

Sólo en raros casos los Estados europeos han tomado medidas positivas para acoger y atender a las personas migrantes. En Grecia, por ejemplo, la Ley de 20 de febrero de 2016 otorgó el libre acceso a la asistencia sanitaria para pacientes no asegurados y grupos vulnerables (Ley 4368/2016) (aunque la eficacia de esta ley no puede garantizarse dada la falta de capacidad del sistema sanitario). La ley de 18/12/15 en Luxemburgo aumentó el acceso a la asistencia sanitaria para las personas solicitantes de asilo y refugiadas, pero no para las y los inmigrantes indocumentados. Y una reforma de 2015 en Rumanía amplió el paquete de atención médica mínima para todos los pacientes no asegurados.

Sin duda, el futuro inmediato de la UE va a estar muy condicionado por los desafíos relativos a la acogida y protección de millones de personas que seguirán buscando en tierra europea un refugio de paz y seguridad.

11. Siempre según datos de ACNUR: en 2015, más de un millón de personas intentaron realizar la travesía frente a los 330.000 hasta septiembre de 2016.

6. LOS TRATADOS DE LIBRE COMERCIO Y SU IMPACTO EN LA SALUD

Actualmente estamos viviendo en una era de globalización, donde sobre todo la economía y el comercio están siendo influidos por factores que superan los límites locales, nacionales, e incluso regionales. En este contexto, los grandes actores internacionales buscan alianzas que, en teoría, serían provechosas para todos ellos. Estados Unidos es el principal impulsor de este tipo de alianzas, ya que en estos momentos está inmerso en las negociaciones de tres de los acuerdos globales[12] más importantes:

- **El Tratado Transatlántico de Comercio e Inversiones** (Transatlantic Trade and Investment Partnership, TTIP en sus siglas en inglés) entre la Unión Europea (UE) y Estados Unidos pretende reducir las barreras al comercio entre ambos actores, disminuyendo la divergencia regulatoria existente entre ambas potencias económicas.
- **El Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica** (TPP) es parecido al TTIP, pero entre Estados Unidos y 12 países del Pacífico. Este acuerdo está muy avanzado, pues las negociaciones concluyeron con un acuerdo en marzo de 2016. Se está a la espera de su firma definitiva, prevista para finales de 2016, o principios de 2017.
- **El Acuerdo de Comercio de Servicios** (Trade in Service Agreement, TiSA en inglés), está siendo negociado en la actualidad por 23 miembros de la Organización Mundial del Comercio (OMC), que representan el 70% del comercio mundial del sector.

6.1. El TTIP

Como paso previo a las negociaciones sobre el TTIP, en 2013 se solicitó al Centre for Economic Policy Research de Londres, que realizara un estudio sobre el impacto económico del acuerdo[13]. La principal conclusión de este informe, fue que el acuerdo podría suponer un beneficio anual de 119.000 millones de dólares para los europeos

12. También Canadá y la UE están finalizando un tratado bilateral de libre comercio, CETA (por sus siglas en inglés), que tiene muchos puntos en común con los que se está negociando con Estados Unidos.
13. "Reducing Transatlantic Barriers to Trade and Investment. An Economic Assessment"

y de 95.000 millones para los norteamericanos[14]. Es más, afirmaban que el beneficio se extendería al resto del planeta, teniendo un impacto positivo global en el resto del mundo de alrededor de 100.000 millones de dólares anuales. Estos beneficios provendrían principalmente de un incremento del comercio, que para la UE supondría un incremento del 28% de sus exportaciones de bienes y servicios hacia Estados Unidos.

El objetivo del acuerdo es reducir (cuando no eliminar) las barreras no arancelarias, las llamadas barreras "detrás de la frontera" de los países. Hasta el 80% de las ganancias potenciales totales provienen de la reducción de costes impuestos por la burocracia y las regulaciones internas, así como de la liberalización del comercio de servicios y la contratación pública. En la práctica, cualquier empresa de ambas potencias debería no solamente poder establecerse en cualquier país de la UE o de USA, sino que también podría por ejemplo, presentarse a cualquier licitación pública.

Según los autores del informe, estos beneficios económicos no supondrían un gran impacto en términos de desplazamiento de trabajadores de un sector a otro. Estiman entre un 0,2% y un 0,5% la fuerza laboral europea que tendría que cambiar de trabajo, pero un 0,5% de esta población activa en 2011[15] suponía más de un millón de personas. En relación a las emisiones de CO_2, el informe predecía que este acuerdo tendría un efecto insignificante así como en la utilización sostenible de los recursos naturales, aunque los incrementos de ventas europeas serían sobre todo en productos de metal (12%), alimentación procesada (9%) y químicos (9%).

En junio de 2013 la Comisión Europea dio luz verde para el comienzo de las negociaciones sobre el TTIP con Estados Unidos[16] y en julio se realizó la primera ronda de contactos. Hasta la fecha se han realizado 14 rondas de negociaciones, con 3 grandes temáticas: (i) acceso a los mercados, (ii) el componente regulatorio por sectores y (iii) reglas generales (comercio y desarrollo sostenible, propiedad intelectual, solución de conflictos entre Estados, …).

Estas negociaciones están teniendo una fuerte contestación social en Europa. Greeenpeace hizo públicos los resultados de las rondas de las negociaciones en mayo de 2016 (hasta la ronda número 13), aunque solo pudo acceder a la mitad del texto[17]. Por una parte, considera que este acuerdo va a beneficiar sobre todo a las grandes corporaciones, y se perdería la posibilidad de potenciar infraestructuras comerciales locales. Por otra, la legislación de Estados Unidos es mucho más laxa en cuanto a los principios de precaución existentes en la UE, y se podría abrir la puerta a prácticas consideradas no seguras en Europa, como podría ser la utilización de ciertos productos químicos. Las prácticas que se pretenden extender en el mundo pueden favorecer el llamado dumping social (competencia desleal basada en la explotación y bajos salarios de las y los trabajadores, para conseguir rebajar los costes y poder ofrecer unos precios más competitivos en el mercado). Finalmente, una de las mayores discusiones y controversias se está dando en cómo se pueden solucionar los diferentes conflictos que puedan aparecer, y el margen de maniobra que puedan tener los Estados para establecer regulaciones o tomar decisiones sobre aspectos que pueda considerarse vitales o estratégicos.

14. http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2013/march/tradoc_150737.pdf
15. http://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?type=pcaxis&path=/t22/e308/e01/&file=pcaxis#
16. http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-548_es.htm
17. http://www.greenpeace.org/espana/es/Blog/greenpeace-hace-pblicos-los-documentos-secret/blog/56365/?utm_medium=email&utm_source=newsletter-socios&utm_campaign=Stopttip&utm_term=lee-mas-noticia-principal-newsletter&utm_content=2016-05-12-news-stopttip-ttipleaks-ttipleaks

6.2. El TiSA

Este Acuerdo de Comercio de Servicios se basa en la liberalización del comercio de servicios entre los países socios, ya que los servicios tienen una importancia cada vez mayor en la economía internacional y, según los promotores, la apertura de los mercados de servicios impulsaría el crecimiento y el empleo. Las negociaciones se iniciaron formalmente en marzo de 2013. Hasta junio de 2016 se han celebrado 18 rondas de negociaciones. Uno de los socios más importante es la UE, pero esperan que más países se adhieran a este Acuerdo.

El objetivo del acuerdo es que cualquier proveedor de un país pueda prestar sus servicios en otro país firmante del acuerdo, de forma que desaparecerían dos tipos de obstáculos:

- Las limitaciones al trato nacional, que supone dar a los proveedores extranjeros un trato diferente del que reciben los proveedores nacionales (es lo que ocurre, por ejemplo, cuando un país solo permite la prestación de servicios de telecomunicaciones a empresas nacionales).
- Las limitaciones al acceso a los mercados, lo que supone limitar el nivel de actividad de los proveedores extranjeros, como cuando un país exige una "prueba de necesidades económicas" para determinar si la presencia de proveedores extranjeros incrementaría la competencia por encima de un determinado nivel.

En teoría, cada país puede limitar sobre qué acuerdos quiere trabajar. Para modificar o revertir una sola de las obligaciones contraídas tras la firma del acuerdo, un Estado debe notificar su voluntad al Comité TiSA al menos tres meses antes de la entrada en vigor de estos cambios, que sólo podrá ejecutar si no hay oposición por parte de ninguno de los países firmantes. En caso de que uno solo de los otros 49 países plantee problemas (por ejemplo, el país en el que resida el proveedor del servicio), el primero se verá forzado a negociar con "cualquiera de las partes cuyos

beneficios puedan verse afectados por la modificación o la retirada" de estos compromisos. Una definición que de facto permitiría que todos los firmantes se sumasen a las acciones contra este Estado[18].

Por lo tanto, en el TiSA y en el TTIP las decisiones políticas soberanas de los Estados democráticos, que pueden cambiar en el tiempo sus decisiones por cambios decididos en las urnas, verían limitadas su posibilidad de maniobra.

EL TISA Y SU IMPACTO EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Aparte de las reservas que este tipo de tratados pueden suscitar, no cabe duda que tienen consecuencias importantes para ciertos sectores como es el caso de la salud y más concretamente el derecho a los servicios de salud.

Recurriremos a un caso para tratar de explicarlas. En Europa siempre se ha planteado una política más restrictiva con respecto a la comercialización de nuevos medicamentos, con el fin de evitar posibles efectos no deseados en la población, como pudo ser la distribución de la talidomida por la empresa alemana Grünenthal a finales de los años 50 del anterior siglo. Este producto se comercializó para calmar las náuseas de las embarazadas, y provocó miles de nacimientos de bebés afectados de focomielia, una enfermedad que se caracteriza por el desarrollo incompleto de las extremidades —brazos y piernas.

Este caso supuso un punto de inflexión en la regulación europea en pos de una mayor seguridad para los ciudadanos. Pues bien, existe en este momento una discusión en el tratado de libre comercio que puede cambiar los niveles de seguridad que tenemos en la Unión Europea. Hay un acuerdo global en que las regulaciones de protección de la salud humana, animal y el medio ambiente son necesarias, pero se tiene que proporcionar evidencia científica para apoyar la posición de que sea seguro o no. La delegación de Estados Unidos pretende que para asegurar esa evidencia científica, los seres humanos, las plantas y los animales primero tendrían que estar expuestos a gran escala a los productos potencialmente peligrosos. O sea, que primero estamos expuestos, y luego vemos sus consecuencias (caso de la talidomía). Sin embargo, el Reglamento REACH de la UE, adoptado con el fin de mejorar la protección de la salud humana y el medio ambiente contra los riesgos que pueden presentar los productos químicos (incluidos los medicamentos), impone la carga de la prueba sobre el fabricante para demostrar que su producto no es nocivo antes de que se permita entrar en el mercado[19].

18. http://www.publico.es/internacional/funcionan-trampas-del-tisa-laberinto.html
19. https://echa.europa.eu/regulations/reach/understanding-reach

Al menos hasta este momento de la negociación, la UE ha mantenido una postura que limitaría estos acuerdos a ciertos servicios, pudiendo incluso impedir su prestación por parte de empresas extracomunitarias. Según sus propias palabras, "no hay ningún acuerdo de libre comercio suscrito por la UE que obligue a los gobiernos a privatizar o liberalizar los servicios públicos a escala nacional o local[20]. Los países que firman acuerdos de libre comercio conservan la potestad de mantener monopolios públicos y de regular los servicios públicos del modo que estimen oportuno. Cada parte en las negociaciones del TiSA es libre de determinar los servicios y actividades que desea abrir a los proveedores extranjeros. Estas decisiones reciben el nombre de "compromisos".

Hasta ahora, la UE siempre ha excluido de sus compromisos y acuerdos:

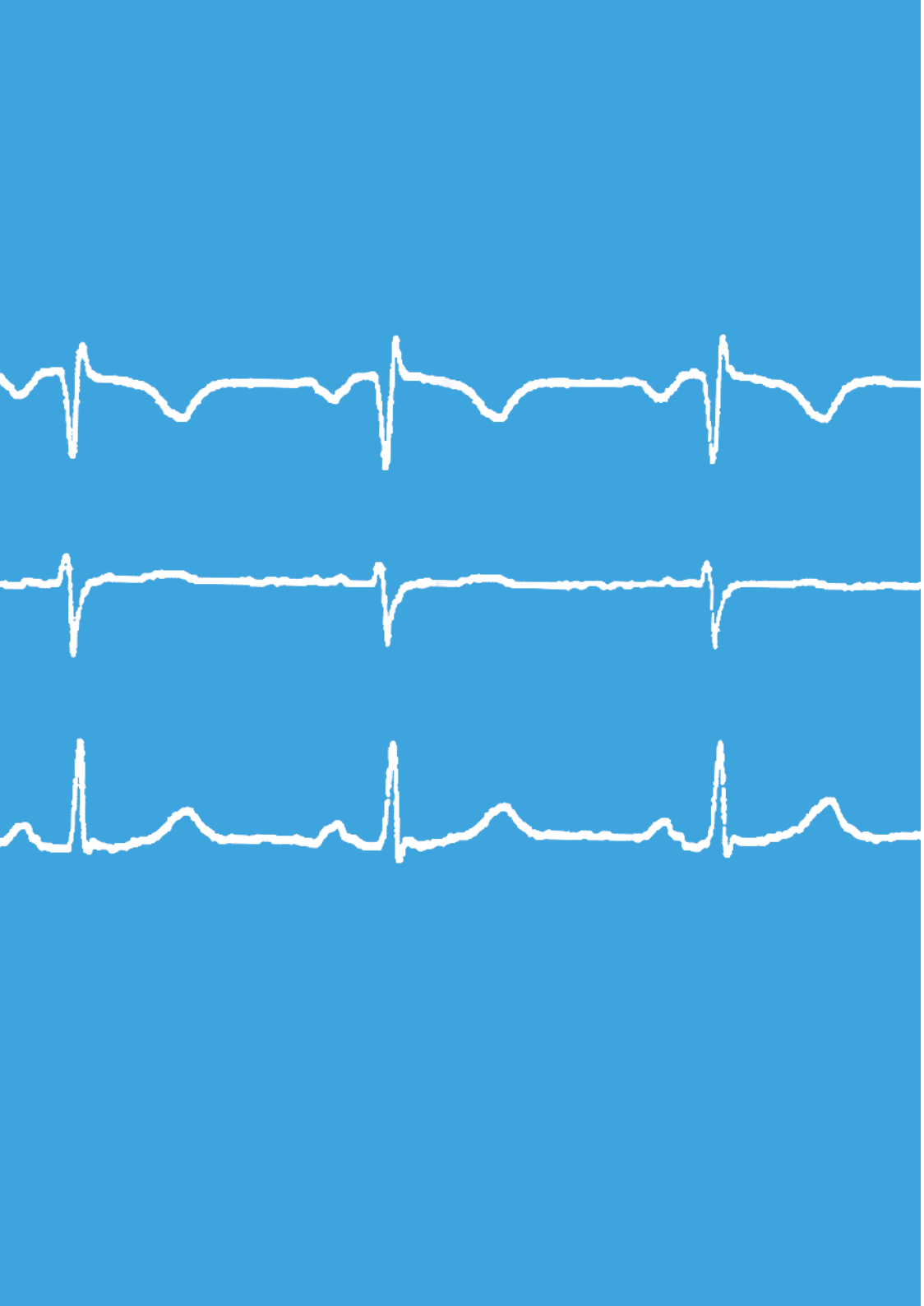
1. la sanidad y los servicios sociales públicos
2. la enseñanza pública
3. los servicios de captación, depuración, distribución y gestión del agua
4. el cine, la televisión y los demás servicios audiovisuales.

Existen otros servicios que pueden ser considerados públicos a nivel nacional o local, y pueden ser objeto de monopolios públicos o de derechos exclusivos otorgados a empresas privadas en la UE, como servicios de ciencia y tecnología, medio ambiente, transporte,…

Según la propia UE, no permitirá que las empresas de fuera de la UE presten servicios sanitarios o sociales financiados con fondos públicos. Asegura además que ninguno de los acuerdos de libre comercio de la UE obliga a los Estados miembros a privatizar sus servicios de salud. Pero también afirma que si un país de la UE decide efectuar una privatización total o parcial de sus servicios sanitarios, es libre de hacerlo, por lo que realmente no está limitando esa posibilidad.

Las negociaciones aún están abiertas, y a pesar de los beneficios prometidos sigue habiendo muchos aspectos que en relación con la salud se deberían clarificar. Un sistema público de salud fuerte es un factor determinante para conseguir un mayor acceso a los servicios de salud de forma equitativa por toda la comunidad, y abrir puertas a una posible privatización que luego no pueda darse marcha atrás, no es la mejor manera de defenderla. Por otra parte, el principio de precaución es un factor que ha permitido a Europa conjugar los beneficios de las empresas y la prevención de problemas en la salud de las personas, y no debería en ningún momento relajarse para asegurar unos mayores beneficios económicos. Estos acuerdos comerciales no pueden estar por encima de las políticas sociales y de los derechos de las personas, como el derecho a la salud.

20. http://ec.europa.eu/trade/policy/in-focus/tisa/questions-and-answers/index_es.htm



CAPITULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- En 2015 la AOD española sigue perdiendo peso, situándose en el 0,12% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.
- La AOD para el sector salud se ha situado en el nivel más bajo desde el año 2000.
- En 2015 el saldo en salud para la cooperación española es favorable en 20,4 millones de euros debido al retorno de los préstamos realizados en años anteriores.

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[1]: 121, 122 y 130, que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica, y políticas y programas de población y salud reproductiva.

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

- 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

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

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[2]. 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[3].
– La **AOD multibilateral** o bilateral canalizada vía OMUDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OMUDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. Es relativamente normal que estos datos se incluyan en la AOD bilateral. Sin embargo, en este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad.

2. 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.

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 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 producían en el mismo año tanto desembolsos como reembolsos de crédito, tenía todo el sentido utilizar la AOD neta. Pero en la situación actual, esta magnitud desvirtúa el esfuerzo real que se está haciendo en este momento en este sector.

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.

Añadir que los datos de la cooperación catalana no están desagregados, por lo que no podemos saber cuál es el esfuerzo realizado por la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo en lo que a AOD en Salud se refiere. Para poder comparar con ejercicios anteriores, tras realizar los análisis pertinentes en base a los datos disponibles, hemos elaborado proyecciones teniendo en cuenta la trayectoria de la cooperación catalana.

Tampoco contamos con la desagregación de los datos de cooperación de las Entidades Locales, que sí que los han enviado a la SGCID como en años anteriores. El motivo de no disponer de los datos desagregados tenemos que buscarlo en la política de recursos humanos aplicada en la SGCID, prescindiendo del personal especializado en el tratamiento de los datos estadísticos.

1.2. Datos generales de la AOD en 2015

La AOD bruta desembolsada en 2015 por España ha sido de 1.626 **millones de euros**, un mínimo incremento de 30 millones con respecto a 2014, que representa el **0,12 % de la renta nacional bruta** (cuando en 2014 alcanzaba el 0,13%). Este incremento en las cantidades destinadas a AOD no se debe a un mayor compromiso con la cooperación, sino que se ha producido por el retorno de algo más de 362 millones de euros provenientes de la ayuda reembolsable. La ayuda neta, es decir, restando el dinero ingresado por los préstamos, dato que nos permite valorar realmente el verdadero esfuerzo que se ha hecho en 2015 en cooperación, se queda en apenas 1.264.millones de euros, 154 millones menos que la ayuda neta de 2014.

Por lo tanto, podemos afirmar que en 2015 siguen reduciéndose las partidas destinadas a cooperación. Esta reducción se produce en un año en el que España ha firmado los compromisos de Addis Abeba, donde el Secretario General de Cooperación Internacional, D. Gonzalo Robles, afirmó que *"el resultado final de nuestras negociaciones debe seguir siendo válido hasta el año 2030, con un modelo de financiación sostenible para una agenda de desarrollo sostenible"*[4], fijando la consecución del 0,7% para AOD para 2030, mediante una agenda que proclaman ambiciosa pero realista. La realidad es que España está cada vez más alejada del compromiso del 0,7%, y por tanto el esfuerzo que se deberá hacer en los próximos años para alcanzarlo va a ser cada vez mayor, siendo más difícil que se produzcan los pasos necesarios y progresivos para conseguir el 0,7%, incluso en 2030.

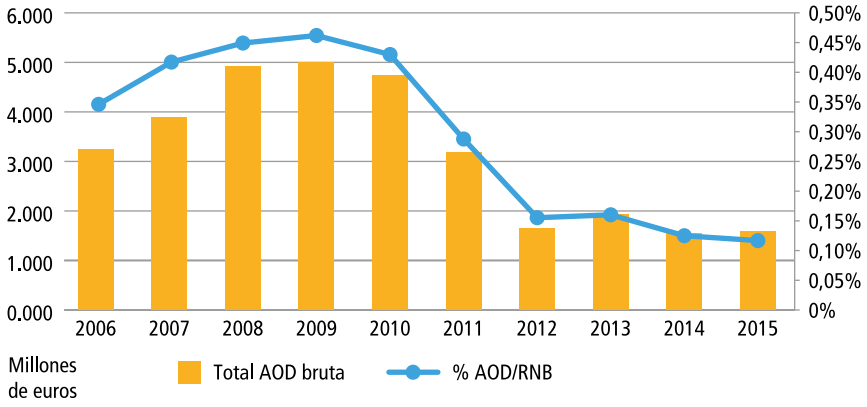
En 2013, con la puesta en marcha del nuevo Plan Director, los Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI) fueron sustituidos por las Comunicaciones Anuales que hacen referencia a la ejecución del Plan Director y sirven como instrumento de planificación y seguimiento anual, lo que nos permite valorar las desviaciones habidas entre lo planificado y lo realmente realizado. La Comunicación 2015 hizo una previsión de AOD neta similar a la ejecutada en 2014, un poco más alta en el caso de la AOD bruta (entre un 4 y un 5 %). Y aunque se cumplen las cifras si hablamos de la AOD bruta, la AOD neta ha descendido más de un 11%, una cifra que muestra grandes diferencias (como ya ocurrió en 2014) entre los presupuestos teóricos y los reales. Uno de los mayores problemas que provocan estos desajustes tiene que ver con la previsibilidad de la ayuda, un elemento esencial para asegurar una mayor eficacia e impacto en las acciones, pues lo socios de la cooperación española no pueden planificar actividades complementarias que fomenten sinergias con las actividades de cooperación si no saben si va a haber presupuesto para estas últimas.

La AOD no es meramente un presupuesto que pueda ser prescindible en algunos momentos, sino que es la expresión de la solidaridad de España con las poblaciones más desfavorecidas y un instrumento imprescindible para avanzar en la consecución de los derechos humanos. Reiteramos que en Addis Abeba el Gobierno español asumió el compromiso colectivo de la Unión Europea de alcanzar el 0,7% del PIB en la ayuda oficial para el desarrollo en el horizonte de la agenda y el 0,20% para los países menos adelantados".

Para cumplir con estas declaraciones sería necesario que la AOD española tome un nuevo impulso y genere un plan realista de recuperación.

4. http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/spain_conference_on_financing_for_devleopment_cooperacion_espanola.pdf

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA Y DEL PORCENTAJE SOBRE LA RNB 2006-2015



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

2. AOD EN SALUD EN 2015

2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2015

Los datos que analizamos aquí tienen una gran diferencia con respecto a otros años, ya que en el volcado de datos que presenta la SGCID con respecto a las partidas de cooperación, no aparecen desagregados por sectores ni las partidas destinadas desde Cataluña ni desde las Entidades Locales (EELL), al no recibir esa desagregación de estos actores (parece que ser que por falta de personal para realizar este trabajo).

Nuestra primera conclusión es que es necesario que este hecho sea subsanado lo antes posible, pues el análisis de estos datos permite saber cómo y en qué se están gastando unos fondos públicos, y por lo tanto es necesario para poder hacer una mejor rendición de cuentas a la población, además de poder tomar decisiones con mayor información.

Además, distorsiona los datos finales, la suma de ambas entidades en 2014 suponía 11,6 millones de euros, el 17,8% de toda la AOD sanitaria española. Tanto Cataluña como las EELL han incrementado su presupuesto de cooperación, y en teoría debería suponer un incremento en sus partidas de cooperación sanitaria. Pero dado el comportamiento errático de los últimos años es muy difícil inferir esa hipótesis. No obstante, y para intentar paliar este déficit de datos, vamos a dar dos datos de salud, uno, lo que sabemos realmente, y otro suponiendo que el gasto de salud de

ambos actores se mantiene entre 2014 y 2015, aún sabiendo que este último dato no es más que una predicción.

Las previsiones de la Comunicación 2015 señalaban que se dedicarían a salud (Códigos CAD 120 salud y 130 programas / políticas sobre población y salud reproductiva) un total de 48.518.568 euros, el 2,64% del total de la AOD bruta, distribuido de la siguiente manera:

TABLA 3.1. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD BRUTA ESPAÑOLA EN SALUD (PREVISIÓN 2015)

Sectores CAD	AOD multilateral		AOD bilateral bruta					AOD total bruta (2015p)	
	I. AOD multilateral[1] (€)	% de la AOD multilateral distribuible	AOD Reembolsable	AOD bilateral vía OOII	Otras contribuciones bilaterales	II. AOD bilateral bruta (€)	% de la AOD bilateral bruta distribuible	Importe (€)	% de la AOD total bruta distribuible
120 Salud	17.614.106	1,98%	0	500.000	25.840.856	26.340.856	2,78%	43.954.962	2,39%
130 Políticas sobre Población y Salud Reproductiva	0	0,00%	0	750.000	3.813.606	4.563.606	0,48%	4.563.606	0,25%
Totales	**17.614.106**	**1,98%**	**0**	**1.250.000**	**29.654.462**	**32.904.462**	**3.26%**	**48.518.568**	**2,64%**

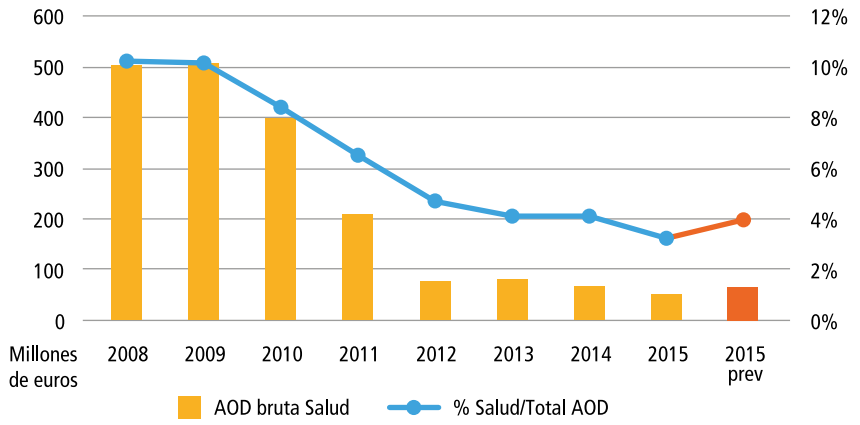
Nota: Los porcentajes refieren al total de la AOD en cada uno de los capítulos.
Fuente: SGCID. Comunicación 2015

La ejecución real (sin incluir lo destinado por las EELL ni por la Agencia Catalana de Cooperación) ha sido mayor ya que en **2015 se ha destinado al sector salud 53.043.141 euros, si bien esta** esta cifra es 12 millones menor que lo destinado en 2014. Si hacemos el ejercicio de proyectar una estimación de lo que pudiera haber aportado Catalunya y las EELL, parecida a 2014 (11,6 millones entre ambas) y lo sumamos al total, la cifra resultante es muy parecida a la del año anterior. En su conjunto, la salud **ha representado el 5% del total de la AOD bruta en 2015**, un punto más que en 2014, pero aún muy lejos de la media de los países del CAD.

Estas cifras arrojan la conclusión de que el conjunto de la AOD española destinada a salud se sigue manteniendo en unos niveles muy bajos, de los más bajos desde comenzamos a analizar la cooperación sanitaria en 2001. En la fecha en que elaboramos el informe aún no tenemos disponible la Comunicación 2016 de la cooperación española, por lo que no podemos analizar las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID).

Como podemos ver en el siguiente gráfico, la tendencia de la salud en la cooperación española (incluso si asumimos la hipótesis de que Cataluña y las EELL destinan lo mismo que en 2014, que se puede ver como la barra en rojo) es claramente descendente desde 2008, y ha provocado una progresiva pérdida de peso tanto absoluto como relativo de la salud dentro de la cooperación española. En 2015 se está destinando a cooperación sanitaria el 10% de las cantidades que se destinaron en 2009 (12% si estimamos la aportación de Cataluña y las EELL). Cumplir con los compromisos existentes en materia de salud va a exigir un mayor esfuerzo de nuestras instituciones, que se debe sumar al mayor esfuerzo que deben realizar también los gobiernos e instituciones de las regiones y países receptores ya que los problemas de salud se han incrementado.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2015



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

Para analizar más en detalle la posición en la que se encuentra la salud respecto a los demás sectores, nos hemos centrado tradicionalmente en la ayuda bilateral distribuible, que es aquella de la que tenemos especificaciones respecto al sector y que expresa la voluntad y prioridades del donante. Es cierto que el análisis de la evolución de esta ayuda distribuible nos muestra que la salud está habitualmente, aunque con altibajos, entre los cinco o seis sectores que más financiación han recibido cada año por este canal. En 2015, y a pesar de que no contamos con las partidas de Cataluña ni de las EELL, la salud está en tercer lugar, después de Gobernabilidad y Agricultura/Ganadería.

Para entender por qué la salud tiene tanto peso en la ayuda distribuible, mientras estamos tan lejos de alcanzar un porcentaje adecuado si hablamos de las cifras

TABLA 3.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DISTRIBUIBLE POR SECTORES, 2010-2015

Sectores CAD	2010		2011		2012		2013		2014		2015	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	274.791.103 €	11,36%	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%
120+130 Salud	188.590.028 €	7,80%	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%
140 Agua y saneamiento	250.683.346 €	10,36%	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%
150 Gobernabilidad y sociedad civil	353.436.833 €	14,61%	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%
160 Otros servicios e infraest. sociales	150.193.303 €	6,21%	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%
210 Transporte y almacenamiento	89.288.127 €	3,69%	37.971.216 €	2,83%	1.788.747 €	0,36%	13.499.106 €	2,75%	680.652 €	0,20%	665.111 €	0,21%
220 Comunicaciones	11.857.696 €	0,49%	5.790.997 €	0,43%	896.565 €	0,18%	757.608 €	0,15%	215.647 €	0,06%	249.843 €	0,08%
230 Generación y suministro de energía	202.816.655 €	8,38%	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%
240 Servicios financieros	79.164.271 €	3,27%	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%
250 Empresas y otros servicios	91.691.958 €	3,79%	8.133.541 €	0,61%	1.555.825 €	0,31%	1.447.771 €	0,30%	1.752.366 €	0,53%	558.867 €	0,18%
311 Agricultura y ganadería	386.029.323 €	15,96%	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%
312 Bosques	18.423.093 €	0,76%	4.617.169 €	0,34%	535.116 €	0,11%	244.461 €	0,05%	718.943 €	0,22%	732.287 €	0,23%
313 Pesca	23.545.239 €	0,97%	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%
321 Industria	19.210.322 €	0,79%	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%
322 Minería y recursos minerales	1.162.377 €	0,05%	108.000 €	0,01%	16.655 €	0,00%	21.640 €	0,00%	20.477 €	0,01%	11.829 €	0,00%
323 Construcción	3.347.821 €	0,14%	100.254 €	0,01%	127.029 €	0,03%	3.325 €	0,00%	3.500 €	0,00%		
331 Políticas y regulaciones comerciales	3.751.564 €	0,16%	1.206.888 €	0,09%	37.851 €	0,01%	127.309 €	0,03%	567.957 €	0,17%	205.465 €	0,07%
332 Turismo	6.212.963 €	0,26%	2.956.152 €	0,22%	1.077.663 €	0,22%	432.602 €	0,09%	1.816.813 €	0,54%	870.822 €	0,28%
410 Medioambiente	104.215.146 €	4,31%	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%
430 Multisectorial	160.509.633 €	6,64%	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%
Total AOD bilateral distribuible	2.418.920.801 €	100%	1.342.137.917 €	100%	494.416.353 €	100%	490.092.817 €	100%	333.493.127 €	100%	312.066.551 €	100%
Total AOD bilateral	3.296.345.062 €		1.840.434.023 €		834.334.969 €		884.509.995 €		533.855.915 €		687.206.258 €	

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

brutas de salud, debemos analizar los datos más en profundidad. Hay que tener en cuenta que la ayuda distribuible ha disminuido enormemente en los últimos años, fruto de los recortes en la cooperación, y por lo tanto, su peso en el conjunto de la cooperación ha disminuido también considerablemente. La ayuda distribuible total en 2010 era un 500% mayor que actualmente, y su peso en el conjunto de la AOD era de alrededor del 50%. Sin embargo, en 2015, y a pesar de haber incrementado considerablemente las cifras de 2014, la ayuda distribuible apenas alcanzaba el 19% del total de la cooperación española.

La tabla 3.3 nos permite observar la desagregación por canales y por agentes de la AOD en salud. En 2015 la ayuda bilateral ha supuesto el 55,68% —casi un 20% menos que en 2014—, la multibilateral el 9,53%, prácticamente igual que el año pasado. La multilateral ha supuesto el 34,78%, —ocho puntos más que en 2014—, pero, tal y como ha ocurrido en los años 2013 y 2014 solamente se ha aportado a dos instituciones: a la OMS mediante su contribución obligatoria, y a la IFFIm[5].

Debemos destacar que si en vez de la contribución bruta, analizamos la contribución neta (o sea, sumando la ayuda reembolsada por los países), el saldo en salud en 2015 para la cooperación española sería favorable en 20,4 millones de euros. La explicación se debe a que en 2015 los países beneficiarios de la ayuda española en salud, han devuelto préstamos, que se dieron en años anteriores, por valor de 73,4 millones de euros. Como desde 2014 no se dan más préstamos en el sector sanitario, y la cifra destinada en 2015 al sector ha sido tan baja, el resultado es que la cooperación sanitaria ha ingresado más dinero que lo gastado. Esta distorsión irá desapareciendo cuando los préstamos de años anteriores se vayan acabando. Pero mientras tanto, deberíamos de reutilizar ese dinero en el mismo sector, añadiendo estos fondos recibidos por préstamos a las partidas destinadas a salud, incrementando el exiguo presupuesto existente. Las razones son muchas pero queremos destacar dos: por una parte estas ayudas fueron ya computadas como cooperación sanitaria, por lo que es lógico que reviertan en el mismo sector; y por otra, el sector de la salud es uno de los sectores que más han sufrido los recortes desde que comenzó la crisis. Esta misma conclusión se debería hacer para cualquier actor que reciba dinero reembolsable, como sucede este año con la CCAA de Extremadura.

En cuanto a qué financiadores son los que más aportan a la cooperación sanitaria, el primero es el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación (MAEC). Es el responsable de más del 72,5% de toda la ayuda sanitaria, aportando a través de todos los mecanismos: multilateral, multibilateral y bilateral. De los algo más de 16 millones aportados por el MAEC, 10.251.204 euros han sido vía ONGD. El segundo

5. The International Finance Facility for Immunization.

financiador son las CCAA, con el 21% de toda la ayuda en salud, aunque debemos recordar que este año no se incorpora los datos de Catalunya, que pueden explicar la bajada del 7% de la aportación de las CCAA a la cooperación sanitaria respecto del año pasado. Otro hecho que destacamos todos los años es que, a pesar de su baja relevancia en el sector (166.000 euros en 2015), se computan operaciones de asistencia sanitaria por parte del Ministerio de Defensa. Y sin embargo, el Ministerio

TABLA 3.3. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD. 2015

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud Bruta: 53.043.141 € 100% Neta: -20.408.609 €	AOD bilateral Bruta: 29.537.476 € 55,68 % Neta: -43.914.274 €	No reembolsable 29.537.476 €	MAEC	16.103.238
			MINECO	246.499
			Ministerio de Defensa	165.996
			MSSSI	108.805
			MAGRAMA	21.704
			CCAA	11.058.459
			EELL*	1.155.207
			Universidades	677.568
		Reembolsable -73.451.750 €	Desembolsos	0
			MINECO reembolsos	- 73.282.575
			CA Extremadura	-169.175
	AOD multibilateral 5.055.000 € 9,53 %		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	4.005.000
			Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	150.000
			CCAA	900.000
	AOD multilateral 18.450.665 € 34,78%		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	18.450.665
	Contribuciones obligatorias: 18.435.665 €			
	Contribuciones voluntarias: 15.000 €			

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2015 publicados por SGCID.
*Por un problema de procesamiento informático de la información suministrada por la FEMP, una parte considerable de las aportaciones de EELL no ha podido ser desagregada sectorialmente; por tanto, el dato que se recoge aquí no es el total, sino solamente la parte que se alcanzó a desagregar por parte de SGCID.

de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que tiene, entre sus competencias, las relaciones con la OMS, solamente ha destinado en 2015 la exigua cantidad de 259.000 euros a la cooperación sanitaria, el 0,48% del total de salud. Es importante y necesario que el Ministerio de Sanidad se involucre de forma más decidida en la cooperación sanitaria, y más ahora tras la puesta en marcha de los ODS, que nos obliga a trabajar tanto en el interior de España como en el exterior. Y no solamente aportando más recursos económicos, sino fomentando el sistema sanitario español en otros países, ya que es uno de los más equitativos del planeta, un valor añadido que la cooperación española puede aportar en las discusiones sobre cobertura sanitaria universal.

2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales

En 2015 la ayuda canalizada a través de organismos multilaterales se incrementa ligeramente respecto a 2014. Aunque sea pequeño, este incremento es una noticia positiva, si se confirma que es tendencia ya que indica que el brutal y progresivo descenso de los desembolsos en ayuda multilateral pudiera haber tocado suelo. No obstante, las cifras son tan pequeñas, que si quitáramos las contribuciones obligatorias a la OMS, se vería que España destina una aportación residual a estos organismos, y que por lo tanto está perdiendo también capacidad de influencia en el panorama de la salud mundial. España no puede tener el mismo peso si destina 22 millones como en 2015, que si destina 343 millones de euros, como hizo en 2009. A esto se suma la limitada participación de España en las diferentes organizaciones que determinan las estrategias mundiales de salud. En 2015, al igual que en 2014, España ha concentrado su ayuda multilateral en 7 organismos y fondos internacionales.

2.2.1. AOD MULTILATERAL EN SALUD EN 2015

En 2015 la AOD multilateral ha tenido un incremento de 1.184.310 euros con respecto al año anterior, pero se ha debido principalmente a un aumento en la contribución a la OMS, ya que la aportación al IFFIm ha descendido algo más de 100.000 euros, bajada que no se compensa con la mínima aportación al Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA) de 15.000 euros. Como ya hemos comentado en anteriores informes, en algo más de 6 años hemos pasado de 14 organismos receptores a 2 (no podemos contar los 15.000 euros para el UNFPA como contribución consolidada, más bien parece una acción puntual), y se ha producido una reducción del monto en AOD multilateral en salud de cerca del 92%, con las consecuencias antes descritas de pérdida de peso de España en el panorama de la salud mundial.

TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2009–2015.

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
MAEC	**NACIONES UNIDAS**	**45.232.433 €**	**44.468.602 €**	**27.353.331 €**	**7.371.586 €**	**16.861.877 €**	**7.919.865 €**	**9.212.540 €**
	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 €
	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 €				
	PMA - 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 €**
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas	1.500.000 €						
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis	1.500.000 €	103.000.000 €					
	IAVI - 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 €
	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 €**
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 €				
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo	2.775.230 €	1.496.170 €	524.774 €				
	BAsD - Banco Asiático de Desarrollo	840.708 €						
	UNIÓN 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 €**					
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		**145.521.842 €**	**211.038.106 €**	**83.074.255 €**	**16.089.123 €**	**26.100.002 €**	**17.266.355 €**	**18.450.665 €**

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

2.2.2. AOD MULTIBILATERAL EN SALUD EN 2015

La ayuda multibilateral descendió en 2015 unos 633.000 euros, un 11% respecto a 2014, lo que incrementa la tendencia al descenso de este canal de ayuda por parte de la cooperación española. En 2015 se destina a ayuda multibilateral 6 veces menos que en 2010, lo que confirma la pérdida de influencia de la cooperación española a nivel internacional. Si analizamos hacia dónde ha ido dirigida esta ayuda, vemos que a la OMS y UNICEF, que son las dos instituciones que más se benefician de la cooperación sanitaria española en los últimos años, se les añade la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados de Palestina en Oriente Próximo (UNRWA). Mientras, se reduce drásticamente la aportación al UNFPA, que era la otra institución que recibía desembolsos consistentes en los últimos años. No podemos saber si es un hecho puntual o indica un cambio en las prioridades de la cooperación española en salud. Lo que sí creemos es que además de un aumento de recursos en ayuda multibilateral, sería necesario mantener una política continuada durante varios años que de coherencia y consistencia a la política de cooperación internacional en salud.

2.3. Distribución sectorial de la AOD en salud

Si consideramos la composición sectorial de la AOD en salud en 2015, podemos observar que hay un desequilibrio entre los 3 sectores de salud. Mientras que la salud general y la salud básica están por encima del 40%, la salud sexual y reproductiva escasamente alcanza el 12%. La salud general con un 45% sigue siendo el subsector más financiado, seguido muy de cerca por la salud básica con un 42%. La salud sexual y reproductiva ha descendido cuatro puntos respecto a 2014, y nos muestra un claro desequilibrio en cuanto a la relevancia que se quiere dar a cada uno de los subsectores.

Dentro del subsector salud general destaca, como en los últimos años, el componente de política sanitaria y gestión administrativa (código CRS 12110) al que se destinó el 37,66% de toda la AOD en salud, 7 puntos más que en 2014, siendo el componente más financiado por la cooperación sanitaria española. La explicación a estos datos es que aquí entran las contribuciones obligatorias a la OMS por lo que cuanto menos presupuesto utilicemos para la cooperación sanitaria, mayor peso tendrá este componente. Si realizamos el ejercicio de incluir las habituales contribuciones de Cataluña y de las EELL en salud, este porcentaje se mantendría estable, y seguiría siendo el componente de mayor importancia.

En el subsector de salud básica, destacamos dos componentes. Como en 2014, el componente de atención sanitaria básica (código CRS 12220) es el más financiado

TABLA 3.5. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTIBILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR. 2010 – 2015

ORGANISMOS RECEPTORES	2010	2011	2012	2013	2014	2015	% 2015
GFATM							
UNFPA	14.331.388 €	2.575.000 €	1.500.000 €	1.500.000 €	1.500.000 €	200.000 €	3,96%
OPS	8.060.000 €	4.000.000 €	109.907 €				
UNICEF	8.225.020 €	426.500 €	414.755 €		2.809.000 €	2.100.000 €	41,58%
DNDi		2.000.000 €					
UNRWA	57.172 €	320.000 €		1.000.000 €	24.000 €	900.000 €	17,82%
OMS	770.000 €	3.542.726 €	1.500.000 €	2.000.000 €	1.000.000,00	1.500.000,00	29,70%
OIEA							
PNUD	200.000 €						
CEDEAO							
ONUSIDA	200.000 €		1.000 €	500.000 €			
OEA - Organización de Estados Americanos				193.510 €		180.000 €	3,56%
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	180.000 €			50.000 €	100.000 €	170.000 €	3,37%
UE		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 €		
TOTAL	**32.033.250 €**	**25.583.079 €**	**10.450.466 €**	**5.243.510 €**	**5.683.000 €**	**5.050.000 €**	**100%**

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

en este subsector (y el segundo en el total de la AOD sanitaria), aunque ha disminuido ligeramente en un punto porcentual desde 2014, alcanzando el 24,30%. El segundo componente en importancia es el de la nutrición básica, que en 2014 creció espectacularmente, y este año tiene también un importante crecimiento de 1,6 millones de euros, un 38% más respecto al año anterior.

En cuanto al subsector de salud sexual y reproductiva, el único componente destacable es la atención en salud reproductiva. Merece resaltarse que tanto la planificación familiar como la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (ETS), donde se incluye e vih/sida, tengan unas aportaciones residuales por parte de la cooperación española, cuando en otros años su peso había sido mucho mayor.

TABLA 3.6. DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD POR CANALES Y SUBSECTORES CAD/CRS.2015

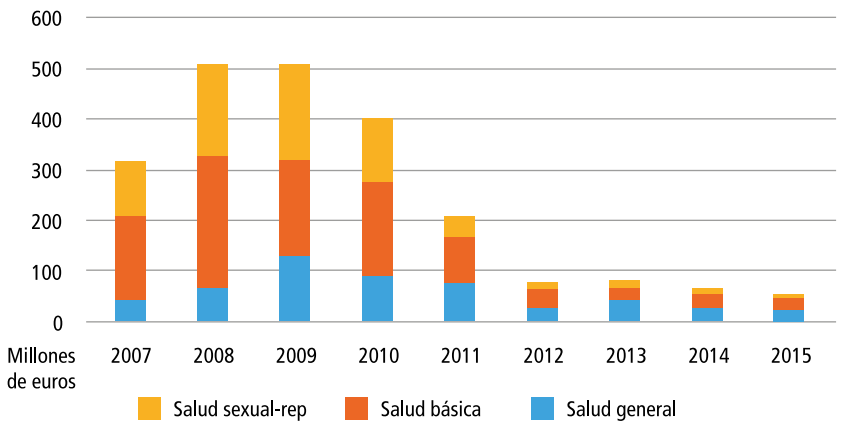
CAD/ CRS	DESCRIPCIÓN	Bilateral	Multibilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	**Salud general**	**13.669.459 €**	**1.170.000 €**	**9.197.540 €**	**24.036.999 €**	**45,32%**
12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	9.607.176 €	1.170.000 €	9.197.540 €	19.974.715 €	37,66%
12181	Enseñanza y Formación médicas	983.874 €			983.874 €	1,85%
12182	Investigación médica	1.286.791 €			1.286.791 €	2,43%
12191	Servicios médicos	1.791.619 €			1.791.619 €	3,38%
122	**Salud básica**	**11.049.817 €**	**2.200.000 €**	**9.238.125 €**	**22.487.942 €**	**42,40%**
12220	Atención sanitaria Básica	3.653.270 €		9.238.125 €	12.891.395 €	24,30%
12230	Infraestructura sanitaria básica	1.359.363 €			1.359.363 €	2,56%
12240	Nutrición básica	4.130.957 €	1.700.000 €		5.830.957 €	10,99%
12250	Control enfermedades infecciosas	539.175 €			539.175 €	1,02%
12261	Educación sanitaria	591.154 €			591.154 €	1,11%
12262	Control de la malaria	18.849 €	500.000 €		518.849 €	0,98%
12263	Control de la Tuberculosis				0 €	0,00%
12281	Formación personal sanitario	757.048 €			757.048 €	1,43%
130	**Salud sexual y reproductiva**	**4.818.199 €**	**1.685.000 €**	**15.000 €**	**6.518.199 €**	**12,29%**
13010	Pol. Población y gestión admva	3.947 €	585.000 €	15.000 €	603.947 €	1,14%
13020	Atención en S.R.	3.812.956 €	1.100.000 €		4.912.956 €	9,26%
13030	Planificación Familiar	220.347 €			220.347 €	0,42%
13040	Lucha ETS, incluido VIH	341.693 €			341.693 €	0,64%
13081	Formación RRHH en población ySR	439.257 €			439.257 €	0,83%
TOTAL		**29.537.476 €**	**5.055.000 €**	**18.450.665 €**	**53.043.141 €**	**100%**

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

Es difícil valorar estas orientaciones por los pocos recursos destinados al sector. Además de destacar la escasa financiación, podemos inferir alguna conclusión. La más importante es que sigue siendo necesario que la cooperación sanitaria española mantenga a medio y largo plazo algunas prioridades que evite grandes variaciones entre los componentes a priorizar, que le permitan asegurar un mayor impacto, una mayor sostenibilidad y una mayor previsibilidad de su ayuda.

El gráfico 3.3. permite observar la evolución de la composición por subsectores de la AOD en salud a lo largo de los últimos 9 años. Observamos que, además del brutal recorte en recursos destinados a salud, el peso de los diferentes subsectores ha variado considerablemente durante estos años. En 2007 la salud básica era el subsector que tenía el mayor peso, con un 52%, mientras que el segundo era la salud reproductiva (34%), y la salud general solamente suponía el 14%. Y ha sido la salud general, que tuvo un crecimiento más moderado en los años de incremento de la AOD, quien mayor peso tiene en los últimos años. Pero como ya hemos explicado, es debido a las contribuciones obligatorias a la OMS, que es un desembolso fijo anual, cuya importancia en el presupuesto de la cooperación sanitaria ha crecido exponencialmente debido al reajuste en los datos motivado por los enormes recortes que ha sufrido el sector.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2015



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

2.4. Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2015 la ayuda en salud canalizada hacia África disminuyó del 40% alcanzado en 2014 al 33,7%, aunque se acerca al porcentaje que se tenía en 2012 y 2013 (34% y 35%). La ayuda dirigida a América Latina disminuye también ligeramente, un 1%, llegando al 22,18%. Estas reducciones son absorbidas por la ayuda en salud no especificada geográficamente, que volvió a pasar del 31,61% en 2014 a 38,78% en 2015. La explicación más lógica es que esta variación sea debido a la ausencia en el análisis de los fondos a salud de Cataluña y las EELL, pues este tipo de ayuda suele estar orientada geográficamente en casi su totalidad. No obstante, y con las cifras que tenemos, 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, 2014

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2015	%
ÁFRICA	**17.877.188 €**	**33,70%**
Norte de África	2.546.367 €	
África Subsahariana	15.330.822 €	
No especificado		
AMÉRICA	**11.763.350 €**	**22,18%**
América Central y Caribe	7.144.593 €	
América del Sur	4.544.069 €	
No especificado	74.688 €	
ASIA	**131.780 €**	**0,25%**
Asia Oriental	5.400 €	
Asia Central	20.000 €	
Sur de Asia	106.380 €	
No especificado		
OCEANÍA		**0,00%**
ORIENTE MEDIO	**2.695.765 €**	**5,08%**
EUROPA	**2.772 €**	**0,01%**
PVD No Esp.	**20.572.286 €**	**38,78%**
TOTAL	**53.043.141 €**	

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

El IV Plan Director de la Cooperación Española[6] estableció que durante el período 2013-2016 nuestra cooperación debería irse concentrando en los 23 países de asociación priorizados. En 2015 se ha incrementado en 10 puntos porcentuales el porcentaje de la AOD en salud que estaba especificada geográficamente en países denominados prioritarios, alcanzando el 86,24%. Solamente queda un año para cumplir el ciclo del Plan Director, y habría que saber por qué casi el 14% de la AOD sanitaria no está dentro de las prioridades. Hay que tener en cuenta que las CCAA y las EELL son dos actores fundamentales en salud, y deben ser tenidos muy en cuenta a la hora de determinar las prioridades de la cooperación española.

TABLA 3.8. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD EN FUNCIÓN DE LAS PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL IV PLAN DIRECTOR, 2015

PRIORIDADES IV PD	AOD SALUD 2015	%
Prioritarios	27.716.239 €	86,24%
No prioritarios	4.424.107 €	13,76%
TOTAL Especificada	32.140.346 €	100%
No Especificada	20.902.795 €	

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

SI hacemos el análisis geográfico según los niveles de renta de los países receptores, observamos que, del presupuesto asignado geográficamente, casi el 30% se destina a Países Menos Avanzados (PMA), que aunque son 4 puntos porcentuales menos que el año pasado (otra vez puede aparecer el sesgo de no disponer de los datos de la AOD sanitaria de Cataluña y las EELL.), son los que mayores problemas de salud tienen. El porcentaje destinado a países de renta media-baja se ha incrementado, pasando del 24,5% al 26,89%. Y los fondos destinados a los países de renta media-alta se han seguido reduciendo, un 2,5% respecto a 2014. En general, podemos afirmar que la cooperación española mantiene una evolución positiva en cuanto a la asignación geográfica por nivel de renta.

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

TABLA 3.9. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES, 2015

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2015	%
PMA	15.468.093 €	29,16%
Otros de renta baja	17.185 €	0,03%
Renta media baja	14.260.771 €	26,89%
Renta media alta	2.394.297 €	4,51%
No especificado	20.902.795 €	39,41%
TOTAL	53.043.141 €	100%

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 dos últimos años. Este año sigue habiendo cambios entre los países más financiados: desaparece Malí, que fue quien más ayuda recibió en 2014, y Paraguay, y se incorporan a la lista Palestina y Etiopía. Pero hay una menor variabilidad que en 2014 (cambiaron 5 países), un aspecto que debemos de valorar positivamente, pues ayuda, como ya hemos mencionado con anterioridad, a mejorar la predictibilidad de la ayuda.

TABLA 3.10. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2015

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2015	CATEGORÍA IV PD
Mozambique	4.700.696 €	Prioritario
Guatemala	3.591.788 €	Prioritario
Bolivia	2.453.997 €	Prioritario
Palestina	2.423.132 €	Prioritario
Población Saharaui	2.204.688 €	Prioritario
Malí	1.364.626 €	Prioritario
Guinea Ecuatorial	1.358.188 €	Prioritario
R.D. Congo	1.338.402 €	No Prioritario
Etiopía	1.294.762 €	Prioritario
El Salvador	1.193.979 €	Prioritario

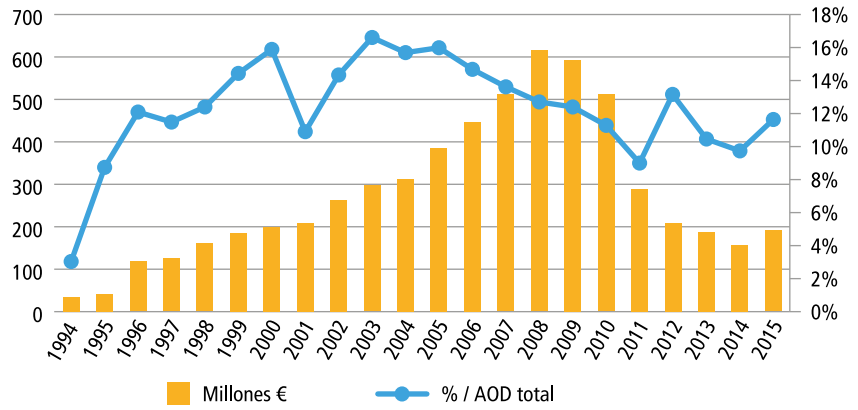
Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID.

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

3.1. La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada española 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 que se aceleró a partir de 2005. Sin embargo, en los seis años siguientes (2009 – 2014) ha experimentado un retroceso que la ha situado en volúmenes por debajo de los de 1998, si bien en 2015 se ha producido un incremento que esperamos suponga un cambio de tendencia.

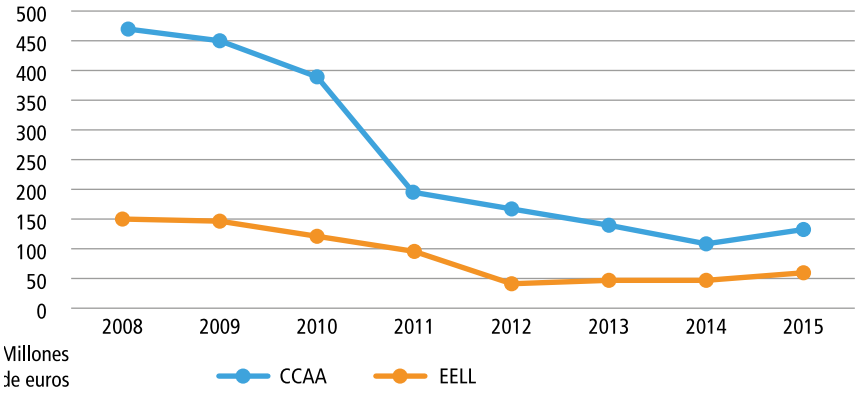
GRÁFICO 3.4. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CCAA+EELL) EN ESPAÑA 1994-2015



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 2015 asciende a más de 32 millones de euros, un 21% más que lo destinado en 2014, alcanzando los 188,82 millones de euros. En su conjunto, la AOD descentralizada supone el 11,6% del total de la AOD de la cooperación española, lo que nos muestra que quiere seguir siendo un actor relevante en cooperación. El incremento se ha producido tanto las CCAA como las EELL. Las primeras han incrementado su AOD en 20.626.768 de euros (un 19% más que en 2014) y las EELL en 12.201.026 de euros (un 26% más).

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD DE CCAA Y EELL 2008-2015



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

Si desglosamos la cooperación de las CCAA, observamos que el comportamiento en 2015 no ha sido uniforme. 9 CCAA han aumentado sus presupuestos en cooperación, mientras que 8 lo han disminuido.

Debemos destacar el crecimiento de Andalucía en más de 11 millones respecto a 2014, lo que equivale a más de la mitad de todo el incremento autonómico, recuperando parte de la reducción de 2014. También destaca el incremento de Extremadura, con 6,7 millones, y de Cataluña, con más de 3 millones de euros. En negativo, sorprende la reducción del País Vasco, en 4 millones de euros, por su demostrado compromiso con la cooperación, incluso durante el periodo de crisis. Y nuevamente decepciona la Comunidad de Madrid que siendo la segunda comunidad con mayor crecimiento económico reduce a la mitad el exiguo presupuesto destinado a cooperación.

TABLA 3.11 AOD TOTAL DE LAS CCAA EN 2015 - 2013

CCAA	AOD 2015	AOD 2014	Diferencia 15 - 14	AOD 2013
Andalucía	41.871.410	30.626.300	11.245.110	45.944.161
Aragón	2.205.752	1.135.184	1.070.568	3.763.395
Asturias	3.832.469	4.391.117	-558.648	5.086.475
Baleares	3.623.694	179.579	3.444.116	1.417.204
Cantabria	213.490	918.909	-705.419	240.960
Canarias	798.395	247.040	551.355	870.058
Cataluña	17.528.478	14.344.474	3.184.004	15.087.693
País Vasco	34.999.457	38.970.048	-3.970.591	31.320.000
Castilla-La Mancha	784.783	825.881	-41.098	5.739.705
Castilla y León	4.264.168	4.155.880	108.288	4.245.880
Extremadura	7.325.891	590.764	6.735.127	10.978.359
Galicia	4.610.654	4.208.332	402.322	4.649.062
La Rioja	588.414	738.433	-150.019	808.122
Madrid	600.704	1.207.376	-606.672	1.326.296
Murcia	0	0	0	0
Navarra	4.146.703	4.059.368	87.334	5.260.584
C. Valenciana	2.069.613	2.279.818	-210.205	2.133.375
Ceuta		12.000	-12.000	0
TOTAL	129.464.074	108.890.502	20.573.572	138.871.329

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

3.2. La AOD descentralizada en salud

Ya hemos comentado la dificultad este año de poder analizar el conjunto de la AOD en salud descentralizada, al no poder disponer de los datos de desagregados de Catalunya ni de las EELL. La suma en 2014 de la cooperación sanitaria de ambos actores alcanzó los 11,6 millones de euros, por lo que plantearemos dos hipótesis de análisis: las cifras reales que tenemos, y las teóricas que habría si tanto Cataluña como las EELL mantuvieran esos presupuestos en salud, que teniendo en cuenta el incremento de la AOD general que han tenido, es un escenario prudente.

Durante 2015 las CCAA y EELL han destinado 11.958.459 de euros al sector salud (todo proveniente de las CCAA), que si sumamos la estimación de los 11,6 millones de Cataluña (una estimación que alcanzaría los 5.811.058 de euros) y de las EELL, nos daría 23,5 millones de euros, una cifra algo superior a la del 2014, que fue de 22,5 millones. Estas cifras nos permiten afirmar con reservas que en 2015 la cooperación descentralizada ha aumentado su presupuesto, cambiando la tendencia de reducción de los últimos años. No obstante, seguimos muy alejados de los 54,5 millones de euros que se destinaron en 2008.

Los casi 12 millones de euros de cooperación sanitaria autonómica son unas cifras mucho menores que las alcanzadas en 2014, pero si le sumáramos la estimación de Cataluña, se destinarían 1,1 millones de euros más que en 2014. En cuanto al porcentaje que las CCAA destinan a salud, si no tenemos en cuenta a Cataluña, observamos que éste alcanza un 10,68%, cuando en 2014 era del 15%. Pero dado el peso de Cataluña en este sector, si estimamos que en 2105 Cataluña destinara las mismas cifras que en 2014, el conjunto de las CCAA alcanzaría el 13,72%. Debemos destacar que cualquiera de los dos porcentajes utilizados (10,68% o 13,72%) son siempre muy superiores a los que la cooperación estatal destina al sector de la salud, por lo que la AOD descentralizada demuestra que tiene en la salud una de sus prioridades.

TABLA 3.12. AOD EN SALUD DE LAS CCAA, 2013-2015

CCAA	AOD salud 2013	AOD salud 2014	AOD salud 2015
Andalucía	5.771.804 €	4.290.020 €	3.912.448 €
Aragón	565.149 €	139.699 €	371.006 €
Asturias	850.787 €	804.036 €	680.263 €
Baleares	50.000 €	91.478 €	159.000 €
Cantabria			
Canarias			
Cataluña*	5.903.197 €	5.811.058 €	
País Vasco	2.524.900 €	2.687.134 €	2.265.777 €
Castilla-La Mancha	2.370.164 €	45.000 €	29.633 €
Castilla y León	520.908 €	186.045 €	476.136 €
Extremadura	1.695.693 €	119.439 €	1.187.251 €
Galicia	494.734 €	525.987 €	863.180 €
La Rioja	215.000 €	55.040 €	16.382 €
Madrid			165.000 €
Murcia			
Navarra	927.169 €	1.656.814 €	1.582.383 €
C. Valenciana	275.071 €	243.806 €	250.000 €
Ceuta		12.000 €	
TOTAL	22.164.576 €	16.667.556 €	11.958.459 €

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.
*Por un problema de falta de personal, la Generalitat no ha entregado datos desagregados de AOD, solo el total. Por ello, no se puede incluir en esta tabla el aporte de Cataluña

Si analizamos la tabla 3.12, podemos observar que 6 CCAA aumentan sus recursos en salud, destacando el fuerte incremento de Extremadura, casi 10 veces más que en 2014. Pero en 2014 había reducido en un 93% su ayuda en salud, lo que supone que en 2015, ha recuperado parte de lo perdido en 2014, pero no alcanza las cifras de 2013. En el apartado de reducciones de AOD en salud destacan País Vasco y Andalucía, dos de las CCAA más importantes en la cooperación sanitaria, con una reducción de 421.357 y 377.571 euros respectivamente. Es preocupante sobre todo la tendencia negativa de la cooperación andaluza en los últimos años, que ha disminuido su presupuesto a salud en un 22% desde 2013. 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.

Desde el punto de vista **sectorial**, la AOD destinada a salud descentralizada (aunque este año, solamente podemos analizar las CCAA) se ha distribuido en 2015 de forma muy diferente a la estatal. Aquí es la salud básica quien absorbe la mayor parte de la AOD sanitaria (45,29%), seguida de cerca de la salud sexual y reproductiva (39,17%). La salud general, el sector más financiado a nivel estatal, aquí solamente alcanza un 15,5%.

En cuanto a subsectores, destaca la atención en salud reproductiva, que alcanza por si sola casi un tercio del total de la salud autonómica. Esta es una de las grandes diferencias entre la cooperación sanitaria autonómica y la estatal. En salud básica debemos destacar, al igual que en la estatal, la salud básica y la nutrición básica. También en salud general, como pasa con la estatal, el subsector de políticas sanitarias es el más financiado. Estos datos nos indican dos cosas: el fuerte componente asistencial que tiene la cooperación descentralizada, y que puede llegar a ser una cooperación complementaria a la estatal, cubriendo los huecos que ésta no cubre, como puede ser la salud sexual y reproductiva.

TABLA 3.13. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES CRS. 2015

CAD	CRS		AOD 2015	2015%
121		**Salud general**	**1.858.874 €**	**15,54%**
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	1.446.159 €	12,09%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	43.609 €	0,36%
	12182	Investigación médica		
	12191	Servicios médicos	369.107 €	3,09%
122		**Salud básica**	**5.415.915 €**	**45,29%**
	12220	Atención sanitaria Básica	1.629.159 €	13,62%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.074.148 €	8,98%
	12240	Nutrición básica	1.587.331 €	13,27%
	12250	Control enfermedades infecciosas	251.467 €	2,10%
	12261	Educación sanitaria	502.686 €	4,20%
	12262	Control de la malaria		
	12263	Control de la Tuberculosis		
	12281	Formación personal sanitario	371.124 €	3,10%
130		**Salud sexual y reproductiva**	**4.683.670 €**	**39,17%**
	13010	Pol. Población y gestión admva		
	13020	Atención en S.R.	3.820.771 €	31,95%
	13030	Planificación Familiar	126.919 €	1,06%
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	313.778 €	2,62%
	13081	Formación RRHH en población ySR	422.202 €	3,53%
TOTAL			**11.958.459 €**	

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

En lo que respecta a la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, destacamos el hecho de que prácticamente toda está especificada geográficamente, lo que ayuda mucho en su análisis. La mayor parte de la AOD sanitaria —casi el 79%— se concentra en África, especialmente en África subsahariana, que es donde mayores problemas de salud existen, y América, especialmente América Central y Caribe. Asia es el destino de prácticamente el otro 20%, casi toda dirigida hacia Asia Oriental.

TABLA 3. 14. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS. 2015

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2015	%
ÁFRICA	**4.818.428 €**	**40,29%**
Norte de África	1.171.331 €	
África Subsahariana	3.647.097 €	
No especificado		
AMÉRICA	**4.586.302 €**	**38,35%**
América Central y Caribe	3.558.924 €	
América del Sur	1.027.378 €	
No especificado		
ASIA	**2.382.862 €**	**19,93%**
Asia Oriental	2.282.862 €	
Asia Central	20.000 €	
Sur de Asia	80.000 €	
No especificado		
OCEANÍA		
ORIENTE MEDIO		
EUROPA		
PVD No Esp.	**170.867 €**	**1,43%**
TOTAL	**11.958.459 €**	

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

El análisis de la asignación de AOD descentralizada en salud según el nivel de renta de los países destinatarios, nos muestra una mayor concentración de la AOD en los países de renta media-baja (PRMB), más de un 50% de la ayuda. Este hecho se explica principalmente por las ayudas al continente americano, que es la región del mundo con mayor inequidad, por lo que si estos recursos se destinan a las bolsas de población más vulnerable, estarían bien orientadas. Le sigue los PMA con un 32%, 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 (13%) destinada a países de renta media-alta (PRMA), casi triplicando el porcentaje destinado por la AGE. 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. 15. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR GRUPOS DE PAÍSES SEGÚN NIVEL DE RENTA. 2015

NIVEL DE RENTA	AOD SALUD 2015	%
PMA	3.832.067 €	32,04%
Otros renta baja		
PRMB	6.262.178 €	52,37%
PRMA	1.493.347 €	12,49%
No especificado	370.867 €	3,10%

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

La aportación de la cooperación descentralizada al sector salud debe seguir creciendo, tanto en presupuesto como en calidad[7]. Es una cooperación que tiene un peso fundamental en la cooperación sanitaria española, y permite trabajar en sectores y áreas geográficas que quedan fuera de las grandes políticas nacionales e internacionales y que puede ayudar a conseguir el lema de los ODS sobre que "nadie se quedará atrás". Pero además de complementar estas políticas, esta cooperación tiene valores que debe desarrollar. La cobertura sanitaria universal va a ser el eje fundamental de las políticas de salud mundiales. Como ya hemos dicho con anterioridad, España puede aportar a la salud global la posible exportación de su modelo de sistema de salud descentralizado, donde las instituciones autonómicas deben participar, pues tienen unas experiencias en la prestación de servicios y ampliación de su cobertura de un sistema de salud que es, hoy por hoy, uno de los más equitativos y eficientes del mundo.

7. 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.

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.

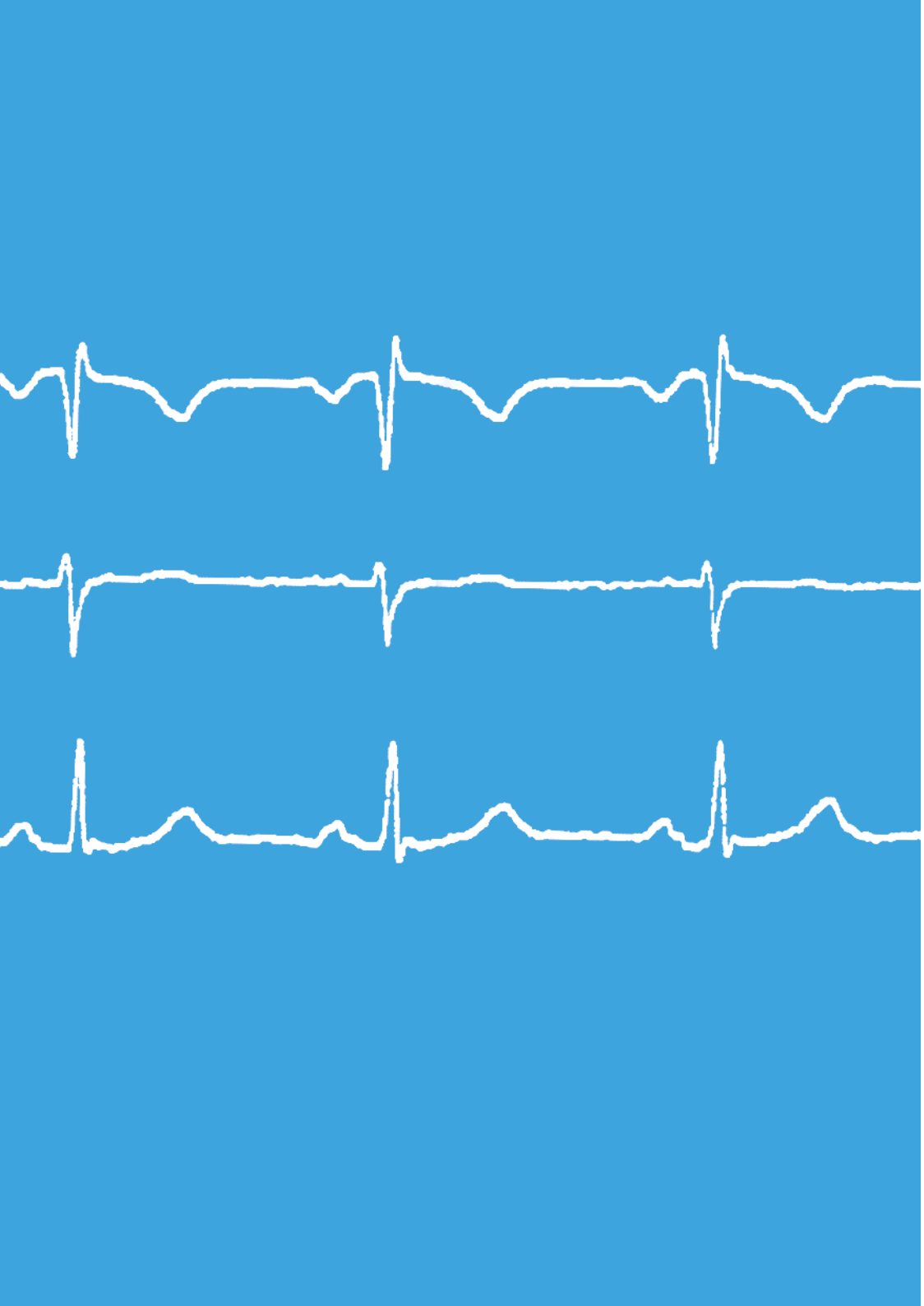
A pesar del amplio consenso social con que cuenta la cooperación al desarrollo, no se ha consolidado como una política de Estado con un horizonte de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo. Además, la cooperación políticamente ha sido instrumentalizada en beneficio del gobierno de turno, en coyunturas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

"Nos enfrentamos a algunos de los mayores retos de nuestro tiempo"

BAN KI MOON, SECRETARIO GENERAL DE NNUU.

En 2015, las necesidades humanitarias mundiales siguieron aumentando. Alrededor de 125 millones de personas se vieron afectadas por crisis humanitarias. A pesar del incremento en el total de recursos disponibles para respuestas en situaciones de conflicto o crisis prolongadas, tanto por parte de donantes púbicos como del sector privado, siguió aumentando la brecha entre necesidades a cubrir y fondos recibidos, dejando muchas crisis sin la financiación para la cobertura de necesidades básicas.

El desplazamiento forzado debido a situaciones de conflicto y a desastres naturales también siguió creciendo. En 2015, alcanzó la cifra de 65,3 millones[1] de personas, una cifra nunca alcanzada desde el final de la segunda Guerra Mundial. De éstas, 40,8 millones son personas desplazadas dentro de sus propios países, mientras que 24,5 millones se han visto forzadas a abandonar sus países.

En 2015 se ha producido un agravamiento sin precedentes en la vulnerabilidad de las comunidades, especialmente en África y Oriente Medio. En el continente africano las consecuencias del fenómeno de El Niño han sido las más graves en las últimas décadas. En Oriente Medio, el conflicto en Siria y en menor medida en Irak han llevado a la peor crisis humanitaria de las últimas décadas.

Casi dos terceras partes del volumen de fondos dedicado a la acción humanitaria se destinó a proyectos de apoyo a personas afectadas por conflictos en Yemen, Irak, Siria y países fronterizos, Sudán, Sudán del Sur, Somalia, República Centroafricana y para la prestación de asistencia vital a las personas afectadas por la violencia de Boko Haram (desplazadas internas en Nigeria y refugiadas en países terceros como Chad y Camerún).

1. Datos ACNUR, http://www.unhcr.org/figures-at-a-glance.html

La guerra en Siria continúa agravando la crisis humanitaria que vive la población civil. En palabras de la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados se trata de la peor crisis a la que se han enfrentado en los últimos 25 años. Desde el inicio del conflicto han fallecido 250.000 personas, más de un millón han resultado heridas, 6,5 millones han tenido que huir de sus hogares convirtiéndose en personas desplazadas internas y 13,5 millones necesitan ayuda humanitaria dentro de Siria. Mientras que otros 4,6 millones de personas han tenido que abandonar su país, refugiándose en países fronterizos como Jordania y Líbano o terceros países como Turquía, el país que más refugiados sirios acoge 2,3 millones de personas refugiadas.

En 2015 Irak experimentó una nueva crisis humanitaria en un tiempo récord, aumentando en un millón el número de personas desplazadas en el país. El año finalizó con 3,2 millones de personas desplazadas. Cifra a la que hay que sumar los 10 millones de personas que necesitaban ayuda humanitaria.

Yemen y Sudán del Sur también experimentaron un recrudecimiento del conflicto y la violencia. En Yemen el conflicto provocó 2,5 millones de personas desplazadas internas y en Sudán del Sur llevó a un tercio de la población, unos 3,9 millones de personas, a una situación de inseguridad alimentaria severa.

Este aumento en el número de personas que requieren ayuda convive con una reducción del espacio humanitario y el acceso a las poblaciones afectadas, con ataques indiscriminados a personal humanitario, a hospitales, aeropuertos y un incumplimiento deliberado y sistemático del derecho humanitario internacional. Actos violentos, inseguridad, amenazas, acosos y obstrucción deliberada a las organizaciones humanitarias dificultan cada vez más la ayuda humanitaria.

Ante la gravedad de la situación, el Consejo de Seguridad de NNUU ha aprobado por unanimidad una resolución[2] en la que exige a todos los combatientes que respeten las normas internacionales que protegen a los servicios sanitarios en las guerras, y recuerda a los Gobiernos su responsabilidad para hacer que estas normas se cumplan. No obstante, como ya ha sucedido con resoluciones anteriores, ante la falta de una voluntad política clara seguirán produciéndose ataques contra servicios sanitarios y la resolución se quedará en papel mojado. Por esta razón, seguimos denunciando la falta de protección.

También hubo un incremento de los fondos asignados a personas afectadas por fenómenos meteorológicos, que se debió sobre todo a la respuesta al fenómeno de El Niño en diferentes regiones del mundo, que afectó a 60 millones de personas y al terremoto de Nepal, que afectó a 5,4 millones de personas.

2. Consejo de Seguridad de NNUU, Resolution 2286 (2016).

Durante 2015 se registraron 346 desastres de diferentes magnitudes que afectaron a 98,6 millones de personas, provocando pérdidas económicas estimadas en 66.500 millones de dólares y causando la muerte de 22.773 personas (según datos del Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes[3] (EM-DAT).

Somalia, Etiopía, Centroamérica y la región de África del sur sufrieron fuertes sequías provocadas por El Niño, cuyo impacto está siendo devastador en África. Etiopía sufre la peor sequía de las últimas tres décadas, empujado a 10 millones de personas a una grave inseguridad alimentaria, al aumento de las enfermedades etc. En Somalia, la crisis alimentaria provocada por la sequía se ha visto agravada por la situación de violencia, inseguridad y conflicto en la que se encuentra sumido el país desde hace décadas. En Centroamérica, la sequía ha afectado a 3,2 millones de personas en Guatemala, Honduras y El Salvador, de ellas 2 millones requieren ayuda alimentaria.

En cuanto al Sudeste asiático, sigue siendo la región más vulnerable a desastres de origen natural, concentrando el 71,8% de la mortalidad por fenómenos naturales. Aunque la opinión pública tiende a quedarse con la imagen del gran desastre porque tiene mayor impacto mediático, la realidad y los datos demuestran que en general los desastres pequeños tienden a concentrar al mayor número de personas afectadas.

Durante 2015 ha continuado, también, la respuesta humanitaria al ébola, poniendo de manifiesto que, cuando se vislumbra una pandemia que puede trascender las fronteras, la comunidad internacional moviliza todos los medios a su alcance. Sin embargo, una vez declarado el fin de la epidemia los recursos para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la construcción de resiliencia comprometidos durante las crisis desaparecen.

2015 será recordado también por la llegada de más de un millón de personas refugiadas y migrantes a Europa y por las más de 3.000 personas fallecidas intentando cruzar el Mediterráneo. Establecer vías legales y seguras para que las personas migrantes lleguen a países sin poner en riesgo sus vidas, sigue siendo una de nuestras reivindicaciones, así como de otros muchos actores humanitarios. Cerrar las fronteras a la guerra, el hambre y la pobreza extrema se demuestra como inútil y aumenta considerablemente la vulnerabilidad de las personas que huyen.

Por otro lado, para los actores humanitarios, responder a esta crisis sigue siendo un desafío. La realidad ha puesto de manifiesto la importancia de flexibilizar, adaptar y contextualizar la respuesta de continuo, buscar soluciones innovadoras que se adecuen a las necesidades crecientes, así como la necesidad de insistir en la protección y defensa de los derechos de las personas migrantes.

3. CRED, www.emdat.be

2. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

La respuesta internacional a las diferentes crisis humanitarias alcanzó en 2015 los 20.276 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 algunas ONG como Médicos sin Fronteras y parte de la financiación de la CICR y algunos donantes.

Aunque se trata del tercer año en el que se produce un aumento de los fondos destinados a la ayuda humanitaria y que se ha alcanzado una cifra record, los fondos siguen siendo insuficientes para cubrir las necesidades humanitarias de la población afectada en el mundo.

Naciones Unidas, la principal coordinadora de la ayuda humanitaria logró cubrir algo más de la mitad de los llamamientos que realizó. La mayoría de estos fondos se canalizaron a través de las agencias humanitarias de NNUU y Organismos Internacionales, seguidas por las ONG, el sistema de la Cruz Roja y Media Luna Roja-CICR y por último el sector público. Se mantiene de esta forma el reparto en la gestión de la ayuda humanitaria global.

TABLA 4.1. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL EN 2015

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Agencias de NNUU	10.961,77
ONG	4.103,11
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	2.201,55
Sector público	1.012,48
Organismos internacionales (BM, IOM)	489,7
Otros	34,18

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

UNOCHA[4] identificó en 2015 unos 86,6 millones de personas con necesidades humanitarias en 37 países, pero los fondos recaudados a finales de año a través del sistema de NNUU alcanzaron para cubrir solo el 55% de las necesidades humanitarias evaluadas. Es decir, solo se asistió a 47,6 millones de personas. Esto supone un retroceso con respecto a años anteriores a pesar del mayor esfuerzo de los donantes.

La realidad es que a lo largo de la última década, no ha dejado de crecer la brecha entre llamamientos para financiar la ayuda humanitaria y su financiación final.

4. Oficina de coordinación de la Ayuda Humanitaria de NNUU

Ante esta realidad, el Secretario General de Naciones Unidas ha instado nuevamente a los donantes para reducir la brecha entre los llamamientos que se realizan desde NN.UU y las aportaciones de los donantes, de manera que se cubra al menos el 75% las necesidades de financiación, frente al 55% actual[5].

Este desequilibrio es especialmente grave en las crisis crónicas que en su mayoría siguen estando infra financiadas. Las decisiones de financiación de los donantes siguen estando en función de otros criterios y no estrictamente en función de las necesidades propias de las crisis. Así, mientras las crisis humanitarias de Irak y Afganistán recibieron más del 70% de los fondos solicitados, Gambia sólo recibió el 5% y Malí el 15% de lo solicitado.

I CUMBRE MUNDIAL HUMANITARIA

La I Cumbre Mundial Humanitaria celebrada en Estambul el 23 y 24 de mayo de 2016, ha marcado un hito importante para el entorno humanitario, tanto por el nivel de participación, alrededor de 9.000 participantes de 173 países, como por algunos de los acuerdos conseguidos. La participación de líderes políticos, clave en una cumbre de estas características, se ha elevado a 55 jefes de Estado, aunque sólo una del G7, Angela Merkel. A pesar de la ausencia de otros líderes cruciales en este sector, no cabe duda que ha sido una oportunidad única para trazar el camino hacia un sistema humanitario más efectivo y para mejorar las respuestas antes las crisis mundiales.

Para la sociedad civil[6], la Cumbre ha permitido algunos avances importantes, entre los que destaca el impulso dado a algunos temas de la agenda internacional, especialmente a aquellos relacionados con crisis complejas y prolongadas, educación y discapacidad. El otro gran avance de esta cumbre ha sido el pacto "*Grand Bargain*" para mejorar la eficiencia y eficacia de la acción humanitaria que sienta las bases para la reforma del sistema de financiación de la acción humanitaria. Este pacto, firmado por una treintena de donantes y agencias humanitarias[7], propone asignar al menos el 25% de financiación directa a actores locales y nacionales antes del 2020 (actualmente el porcentaje no supera el 2% de la ayuda humanitaria). Para que el pacto sea una realidad, habrá que acordar un cronograma con metas concretas para que no se quede en papel mojado.

A pesar de estos acuerdos concretos, que son un paso positivo hacia una agenda humanitaria renovada y consensuada, la falta de compromiso político, económico y de avance en otros temas genera serias dudas sobre el futuro del acuerdo. Como ha sucedido en otras ocasiones, no se ha conseguido que éste sea vinculante, lo que sin duda dificultará su implementación. La ausencia de donantes emergentes como China o Arabia Saudí, que tienen

5. Una humanidad: nuestra responsabilidad compartida. Informe del Secretario General para la Cumbre Humanitaria Mundial, feb. 2016
6. "World Humanitarian Summit: outcomes and next steps for the EU", VOICE (red de 85 ONGs Europeas activas en el sector humanitario)
7. Listado de donantes y agencias humanitarias que han firmado el Grand Bargain: Australia, Bélgica, Bulgaria, Canadá, Republica Checa, Dinamarca, Comisión Europea, Alemania, Italia, Japón, Luxemburgo, Holanda, Noruega, Polonia, Suecia, Suiza, Reino Unido, Estados Unidos, FAO, InterAction, CICR, ICVA, IFRC, OIM, SCHR,UNICEF, UNDP, ONU Mujeres, ACNUR, UNFPA, OCHA, UNRWA, Banco Mundial y PMA.

cada vez un papel más importante en las crisis humanitarias, es una oportunidad perdida para integrarlos de forma clara en el sistema internacional de acción humanitaria.

Por último, algunas temáticas clave para avanzar la agenda de la acción humanitaria como la reforma de Naciones Unidas, los principios humanitarios, la migración y el liderazgo político han sido ignoradas o abordadas de forma muy superficial.

3. LA AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NNUU

El sistema humanitario de NNUU, a través de UNOCHA, su oficina de coordinación, coordina los fondos de ayuda humanitaria a través de los Fondos Coordinados, que sirven para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta (SRP en sus siglas en ingles), y los Fondos Comunes, que gestiona directamente UNOCHA.

Las agencias de cooperación de los países donantes aportan la mayor parte de la financiación de los llamamientos globales de NNUU, aunque en menor medida, también contribuyen empresas, fundaciones, asociaciones solidarias y personas a nivel individual.

TABLA 4.2. AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS. AÑO 2015

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	Porcentaje del total
Planes Estratégicos de Respuesta	10.687	91%
Fondos Comunes	1.043	9%
Total	**11.730**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

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

En 2015, UNOCHA realizó un llamamiento para los Fondos Coordinados que ascendió a 19.334 millones de dólares. Esta fue la cantidad estimada por las agencias humanitarias de NNUU para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta y poder cubrir así las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por las diferentes crisis. Del total de fondos requeridos, tan solo se cubrió el 55%, 10.687 millones de dólares, una cifra algo inferior a la de 2014, lo que ha supuesto que la brecha entre los fondos aportados y las necesidades a cubrir se amplíe hasta los 8.646 millones de dólares.

Los Planes Estratégicos de Respuesta para atender las necesidades básicas de la población de países afectados por crisis humanitarias, se concentraron en 2015 en las grandes crisis como Sudán del Sur, Siria, Yemen, Irak y Sudán. Siria recibió casi un tercio del total de los fondos, mientras que las cinco grandes crisis acapararon la mitad de los fondos captados.

De nuevo, el mayor porcentaje de los fondos se destinaron para financiar la ayuda humanitaria a crisis relacionadas con conflictos armados.

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

País receptor de SRP	Total en millones de dólares
Plan de ayuda a los refugiados de Siria	2.769
Siria	1.238
Sudán del Sur	1.078
Yemen	887
Sudán	589
Irak	523
RDC	439
Palestina	400
Somalia	378
RCA	325

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

De forma complementaria al llamamiento global para los Fondos Coordinados de NNUU, UNOCHA coordinó también los Fondos Comunes. Estos fondos se nutren fundamentalmente de las aportaciones de los Estados, y en menor medida del resto de donantes privados que contribuyen a una caja común para financiar actividades que gestiona directamente UNOCHA. A través de esta vía multilateral, se gestionaron en 2015 algo más de 1.000 millones de dólares, que sirvieron para dar respuesta a necesidades no cubiertas.

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

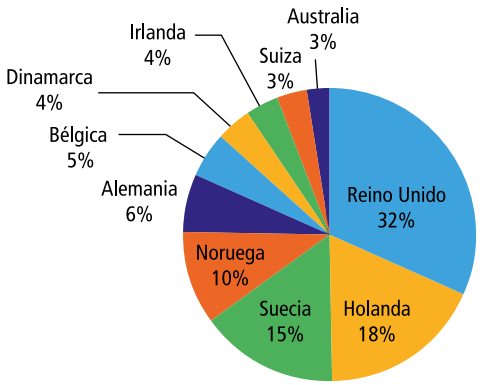
Ayuda humanitaria	2008	2009	2010	2011	2012	20013	2014	2015
Fondo Central de respuesta a emergencias - CERF	425	397	415	467	477	491	471	478
Fondos comunes a nivel país - CHF	297	243	266	362	368	268	398	319
Fondos de respuesta de emergencias - ERF	132	93	172	71	74	106	201	245
Total fondos comunes de NNUU	854	731	854	900	920	865	1.070	1.042

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

Estos fondos Comunes se articulan en 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).

Los mayores contribuyentes a estos fondos fueron, una vez más, países de la Unión Europea, con el Reino Unido y los países escandinavos a la cabeza, que mantuvieron el nivel previo de aportaciones a los fondos.

GRÁFICO 4.1. PRINCIPALES DONANTES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES)

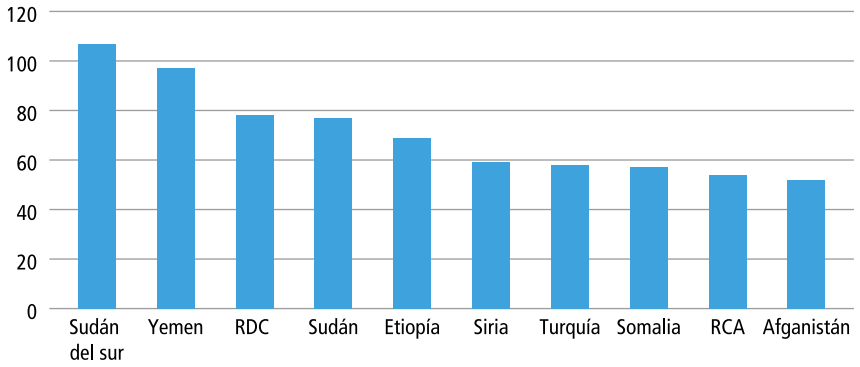


Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

UNOCHA se encargó de asignar estos fondos a las agencias humanitarias de NNUU. De los 1.043 millones ejecutados, se canalizaron 704 a través del PAM, UNICEF, ACNUR, OMS, OIM y otras agencias. Los 339 millones restantes fueron canalizados a través de ONG.

Estos fondos sirvieron para financiar crisis humanitarias originadas fundamentalmente por conflictos bélicos entre los que destacan Sudán del Sur, Yemen y RDC, concentrando el 27% del total de los Fondos comunes.

GRÁFICO 4.2. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES).



Fuente: Elaboración propia a partir del Financial Tracking Service de NNUU

En cuanto a la distribución sectorial de los fondos, se sigue priorizando la salud, el agua y saneamiento y la alimentación. Tal y como sucedió en 2014, aumentan los fondos destinados a proyectos y actividades en los que están implicados varios sectores, aumento que se explica por el incremento de la partida destinada a la atención de personas refugiadas.

El resto de sectores recibieron unas aportaciones menores, como los Servicios de Coordinación y la provisión de cobijo. Las acciones de protección de la población civil continúan recibiendo una menor financiación, aunque en estas zonas en conflicto se considera un aspecto de vital importancia.

4. LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

En 2015, ECHO concentró su financiación en África y en Oriente Medio. En África, se centró en Sudán del Sur, Sudán, la República Centro Africana, Chad, Malí, la RDC, la región del Sahel, la región del Cuerno de África y los tres países de África occidental más afectados por la epidemia del ébola.

La Unión Europea continúa siendo el mayor financiador de Ayuda Humanitaria a nivel internacional. En 2015, los fondos proporcionados conjuntamente por los países Europeos y la Comisión Europea ascendieron a 7.384 millones de dólares. De ellos, la Comisión contribuyó con un presupuesto inicial de Fondos comunes de 1.816 millones de euros; el resto fueron aportaciones individuales de los Estados. Tal y como viene sucediendo en los últimos años, destacan las aportaciones de Reino Unido, Alemania, Suecia, Holanda y Noruega, los mayores donantes de ayuda humanitaria.

La ayuda humanitaria proporcionada se destina a apoyar a las poblaciones afectadas por nuevas crisis, crisis recurrentes o prolongadas en el tiempo. Así mismo, centra sus esfuerzos en fomentar la resiliencia de las personas, para recuperar la capacidad de sobreponerse a los efectos causados por las crisis en la comunidad.

TABLA 4.5. APORTACIONES DE LOS ESTADOS DE LA UE DURANTE 2015

País	Monto en millones de dólares
Reino Unido	1.619,60
Alemania	1.158,61
Suecia	626,62
Holanda	550,91
Noruega	540,45
Dinamarca	355,44
Bélgica	186,19
Francia	175,72
Finlandia	131,21
Irlanda	113,94
Italia	109,49

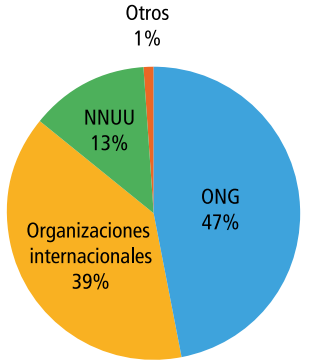
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FTS de NNUU

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. 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.

4.1. Canalización de la ayuda de la UE

En 2015 ECHO firmó 781 contratos por un valor de 1.295 millones de euros para implementar proyectos de acción humanitaria.

GRÁFICO 4.3. CANALIZACIÓN DE LOS FONDOS DE ECHO A TRAVÉS DE ORGANIZACIONES HUMANITARIAS EN 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

Casi la mitad de los fondos fueron ejecutados a través de 114 ONG, en su mayoría europeas con implantación internacional. Un 39% de la ayuda se canalizó a través de 13 agencias de Naciones Unidas, entre las que destacaron PMA, ACNUR, UNICEF, UNRWA y OMS. Y un 13% fue distribuida vía organizaciones internacionales como el CICR[8] y FICMLR[9].

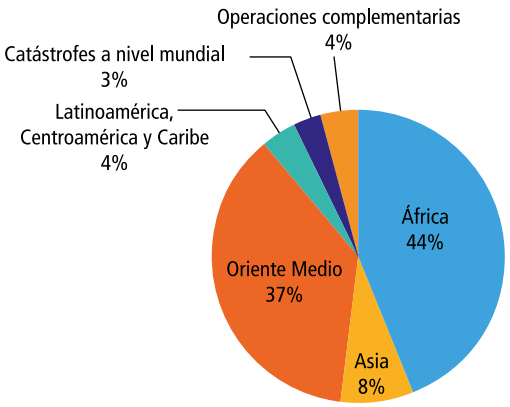
4.1.1. DESTINO GEOGRÁFICO DE LOS FONDOS GESTIONADOS POR ECHO

Por regiones, el 44% 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 Niño. Oriente Medio recibió el 37% de los fondos para responder a las necesidades básicas de millones de personas afectadas por los conflictos sirio e iraquí, que han derivado en dos de las mayores crisis humanitarias contemporáneas. Asia, afectada por catástrofes naturales como el terremoto

8. Comité Internacional de la Cruz Roja
9. Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja

de Nepal, recibió el 8% de los fondos, mientras que la región de Latinoamérica y el Caribe, también afectada por catástrofes naturales, recibieron el 4% de los fondos.

GRÁFICO 4.4. DESTINO GEOGRÁFICO DE LOS FONDOS COMUNES DE LA UE PARA AYUDA HUMANITARIA EN 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO

4.1.2. 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.

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.

5. LA ACCIÓN HUMANITARIA ESPAÑOLA

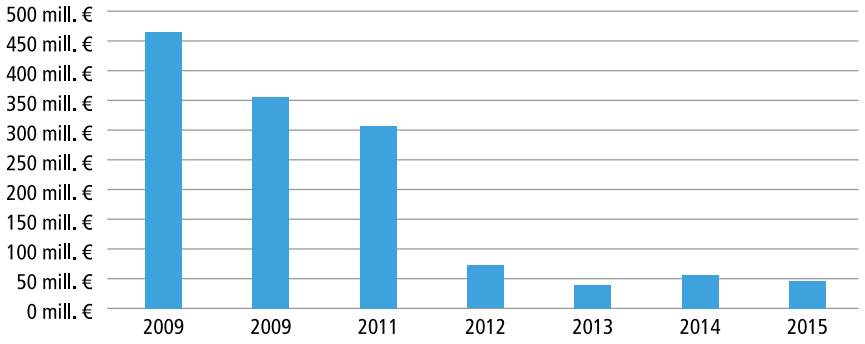
Tras el espejismo vivido en 2014 con el ligero aumento de la AOD destinada a la acción humanitaria, ésta se ha reducido en 2015 un 16,69%, pasando de 55,87 millones de euros en 2014 a 46,57 millones en 2015. Aunque es algo superior a la AOD destinada en 2013, año en el que la acción humanitaria tocó fondo, ésta sigue muy alejada de los niveles de 2010 y 2011, años en los que se situó por encima de los 300 millones de euros.

El informe de evaluación entre pares[10] del CAD de 2015, recuerda al Gobierno que el presupuesto es "innecesariamente" bajo, especialmente cuando, como muestra el Eurobarómetro sobre ayuda humanitaria de 2015[11], existe un fuerte apoyo público de la acción humanitaria por lo que España puede asignar mayores recursos al sector clave de la ayuda humanitaria.

Es difícil de entender que la acción humanitaria española haya descendido en un año en el que aumentaron las necesidades humanitarias, por el recrudecimiento de algunos conflictos y por el incremento del número de catástrofes naturales, y en el que se quedaron sin cubrir el 45% de los llamamientos de Naciones Unidas.

Como muestra el gráfico 4.6, la Cooperación española afianza su posición como donante marginal en el campo de la acción humanitaria donde se sitúa a la cola de los donantes.

GRÁFICO 4.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A LA ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

En 2015 la acción humanitaria representó el 4% de la Cooperación española, lo que la confirma como un sector residual. Se mantiene lejos de la recomendación del CAD y de los compromisos internos de destinar al menos el 7% del total de la AOD a acción humanitaria.

10. DAC, Review of the Development cooperation Policies and Programmes of Spain. The DAC's Main Findings and Recommendations. Enero 2016
11. Comisión Europea, Eurobarómetro sobre Ayuda humanitaria y Protección Civil.

Sorprende que, con estos datos, el Secretario de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica, Jesús Gracia hablara *"del firme compromiso de España en materia humanitaria""*[12] durante la I Cumbre Humanitaria Mundial celebrada en Estambul en mayo de 2016.

Mensaje que sostuvo también el entonces Ministro de Asuntos Exteriores, José Margallo, en su discurso durante la Cumbre afirmó que *"España se compromete a incrementar la financiación en los próximos años y contribuir así a la reducción de la brecha entre ingresos y gastos del sistema humanitario"*.[13]

5.1. La canalización de los fondos

En 2015 se confirma la desaparición de la canalización de fondos a través de la vía multilateral, cuyo desplome empezó en 2012, cuando pasó de representar casi el 50% de la AOD en acción humanitaria a apenas el 3%.

TABLA 4.6. DESGLOSE DE LA AOD DESTINADA A AH POR VÍA DE FINANCIACIÓN

	2014	2015	Variación 2014/2015
Bilateral	24.030.019 €	20.457.812 €	- 3.572.207 €
Multibilateral	31.849.184 €	26.122.028 €	- 5.727.156 €
Multilateral			
TOTAL	**55.879.203 €**	**46.579.840 €**	**- 9.299.363 €**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Se desglosa la vía bilateral en bilateral pura y multibilateral. En este segundo caso, aunque las partidas se asignan a agencias de Naciones Unidas u organismos internacionales, es el donante quien decide a qué agencia, país y programa destina los fondos.

Hay que recordar que durante la Cumbre Mundial Humanitaria se ha pedido de forma insistente que se reduzca esta vía de financiación a favor de la multilateral.

5.1.1. LA AYUDA HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos canalizados a través de la vía bilateral ascendieron a algo más de 20 millones de euros, lo que supone un 44% de la AOD para acción humanitaria, aunque porcentualmente es prácticamente igual a 2014. En términos absolutos se ha producido un descenso de 3,57 millones de euros.

12. http://www.aecid.es/ES/Paginas/Sala%20de%20Prensa/Noticias/2016/2016_03/08-oah.aspx
13. http://www.aecid.es/Centro-Documentacion/Documentos/Prensa/DOSSIER%20DE%20PRENSA_%20cumbre%20humanitaria.pdf

TABLA 4.7. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2014	2015
Entidades públicas del país donante	389.063 €	548.287 €
Entidades públicas del país socio	911.150 €	406.000 €
ONGD Internacionales	1.722.800 €	923.848 €
ONGD del país donante	20.610.377 €	17.897.501 €
ONGD del país socio	250.000 €	550.000 €
Otras ENL del país donante	1.500 €	74.005 €
Otras ENL del país socio		
Universidades públicas del país donante	38.471 €	8.172 €
Partenariados Público-privados		
Redes		50.000 €
Otras entidades	46.738 €	
Entidades con ánimo de lucro en el país socio		
Entidades con ánimo de lucro en el país donante	59.920 €	
Total	**24.030.019 €**	**20.457.812 €**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

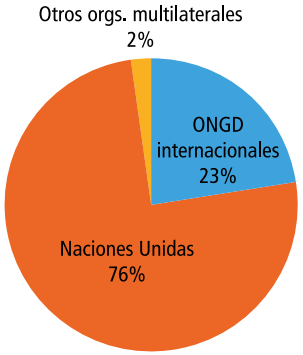
Las ONGD siguen siendo las principales entidades canalizadoras de la ayuda humanitaria bilateral, gestionando casi el 95% de los fondos. De éstas, las españolas gestionan el 87%, lo que supone un ligero incremento con relación a 2014. Se valora positivamente el aumento en la canalización de fondos a través de las ONGD locales, que se duplicaron en 2015, alcanzando algo más de 500.000 euros. Esperamos que esta tendencia se consolide en los próximos años. Se daría respuesta así al compromiso adquirido por todos los países, incluido España, durante la Cumbre Mundial Humanitaria de destinar al menos el 25% de la financiación a actores locales y nacionales para 2020, compromiso que ha recogido la cooperación española.

Por otra parte, sorprende el fuerte descenso de los fondos destinados a entidades públicas del país receptor, es decir a uno de los principales actores nacionales, que han pasado del 3,7% al 1,9% cuando se trata de un actor clave para una rápida respuesta a una crisis humanitaria.

La ayuda multibilateral se consolida como la principal vía de canalización de la AH. Aunque se mantiene en torno al 56% del total de la ayuda oficial, en términos brutos se ha reducido en algo más de 5 millones de euros, pasando de casi 32 millones de euros en 2014 a unos 26 millones en 2015.

La ayuda multibilateral va dirigida a determinadas crisis humanitarias, en gran parte a través de OMUDES[14].

GRÁFICO 4.6. AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA AH EN 2015 POR VÍA DE CANALIZACIÓN



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Naciones Unidas sigue siendo el principal receptor de fondos, la mayor partida se destinó al ACNUR que recibió 8,45 millones de dólares, seguido por el PMA con 6,8 millones y UNICEF con 2,7. UNOCHA recibió una aportación de 549.451 dólares para las tareas de coordinación de la ayuda.

De las 43 organizaciones y agencias que recibieron fondos, 29 recibieron menos de un millón de euros, lo que supone un incremento superior al 80% frente a 2014. En aras de una mayor eficacia de la ayuda sería deseable una apuesta seria por concentrar los fondos aumentando la financiación media por acción.

14. Organismos Multilaterales de Desarrollo y AH

Los datos de los que disponemos confirman que la cooperación española abandona la vía multilateral para la financiación de la acción humanitaria, vía especialmente estratégica para la acción humanitaria como le ha recordado el propio CAD en diversas ocasiones.

Esperamos que el compromiso adquirido por la cooperación española durante la I Cumbre Mundial Humanitaria de incrementar la financiación en general y los fondos CERF en particular se concrete en el presupuesto de 2017.

Es importante recordar que los fondos CERF son un canal que permite a UNOCHA responder de manera rápida a las emergencias, hacerlo asignando fondos a agencias y organizaciones implementadoras de la ayuda, con criterios técnicos, de forma coordinada y en función de necesidades.

5.2. Distribución geográfica de la ayuda humanitaria

De nuevo, África y Oriente Medio acaparan algo más del 60% de los fondos, reflejo del elevado número de crisis humanitarias que se viven en estas dos regiones.

TABLA 4.8. AOD ESPAÑOLA DESTINADA A AH POR REGIONES

Región	2015	%
África del Norte	2.600.496 €	5,58%
África Subsahariana	8.323.163 €	17,87%
África, no especificado	131.150 €	0,28%
América Central y Caribe	3.120.461 €	6,70%
América del Sur	1.516.207 €	3,26%
Asia del Sur	1.084.899 €	2,33%
Asia Oriental	2.884.000 €	6,19%
Europa	260.500 €	0,56%
Oceanía	50.000 €	0,11%
Oriente Medio	17.908.083 €	38,45%
PVD no especificado	8.700.883 €	18,68%
TOTAL	**46.579.840 €**	**100%**

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

El continente africano recibió el 23,73% de los fondos, que sirvieron para financiar las principales crisis humanitarias a las que se enfrenta, entre las que destacan la crisis del Sahel, Sudán del Sur, el conflicto de la República Centroafricana y la epidemia del ébola en los países de África occidental como Sierra Leona o Guinea.

En 2015 aumentó el apoyo a la población Saharaui refugiada en Argelia, en respuesta a las inundaciones sufridas en octubre de ese año que dejaron miles de personas sin hogar.

Oriente Medio recibió el 38,45% de la ayuda humanitaria oficial española. La guerra civil en Siria fue su principal destino, seguido de Líbano y Jordania, los dos principales países receptores de personas refugiadas: 13,5 millones de personas afectadas por este conflicto requieren ayuda y protección dentro y fuera de Siria. También se contribuyó a financiar la ayuda humanitaria a 3,2 millones de personas desplazadas por el conflicto en Irak, un millón más que en 2014.

Dentro del Sureste asiático, Filipinas y Nepal fueron los principales destinos de la ayuda española. Filipinas para paliar las consecuencias del tifón Haiyan y Nepal en respuesta al terremoto que asoló el país en 2015.

Latinoamérica recibió casi el 10% de los fondos, dos tercios de esta ayuda se dirigieron a Centroamérica y Caribe, con Haití como principal receptor. El otro tercio a Sudamérica con Colombia y Perú como principales receptores, el primero para la ayuda a personas desplazadas y el segundo para ayuda humanitaria y prevención de desastres naturales.

TABLA 4.9. LOS PRINCIPALES RECEPTORES DE AH ESPAÑOLA EN 2015

PAÍSES	2015
Siria	5.683.100 €
Líbano	4.873.209 €
Filipinas	2.884.000 €
Población saharaui	2.503.496 €
Territorios Palestinos	2.089.117 €
Irak	2.062.810 €
Rep. Centroafricana	1.100.000 €
Nepal	1.084.899 €
Níger	1.050.000 €
Sierra Leona	1.021.672 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

La distribución de la ayuda por regiones y países resulta, globalmente, coherente con las necesidades humanitarias generadas por las emergencias sobrevenidas, cubriendo las crisis humanitarias por conflictos bélicos y desastres naturales.

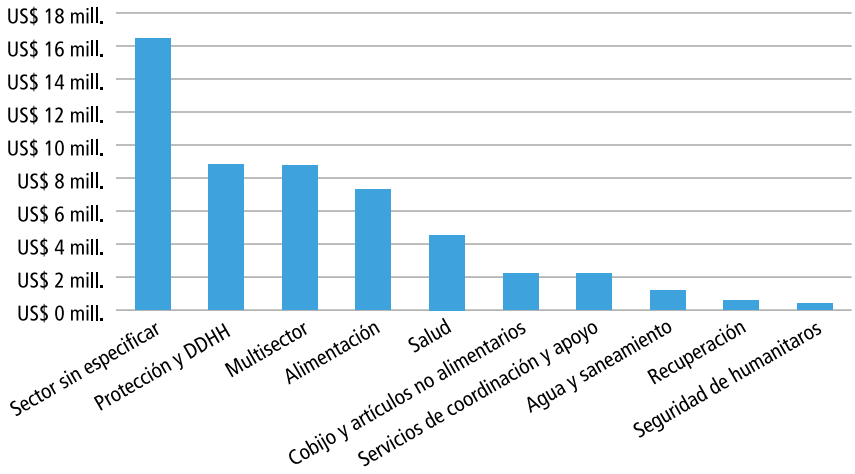
5.3. La ayuda humanitaria por sectores

Analizando la distribución sectorial de la ayuda, se aprecia que los sectores priorizados han sido protección y proyectos, así como actividades en los que están implicados varios sectores (también llamado multisector) que recibieron casi un tercio de los fondos, dos partidas clave en el contexto de la crisis de personas refugiadas que se está viviendo tanto en Oriente Medio como en África central. La seguridad alimentaria y la nutrición recibieron el 13% de la financiación, para dar respuesta a las necesidades alimentarias de la región del Sahel.

La salud, que es también un sector clave en cualquier respuesta humanitaria, sufrió un importante descenso. En 2015 ha supuesto el 8,6%, mientras que en 2014 llegó a suponer casi un tercio del total de la ayuda debido a la epidemia del ébola.

Con los datos que disponemos es difícil asignar sectorialmente una parte de la ayuda si bien es de esperar que, una vez se especifique, no cambie sustancialmente la distribución sectorial actual.

GRÁFICO 4.7. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES EN 2015



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

Por último, se asignó el 4% a tareas de coordinación de la acción humanitaria, tarea que recae en el ámbito internacional en UNOCHA.

El análisis de la financiación a partir de los sectores CRS del CAD muestra que el 69% de la ayuda se destinó a intervenciones de emergencia. Supone una partida similar a años previos. La gran mayoría de estos fondos sirvió para financiar bienes y servicios necesarios durante las emergencias humanitarias, y un 14% para cubrir las necesidades alimentarias de las poblaciones afectadas por crisis.

Sigue preocupando la escasa partida, en torno al 5%, destinada a la reconstrucción y rehabilitación, lo que contradice el compromiso manifestado en reiteradas ocasiones por la cooperación española de vincular la ayuda de emergencia con el desarrollo, compromiso renovado durante la I Cumbre Mundial Humanitaria.

Por último, la partida destinada a la prevención del riesgo de desastres se ha mantenido en el 10%, porcentaje en consonancia con las recomendaciones pactadas en los acuerdos de la conferencia de Hyogo.

5.4. La ayuda humanitaria por agentes

El principal agente estatal en aportar fondos para la Acción Humanitaria fue el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación con el 99,7% de los fondos destinados a la acción humanitaria. El 0,3% 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.

6. LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

Los fondos destinados para acción humanitaria por la cooperación descentralizada[15] aumentaron un 10% en 2015, alcanzando los 10.718 millones de euros. No obstante, teniendo en cuenta que los datos de Cataluña no están desagregados y que tradicionalmente asigna fondos a acción humanitaria, es probable que esta cifra sea algo superior.

En el análisis de la ayuda descentralizada, las comunidades autónomas aportaron casi 10 millones de euros, un millón más que en 2014. Por el contrario, las entidades locales han sufrido un fuerte descenso, pasando de algo más de dos millones de euros a apenas 770.000 euros. En cuanto a las universidades, su aportación sigue siendo testimonial con apenas 8.000 euros de aportación.

15. El cómputo de estos fondos no incluye la cooperación catalana, que por problemas de recursos humanos sólo ha enviado la AOD total, sin desagregar por lo que no disponemos de los datos sobre la acción humanitaria.

TABLA 4.10. AYUDA HUMANITARIA POR CCAA

CCAA	2015	%
Andalucía	2.580.487 €	25,97%
Aragón	201.500 €	2,03%
Asturias	295.000 €	2,97%
Baleares	319.808 €	3,22%
Cantabria		
Canarias	60.000 €	0,60%
Cataluña[16]		
País Vasco	2.935.694 €	29,54%
Castilla-La Mancha	168.534 €	1,70%
Castilla y León	175.000 €	1,76%
Extremadura	1.628.049 €	16,38%
Galicia	380.060 €	3,82%
La Rioja	90.000 €	0,91%
Madrid	67.485 €	0,68%
Melilla		
Murcia		
Navarra	260.000 €	2,62%
Comunidad Valenciana	775.000 €	7,80%
TOTAL	9.936.617 €	100%

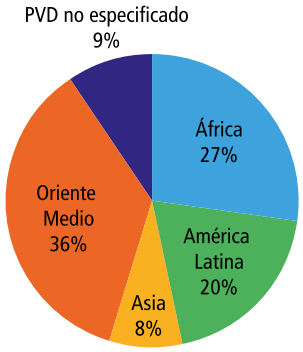
Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Se mantiene el protagonismo de la cooperación andaluza y la cooperación vasca, sumando ambas algo más del 50% del total de las aportaciones descentralizadas. No obstante, se observa un fuerte descenso en la financiación de la cooperación andaluza que pasa de aportar el 45% de los fondos al 25%. Por su parte, la Cooperación Vasca aumentó ligeramente su aportación, siendo la comunidad que más aportó con 2,9 millones de euros. Destaca también Extremadura, cuya aportación de 1,6 millones de euros supuso el 16% del total, un incremento muy importante frente a los

16. Idem

100.000 euros de 2014. La Comunidad Valenciana y Baleares también han aumentado, aunque modestamente, su financiación. El resto se mantiene en los mismos niveles de 2014, incluidas Murcia y Cantabria que siguen sin realizar aportación alguna a la acción humanitaria.

GRÁFICO 4.8. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIONES DE DESTINO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Geográficamente, el 35% de la ayuda descentralizada se destinó a Oriente Medio, más de 3,5 millones de euros, fundamentalmente a la crisis Siria y países limítrofes. El 27% de la ayuda, 2,7 millones de euros, se destinó al continente africano, mientras que a América Latina se destinaron 1,9 millones de euros, el 19% de los fondos. A Asia, sacudida por el terremoto de Nepal, se destinaron 800.000 euros.

TERREMOTO DE NEPAL ¿LECCIÓN APRENDIDA?

El 25 de abril de 2015 un terremoto de magnitud 7.8 sacudió Nepal con epicentro localizado a 77km al Noroeste de Katmandú. Otra réplica de magnitud 7.3 tuvo lugar el 12 de mayo, con epicentro en el sureste de Kodari (distrito de Sindhupalchowk), a 76 km al noreste de Katmandú. Como consecuencia de los terremotos, 8.604 personas murieron y 16.808 resultaron heridas, provocando además cuantiosos daños a la infraestructura vial y de servicios y la destrucción de unas 500.000 casas en 13 distritos del país.

Muchos actores internacionales se movilizaron de inmediato y, en comparación con emergencias anteriores de características similares, se puede afirmar que ha mejorado el nivel de coordinación de la primera respuesta. Como novedad a resaltar el despliegue de nuevos actores de la cooperación a nivel regional, India y China en primer lugar.

No obstante, la experiencia de desastres comparables que vienen sistematizándose a trasvés de evaluaciones que suelen llevarse a cabo a posteriori, generando así las "lecciones aprendidas", han puesto en evidencia errores que se cometen una y otra vez y que también hemos visto en Nepal. Destacamos los siguientes:

- Implementación directa de los actores externos cuando el trabajo con y a través de actores, estructuras y redes nacionales y locales permite optimizar los recursos existentes y adaptar los programas a la realidad local;
- En el caso de seísmos, se ignora la extensa planificación que se ha llevado a cabo con anterioridad (especialmente las iniciativas orientadas a la preparación y a la reducción de riesgos de desastres DRR).
- Las necesidades de la población vulnerable cambian rápidamente (sobre todo desde la fase aguda a la fase de recuperación) y requieren de una evaluación continua y de respuestas adaptables y flexibles que no siempre se dan. Así, en Nepal a raíz del terremoto se produjo casi de inmediato un flujo de cerca de 100.000 personas que huyó de Katmandú en dirección a las áreas rurales de origen. Eso ha representado un desafío en el momento en que la información no ha estado disponible en tiempo real y por lo tanto no se han podido adaptar de forma pertinente las respuestas necesarias.
- Existe una cierta resistencia por parte de los diferentes actores a realizar evaluaciones conjuntas, multi-sectoriales, mediante el uso de herramientas que utilizan enfoques de evaluación estandarizados y acordados (como por ejemplo MIRA, Evaluación Multisectorial Inicial Rápida) y que permiten evitar solapamientos entre diferentes evaluaciones.

No debemos olvidar que todos los actores, donantes, instituciones y agentes de cooperación, tienen la responsabilidad a nivel organizacional de incorporar y aplicar los aprendizajes que recogen los informes de evaluación.

ATENCIÓN DE SALUD A PERSONAS MIGRANTES Y EN BUSCA DE ASILO EN EUROPA

El flujo de personas migrantes hacia Europa experimentó durante 2015 un incremento sin precedentes en la historia reciente: 1.015.078 personas cruzaron el mar para llegar a las costas del continente. La ruta del Mediterráneo oriental a través de las islas griegas fue la más utilizada, con aproximadamente 855.000 personas, en comparación con la ruta central desde la costa Libia hacia Italia, utilizada por 154.000 personas, mientras que unas 6.000 personas cruzaron el estrecho hacia la península Ibérica.

Dos terceras partes de quienes llegan, huyen de las atrocidades de la guerra que azota sus países de origen. Escapan de Siria, Irak, Afganistán, Eritrea o la RCA, escenarios donde la barbarie y el nulo respeto por los derechos más elementales amenazan día a día la supervivencia de gran parte de su población.

Un largo y agotador viaje, en inseguros y abarrotados vehículos, con pocas horas de descanso en insanos alojamientos, mal alimentados, expuestos a todo tipo de amenazas al cruzar clandestinamente las fronteras. Una peligrosa ruta que realizan durante varias semanas en las que sufren abusos y maltrato, llegando a pagar una media de 5.000 dólares a las bandas criminales que gestionan un lucrativo negocio.

Pero sin duda lo más peligroso de la ruta es atravesar el Mar Mediterráneo, apretados en frágiles embarcaciones a merced de las olas y de las inclemencias del tiempo hasta alcanzar

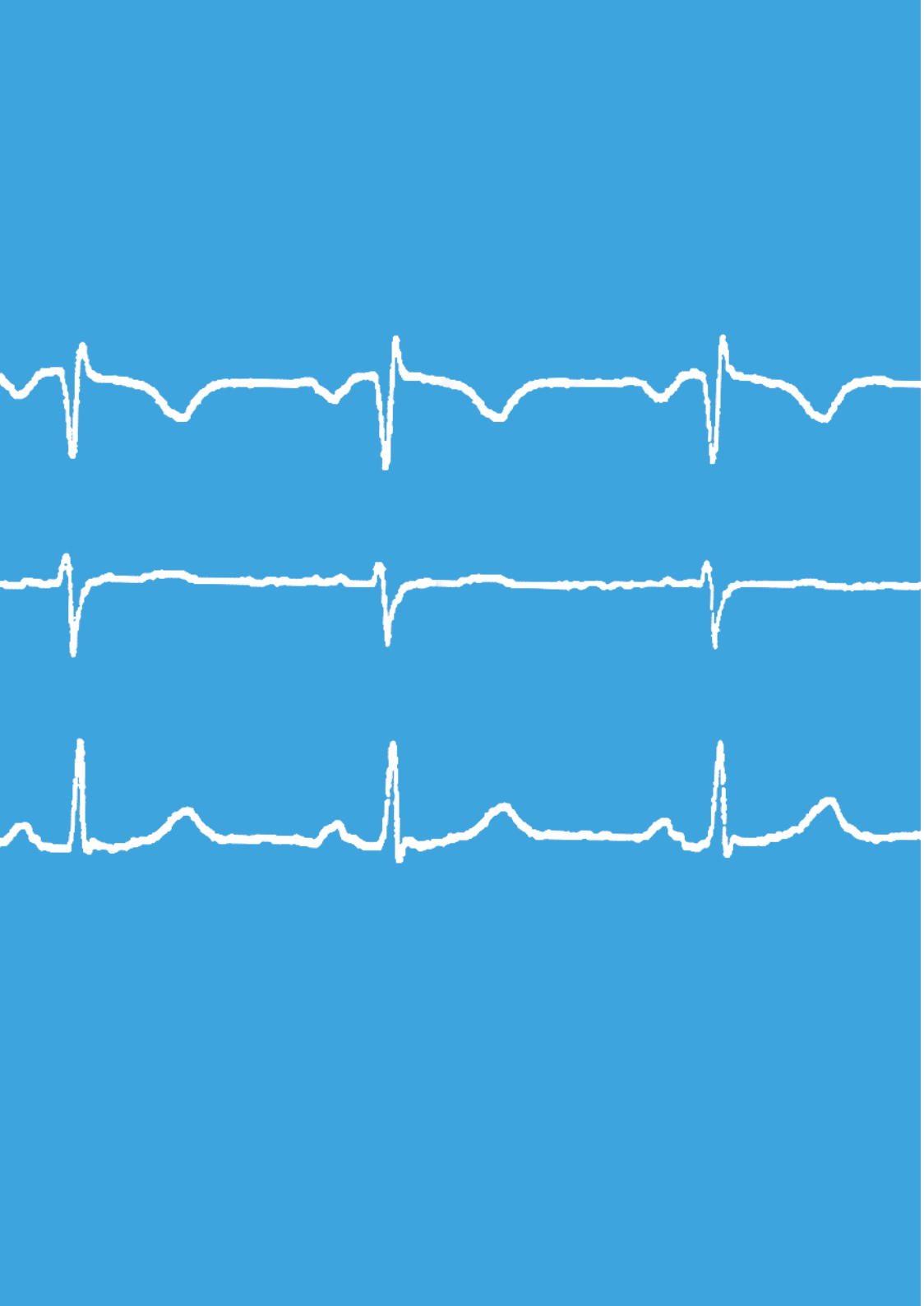
a salvo la costa. No es de extrañar el alto número de naufragios en los que la cifra de personas ahogadas superó las 3.500 personas durante el año.

Un significativo número de organizaciones humanitarias participan en el apoyo a estas personas refugiadas y migrantes en tránsito hacia Centroeuropa. La red internacional de Médicos del Mundo ha desplegado numerosos equipos a lo largo de esta ruta para atender los problemas de salud que aquejan, sobre todo, las personas en situación de vulnerabilidad. Los equipos están distribuidos en los países de entrada, con clínicas en varias ciudades de Grecia, en las islas, en Idomeni en la frontera con Macedonia, o en el sur de Italia. Además hay equipos establecidos a lo largo de la ruta migratoria, tanto en Serbia como en Alemania o en la ciudad de Calais, en la costa norte de Francia. En todos estos puntos, se están llevando a cabo a diario cientos de atenciones médicas por problemas de salud, al tiempo que se proporciona equipamiento para protegerse de las inclemencias del tiempo así como proporcionando información y asesoría sobre sus derechos.

Los datos del Observatorio de Médicos del Mundo destacan 43.152 atenciones realizadas por los equipos a lo largo de la ruta migratoria europea durante 2015. El grueso de personas atendidas consultaban por problemas de salud: enfermedades crónicas; personas discapacitadas; personas con trastornos mentales; personas ancianas; menores y mujeres embarazadas. Las duras condiciones de la exigente ruta migratoria continúan aún produciendo un incremento significativo de la patología que afecta a estos grupos de personas vulnerables en términos de salud.

Durante 2015 se atendieron múltiples casos de enfermedades crónicas cardiovasculares, respiratorias, renales, endocrinas. En menores destacan los procesos infecciosos gastrointestinales y de vías respiratorias como consecuencia de soportar las inclemencias del tiempo sin alojamientos ni protección adecuada. Además son numerosas las mujeres gestantes que llegan sin ningún tipo de control ni seguimiento del embarazo y sin suplemento nutricional en la dieta.

Junto a las enfermedades físicas atendidas, es destacable la demanda por problemas de salud mental. Muchas de estas personas sufrían trauma psicológico tras haber estado expuestas en sus países de origen a la violencia y haber sufrido abusos, tortura o violencia sexual. La mayoría sufrían estrés tras una extenuante huida y haber soportado las duras condiciones de la ruta. Se ha atendido a numerosas personas en estado de ansiedad tras la peligrosa travesía marítima en pequeñas embarcaciones neumáticas. Más critica era la situación de las personas supervivientes de los múltiples naufragios que presentaban síntomas de hipotermia tras haber permanecido varias horas en el agua, algunos en malas condiciones con síntomas de ahogamiento, y la gran mayoría aterrorizadas tras la experiencia vivida en medio de la oscuridad en el mar, separados de sus familiares o compañeros de viaje, y con la angustia de pérdida de vida inminente.



CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

(i). Los resultados globales del trabajo en los ODM de salud nos muestran grandes avances, pero mucho menos de los comprometidos. Un compromiso político no tan intenso como era necesario, una escasa financiación y participación activa de la población, la falta de un consenso sobre los mejores procesos para alcanzar los resultados, y el trabajo individual para cada meta sin tener en cuenta las interrelaciones en un mundo globalizado, han sido las principales causas de no haber conseguido las metas previstas.

Los avances en las metas sobre salud de los ODM han sido muy considerables, pero no han alcanzado los compromisos que la comunidad internacional se propuso. Se ha conseguido reducir la mortalidad por sida, malaria y tuberculosis, pero siguen siendo problemas de salud globales. La tasa de mortalidad materna e infantil ha disminuido aproximadamente a la mitad entre 1990 y 2015, pero se esperaba alcanzar una reducción de ¾ partes de la mortalidad materna y 2/3 partes de la infantil. Casi todas las muertes se producen en entornos de bajos recursos que podrían prevenirse mediante una Atención Primaria de Salud adecuada y un fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Podemos enumerar que los motivos de no alcanzar estos resultados son principalmente:

1. El compromiso político no se ha visto refrendado por un compromiso financiero equiparable. Además, este compromiso político no era vinculante, por lo que nadie, ni los países ni las instituciones internacionales se responsabilizaban de conseguir o no los resultados, y muchas veces no había forma siquiera de poder comparar quien lo hacía bien o mal.
2. Muy poca gente conocía realmente los ODM por lo que asumían un rol de receptores de esas políticas y no impulsores de las mismas. Una de las causas sin duda ha sido la no generación de espacios para un debate participativo sobre las prioridades ni sobre los procesos que debían sustentar los resultados a obtener, y tampoco se permitió una participación real de la población en el seguimiento y

evaluación de esas metas. Así, la sociedad tampoco servía de impulso para que las instituciones políticas asumieran un mayor compromiso.

3. Cada ODM solamente se preocupaba sobre sus propias metas, cuando existía una interrelación entre muchas de ellas. Faltaba una coherencia global sobre lo que se quería conseguir, y por lo tanto existían contradicciones que dificultaban los avances, por ejemplo entre las acciones internacionales y sus consecuencias a nivel local de salud, como puede ser la problemática de las patentes de los medicamentos, que dificulta el acceso a los mismos de muchas personas.
4. Las metas que se querían conseguir eran en general muy claras, pero no se consensuaron los procesos para conseguirlas. La comunidad internacional ha trabajado mucho por iniciativas individuales (estrategia vertical de lucha contra una sola enfermedad o problema de salud) y no fortaleciendo el sistema de salud en su conjunto, que competían por los mismos espacios en vez de buscar sinergias.

Las nuevas estrategias de salud a nivel global deben anteponer el derecho a la salud sobre otros intereses, y es necesario que haya una apuesta decidida por trabajar fortaleciendo la Atención Primaria de Salud y los sistemas públicos de salud, así como tener en cuenta la coherencia de políticas y la multidisciplinariedad de la salud.

(ii) El Objetivo 3 de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenibles, "garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades" es el ODS donde se van a enmarcar las acciones puramente de salud durante los próximos 15 años, recordando que los ODS se deben trabajar en cada uno de los países del planeta, y no solamente en los más empobrecidos.

La OMS define la salud como "el bienestar físico, psíquico y social, no solo ausencia de enfermedad" y marca claramente que la salud no es solamente ausencia de enfermedad. Y es el Objetivo 3 de los ODS en salud el que debería buscar alcanzar ese bienestar global. Es un objetivo muy amplio, e intenta, además de seguir con las problemáticas de salud de los ODM, cubrir los huecos que éstos dejaban para tener una salud global. Pero mezcla asuntos muy diferentes: lucha contra enfermedades (infecciosas y crónicas), estrategias (cobertura sanitaria universal) y normas sanitarias (Control del tabaco) o aspectos relacionados con la gestión del sistema sanitario (personal, financiación,...), que habrá que ver como se coordinan entre ellos.

El mayor reto a nivel mundial que ha fijado la comunidad internacional será conseguir la cobertura sanitaria universal (CSU). Pretende que "todas las personas reciban los servicios esenciales de salud que necesitan de calidad, sin estar expuestos a dificultades financieras", lo que obliga a los países disponer de recursos y políticas adecuadas para alcanzar cada vez una mayor cobertura. Pero no podemos olvidarnos ni de los determinantes de salud, ni de "los efectos en la salud en todas las políticas", elementos que debemos de trabajar para alcanzar unos resultados en salud sostenibles.

Para alcanzar las metas del ODS en salud es necesario que todos los países tengan presentes los siguientes elementos:

1. *Toda actuación en salud debe estar fundamentada en la evidencia y en el derecho al acceso a los servicios de salud, fortaleciendo los sistemas públicos de salud, priorizando las acciones de Atención Primaria y entendiendo la salud como un bien público global*
2. *Las políticas y las evaluaciones deben ir orientadas a la mejora de salud de las poblaciones, no solo a medir la disminución de la enfermedad.*
3. *Son necesarios más recursos en salud, pero la responsabilidad es compartida, no es solamente una misión de la cooperación al desarrollo. En 2014 se destinaron 1.000 millones de dólares a la lucha contra la malaria y 1.200 millones de dólares a otras enfermedades infecciosas, sin incluir el sida, pero no fue suficiente. Los países localmente y la comunidad internacional deben asignar mayores recursos a este sector.*
4. *Es necesaria una coordinación real de todos los actores a todos los niveles para evitar dispersiones o incluso contradicciones que disminuyan la eficacia de la ayuda.*
5. *La población es la responsable de su salud: es necesario establecer mecanismos para que la población asuma decisiones sobre su salud y que pueda participar en la toma de decisiones y seguimiento de los resultados en salud.*
6. *La salud no depende solamente del sistema sanitario: es necesario que la Cobertura Sanitaria Universal se defina mejor y se implemente correctamente, pero no podemos olvidar que debemos analizar los efectos de todas las políticas (internacionales, nacionales y locales) en la salud, y tener presentes los determinantes de salud. El trabajo en salud debería ir estrechamente unido a un programa de protección social.*

(iii). La AOD del conjunto de donantes disminuyó en 2015, en un año afectado por una crisis migratoria sin precedentes en Europa desde la Segunda Guerra Mundial, mientras que la salud rompe también su evolución positiva de los últimos años.

En 2015 la AOD neta del conjunto del CAD ha descendido después de 2 años de crecimiento, alcanzando los 131.586 millones de dólares corrientes, una cifra casi un 13% inferior a la de 2014, y alcanzando el 0,41% de su PIB (España es la 4ª por la cola entre el conjunto de donantes).

Esta caída de las cifras globales de AOD se producen en un año caracterizado por la "crisis de los refugiados" que sufrió Europa, una situación humanitaria crítica —la más importante desde la Segunda Guerra Mundial— que se agudizó en 2015 por el incremento del flujo de refugiados, alcanzando la cifra de un millón de personas buscando asilo durante ese año.

La mayor parte de los costes que se asignan a estos refugiados en el propio territorio europeo pueden registrarse como AOD por los miembros del CAD, y la inclusión de este coste está distorsionando las cifras destinadas a AOD, que se vería aún más reducida si quitáramos estas ayudas, que hubiera debido suponer un aumento exponencial de la solidaridad mundial y no más recortes en la ayuda.

En cuanto a salud, la AOD sanitaria también rompe su evolución positiva desde 2006, disminuyendo más de 1.100 millones de dólares, aunque está bastante bien orientada geográficamente y algo menos sectorialmente, ya que se destina mayoritariamente a la lucha contra enfermedades específicas y no a fortalecer los sistemas de salud.

La UE debe impulsar, tanto de los países miembros como de las propias instituciones europeas, el cumplimiento del 0,7% en AOD genuina (eliminando en su cómputo aquellas acciones que no pueden considerarse AOD) y el establecimiento de los mecanismos necesarios para que los nuevos actores (privados y público privados) que participen en cooperación, trabajen en coherencia con las metas de la Agenda 2030 y el derecho a la salud.

(iv). La AOD española ha sufrido nuevos recortes y se ha situado en el 0,12% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.

La AOD bruta desembolsada en 2015 representa el 0,12 % de la renta nacional bruta, cuando en 2014 alcanzaba el 0,13%, siguiendo la tendencia de descenso continuada y alejándonos cada vez más del 0,7%, ratificado por España en los compromisos de Addis Abeba en 2015, aspecto que también está incluido en los ODS. El mismo CAD aconseja a la cooperación española que incremente sus aportaciones en AOD

Es imperativo que la AOD española tome un nuevo impulso y asuma un plan progresivo para alcanzar el 0,7%. Sería muy positivo tener un compromiso de todas las fuerzas políticas que afirmarán que no van a retroceder en el cumplimiento de este compromiso y se plasme en una Ley lo antes posible.

(v). La AOD para el sector salud sigue estando en cifras muy bajas, y sin embargo, y debido al cobro de préstamos de años anteriores, el saldo en salud en 2015 para la cooperación española sería favorable en 20,4 millones de euros.

Los datos que analizamos aquí tienen una gran diferencia con respecto a otros años, ya que en el volcado de datos que presenta la SGCID con respecto a las partidas de cooperación, no aparecen desagregados por sectores ni las partidas destinadas desde Cataluña ni desde las Entidades Locales (EELL), al no recibir esa desagregación de estos actores. Por lo tanto, hemos hecho algunas estimaciones, asumiendo que estos acores destinaron a AOD en salud, unas cifras similares a 2014, porque entre ambos suponían casi el 18% del total e AOD sanitaria española.

La ejecución real que se ha destinado al sector salud ha sido de 53.043.141 euros, si bien esta esta cifra es 12 millones menor que lo destinado en 2014. Si hacemos el ejercicio de proyectar una estimación de lo que pudiera haber aportado Catalunya y las EELL, parecida a 2014 (11,6 millones entre ambas) y lo sumamos al total, la cifra resultante es muy parecida a la del año anterior. En su conjunto, la salud ha representado el 5% del total de la AOD bruta en 2015, un punto más que en 2014, pero aún muy lejos de la media de los países del CAD. Estas cifras son el 10% (o el 12% si sumamos Cataluña y EELL)) de las cifras destinadas a este sector en 2009.

Es necesario que los actores públicos entiendan que es necesario tener los datos disponibles para poder hacer una mejor rendición de cuentas a la población y tomar decisiones con mayor información. En cuanto a recursos, es necesario incrementar las partidas de cooperación sanitaria, y, dado que ya fueron computados como AOD en salud, los recursos que España ingrese de préstamos anteriores, deberán ser destinados como partidas extraordinarias a este sector.

(vi). La AOD descentralizada incrementa sus cifras de AOD, en lo que esperemos sea un cambio de tendencia de las reducciones de los últimos años. La cooperación descentralizada española es un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan países vecinos, y bien valorada a nivel internacional. En 2015, las CCAA han incrementado un 19% las cifras de AOD de 2014, y las EELL un 26%.

Durante 2015 las CCAA y EELL han destinado 11.958.459 de euros al sector salud (todo proveniente de las CCAA), que si sumamos la estimación de los 11,6 millones de Cataluña (una estimación que alcanzaría los 5.811.058 de euros) y de las EELL, nos daría 23,5 millones de euros, una cifra algo superior a la del 2014, que fue de 22,5 millones.

Es conveniente que la cooperación descentralizada mantenga su tendencia alcista en AOD de 2015 y pueda proporcionar los datos para confirmar el papel que ha estado trabajando durante los últimos años en la cooperación sanitaria. Un papel que debe ir más allá de financiar acciones de salud en sectores y áreas geográficas que quedan fuera de las grandes políticas nacionales e internacionales y que puede ayudar a conseguir el lema de los ODS sobre que "nadie se quedará atrás". Porque, conjuntamente con el Estado pueden aportar a la salud global la posible exportación y adaptación de un modelo de sistema de salud descentralizado para conseguir la Cobertura Sanitaria Universal.

(vii) La AOD destinada a la acción humanitaria se convierte en residual dentro de la AOD española.

Como respuesta al aumento de las necesidades humanitarias mundiales y a los 125 millones de personas afectadas por crisis humanitarias, la cooperación española ha reducido un 16,69% la AOD destinada a la acción humanitaria, pasando de 55,87 millones de euros en 2014 a 46,57 millones en 2015, a la cola de los donantes europeos. En términos porcentuales, representó el 4% de la Cooperación española, lejos de la recomendación del CAD y de los compromisos internos de destinar al menos el 7% del total de la AOD a acción humanitaria.

En el informe del CAD de evaluación entre pares de 2015, éste recuerda al Gobierno que el presupuesto es "innecesariamente" bajo, especialmente cuando, como muestra el Eurobarómetro sobre ayuda humanitaria de 2015, existe un fuerte apoyo público de la acción humanitaria.

El propio Secretario de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica, Jesús Gracia ha hablado *"del firme compromiso de España en materia humanitaria"* durante la I Cumbre Humanitaria Mundial celebrada en Estambul en mayo de 2016, mientras el entonces Ministro de Asuntos Exteriores, José Margallo, afirmó que *"España se compromete a incrementar la financiación en los próximos años y contribuir así a la reducción de la brecha entre ingresos y gastos del sistema humanitario"*.

La mejora de los datos macroeconómicos de la economía española debería revertir radicalmente este desplome de la financiación humanitaria. La cooperación, y en especial la Acción humanitaria son herramientas políticas de mucho peso en las relaciones bilaterales entre países y en las multilaterales con la comunidad internacional. *Por tanto, pedimos al Ministro de Asuntos Exteriores y Cooperación que cumpla el compromiso adquirido por el gobierno español en la Cumbre Humanitaria y aumente los fondos de AOD destinados a acción humanitaria en 2017 y que dicho incremento se mantenga en el tiempo hasta alcanzar los niveles que le corresponden como país donante.*

(viii) Los compromisos suscritos en la Cumbre Mundial Humanitaria pueden ser una oportunidad para que la cooperación española recupere peso en la escena internacional.

La Cumbre Mundial Humanitaria ha marcado un hito importante en el entorno humanitario, tanto por el número de participantes como por alguno de los acuerdos alcanzados, como el "*Grand Bargain*" para mejorar la eficiencia y eficacia de la acción humanitaria que sienta las bases para la reforma del sistema de financiación de la acción humanitaria.

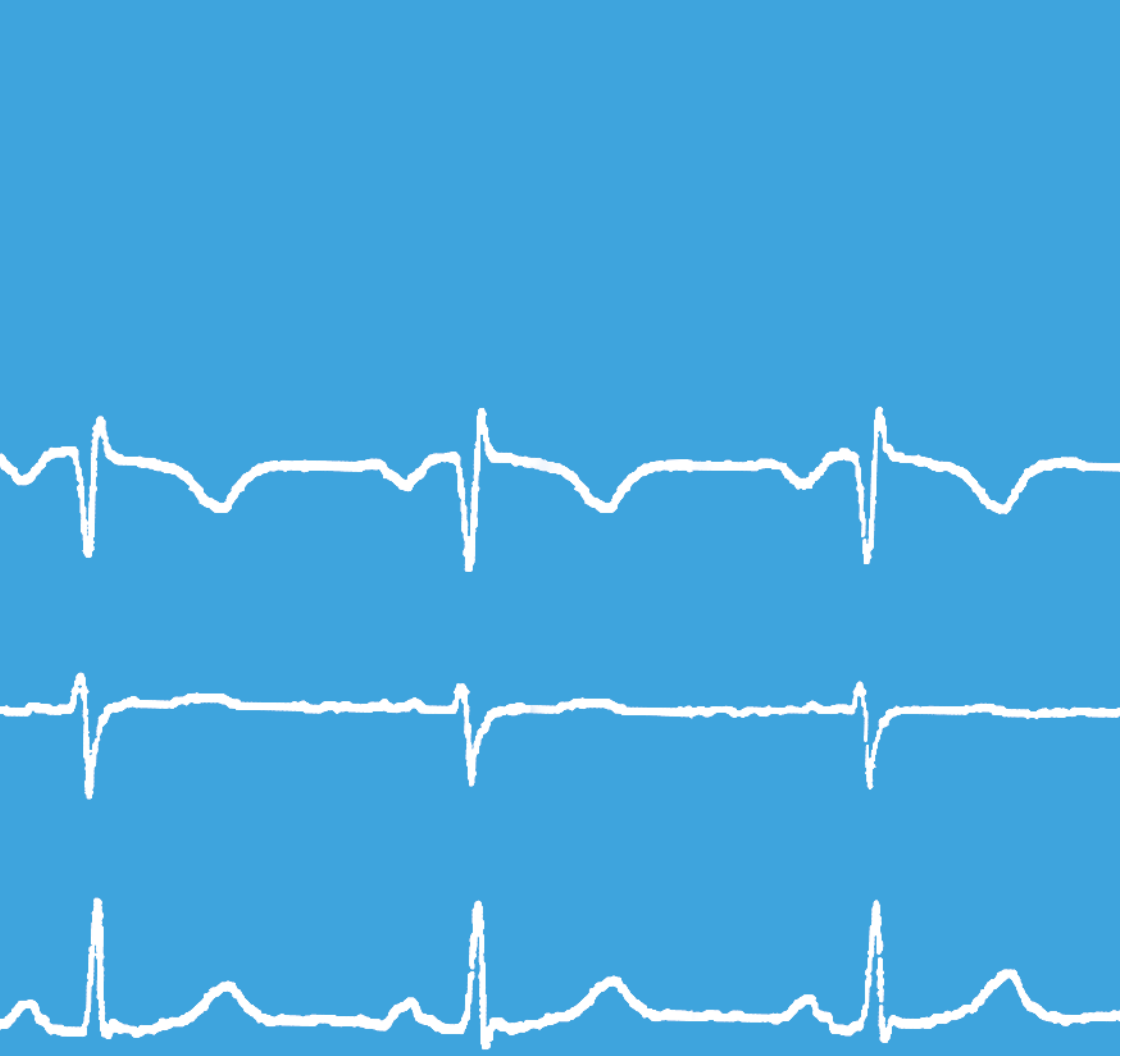
El pacto propone asignar al menos el 25% de financiación directa de la ayuda humanitaria a actores locales y nacionales antes del 2020 muy por encima del 2% actual. No cabe duda que se trata de un compromiso ambicioso, pero que requiere sobre todo voluntad política por parte de los gobiernos.

A la vista del compromiso adquirido por la cooperación española y las instituciones europeas con los resultados de la cumbre, pedimos que ambos actores establezcan en 2017 un calendario para la consecución del objetivo del 25% de financiación para actores locales y nacionales en 2020.

(ix) La Unión Europea ha demostrado su incapacidad para dar una respuesta humanitaria adecuada a las personas que buscan un refugio de paz y seguridad en Europa.

2015 será recordado por la llegada de más de un millón de personas refugiadas y migrantes a Europa, por las más de 3.000 personas fallecidas intentando cruzar el Mediterráneo y por la incapacidad de la Unión Europea para dar una respuesta humanitaria adecuada que permita la acogida y protección de millones de personas en situación de vulnerabilidad extrema que buscan refugio en Europa.

La Unión Europea debe establecer vías legales y seguras para que las personas refugiadas y migrantes lleguen a países sin poner en riesgo sus vidas y promover la colaboración y coordinación de todos los sectores implicados en las rutas de migración. Así mismo, debe facilitar los trámites de asilo y permitir la solicitud del mismo en el país de preferencia.



ACRÓNIMOS

AAA	Agenda de Acción de Accra
AAAA	Agenda de Acción de Addis Abeba
ABRASCO	Associacao 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
BAsD	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
CTL	Transacciones de divisas / Currency Transaction Levy
DDHH	Derechos humanos
DES	Documento estratégico salud
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo
DNDC	Iniciativa Medicamentos para Enfermedades Olvidadas / Drugs for Neglected Diseases initiative
DOTS	Directly Observed Treatment short-course
ECHO	Oficina de Ayuda Humanitaria de la Unión Europea
EELL	Entidades locales
EM-DAT	Centro de Investigación sobe la Epidemiología de las Catástrofes
ERC	Emergency Relief Coordinator
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FAD	Fondo de Ayuda al Desarrollo
FAO	Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura / Food and Agricultura Organization of the United Nations
FED	Fondo Europeo de Desarrollo
FG	Fondos globales
FICMLR	Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
FIEM	Fondo para la Internacionalización de la Empresa
FNUAP	Fondo de Población de las Naciones Unidas
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo
FpD	Financiación para el Desarrollo
FTS	Financial Tracking Service
FTT	Financial Transaction Tax
GAVI	Alianza Global para las Vacunaciones e Inmunizaciones
GFATM	Fondo Global contra el sida, la malaria y la tuberculosis / The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
GHD	Principios y Buenas Prácticas de la Buena Donación Humanitaria
IASC	Comité Permanente Inter-Agencias
IAVI	Iniciativa Internacional para la vacuna del sida / Internacional AIDS Vaccine Initiative
ICD	Instrumento de Cooperación al Desarrollo
ICESDF	Comité Intergubernamental de Expertos sobre Financiamiento para el Desarrollo Sostenible (por sus siglas en Inglés)
IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
IFRC	Federación internacional de la Cruz Roja y Media Luna
IHP	International Health Partnership.

INB	Ingreso Nacional Bruto
IOM	Organización Internacional para la Migraciones
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación
MASCE	Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española
MCINN	Ministerio de Ciencia e Innovación
MEH	Ministerio de Economía y Hacienda
MFMATMN	Mecanismo de Financiación Mundial en Apoyo de Todas las Mujeres y Todos los Niños
MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
MITC	Ministerio de Industria, Turismo y Comercio
MMV	Medicines for Malaria Venture
MSPS	Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales
NHLBI	Instituto Nacional del Corazón, el Pulmón y la Sangre
NIAID	Instituto Nacional de Alergias y Enfermedades Infecciosas
NNUU	Naciones Unidas
OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria (AECID)
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OCHA (OCAH)	Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios / Office for the Coordination of Humanitarian Affaire
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenibles
OEA	Organización de Estados Americanos
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
OIEA	Organismo Internacional de Energía Atómica
OIM	Organización Internacional de las Migraciones
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio.
OMS (WHO)	Organización Mundial de la Salud / World Health Organization)
OMUDES	Organismos multilaterales de desarrollo
ONDUC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
ONGs	Organizaciones No Gubernamentales
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el sida
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 Kurdistán
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	Secretaria de Estado de Cooperación Internacional
SEMEX	Sociedad Española de Médicos Extranjeros
SGCID	Secretaria 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

Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España
C/ Lanuza 9, local / 28028 Madrid
Tel.: 91 319 58 49 / 902 101 065
federacion@medicusmundi.es
www.medicusmundi.es

Médicos del Mundo
C/ Conde de Vilches 15 / 28028 Madrid
Tel. 91 543 60 33 / Fax 91 542 79 23
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org