

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2023


medicusmundi



La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2023

EQUIPO TÉCNICO

Carlos Mediano
Emiliana Tapia

EQUIPO ASESOR

Félix Fuentenebro
Emiliana Tapia
José Félix Hoyo

EDITA

medicmundi
Médicos del Mundo

TRABAJO DE EDICIÓN

Félix Fuentenebro

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

estudio blg

IMPRESIÓN

Advantia

PARA MÁS INFORMACIÓN:

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MEDICUMUNDI EN ESPAÑA

C/ Lanuza, 9, local / 28028 Madrid (España)

Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65

federacion@medicmundi.es

www.medicmundi.es

MÉDICOS DEL MUNDO

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

Tel.: 91 543 60 33

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org

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

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

medicmundi
Médicos del Mundo

ÍNDICE

PRÓLOGO	12	CAPÍTULO 4. ACCIÓN HUMANITARIA	128
CAPÍTULO 1. LA SALUD EN EL MUNDO	16	Gaza, una crisis humanitaria sin precedentes	130
1. Introducción	18	1. Introducción	131
2. Evolución de la implementación de la Agenda 2030	19	Los desplazamientos forzosos siguen creciendo	132
2.1. Análisis del ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”	21	La crisis alimentaria sigue imparables	133
• La salud Digital en un sistema sanitario con enfoque de derechos	22	2. La Acción Humanitaria en la agenda internacional	137
• ¿Es posible que los sistemas sanitarios sigan creciendo?	40	Foro humanitario europeo 2023, los retos pendientes	137
3. Enfoque One Health: ¿realmente es una sola salud?	46	• Protección del personal humanitario y sanitario en conflictos: próximos pasos y propuestas para avanzar de forma conjunta	138
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	54	3. La Acción Humanitaria internacional	142
1. Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD	57	4. La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas	143
• Grant Equivalent: La metodología de cómputo de la AOD	57	5. El sector salud en la Acción Humanitaria	147
1.1. La AOD del CAD	58	6. La Acción Humanitaria en España	150
1.2. Distribución de la AOD en 2022	64	6.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2022	150
1.3. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes	67	6.2. Canalización de los fondos	151
• La erosión gradual de la ayuda	68	6.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria	152
1.4. Conclusión	72	6.4. La Acción Humanitaria por sectores	153
2. Evolución de la AOD en salud	73	6.5. La Acción Humanitaria por agentes	154
• La Organización Mundial de la Salud en construcción	74	6.6. La Acción Humanitaria descentralizada	155
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	80	En foco	158
3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud	80	Crisis olvidadas: la urgencia de responsabilidad política y económica ante la normalización del sufrimiento de las personas del sur global	158
3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud	83	Burkina Faso: La crisis humanitaria y nutricional más desatendida del mundo	160
Análisis Objetivos de Desarrollo Sostenible en Europa	85	Guatemala: La defensa de la democracia en medio de múltiples crisis	162
Anexo	88	CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	164
CAPÍTULO 3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	90	CAPÍTULO 6. ACRÓNIMOS Y SIGLAS	172
1. Consideraciones generales	92		
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	92		
2. Datos generales de la AOD en 2022	93		
3. AOD en salud en 2022	96		
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2022	96		
3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud	103		
3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud	106		
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y entes locales	109		
4.1. La AOD descentralizada	110		
4.2. La AOD descentralizada en salud	114		
4.2.1. La cooperación autonómica en salud	117		
4.2.2. La AOD de EE. LL. en salud	120		
5. Los ODS en España	122		
• Una reforma para una cooperación del siglo XXI	125		

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Coberturas vacunales mundiales 2022 Fuente: elaboración propia en base a datos de la OMS	26	Gráfico 3.2.	Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2023 Fuente: Elaboración propia	95
Gráfico 1.2.	Diferencia entre compromisos para 2025 y resultados en 2021 de la “Estrategia acabar con la TB” de la OMS Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OMS	30	Gráfico 3.3.	Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2022. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	96
Gráfico 1.3.	Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal Fuente: OMS	37	Gráfico 3.4.	Distribución AOD salud sectorial por canales, 2022. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	100
Gráfico 1.4.	Incremento uso de materiales en el mundo (en Gigatoneladas) Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OCDE	40	Gráfico 3.5.	Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2022 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	105
Gráfico 2.1.	Evolución 1960-2022 de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2021) Fuente: OCDE, varios informes. En naranja, la aportación según Grant Equivalent	60	Gráfico 3.6.	Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA.+EE. LL.) en España 1994-2022 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	110
Gráfico 2.2.	AOD Grant Equivalent. 2022 (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia, a partir de datos OCDE, 2023.	61	Gráfico 3.7.	Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	111
Gráfico 2.3.	AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2022. Fuente Elaboración propia, a partir de datos OCDE, 2023.	62	Gráfico 3.8.	AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	119
Gráfico 2.4.	Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2014-2022 Fuente: Datos OCDE-CAD	68	Gráfico 4.1.	Mapa crisis humanitarias Fuente: Elaboración propia con datos de ACAPS y ECHO.	134
Proporción de los costes de los refugiados en los donantes de la AOD 2022, en % Fuente. OCDE, datos preliminares AOD 2022		70	Gráfico 4.2.	Principales donantes en 2022 (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	142
Gráfico 2.5.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en millones de dólares constantes 2021) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	77	Gráfico 4.3.	Financiación llamamientos de NN. UU. 2013-2022 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	144
Gráfico 2.6.	Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en millones de dólares constantes) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	78	Gráfico 4.4.	Principales donantes de fondos comunes (en millones de dólares) 2022 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	146
Gráfico 2.7.	Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa conjunto de donantes-España Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	78	Gráfico 4.5.	Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	146
Gráfico 2.8.	Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total(en millones de dólares constantes) Fuente: Creditor Reporting System	79	Gráfico 4.6.	Porcentaje de financiación del sector salud por país en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	148
Gráfico 2.9.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122, 123 y 130 en el año 2021 por canales (en millones de dólares corrientes) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	80	Gráfico 4.7.	Evolución de la AOD española destinada a AH Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	150
Prioridades de la Comisión Europea. Fuente: Comisión Europea		85	Gráfico 4.8.	Asignación de fondos por sectores CRS 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	154
Gráfico 3.1.	Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2006-2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	94	Gráfico 4.9.	AH por regiones del conjunto de las CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	157

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.1.	Comparativa compromisos 2022/realizado en 2021 en la lucha contra la tuberculosis (TB), en millones Fuente: elaboración propia, utilizando datos de la OMS	30	Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2021 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	108
Tabla 2.1.	AOD neta de los países del CAD 2020-2022, desembolsos en millones de dólares constantes 2021 & dólares corrientes Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE-CAD	65	Tabla 3.9.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	109
Tabla 2.2.	AOD de países no miembros del CAD (en millones de dólares) Fuente: OCDE-CAD	66	Tabla 3.10.	AOD total autonómica 2018-2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	112
Tabla 2.3.	Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares) Fuente: Datos OCDE-CAD	67	Tabla 3.11.	% AOD Comunidades Autónomas y AOD por habitante 2022 Fuente: Elaboración propia a través de los datos de https://serviciostelematicosext.hacienda.gob.es/SGCIEF/PublicacionPresupuestos/aspx/SelConsultaDC.aspx para los datos de presupuestos, y de https://es.statista.com/estadisticas/473637/poblacion-de-espana-por-genero-y-comunidad-autonoma/#statisticContainer para los datos de población	113
Tabla 2.4.	Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes) Fuente: Creditor Reporting System	81	Tabla 3.12.	AOD descentralizada total en salud, 2018-2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES SECI	114
Tabla 2.5.	Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares constantes 2021-cash flow) Fuente: Creditor Reporting System	82	Tabla 3.13.	AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	115
Tabla 2.6.	Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2021 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes, cash flow) Fuente: Creditor Reporting System	83	Tabla 3.14.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	116
Tabla 3.1.	Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2019-2022 (GE) Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	97	Tabla 3.15.	AOD en salud de las CC. AA., 2018-2022 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	118
Tabla 3.2.	Resumen de la AOD española en salud, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2020 publicados por DGPOLDES-SECI	99	Tabla 3.16.	AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	119
Tabla 3.3.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2018-2022, en euros Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	101	Tabla 3.17.	EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	121
Tabla 3.4.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2018-2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	102	Tabla 3.18.	Desembolsos brutos de AOD 2022 clasificados en los metas del ODS 3 de salud. Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI.	122
Tabla 3.5.	Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	104	Tabla 3.19.	Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2022 clasificados en los diferentes ODS. Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI.	124
Tabla 3.6.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	107	Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	143
Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	108			

Tabla 4.2.	Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	144
Tabla 4.3.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	145
Tabla 4.4.	AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2021 Y 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	151
Tabla 4.5.	AOD española destinada a AH por regiones Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	153
Tabla 4.6.	Principales receptores de AH española en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	153
Tabla 4.7.	AOD española para AH por agentes en 2022 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	154
Tabla 4.8.	AH por CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	156
Tabla 4.9.	AH por EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	157
Tabla 4.10.	AH por regiones del conjunto de las EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	158

Prólogo

En los últimos años nos hemos acostumbrado a utilizar de manera no siempre acertada los conceptos de "salud internacional" y "salud mundial", dos conceptos que pueden parecer próximos pero que reflejan todo un cambio de perspectiva. Es obvio que no son lo mismo. La Salud Internacional, que se ocupa de la salud de las poblaciones más allá de sus fronteras nacionales, ha dado paso a la Salud Global, una extensión de la Salud pública que apunta a la salud de la población mundial en su conjunto. Los gobiernos han tardado en reconocer que ya no pueden contemplar la salud como una cuestión nacional, como venían haciendo desde tiempos pasados. A principios de los ochenta, el VIH/SIDA se convirtió en la primera enfermedad que puso en el centro de la atención mundial la salud. Más recientemente, el SRAS o síndrome respiratorio agudo severo, o la gripe por el virus A(H1N1) contribuyeron sin duda a concienciar de que los asuntos relacionados con la salud conciernen a todos los países e instituciones. A pesar de las numerosas advertencias, tuvimos que esperar a la pandemia de la COVID-19 para que la comunidad internacional entendiera que la salud debe ser uno de los principales asuntos mundiales de nuestro tiempo. Y ahora lo es.

La salud mundial ha cobrado mucha relevancia como demuestra el hecho de que, por primera vez en la historia de las negociaciones mundiales sobre el clima, en la COP28, la salud esté oficialmente en la agenda. No es casualidad. La crisis climática es una crisis de salud. Los desafíos ambientales relacionados con la salud en el mundo son tremendos, van desde la propagación de enfermedades infecciosas hasta el aumento de las infecciones transmitidas por el agua y los impactos de la contaminación del aire en la salud, pasando por la aparición de nuevas enfermedades como consecuencia de la interacción entre el hombre, los animales y el entorno.

Los riesgos para la salud se han convertido en un problema global que requiere de respuestas globales y además multidisciplinares. Para ello nada mejor que posicionar la salud en los foros regionales o multilaterales y aplicar el enfoque One Health (Una sola Salud), para optimizar la salud de las personas, los animales y los ecosistemas con la colaboración de múltiples disciplinas que trabajan local, nacional y globalmente. El concepto "One World - One Health" se crea en 2004 a partir del concepto "One Medicine" que aboga por una combinación de medicina humana y veterinaria en respuesta a las zoono-

sis. Desde entonces, «Una sola salud» se aplica a una serie de problemas de salud como puede ser la resistencia a los antimicrobianos (RAM), las zoonosis, enfermedades transmitidas por vectores (dengue, el virus del Nilo Occidental, la enfermedad de Lyme y el paludismo) o la salud ambiental.

Como vemos la salud está marcada por las consecuencias de acontecimientos globales. Uno de los más importantes son los conflictos mundiales como la guerra en Ucrania. Es una realidad que la violencia y la inseguridad interrumpen los servicios de salud y aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas. Además de provocar la mayor huida de personas desde la Segunda Guerra Mundial. La guerra en Ucrania ha sido una de las principales causas del aumento significativo de la partida de ayuda a personas refugiadas en 2022, 29.237 millones de dólares, una cifra jamás vista anteriormente por este concepto. Este hecho reabre el debate de si estos fondos deben computarse como AOD en la medida en que estos fondos se gastan en los propios países donantes, financiando servicios y dispositivos de distinta naturaleza para la atención y acogida a refugiados, se produce una reorientación de la ayuda hacia las necesidades de los donantes, restando recursos a la lucha contra la pobreza y la mejora de las condiciones de vida en los países más vulnerables.

Para cubrir todas las necesidades existentes en el mundo, sanitarias y no sanitarias, los países del CAD destinaron 203.995 millones de dólares a cooperación, el 0,36 % del PIB, lo que supone un aumento del 13,6 % respecto a 2021. De esta cantidad, 19,4 millones de dólares se destinaron a acciones relacionadas con la COVID-19, lo que representa el 9,5 % del total de la AOD. La cooperación española aportó 4.120 millones de euros, un incremento del 31,9 % respecto al año anterior,

alcanzando el 0,30 % de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje muy alejado del 0,36 % de la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), del 0,56 % de la media de los países de la UE y del compromiso del 0,7 % adquirido hace más de 50 años en el seno de las Naciones Unidas (NN. UU.).

El sector salud en la cooperación española cobra relevancia y pasa de absorber el 16,8 % de AOD en 2021 al 9,76 % en 2022. El descenso de fondos en 124 millones de euros sitúa el aporte a salud en 402 millones, y aleja nuevamente la cooperación española en salud del 15 % de media que destinan los países del CAD. De este total consignado a salud, el Ministerio de Sanidad aparece como primer donante con el 43,8 % de toda la AOD española en salud (176,3 millones de euros), lo cual sería positivo de no ser porque, de esa cantidad, el 99,6 % han sido donaciones de vacunas para COVID-19, en algún caso a países de renta media alta.

La cooperación descentralizada, que sigue siendo un actor importante en la Cooperación Española, crece en 2022, concretamente un 22 %, alcanzando los 418,1 millones de euros y situándose en su conjunto en el 0,13 % del presupuesto del conjunto de las CC. AA., un porcentaje que está muy por debajo de las posibilidades de la mayoría de las comunidades.

La Acción humanitaria (AH) de la cooperación española también ha seguido creciendo sensiblemente en 2022, situándose en 158 millones de euros, 51 millones más que en 2021, lo que representa el 3,8 % del total de su AOD, un porcentaje que sigue muy lejos de la media de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y de lo establecido por la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española.

Gracias a todas las personas que han contribuido a esta publicación y en especial a Jorge

Seoane y al resto del equipo del Departamento de Estadística de la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible, de la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos; a César Marcianes García (AEXCID), Alberto Santiesteban Álvarez (AACID), Noemí de la Fuente Pereda y Maite Garmendia Eguinoa (AVCD) por hacer de contraste con los datos de sus respectivas Agencias; a Martin Leschhorn, Presidente Medicus Mundi International por su fantástico artículo sobre “La salud Digital en un sistema

sanitario con enfoque de derechos”; a Eurodad por su análisis de la ayuda; al Dr. Andreas Wulf, MD, representante en Berlín de la organización Medico international eV, por su artículo “La organización Mundial de la salud en Construcción”; y a Aïda Ndiaye, analista de incidencia política sobre protección de personal humanitario y sanitario para el Proyecto ‘Presence, Proximity and Protection’ project (Action contre la Faim, Humanity and Inclusion y Médecins du Monde) financiado por ECHO por su artículo “Protección del personal humanitario y sanitario en conflictos: próximos pasos y propuestas para avanzar de forma conjunta”.

1

La salud en el mundo



- A mitad de camino hacia el 2030, el año fijado para el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, el mundo está muy lejos de la meta: un 30 % de las metas se han estancado o retrocedido, un 50 % tienen avances insuficientes y solo un 20 % de las 169 metas previstas están en situación de cumplirse en 2030. Si bien los efectos devastadores de la pandemia, la guerra en Ucrania y la crisis climática han puesto freno al progreso, el compromiso y una acción urgente de los gobiernos permitiría acelerar los ODS y lograr un progreso significativo, especialmente para las personas más vulnerables.
- El ODS 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas, muestra retrocesos significativos agravados por las consecuencias de la Pandemia, pero no solo. Si bien el 10 % de las metas se han cumplido o están en camino de cumplirse, el 60 % necesita medidas de aceleración, el 20 % están en riesgo de no cumplirse y hay un 10 % que no dispone de datos suficientes.
- La pandemia impide el progreso para alcanzar la Cobertura Sanitaria Universal (CSU). Las mejoras en los servicios sanitarios se han estancado y la proporción de la población que se enfrenta a niveles catastróficos de gasto de bolsillo en salud ha aumentado. En 2023 se ha reafirmado el compromiso internacional con la CSU, pero este compromiso se hará realidad sólo si se cubren los 328.000 millones de dólares de inversión por año necesarios para ampliar un enfoque de atención primaria de salud en países de ingresos bajos y medianos.
- Los problemas de salud están cada vez más relacionados con otros grandes problemas, todos ellos complejos. A los consabidos efectos de la crisis climática, tanto en enfermedades infecciosas como de enfermedades no transmisibles, se debe añadir la pobreza extrema y el hambre, los modelos socioeconómicos insostenibles, la violencia provocada por todo tipo de conflicto y los estilos de vida sedentarios.
- El enfoque One Health (Una sola Salud), que se define como “los esfuerzos de colaboración de múltiples disciplinas (personal médico, veterinario, investigador, etc.) que trabajan local, nacional y globalmente para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente”, puede ser una alternativa a la forma tradicional de trabajar, aunque para ello se deban superar algunos problemas, como su falta de financiación, de claridad en su implementación, e incluso en su definición. Un gran ejemplo sería el reto de enfrentarnos al grave problema de la resistencia antimicrobiana bajo este enfoque, aunque aún se está lejos de conseguirlo.

1. Los Jefes y las Jefas de Estado y de Gobierno deben comprometerse a tomar medidas aceleradas, sostenidas y transformadoras en los próximos siete años, tanto a nivel nacional como internacional, para cumplir la promesa de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
2. Los gobiernos deben promover políticas y acciones concretas, integradas y específicas para erradicar la pobreza, reducir la desigualdad y poner fin a “la guerra contra la naturaleza” que devasta el planeta, teniendo especial atención en promover los derechos de las mujeres y las niñas, y empoderar a las personas más vulnerables.
3. Los gobiernos deben fortalecer la capacidad, la rendición de cuentas y las instituciones públicas en los ámbitos nacional y subnacional para acelerar el progreso hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
4. La comunidad internacional debe volver a comprometerse a cumplir con la Agenda de Acción de Addis Abeba y movilizar los recursos y la inversión necesarios para que los países en desarrollo, y en particular los países que se encuentran en situaciones especiales y los que experimentan una vulnerabilidad aguda, alcancen los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
5. Por último, los Estados miembros deben facilitar que se siga fortaleciendo el sistema de las Naciones Unidas para el desarrollo e impulsar la capacidad del sistema multilateral para abordar los desafíos emergentes y afrontar las brechas y debilidades de la arquitectura internacional relacionadas con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que han quedado patentes desde 2015.

La Agenda de Acción de Addis Abeba⁶ (2015) sobre la financiación para un desarrollo sostenible, incluía el compromiso por de los países enriquecidos de destinar el 0,7 % del ingreso nacional bruto a ayuda oficial al desarrollo y

asignar entre el 0,15 % y el 0,20 % a los países menos adelantados, algo que, como se verá en el segundo capítulo, ni se cumple ni se tiene expectativas reales de cumplirse en 2030.

En lo referente a salud, la *declaración política* incluye una mención sobre el inequitativo y desproporcionado impacto que ha tenido la pandemia de la COVID-19, la importancia de la acción multilateral y la cooperación internacional para ayudar a recuperarse a los países más afectados y frágiles, así como reforzar la resiliencia a través del trabajo en la prevención, la preparación y la respuesta ante pandemias, reduciendo las brechas existentes entre los países, incluyendo el desarrollo y distribución de un acceso oportuno y equitativo a las vacunas, terapias y diagnósticos. Y se vuelven a comprometer con garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas y en todas las edades, fortaleciendo los sistemas de salud, alcanzando la cobertura sanitaria universal y todos los demás objetivos relacionados con la salud, sin dejar a nadie atrás.

Para cumplir los compromisos de esta Declaración, hace falta primero un análisis profundo de cuáles son las causas del incumplimiento constante producido hasta la fecha, algo que quizás tenga que ver con no cuestionar los modelos socioeconómicos imperantes en estos momentos en el mundo, a pesar de que estos modelos no son sostenibles.

Uno de los elementos que más preocupa a Naciones Unidas es la financiación internacional, insuficiente a todas luces, que explica en gran parte la incapacidad colectiva para invertir en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, así como las dificultades que tienen muchos países de economías frágiles para mantener la inversión en los ODS, en un contexto muy afectado por las crisis globales como la pandemia de la COVID-19, la guerra en Ucrania o la crisis alimentaria. A ello se debe añadir uno de los mayores problemas de muchos países empobrecidos, la

enorme deuda que tienen, lo que les impide desarrollar su estructura de servicios básicos. De hecho, uno de cada tres países corre un alto riesgo de no poder hacer frente a su deuda. Los mercados financieros a menudo cobran a los países empobrecidos tasas de interés hasta ocho veces más altas que a los países ricos. Según el Banco Mundial, el crecimiento mundial se ha desacelerado marcadamente y el riesgo de que surjan tensiones financieras en los mercados emergentes y economías en desarrollo se está intensificando, en un contexto de altas tasas de interés mundiales. La Ayuda Oficial al Desarrollo internacional apenas alcanza la mitad de lo comprometido, insuficiente a todas luces para cubrir las necesidades básicas de los países empobrecidos. La desidia crónica que lleva a no cumplir los compromisos adquiridos alcanza también a la financiación para detener el cambio climático como demuestra el hecho de que los países desarrollados no hayan aportado los 100.000 millones de dólares anuales prometidos a partir del 2020.

En el Plan de Rescate presentado por el Secretario General de Naciones Unidas, se pretende

reactivar los ODS a través de 3 campos de acción que pueden implementarse inmediatamente:

1. Un aumento masivo de la financiación para el desarrollo, posibilitado por una transformación del modelo de negocio de los bancos multilaterales de desarrollo.
2. Una nueva iniciativa para la deuda, en virtud de la cual las deudas a corto plazo podrían canjearse por instrumentos a plazo más largo y a tasas de interés más baja.
3. La ampliación de la financiación de contingencia para todos los países que la necesiten.

Se trata de medidas que se pueden aplicar de manera inmediata, pero no son realmente transformadoras, pues no ponen en cuestión el modelo económico mundial que antepone el negocio al bienestar de las personas. Además, hay dudas sobre si estas medidas serán aceptadas por las instituciones financieras internacionales. Hay mucho camino que recorrer y muchos esfuerzos que hacer si se quiere tener una financiación suficiente que ayude a cumplir con los ODS en 2030.

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

El Objetivo 3 de la Agenda 2030 de las Naciones Unidas se enfoca en garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas y todos, en todas las edades. Consta de 13 metas y 28 indicadores. Según el informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2023, apenas se han cubierto o están en camino de cubrirse el 10 % de las metas, el 60 % necesita medidas de aceleración, el 20 % están en riesgo de no cumplirse y hay un 10 % que no hay datos suficientes, lo que muestra el problema crónico que hay con la recogida de datos que afecta a todos los ODS, no solo a los temas de salud. Como se verá en detalle, las

metas del ODS3 se han visto muy afectadas por las consecuencias de la pandemia de la COVID-19, que ha provocado retrocesos y paralizaciones en muchos indicadores, aunque tampoco se estaba en camino de cumplirlos antes de la pandemia.

La comunidad internacional deberá hacer un gran esfuerzo tanto en la dotación de recursos como en la aplicación de políticas sanitarias equitativas para cumplir con todos los indicadores de los ODS relacionados con sanidad, sin olvidar que la salud de las personas depende también de cómo evolucionen otros ODS, como género, agua, medio ambiente o economía.

6 https://unctad.org/system/files/official-document/ares69d313_es.pdf

LA SALUD DIGITAL EN UN SISTEMA SANITARIO CON ENFOQUE DE DERECHOS

Martin Leschhorn

Presidente Medicus Mundi International

No existe ninguna duda: los instrumentos y herramientas basados en la salud digital pueden desempeñar un papel importante para cerrar las brechas que existen entre las personas de regiones desatendidas y sus sistemas de salud. Desde la sensibilización sobre salud y los derechos sexuales y reproductivos de los y las adolescentes hasta la prevención, el diagnóstico y la garantía del cumplimiento de los tratamientos, la salud digital ya desempeña su papel en los sistemas de salud de todo el mundo. Además, las personas están produciendo datos a través de la localización de sus movimientos y solicitando diariamente síntomas relacionados con su salud en su motor de búsqueda preferido. Datos que pueden jugar un papel crucial en la planificación de un entorno saludable, en el diseño de campañas efectivas de prevención sanitaria o en la detección de brotes de un virus en una región concreta. Sería necio negar el potencial que tienen las herramientas de salud digitales y de los datos sanitarios para lograr la salud para todos.

Esta es la razón por la que muchas ONG de salud, agencias de desarrollo, así como organizaciones filantrópicas e internacionales están fomentando herramientas de salud digitales como un programa de salud, o como parte del mismo. Por supuesto, hay buenas intenciones detrás de estas iniciativas, pero debemos ser conscientes de los problemas que a menudo acarrear.

Como organizaciones con sede en el Norte, estamos sesgados por nuestra propia cultura tecnológica. Una cultura fuertemente estructurada por las condiciones económicas de una industria tecnológica prácticamente monopolística.

Debido a su importancia cultural en la vida cotidiana de una gran parte de la población mundial, su increíble cantidad de capital financiero y su poder político, esta industria recibe el nombre de Big Tech (Gran Tecnología). Al estar sesgados por esta cultura tecnológica, los programas de salud digital tienden a estar definidos más por la propia tecnología que por estar realmente basados en las necesidades. A menudo estos programas de salud digital no están adaptados al sistema nacional, regional o local, y les falta estar integrados al sistema nacional de salud y a las estrategias de digitalización de los gobiernos.

Hay muchos más obstáculos relacionados con los programas impulsados por la tecnología: empezando por la cuestión de la infraestructura en el lugar de implementación del programa, pasando por la sostenibilidad del hardware, hasta no plantear soluciones para los residuos electrónicos. Para todo ello se pueden encontrar soluciones. La amenaza más compleja de solventar en los programas de salud digital sigue siendo el que estén estructuralmente vinculados a la industria tecnológica que se ha mencionado anteriormente, porque podría perpetuar los desequilibrios y desigualdades de poder globales existentes.

En 2020, la Red Medicus Mundi Suiza (MMS), junto con sus miembros, ha desarrollado de forma colaborativa un marco sobre salud digital en la cooperación internacional⁷. El enfoque con el que MMS ha elegido trabajar se basa en descentralizar la salud digital, con la intención de evitar una mayor dependencia de las fuentes de poder actuales.

Promover e implementar la salud digital de manera interdependiente y descentralizada significa:

- Fundamentar el trabajo en el conocimiento y las capacidades locales
- Centrarse en las personas, las comunidades, en sus demandas y recursos.
- Respetar la autoridad local
- Alinearse con las políticas, estándares y regulaciones nacionales e internacionales.
- Ser inclusivo y no dejar a nadie atrás
- Adoptar un enfoque basado en los derechos humanos

Todos estos puntos son una obviedad, pero no lo son tanto cuando se habla de programas de salud digital, aunque también se pueden encontrar algunos ejemplos de buenas prácticas en programas de salud digital.

Se necesita un marco regulatorio global

Un problema con la implementación de los programas de salud digital de la forma interdependiente y descentralizada mencionada reside en el cuarto punto. Parece evidente que estos programas deben de alinearse con las políticas, estándares y regulaciones nacionales e internacionales. Pero las regulaciones internacionales son bastante débiles, especialmente en una de las piedras angulares en las que nos gustaría desarrollar programas de salud digital significativos. Esta piedra angular se refiere a los datos, que son el nuevo oro del siglo XXI.

Las grandes tecnológicas recopilan millones de datos cada minuto que tienen importancia para la salud pública. Estos datos de salud y datos para la salud pertenecen a Google, Apple, Microsoft, Amazon, Facebook, X (antes conocido como Twitter). Se capitalizan por las empresas, en lugar de utilizarse para la toma de decisiones informadas para la salud de las personas. De alguna forma, se han robado a individuos y comunidades. Peor aún, pierden la confianza en la salud digital. Porque la confianza en la salud

digital a menudo se ve socavada por la vigilancia invasiva por parte de empresas privadas y del gobierno de esos datos.

Este es el trasfondo por el cual la Coalición internacional *Transform Health* está abogando por un marco internacional de gobernanza de datos de salud más sólido que esté basado en los derechos humanos, y que debería ser respaldado por la Asamblea Mundial de la Salud.

El trabajo de promoción de la coalición en Suiza se basa en los Principios de Gobernanza de Datos de Salud⁸ que han sido respaldados por más de 150 organizaciones. Los Principios de Gobernanza de Datos de Salud aportan una perspectiva de derechos humanos y equidad en el uso de datos dentro de los propios sistemas de salud y entre los diferentes sistemas sanitarios. Están orientados a apoyar sistemas de salud pública sostenibles y resilientes que puedan ofrecer una Cobertura Sanitaria Universal (CSU) a su población. Como señala *Transform Health* en su sitio web⁹: “Los Principios de Gobernanza de Datos de Salud son el primer conjunto global de principios, aplicables a todos los actores involucrados, para guiar el uso de datos en los sistemas de salud. Están orientados a apoyar sistemas de salud pública sostenibles y resilientes que puedan ofrecer una Cobertura Sanitaria Universal (CSU). Con los derechos de las personas y las comunidades como su prioridad número de uno en su acción, los Principios se agrupan en torno a tres objetivos clave: proteger a las personas, promover el valor de la salud y priorizar la equidad. Crean una visión común en la que todas las personas y comunidades pueden compartir, utilizar y beneficiarse de los datos de salud”.

Para garantizar que la digitalización no perjudique la salud de nadie, es necesario un uso cuidadoso y orientado a las necesidades de las personas cuando se utilicen herramientas digitales en la cooperación sanitaria internacional.

7 https://www.medicusmundi.ch/assets/uploads/files/Transnational_Framework_Digital_Health_final_1.pdf

8 <http://healthdatapinciples.org/>

9 <https://transformhealthcoalition.org/health-data-governance/>

Pero, sobre todo, se necesita un marco regulatorio internacional basado en los derechos huma-

nos que someta los datos de salud y los datos para la salud a un uso público responsable.

Martin Leschhorn Strebel es historiador y trabaja para organizaciones no gubernamentales desde 2000 y en Medicus Mundi Suiza desde 2008, como director ejecutivo desde 2014. Martin es experto, entre otros temas, en salud global y cooperación internacional. Es miembro de la Comisión de Cooperación al Desarrollo del Cantón de Basilea-Ciudad, Presidente de Medicus Mundi International y forma parte de la junta directiva de la Asociación Transform Health.

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

La mortalidad materna es un indicador bastante sensible a la mejora de la calidad de la atención sanitaria. Por cada caso de muerte materna hay muchos más casos de morbilidad, discapacidad o problemas crónicos en la salud de las mujeres. Muchos de estos casos superan el ámbito puramente sanitario, teniendo sus raíces en la inequidad de género y el desigual acceso que tienen las mujeres al servicio de salud debido, principalmente, a la limitación de su representatividad en las tomas de decisiones que sufren en el ámbito sanitario y social, y que tienen graves consecuencias para su salud.

A pesar de los claros avances que se venían observando en la mortalidad materna desde el año 2000, lo cierto es que en los últimos años se ha paralizado este progreso. Entre 2015 y 2020 la tasa mundial de mortalidad materna apenas se redujo un 1,7 %, pasando de 227 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2015 a 223 en 2020. El objetivo marcado es reducir la tasa global de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos para 2030, lo que implica reducir la mortalidad actual en un 68,6 % en apenas ocho años. Según las proyecciones de la Fundación Bill y Melinda Gates, la cifra de 70 muertes/100.000 nacidos vivos no se van a

cumplir en 2030. Si se mantiene la misma tendencia, nos quedaremos en 141 muertes /100.000, más del doble, y en el mejor de los escenarios se va a quedar en 103¹⁰. La tasa actual de mortalidad materna significa que cada día mueren 800 mujeres por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto, una muerte materna cada dos minutos, 287.000 al año.

La mortalidad materna no se distribuye homogéneamente en el mundo. El 95 % de todas las muertes maternas se dan en países de renta baja o media baja. De hecho, la tasa de mortalidad materna en países de bajos ingresos era de 430/100.000 en 2020, mientras que la tasa en los países de rentas más elevadas era del 12/100.000, 36 veces menos. El 70 % (202.000) de las muertes maternas se concentran en África Subsahariana, mientras que Asia central y meridional representa el 17 %.

El acceso a una atención especializada al parto tiene mucho que ver con el alto número de muertes maternas. El 75 % de estas muertes se dan por 5 causas: (i) presión arterial alta antes del parto (eclampsia), (ii) sangrados severos durante o post parto, (iii) infecciones, (iv) complicaciones en el parto y (v) abortos inseguros. La cobertura mundial de partos asistidos por personal sanitario especializado aumentó del 81 % al 86 % entre 2015 y 2022, pero África, a pesar de duplicar este crecimiento entre 2015 a 2022, pasó de 59 % a solo el 70 %, 16 puntos porcentuales

10 <https://www.gatesfoundation.org/goalkeepers/report/2022-report/progress-indicators/maternal-mortality/>

menos de la media, lo que explica en gran parte la vulnerabilidad en la región. La experiencia nos dice que, si se aumenta el esfuerzo por cumplir esta meta, pueden producirse cambios muy positivos. Entre 2000 y 2020, Europa del Este y Asia Meridional lograron la mayor reducción general de la tasa de mortalidad materna, una disminución del 70 % y del 67 % respectivamente¹¹.

Apostar por impulsar la atención especializada es imprescindible, pero por sí sola no va a solucionar el problema del acceso de las mujeres a los servicios sanitarios. Los factores que la OMS considera que impiden que las mujeres reciban o busquen atención durante el embarazo y el parto son:

1. Fallos del sistema de salud que se traducen en mala calidad de la atención, incluyendo falta de respeto, maltrato y abuso, número insuficiente de personal y con capacitación inadecuada, escasez de suministros médicos esenciales y la escasa rendición de cuentas de los sistemas de salud;
2. Determinantes sociales, incluidos los ingresos, el acceso a la educación, la raza y el origen étnico, que ponen a algunas subpoblaciones en mayor riesgo;
3. Normas de género nocivas y/o desigualdades que se traducen en una baja prioridad de los derechos de las mujeres y las niñas, incluido su derecho a servicios de salud sexual y reproductiva seguros, de calidad y asequibles.
4. Factores externos que contribuyen a la inestabilidad y la fragilidad de los sistemas de salud, como las crisis climáticas y humanitarias.

La situación no invita al optimismo. En 2021 la iniciativa “Terminar con la Mortalidad Materna Prevenible”¹², establecía nuevos objetivos de

cobertura para 2025 que, a tres años vista, parecen lejos de cumplirse.

Hay otros indicadores de salud materna que siguen también estancados. La proporción de mujeres en edad reproductiva que ven satisfecha su necesidad de planificación familiar con métodos modernos apenas varió un punto porcentual, del 76,5 % al 77,6 %, entre 2015 y 2023. La natalidad en adolescentes si bien se ha reducido en los últimos años, sigue siendo un problema importante que tiene ramificaciones con aspectos que superan claramente el ámbito sanitario.

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

Según un informe de UNICEF¹³, dos tercios de los indicadores relacionados con la infancia están lejos de alcanzar sus metas. La mortalidad de menores de 5 años ha disminuido un 59 % desde el año 2000, algo tremendamente positivo. Entre 2015 y 2021, la tasa mundial de mortalidad de menores de 5 años se redujo en un 12 %, descendiendo de 43 muertes por cada 1000 nacidos vivos a 38. Si se observan los datos de 2020, 37 muertes /1000 nacidos vivos, se ve como las consecuencias de la pandemia de la COVID-19, incluido la paralización de los sistemas sanitarios, han provocado un ligero incremento de la mortalidad infantil, lo que demuestra lo vulnerable que es este indicador a los problemas globales. Se ha pasado de 6,1 millones de muertes en 2015 a 5 millones en 2021, un 18 % menos, pero aún sigue siendo una cifra demasiado alta para unas muertes que en su mayoría son prevenibles.

Casi la mitad de esas muertes, 2,3 millones, se produjeron en los primeros 28 días de vida, siendo una mortalidad muy ligada a la mortalidad

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

12 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/maternal-nb/ending-preventable-maternal-mortality_epmm_brief-230921.pdf?sfvrsn=f5dcf35e_5

13 United Nations Children’s Fund, Progress on Children’s Well-Being: Centring child rights in the 2030 Agenda; For every child, a sustainable future, UNICEF Division of Data, Analytics, Planning and Monitoring – Data and Analytics Section, New York, September 2023.

materna. África Subsahariana mantiene las tasas más elevadas. En 2021, uno de cada 14 menores moría antes de cumplir los 5 años en la región, lo que supone una tasa de 74 muertes/1000 nacidos vivos. Curiosamente, es la misma tasa media mundial que se tenía en 2001, cuando esta cifra se consideraba tan inaceptable que llevó a la comunidad internacional a incluir la mortalidad infantil como uno de los Objetivos del Milenio.

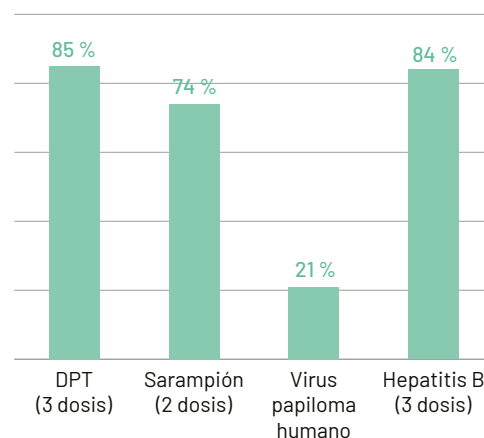
En 2021, 133 países ya habían alcanzado esta meta. Manteniendo las tendencias actuales, se espera que otros 13 lo hagan para el 2030, llegando así a los 146 países. Pero para alcanzar la meta para el 2030, deberán acelerarse los avances en 54 países, de los cuales casi 75 % se encuentran en África Subsahariana, que es donde persiste una mayor mortalidad infantil. Si nos centramos en la mortalidad neonatal, esta aceleración en los progresos debe darse en 60 países.

La vacunación es una de las intervenciones de salud pública más eficaces. La cobertura vacunal se había estancado en la década anterior a la pandemia de COVID-19 y, después del colapso que supuso la pandemia en los servicios sanitarios, incluyendo los de inmunización, en 2022 existe una recuperación respecto a las cifras que se dieron en 2021. No obstante, las cifras están lejos de ser óptimas y sus resultados son muy dispares. El número de menores que no recibió ninguna vacuna en 2022 fue de 14,3 millones¹⁴, frente a los 18,1 millones de 2021, mejorando un 21 %, pero siguen siendo unas cifras inaceptables. Otros 6,2 millones de menores solo están parcialmente vacunados, y la inequidad en el acceso es evidente en esta meta. Casi el 60 % de los y las menores no vacunados o mal vacunados viven en 10 países: Angola, Brasil, Etiopía, Filipinas, India, Indonesia, Mozambique, Nigeria, Pakistán y la República Democrática del Congo.

Se ha recuperado prácticamente el porcentaje, perdido en 2021, de menores que recibieron tres dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP). La cifra de menores que no re-

ciben ninguna vacuna, los llamados «dosis cero», disminuyó de 18,1 millones en 2021 a 14,3 millones en 2022, casi al valor anterior a la pandemia de 2019 de 12,9 millones. Se interrumpe así, el mayor descenso sostenido de la vacunación infantil en aproximadamente 30 años. Los países de rentas más bajas tienen las peores cifras de cobertura, el 84 %, lejos del mínimo del 95 % de cobertura que se debería alcanzar para evitar brotes. Así se observa que la vacunación para el sarampión apenas alcanza el 74 %, la cobertura mundial de vacunación contra el papiloma humano en niñas es del 21 % y la inmunización contra la fiebre amarilla en países que están amenazados por esta enfermedad es del 48 %.

GRÁFICO 1.1. Coberturas vacunales mundiales 2022



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DATOS DE LA OMS

La relación de la mortalidad infantil con problemas medio ambientales o derivados del cambio climático cada vez son más evidentes, necesitando de un abordaje más integral que la mera mejora del acceso al sistema sanitario. Las enfermedades diarreicas resultantes de unos servicios deficientes de agua potable, saneamiento e higiene (WASH), provocan la muerte de 525.000 niños y niñas menores de cinco años cada año, 1438 al día. En una investigación de 2009 que trataba de

relacionar el impacto del aumento de las temperaturas con la mortalidad infantil, se concluyó que la mortalidad infantil relacionada con el calor era el doble de lo que habría sido sin el cambio climático. Este exceso de mortalidad infantil superaba las reducciones en la mortalidad por calor derivadas de las mejoras asociadas al desarrollo¹⁵.

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

Malaria, sida y tuberculosis han sido las tres enfermedades infecciosas que, antes de la aparición de la pandemia de la COVID-19, recibían la mayor parte de la atención internacional, estando desde el año 2000 dentro de las prioridades mundiales en salud, tanto en los Objetivos del Milenio, como en los ODS. Los datos globales muestran cómo, gracias a este interés, se ha mejorado la situación de estas enfermedades, pero se está muy lejos de alcanzar los indicadores propuestos.

VIH-SIDA

En el año 2000, más de 2,5 millones de personas contraían el VIH cada año y el sida mataba a 2 millones de personas al año, alcanzando su pico máximo en 2004. La situación ahora ha mejorado sensiblemente, aunque no se puede estar satisfechos. En 2021, 650.000 personas murieron por VIH-sida, un 67 % menos que en el año 2000, y contrajeron la enfermedad 1,5 millones de personas, un 40 % menos. En 2022 estas cifras siguieron bajando: 1,3 millones las nuevas personas infectadas y 630.000 muertes por VIH/sida. El tratamiento eficaz contra el VIH, junto con la mejora en el acceso a los tratamientos, ha permitido reducir las muertes por VIH y salvar 20,8 millones de muertes en las últimas tres décadas.

Estos datos permiten a UNAIDS en su informe 2023¹⁶ afirmar que es posible alcanzar los objetivos e indicadores relacionados con esta enfermedad para 2030. Para ello es necesario que haya un mayor compromiso. La financiación en 2022 de los programas en países de ingresos bajos y medio para luchar contra esta enfermedad, alcanzaban los 20.800 millones de dólares, reduciéndose un 2,1 % respecto a 2021, lejos de los 29.300 millones que se deberían de destinar en 2025. También es fundamental que esta financiación se acompañe de políticas centradas en los derechos de las personas, eliminando leyes que vayan contra la libertad sexual, promoviendo la igualdad de género y luchando contra la violencia sexual y de género, y contra el estigma. La equidad en el acceso de la población más vulnerable es un elemento que no puede olvidarse si se quiere una respuesta exitosa. Las adolescentes y las mujeres jóvenes siguen teniendo que enfrentarse a riesgos extraordinariamente altos de infección por el VIH en muchas partes del África Subsahariana, en comparación con las personas adultas en general y los hombres en particular. La prevalencia del VIH era once veces mayor entre los hombres homosexuales, cuatro veces mayor entre las trabajadoras sexuales, siete veces mayor entre las personas que usan drogas inyectables y catorce veces mayor entre las personas transgénero.

A pesar del optimismo de UNAIDS, los cambios que predica no son fáciles de realizar, y los objetivos intermedios difíciles de conseguir. Para alcanzar la meta de reducir a menos de 370.000 nuevas infecciones anuales para 2025, se necesitaría reducir las cifras actuales en un 75 %, algo impensable en apenas 3 años. De los 39 millones de personas que vivían en 2022 con VIH, unas 9.2 millones no recibían tratamiento contra la infección, algo que se visibiliza más en la cobertura de las niñas, niños y adolescentes, ya que el 43 % no tienen acceso a tratamiento.

14 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

15 Sarah Chapman et al 2022 Environ. Res. Lett. 17 074028

16 https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf

Malaria

En cuanto a la malaria, el último informe publicado en diciembre de 2022 sobre esta enfermedad¹⁷, muestra una mejoría sensible en algunos datos de 2021 respecto al retroceso que se había producido en 2020 por la pandemia. Las muertes provocadas por esta enfermedad alcanzaron en 2021 la cifra de 619.000, 6.000 menos que en 2020, pero aún lejos de las 589.000 muertes de 2019, antes de la pandemia de la COVID-19. Sin embargo, el número de casos se incrementó, alcanzando en 2021 los 247 millones, dos millones más que el año anterior, y 15 millones más que en 2019. El 95 % de estos casos y el 98 % de las muertes se dieron en África Subsahariana.

Como la mayoría de las metas, se necesita un impulso más decidido para poder cumplir las metas previstas para 2020, 2025 y 2030 en la “Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030”¹⁸:

1. Reducir la incidencia de casos de malaria en al menos un 40 % en 2020, un 75 % en 2025 y un 90 % para 2030;
2. Reducir las tasas de mortalidad por malaria en al menos un 40 % en 2020, un 75 % en 2025 y un 90 % para 2030;
3. Eliminar la malaria en al menos 25 países en 2025 y 35 países para 2030;
4. Prevenir un resurgimiento de la malaria en todos los países que están libres de malaria.

Como se señalaba en el informe de 2022, los resultados de 2020 no se cumplieron y si se mantiene la misma tendencia, no se van a conseguir estas metas ni para 2025 ni para 2030. El número de casos previsto para 2021 era de 31 nuevos casos por cada 100.000 habitantes. La realidad ha sido que ha habido 59,2 nuevos casos, una cifra que prácticamente duplica lo esperado. La tasa de

mortalidad por malaria (número de muertes por cada 100.000 personas en riesgo) prácticamente no ha variado en los últimos años: ha pasado de 15/100.000 en 2015 a 14,8/100.000 en 2021. La pandemia de la COVID-19, si bien no es la única causa, no es ajena a estos datos. Se estima que entre 2019 y 2021 13,4 millones de casos adicionales y 63.000 muertes son atribuibles al colapso de los sistemas sanitarios debido a la pandemia de COVID-19.

El tratamiento con artemisinina es uno de los más eficaces que existen actualmente para combatir la Malaria. Preocupa la potencial aparición en África, el continente más afectado por esta enfermedad, de resistencias parciales. En noviembre de 2022, la OMS presentó la “Estrategia para responder a la resistencia a los medicamentos antipalúdicos en África”¹⁹, cuyos objetivos son: (i) mejorar la detección de resistencia para asegurar una respuesta oportuna, (ii) retrasar la aparición de resistencia a la artemisinina y a los fármacos asociados a la terapia combinada basada en artemisinina (ACT), y (iii) limitar la propagación de parásitos resistentes cuando se haya confirmado la resistencia. Esta estrategia se basa en cuatro pilares:

- Pilar I. Fortalecer la vigilancia de la eficacia y la resistencia a los medicamentos antipalúdicos.
- Pilar II. Optimizar y regular mejor el uso de diagnósticos y terapias para limitar la presión de los medicamentos a través de medidas preventivas.
- Pilar III. Reaccionar ante la resistencia limitando la propagación de parásitos resistentes a los medicamentos antipalúdicos.
- Pilar IV. Estimular la investigación y la innovación para aprovechar mejor las herramientas existentes y desarrollar nuevas herramientas contra la resistencia.

La comunidad internacional ha puesto muchas esperanzas en el lanzamiento de la vacuna contra la malaria RTS,S/AS01 en zonas de transmisión de malaria de moderada a alta. En octubre de 2021, la OMS recomendó la vacuna RTS,S/AS01 para la prevención de la malaria por Plasmodium falciparum en niños que vivían en regiones con transmisión moderada a alta. En julio de 2022, la OMS emitió la aprobación de precalificación para la vacuna RTS,S. En diciembre de 2021, la Alianza para las Vacunas (GAVI), aprobó una inversión inicial de casi 160 millones de dólares para los años 2022 para esta vacuna, y en agosto de 2022, UNICEF anunció que había asegurado el suministro de la vacuna producida por GSK, 18 millones de dosis, para el periodo 2023-2025.

Más allá de si los resultados con la vacuna van a ser tan exitosos como se esperan, la malaria necesita un abordaje más integral en todos los niveles, prevención, tratamiento y diagnóstico, para realmente conseguir unos resultados positivos; sin olvidar la relevancia que puede tener en el futuro el cambio climático que está provocando que los mosquitos del género “Anopheles”, los únicos portadores de la malaria, se expandan a una velocidad nunca vista. En concreto, se han propagado hacia el sur a una media de 4,7 kilómetros / año, una velocidad dos o tres veces más rápida de lo que se había estimado hasta ahora. En estos momentos están 500 km más cerca del Polo Sur que en 1898²⁰. Y otro dato. En los últimos 100 años, cada año ha ganado 6,3 metros de altura, lo que pone en riesgo zonas montañosas en África que antes estaban libres de malaria. El Observatorio Europeo de clima y salud prevé que, los cambios climáticos aumenten el riesgo de infecciones de malaria de transmisión local en Europa en el futuro²¹, 50 años después de su erradicación en Europa. De hecho, en 2017 y 2018 ya se detectaron casos “autónomos”, no relacionados con viajes

internacionales, 18 y 14 respectivamente, en países como Francia, Grecia, España e Italia.

Tuberculosis

A pesar de no tener la presencia mediática de la malaria, el VIH /sida o la COVID-19, la tuberculosis sigue siendo un problema de orden mundial. De hecho, antes de la aparición de la COVID-19, era la enfermedad infecciosa que más muertes producía en el mundo por una sola causa. La OMS advierte en el “informe 2022 sobre tuberculosis”²² que, sin tratamiento, tiene una tasa de mortalidad muy elevada, alrededor del 50 %. Además, añade que uno de los mayores problemas es el incremento de la tuberculosis multirresistente a los fármacos actuales, que dificulta el tratamiento de los pacientes. A pesar de su importancia, se está muy lejos de cumplir los compromisos en la lucha contra esta enfermedad.

La COVID-19 ha paralizado y revertido algunos de los avances que se habían alcanzado en la lucha contra la tuberculosis (TB), como el de nuevos casos diagnosticados que pasaron de 7,1 millones de personas en 2019 a 5,8 millones en 2020. En 2021 hubo una cierta recuperación y se diagnosticaron 6,4 millones de personas. A pesar de la recuperación que se ha producido en 2021, se está muy lejos de alcanzar las metas previstas en la “Estrategia para acabar con la tuberculosis en 2030”²³ de la OMS para 2025. Se estima que en 2021 se produjeron 1,6 millones de muertes por tuberculosis, lo que supone un aumento del 14,1 % con respecto al 2020. Es la primera vez en casi dos décadas que aumenta el número de muertes por tuberculosis. De hecho, entre los años 2015 y 2021, las reducciones netas de la incidencia de tuberculosis y la mortalidad por esta enfermedad fueron del 10 % y el 5,9 % respectivamente, cuando el objetivo que marca la estrategia es reducir en un 90 por ciento la incidencia de casos y 80 por ciento la mortalidad por tuberculosis para el año 2030.

17 World malaria report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

18 Estrategia técnica mundial contra la malaria 2016-2030, actualización 2021 [Global technical strategy for malaria 2016-2030, 2021 update]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

19 Strategy to respond to antimalarial drug resistance in Africa. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

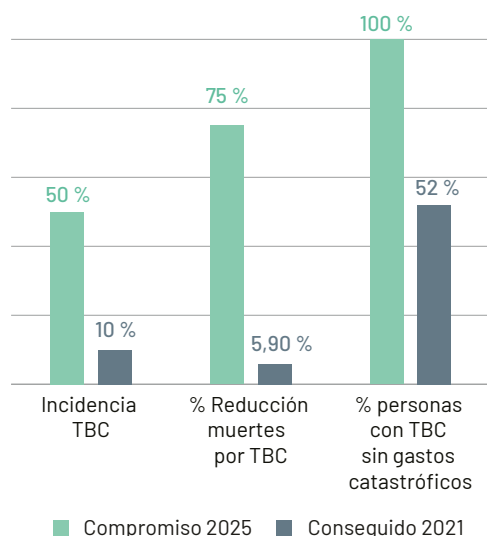
20 <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rsbl.2022.0365>

21 <https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory/evidence/health-effects/vector-borne-diseases/malaria-factsheet>

22 Global tuberculosis report 2022. Geneva: World Health Organization; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

23 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1>

GRÁFICO 1.2. Diferencia entre compromisos para 2025 y resultados en 2021 de la “Estrategia acabar con la TB” de la OMS



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE LA OMS

Estos datos preocupan aún más si se analizan los compromisos en atención y financiación para 2022 y lo conseguido en 2021. Unos compromisos que fueron aprobados en la primera Reunión de Alto Nivel para la lucha contra la tuberculosis celebrada en Naciones Unidas en 2018²⁴, pero que en su mayoría no se han alcanzado.

TABLA 1.1. Comparativa compromisos 2022/realizado en 2021 en la lucha contra la tuberculosis (TB), en millones

META	Meta 2022	datos 2021	% de éxito
Personas tratadas de TB	40	26,3	66 %
Menores tratados de TB	3,5	1,9	54 %
Personas tratadas con TB resistente	1,5	0,65	43 %
Menores tratados de TB resistente	0,115	0,017	11 %
Tratar 6 millones con TB y VIH-SIDA	6	10,3	171 %
Personas con tratamiento preventivo	30	12,5	42 %
Tratamiento preventivo en contactos > 5 años	20	0,6	3 %
Tratamiento preventivo en contactos menores 5 años	4	1,6	40 %
Financiación TB (miles millones de dólares)	13	5,40	41 %
Investigación TB (miles millones de dólares)	2	0,91	45 %

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, UTILIZANDO DATOS DE LA OMS

24 <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/unga-high-level-meeting-on-the-fight-against-tb/unga-high-level-meeting-on-ending-tb#:~:text=The%20first%20Dever%20UN%20General,RES%2F73%2F3>

Salvo el acceso a tratamientos antituberculosos de personas que viven con VIH y con TB a la vez, que supera con creces lo previsto, el resto de las metas están muy lejos de conseguirse, menos aún en un solo año, destacando el escaso 3 % de tratamiento preventivo para personas mayores de 5 años que viven en la misma casa que una persona con TB. Si se observa la tabla, solamente el número de personas tratadas de TB supera el 50 %, lo que indica el escaso compromiso que suscita esta enfermedad a nivel internacional; más aún cuando se ha comprobado que los tratamientos tienen un alto nivel de éxito, el 86 % de las personas tratadas de TB se curan.

El éxito del tratamiento hace que no se entienda que 13,7 millones de personas no tengan aún acceso a tratamiento, que siga creciendo el número de casos de TB multirresistente, o que la financiación de la lucha contra la TB sea la mitad de lo necesario para acabar con esta enfermedad. Además, sabiendo que el 87 % de las personas afectadas se encuentra en 30 países, quizás se podría elaborar una estrategia específica para estos países.

Es verdad que esta enfermedad es compleja de abordar, ya que debe tener una aproximación multisectorial, pues está muy ligada a otros

condicionantes que no son exclusivamente el acceso a servicios sanitarios, como la pobreza, malnutrición, diabetes, VIH/sida o el tabaco. La duración del tratamiento obliga a un seguimiento permanente y un acceso continuado a servicios de salud, que en muchos lugares del mundo no se puede asegurar, ya sea por falta de capacidades de los propios sistemas de salud, ya sea por conflictos que paralizan estos servicios sanitarios.

Si bien la relación del cambio climático con la TB no es tan directa como puede serlo con otras enfermedades infecciosas, los estudios han comenzado a resaltar el impacto potencial que sus efectos podrían tener en la propagación de la enfermedad. No es solamente por las consecuencias de los desastres naturales, que interrumpen los programas sanitarios, algo a lo que las personas afectadas por esta enfermedad son muy sensibles, ya que deben de cumplir con un tratamiento diario durante meses. También las inundaciones o sequías persistentes afectan a la nutrición de las personas, un factor determinante para esta enfermedad, y las migraciones climáticas favorecen el hacinamiento y dificultan en tratamiento de personas enfermas²⁵.

En septiembre de 2023, la Asamblea General de las Naciones Unidas celebró la segunda reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis²⁶, que acabó con la aprobación de una nueva declaración política para “Promover la ciencia, la financiación y la innovación, así como sus beneficios, para poner fin urgentemente a la epidemia mundial de tuberculosis, en particular asegurando un acceso equitativo a la prevención, las pruebas, el tratamiento y la atención”. Este compromiso lleva explícito la necesidad de acelerar los avances hacia la Cobertura Sanitaria Universal, en particular mediante una Atención Primaria de Salud sólida y sostenible, con planteamientos multisectoriales que aborden los

factores de la tuberculosis, que impliquen a las personas afectadas mediante un acceso equitativo y asequible a servicios de alta calidad y sin dificultades económicas. Los jefes de Estado y de Gobierno y los representantes de los Estados reafirmaron su determinación de poner fin a la epidemia de tuberculosis de aquí a 2030 y examinaron los avances en la aplicación de la declaración política de aquí a 2027:

1. Al menos el 90 % del número estimado de personas que enferman de tuberculosis reciban un diagnóstico y un tratamiento de calidad garantizada, y todas las personas diagnosticadas se sometan inicialmente a las pruebas moleculares rápidas recomendadas por la Organización Mundial de la Salud, y reciban apoyo para completar el tratamiento, lo que se traduce en proporcionar un tratamiento vital a aproximadamente 45 millones de personas entre 2023 y 2027, incluidos hasta 4,5 millones de niños y hasta 1,5 millones de personas con tuberculosis resistente;
2. Al menos el 90 % de las personas con alto riesgo de enfermar de tuberculosis reciban tratamiento preventivo, lo que se traduce en proporcionar tratamiento profiláctico antituberculoso a unos 45 millones de personas, incluidos unos 30 millones de personas que conviven con personas con tuberculosis, incluidos niños y unos 15 millones de personas con el VIH, con el propósito de llegar a más personas, incluidas las que viven en regiones geográficas remotas o en zonas de difícil acceso, teniendo en cuenta las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud;
3. El 100 % de las personas con tuberculosis tenga acceso a un paquete de prestaciones sociales y de salud, de manera que no tengan que pasar dificultades económicas a causa de su enfermedad.

25 https://elpais.bo/reportajes/20230511_el-cambio-climatico-exacerba-los-factores-de-riesgo-de-la-tuberculosis.html

26 <https://www.who.int/activities/preparing-for-the-un-high-level-meeting-on-the-fight-against-tuberculosis-2023#:~:text=against%20tuberculosis%2C%202023,-UN%20General%20Assembly%20High%2Dlevel%20Meeting%20on%20the%20fight%20against,tuberculosis%20on%2022%20September%202023>

Hepatitis

La hepatitis B y C provoca anualmente 1,1 millones de muertes y 3,3 millones de nuevas infecciones cada año²⁷. 350 millones de personas viven con una infección crónica por hepatitis viral en el mundo, y el número sigue creciendo. La importancia es tal que, si las tendencias continúan igual, la hepatitis matará más personas en 2040 que la malaria, el VIH/sida y la TB juntas. Uno de los problemas a superar es la cantidad de personas que no son diagnosticadas, junto con la dificultad de acceso a tratamiento. Sólo el 10 % de las personas con hepatitis B crónica son diagnosticadas y sólo el 22 % de las personas diagnosticadas recibe tratamiento. Si se habla de hepatitis C, sólo el 21 % son diagnosticadas. A tenor de estos datos, acabar con la hepatitis en 2030, como pretende la OMS, parece misión imposible, aunque hayan disminuido los precios del tratamiento de la hepatitis C, 60 dólares por 12 semanas de tratamiento y 30 dólares al año el de la hepatitis B. Pueden parecer precios asequibles, pero hay que recordar que 720 millones de personas viven con menos de 2,15 dólares al día en países donde los sistemas sanitarios y de protección social.

Enfermedades tropicales desatendidas

Las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD) son una colección heterogénea de 20 enfermedades transmisibles y no transmisibles y grupos de enfermedades asociadas con la pobreza. Las veinte enfermedades tropicales desatendidas definidas por la OMS²⁸ incluye la dracunculiasis, la enfermedad del sueño africana, la lepra, la oncocercosis, la esquistosomiasis, la filariasis linfática, la tracoma, la úlcera de Buruli, la enfermedad de Chagas, la cisticercosis, la equinococosis, la fascioliasis, la leishmaniasis, la tripanosomiasis americana, la tripanosomiasis africana, la tungiasis, la teniasis/cisticercosis, la

toxocariasis, la toxoplasmosis y la yaws. Las ETD son un grave problema de salud mundial que afecta a personas de países tropicales y subtropicales. Desde 2010 hasta 2021 se han reducido en un 25 % el número de personas que necesitaban algún tratamiento por estas enfermedades, pero siguen siendo 1.650 millones de personas las que requieren tratamiento para al menos una ETD cada año. En 2021 el 46 % de la población que vive en estos países, necesitó tratamiento y atención para las ETD, frente al 79 % de 2010. En 2021 se aprobó la “hoja de ruta para las enfermedades tropicales desatendidas 2021-2030”²⁹, donde se plantean objetivos e hitos globales para prevenir, controlar, eliminar o erradicar 20 enfermedades y grupos de enfermedades, así como objetivos transversales alineados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Se basa en 3 pilares: (i) acelerar la acción programática, (ii) intensificar los enfoques transversales y (iii) cambiar los modelos operativos y la cultura para facilitar la apropiación nacional.

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

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) siguen siendo la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo, más que las enfermedades infecciosas en su conjunto. Las ENT son responsables de la muerte de 41 millones de personas en el mundo; es decir, del 75 % de las muertes registradas anualmente³⁰. Es cierto que muchas de estas muertes se podrían asociar con las muertes que suceden por la degeneración propia de la edad de las personas, de ahí que sea importante destacar las muertes prematuras,

que son aquellas que se producen antes de los 70 años. Son 17 millones de muertes las que ocurren antes de los 70 años debido a este grupo de enfermedades, la mayor parte, el 77 %, en países de renta media y baja. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo. Las enfermedades cardiovasculares suponen la mayoría de las muertes por ENT (17,9 millones de personas cada año), seguidas del cáncer (9,3 millones), las enfermedades respiratorias crónicas (4,1 millones) y la diabetes (2,0 millones, incluidos los fallecimientos por nefropatía diabética). Juntas sumarían el 80 % de todas las muertes debidas a las ENT.

La estrategia desarrollada por la OMS en 2017³¹ para la prevención y el control de las ENT, explicita distintas líneas de acción para trabajar con los 4 principales factores de riesgo que son el tabaquismo, asociado a más de 8 millones de muertes al año, el uso nocivo del alcohol con 1,5 millones de muertes, la dieta malsana, (el exceso de sal 1,8 millones y de azúcar 184.000 muertes³²) es responsable de casi 2 millones de muertes, y 830.000 muertes serían atribuibles a la inactividad física.

La lucha contra este grupo de enfermedades obliga a tener una visión integral y multisectorial del problema porque estos factores no dependen solamente del comportamiento individual de cada persona, o del acceso a recursos a nivel del sector sanitario, sino que se deben de tomar medidas de salud pública que van a afectar a los intereses económicos que existen detrás de unos productos nocivos para la salud. Por ejemplo, la Alianza ENT ha publicado un informe en septiembre de 2023, “Aviso contra daños: lecciones y recomendaciones para avanzar en políticas

de etiquetado en todos los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles”³³, donde propone una serie de medidas para que todos los gobiernos etiqueten e informen adecuadamente de los riesgos que suponen para la salud todos los productos, ya que muchos países no lo hacen. En 2022, 103 países cumplían con la norma que aparece en el Convenio Marco de control del tabaco de etiquetarlo advirtiendo de los riesgos para la salud, 41 países no cumplían con el tamaño mínimo que se exigía a esa advertencia y la mitad de estos últimos ni siquiera etiquetaban el tabaco³⁴.

Para atajar los principales condicionantes de estas enfermedades no se puede trabajar únicamente en modificar el comportamiento individual de las personas, sino que se les debe proteger de una publicidad engañosa, e incluir medidas legales de control y vigilancia para esos productos.

Además, hay que tener en cuenta los riesgos asociados con el medio ambiente. La contaminación atmosférica por sí sola provoca 5,7 millones de muertes por ENT, entre las que se incluyen cáncer, enfermedades pulmonares obstructivas crónicas, y enfermedades cardiovasculares. En este sentido, hay que tener en cuenta que los principales impulsores del cambio climático también actúan como factores de riesgo ambiental para las ENT. En un estudio realizado entre los años 1990 y 2019, se comprobó que la carga de enfermedades no transmisibles relacionadas con las altas temperaturas mostró una tendencia ascendente³⁵.

El término “Sindemia Global”³⁶ se refiere a la interacción global entre obesidad, desnutrición y cambio climático. Hoy en día es considerada como la mayor amenaza para la salud humana

27 <https://www.who.int/campaigns/world-hepatitis-day/2023/key-messages>

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

29 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010352>

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

31 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>

32 <https://www.jano.es/noticia-el-consumo-bebidas-azucaradas-causa-24508>

33 <https://ncdalliance.org/resources/warning-against-harm-lessons-and-recommendations-to-advance-labelling-policy-across-risk-factors-for-noncommunicable-diseases>

34 WHO. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: protect people from tobacco smoke. Geneva; WHO, 2023. 9th edition

35 Song J, Pan R, Yi W, et al. Ambient high temperature exposure and global disease burden during 1990–2019: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. *Sci Total Environ*. 2021;787:147540.

36 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(18\)32822-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(18)32822-8/fulltext)

y del planeta, pues afecta a la mayoría de las personas en todos los países y regiones. Los principales espacios en los que se debe trabajar para evitar esta sindemia global serían la alimentación y la agricultura, el transporte, el diseño urbano y el uso de la tierra, sin olvidar la relevancia que puede tener el incorporar políticas de protección de las personas y el papel que las empresas y los intereses comerciales juegan en este problema, como las bebidas azucaradas o los alimentos ultra procesados, siendo causa de enfermedades como la obesidad, la diabetes y enfermedades cardiovasculares, que al ser más baratos, son utilizados más por las clases más empobrecidas de la sociedad³⁷.

Salud mental

Los problemas de salud mental son, seguramente, los más invisibles de todos los problemas de salud, algo que se ha comprobado con la pandemia de la COVID-19, donde se pudo constatar el aumento de este tipo de problemas tanto en los y las profesionales sanitarios como en las personas más jóvenes³⁸. La salud mental está determinada por una compleja interacción de tensiones y vulnerabilidades individuales, sociales y estructurales³⁹. La primera causa de esta invisibilidad, y la más evidente, es la enorme cantidad de prejuicios sociales que provoca, lo que hace que muchas veces las personas o familias, para no estar estigmatizadas, los oculten. La segunda, es la diferencia en el abordaje del problema por parte de distintas sociedades debido a su diferente enfoque de salud, siendo difícil el consensuar una descripción precisa de lo que es o no es una enfermedad mental⁴⁰. Por último, la

diferencia de una enfermedad física “que se ve” y una mental que “no se ve”, dificultan claramente su visibilidad y relevancia para la sociedad. De hecho, no es algo que se priorice en la cooperación sanitaria mundial, donde la salud mental nunca ha superado el 1 % de inversión.

Estamos ante un problema que cada vez es más visible, con datos muy preocupantes. Casi mil millones de personas en todo el mundo padecen un trastorno mental y cada año más de 700.000 personas mueren por suicidio, siendo la cuarta causa de muerte entre las personas de 15 a 29 años⁴¹. La pérdida de productividad como resultado de dos de los trastornos mentales más comunes, la ansiedad y la depresión, le cuesta a la economía mundial 1 billón de dólares cada año. En 2010, se estimó que la mala salud mental le costó a la economía mundial aproximadamente 2,5 billones de dólares en mala salud y reducción de la productividad, un costo que se prevé aumentará a 6 billones de dólares para 2030⁴².

En el “Plan de Acción Integral en Salud Mental 2013-2030”⁴³, que elaboró la OMS y que fue actualizado en 2022, se proponen una serie de metas en salud mental para alcanzar en 2030. Las más destacadas son:

1. Para el año 2030, el 80 % de los países habrán elaborado o actualizado sus políticas o planes de salud mental, en consonancia con los instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.
2. Para el año 2030, el 80 % de los países habrán elaborado o actualizado sus leyes de salud mental, en consonancia con los

instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos.

3. La cobertura de servicios para los problemas de salud mental habrá aumentado al menos en un 50 % para 2030.
4. Para el año 2030, el 80 % de los países habrán duplicado el número de centros de salud mental de base comunitaria.
5. Para el año 2030, el 80 % de los países habrán integrado la salud mental en la atención primaria de salud.
6. El 80 % de los países tendrán en funcionamiento como mínimo dos programas multisectoriales nacionales de promoción y prevención en materia de salud mental para el año 2030.
7. La tasa de suicidios se habrá reducido en un tercio para el año 2030.
8. El 80 % de los países contará con un sistema de preparación en salud mental y apoyo psicosocial para hacer frente a emergencias y/o desastres para el año 2030.
9. El 80 % de los países calculará y notificará sistemáticamente cada dos años al menos un conjunto básico de indicadores de salud mental por medio de su sistema nacional de información sanitaria y social para el año 2030.
10. La producción de la investigación mundial sobre salud mental se duplica para el año 2030.

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

Alcohol y tabaco

Tabaco y alcohol son las dos sustancias adictivas más relevantes. Respecto al tabaco, existió un acuerdo mundial para reducir su impacto,

plasmado en el Convenio Marco de control del tabaco aprobado en 2003⁴⁴, hace ya 20 años. El tabaco es responsable de más de 8 millones de muertes al año, incluido 1,3 millones de fumadores pasivos, ya que se asocia con un mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias, cáncer, diabetes e hipertensión. Se han identificado más de 7.000 sustancias químicas en el humo del tabaco y se sabe que al menos 70 causan cáncer en humanos y animales. Como consecuencia, el 5,7 % del gasto global mundial en salud se dedica a las consecuencias derivadas del consumo de tabaco⁴⁵.

Además de las consecuencias perjudiciales para la salud, la OMS en su informe para el Día Mundial del tabaco 2023⁴⁶, advierte que mientras la inseguridad alimentaria afecta a 349 millones de personas, 3,2 millones de hectáreas de tierras fértiles están siendo utilizadas para el cultivo del tabaco, algo que, además, afecta también al medio ambiente, debido a la deforestación (el 5 % del total de lo deforestado es debido a plantaciones de tabaco). El cultivo de tabaco también provoca la contaminación de fuentes de agua y la degradación del suelo por los fertilizantes y pesticidas que se utilizan. Por lo tanto, la producción y el consumo de tabaco también contribuyen al calentamiento global, liberando 80 millones de toneladas de CO₂ al medio ambiente cada año, el equivalente a conducir 17 millones de automóviles a gasolina cada año. Además, son necesarios 22.000 millones de toneladas de agua para la producción de tabaco a nivel mundial, aproximadamente 3,5 veces el volumen de agua del lago Chad. De hecho, para cultivar tabaco se necesita el doble de agua que para cultivar maíz, un alimento esencial, algo que hay que tener en cuenta con la escasez de agua que sufre el planeta. Con el tabaco se generan 2 millones de toneladas de

37 <https://gastronomiaycia.republica.com/2022/09/14/en-periodo-de-inflacion-los-alimentos-poco-saludables-son-los-mas-economicos/>

38 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9883078/#:~:text=A%20cross%2Dsectional%20online%20survey,and%20loneliness%20in%20both%20samples>

39 https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?gclid=Cj0KCQjwq-P2pBhDMARisAJQ0Czr9b93LYLcNMUbsBgdrUW5R9ivAmyLivAK9Om9DM6Gi3uUNq30t5ksaAh30EALw_wcB

40 <https://www.redalyc.org/journal/279/2795772009/html/>

41 <https://www.paho.org/es/noticias/12-9-2023-oms-lanzo-nuevos-recursos-sobre-prevencion-despenalizacion-suicidio>

42 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30432-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30432-0/fulltext) [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30432-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30432-0)

43 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029>

44 <https://fctc.who.int/es/newsroom/news/item/21-05-2023-20th-anniversary-of-the-adoption-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control>

45 Goodchild M, Nargis N, Tursan d'Espaignet E. Global economic cost of smoking-attributable diseases. *Tob Control*. 2018;27(1):58–64. doi:10.1136/tobaccocontrol-2016-053305

46 World No Tobacco Day 2023: grow food, not tobacco. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

residuos de envases, que equivale al peso de 9.433 trenes de mercancías⁴⁷.

Pero el consumo del tabaco no se da por igual en todo el mundo. El 80 % de los 1.300 millones de fumadores viven en países de renta baja o media⁴⁸. En los últimos años, debido a la presión en algunos de los países desarrollados, ha aumentado el cultivo en África, concretamente un 20 % desde 2005⁴⁹. Dada la relevancia del problema, el director de la OMS ha pedido que los gobiernos no subvencionen esos cultivos.

En lo referente al alcohol, su consumo es un factor causal en más de 200 enfermedades y lesiones, responsable de 3 millones de muertes cada año, el 5,3 % del total, destacando que son el 15 % de las muertes totales en la franja de edad entre los 20 y los 39 años⁵⁰. Sin embargo, y a pesar de estas cifras, se está muy lejos de controlar las agresivas campañas de marketing que a veces unen alcohol con actividades culturales o deportivas, o del uso de las redes sociales, que como decíamos en el informe de 2022 están cogiendo cada vez más relevancia en la comercialización de bebidas alcohólicas⁵¹.

META 3.6. DE AQUÍ A 2020, REDUCIR A LA MITAD EL NÚMERO DE MUERTES Y LESIONES CAUSADAS POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN EL MUNDO

Cada año mueren por accidente de tráfico aproximadamente 1,3 millones de personas y entre 20 y 50 millones resultan heridas de diferente consideración⁵². La mitad de todas las muertes lo son de usuarios vulnerables, como peatones, ciclistas o motoristas. El 93 % de las muertes se dan en países de renta media o baja, aunque solo tienen el 60 % del parque mundial de

vehículos. A la mayoría de estos países, los accidentes les cuesta hasta el 3 % del PIB. La muerte por accidente de tráfico es la primera causa de muerte entre los 5 y los 29 años.

Las causas principales que provocan los accidentes son variadas, destacando el exceso de velocidad, el error humano, conducir bajo los efectos del alcohol o de otras sustancias psicoactivas, el mal estado de las carreteras, el estado de los vehículos y una mala gestión sanitaria post accidente o leyes de tráfico inadecuadas. En la Asamblea de Naciones Unidas de septiembre de 2020⁵³ se aprobó el Plan global para la Década de Acción para la Seguridad Vial 2021-2030⁵⁴, con el objetivo de disminuir la mortalidad por esta causa en un 50 %, algo que parece difícil de conseguir dada la multitud de variables que deben controlarse. Para poder valorar cómo evoluciona este plan, Naciones Unidas ha asumido los informes de situación global. Se espera que el siguiente informe sobre la situación mundial se publique a finales de 2023.

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

Esta meta está muy relacionada con la 3.8, lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), pero tiene unas especificidades que superan el ámbito sanitario. Menos de la mitad de las mujeres del mundo en edad reproductiva (de 15 a 49 años), 966 millones, utilizan algún método de planificación familiar, si bien el 90 % utilizan métodos modernos de contracepción. El 10 % restante, 96 millones, utilizan métodos tradicionales. Hay 164 millones de mujeres que quieren retrasar o

evitar el embarazo, pero no usan métodos anti-conceptivos⁵⁵ por falta de acceso lo que pone a veces sus vidas en riesgo. De los 41 países donde la mitad de las mujeres que quieren evitar el embarazo utilizan métodos modernos de contracepción, más de la mitad, 22 millones, se encuentran en el África Subsahariana.

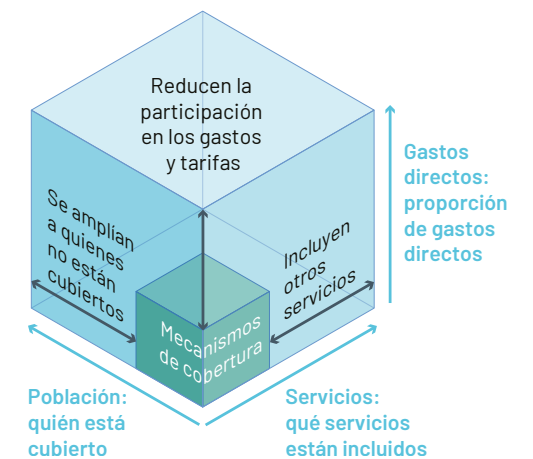
En una revisión de publicaciones sobre las principales barreras que se encuentran las mujeres para una planificación familiar efectiva⁵⁶, se observaba que la mayoría de estas barreras están relacionadas con el conocimiento de las mujeres sobre planificación familiar, el apoyo de otras personas (maridos, sociedad, etc.), las normas sociales y la asignación de prioridad a la planificación familiar.

Existe un consenso elevado en considerar la salud reproductiva un elemento primordial en la salud internacional, si bien no hay una posición tan homogénea si se habla de salud sexual. Según la OMS, la capacidad de los hombres y las mujeres para lograr la salud y el bienestar sexuales depende del acceso a información integral de buena calidad sobre sexo y sexualidad, al conocimiento de los riesgos y su vulnerabilidad ante las consecuencias adversas de la actividad sexual sin protección, a la posibilidad de acceder a la atención de salud sexual y a residir en un entorno que afirme y promueva la salud sexual. La realidad es que 67 países criminalizan las relaciones con personas del mismo sexo⁵⁷ y la violencia de género sigue siendo un enorme problema que es preciso atajar. En todo el mundo, 736 millones de mujeres adultas —casi una de cada tres— han sido víctimas de violencia y 45.000 mujeres murieron a manos de su pareja o algún familiar⁵⁸. Pero este problema no se va a resolver si no se tiene en cuenta la desigual situación de la mujer y los modelos sociales que perpetúan esa desigualdad.

META 3.8. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) es una meta muy ambiciosa que se logrará cuando todas las personas puedan recibir los servicios de salud de buena calidad que necesitan, sin tener que enfrentarse a dificultades económicas por tener que pagarlos. La CSU abarca toda la gama completa de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos⁵⁹. Se fundamenta en tres pilares, que, como se verá en el siguiente gráfico forman un cubo que hay que “ir rellenando” para lograrla: dando más servicios a la población, cubriendo a más personas por el sistema sanitario y sustituyendo los gastos individuales sanitarios, que causa cada año la pobreza de millones de personas, por gastos mancomunados en salud.

GRÁFICO 1.3. Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal



FUENTE: OMS

47 <https://www.who.int/campaigns/world-no-tobacco-day/2022>

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

49 <https://www.who.int/news/item/26-05-2023-who-urges-governments-to-stop-subsidizing-life-threatening-tobacco-crops>

50 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

51 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240046504>

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

53 <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N20/226/30/PDF/N2022630.pdf?OpenElement>

54 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/road-traffic-injuries/global-plan-for-road-safety.pdf?sfvrsn=65cf34c8_35&download=true

55 United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method. UN DESA/POP/2022/TR/NO. 4.

56 https://www.pathfinder.org/wp-content/uploads/2022/12/YUVAA-Literature-Review_FP-barriers-and-challenges.pdf

57 <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-65104589>

58 <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>

59 https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

En 2019 en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la cobertura sanitaria universal (CSU), todos los jefes y jefas de Estado y de Gobierno respaldaron una declaración política en la que reafirmaron “el derecho de todo ser humano, sin distinción de ningún tipo, al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”, y renovaron el compromiso de lograr la cobertura sanitaria universal para 2030⁶⁰. En ese momento, se decidió que en 2023 se celebraría la segunda reunión de alto nivel sobre CSU. 4 años después, la situación mundial ha cambiado enormemente. La pandemia de la COVID-19 ha demostrado lo frágiles que eran nuestros avances en CSU, incluso en países de rentas altas, los conflictos internacionales cada vez afectan a más personas y tienen consecuencias más globales, y la crisis climática cada vez tiene más interrelación con la salud de las personas. Si a eso se añade que los gobiernos no han apostado realmente por una implementación profunda de la CSU en sus países, no es de extrañar que los datos sean preocupantes

En la segunda reunión celebrada en septiembre, se aprobó una nueva declaración política que se comprometía de nuevo con cumplir con la CSU y todos sus elementos, realizando inversiones esenciales (se necesitan entre 200 y 328.000 millones de dólares de inversión por año para ampliar un enfoque de atención primaria de salud en países de ingresos bajos y medianos), fortaleciendo las acciones a nivel nacional, la cooperación internacional y la solidaridad global al más alto nivel político para acelerar el progreso hacia la cobertura universal de salud para 2030, utilizando un enfoque de atención primaria de salud (APS)⁶¹.

En el informe de seguimiento mundial 2023 de los avances en Cobertura Sanitaria Universal de la OMS y el Banco Mundial⁶², se comprueba el retroceso, en algunos casos iniciado antes de

la pandemia, de los indicadores que marcan la evolución de la CSU en el mundo. Las mejoras en los servicios sanitarios se han estancado y la proporción de la población que se enfrenta a niveles catastróficos de gasto de bolsillo en salud ha aumentado. De hecho, desde el año 2000, solamente 42 países de 138 de los que se tienen datos, el 30 %, han mejorado la cobertura de servicios y disminuido las personas a las que la salud les supone gastos catastróficos.

Desde el año 2000 los países de renta media y baja han mejorado proporcionalmente más su cobertura de servicios que los países de renta alta, pero, sin embargo, han aumentado enormemente las personas que sufren gastos catastróficos en salud. Y desde 2015 todas las regiones han visto estancados sus progresos en cobertura sanitaria y empeorado su situación en cuanto a gastos catastróficos de salud. Es cierto que las personas sin cobertura de servicios esenciales han disminuido un 15 % desde el año 2000 al 2021, pero desde 2015, año en el que se aprobaron los ODS, prácticamente no ha mejorado. Actualmente, 4.500 millones de personas, más del 55 % de la población mundial, no tiene cubiertos los servicios esenciales; las personas que incurren en gastos catastróficos en salud superaban los 1.000 millones en 2019, aproximadamente el 13 % de la población mundial y 344 millones de personas se ven abocados a la pobreza extrema por estos gastos.

La COVID-19 ha empeorado la situación. En 2022, el 84 % de los países informaron de perturbaciones en sus servicios básicos de salud.

La cuestión no puede quedarse exclusivamente en una discusión de si asignar más recursos a sanidad, aunque éste sea un elemento principal que no se puede obviar. La OMS propone que el necesario fortalecimiento de los sistemas sanitarios se base en la atención primaria de salud (APS), pues es “es el enfoque más

inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental y el bienestar social de las personas”⁶³. De hecho, según la OMS, el 90 % de las intervenciones esenciales de salud se pueden dar en el marco de la atención primaria de salud, al igual que el 75 % de los avances previstos en salud en los ODS. Si bien estamos de acuerdo en la priorización de la APS, ésta no puede ser solamente tenida en cuenta como un primer nivel de atención. La APS debe permitir una mayor participación de las personas en su salud, que permitan una mayor responsabilidad en la toma de decisiones de una población bien formada y bien informada, modificando un modelo que actualmente está más basado en la enfermedad y en la curación, y no en la salud y en la prevención. Se debe hacer una profunda reflexión del papel de la triada de problemas globales (pandemias, conflictos, crisis climática) que van a afectar claramente a las personas en los próximos años.

La CSU debe resolver varios problemas para que realmente “no deje a nadie atrás”. El primero es la indefinición que existe en la comunidad internacional a la hora de apostar por el modelo más equitativo posible; No solamente supone priorizar la APS, sino que se debe impulsar el fortalecimiento de los sistemas de salud públicos que son los que garantizan la equidad y asumir la multidimensionalidad de la salud, trabajando la salud en todas las políticas y todas las políticas en salud.

El segundo problema proviene de la dificultad en la definición de qué o cuales son los

servicios esenciales de salud que debe tener una población, que, aunque estén definidos a nivel nacional, pueden no ser aquellos que necesita realmente la población. En este sentido, hay que mencionar los determinantes comerciales de la salud. No hay una única definición de los determinantes comerciales de la salud, aunque se puede asumir la que se publicó en abril de 2023 en Lancet⁶⁴: “los sistemas, prácticas y vías a través de los cuales los actores comerciales maneja la salud y la equidad”. El modelo que subyace en esta definición explica cómo la mala salud impulsada comercialmente es el resultado de un sistema en el que las entidades comerciales dominantes pueden influir en las normas y valores sociales, los sistemas políticos y económicos, las políticas, los entornos, los ingresos y los comportamientos. Se podrían dividir los determinantes comerciales en dos grandes grupos: aquellos comportamientos de empresas que promueven el consumo de elementos que son perjudiciales para la salud, como el tabaco o las bebidas azucaradas; y aquellos comportamientos más silentes, que pretenden convencer a la población de que algo natural es un problema de salud, y por lo tanto necesita ser cubierto por el sistema sanitario, medicalizando la vida.

Otros aspectos que no se discuten cuando se habla de lograr la CSU en el mundo, es que los sistemas sanitarios más exitosos, que todo el mundo quiere replicar, tienen altos grados de ineficiencia y se basan en el mismo modelo expansivo que tiene la economía, un modelo que, si se replicara en todo el mundo, no sería sostenible.

60 <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/88/PDF/N1931188.pdf?OpenElement>

61 <https://www.un.org/pga/77/wp-content/uploads/sites/105/2023/09/UHC-Final-Text.pdf>

62 Tracking universal health coverage: 2023 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

63 [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

64 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)00013-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2)

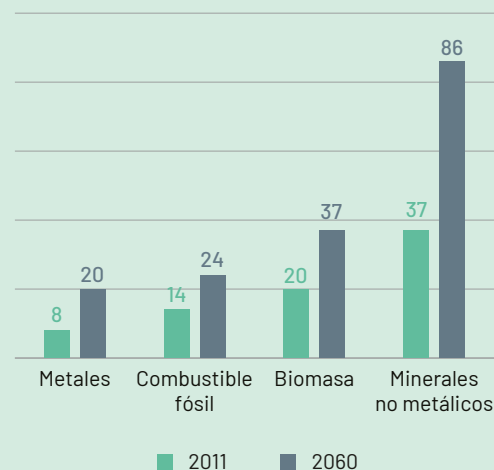
¿ES POSIBLE QUE LOS SISTEMAS SANITARIOS SIGAN CRECIENDO?

La mayor parte de los elementos que se emplean en la fabricación de los productos sanitarios, las vías de los trenes, los aviones o los teléfonos inteligentes, no provienen del entorno natural. Cada vez más se usan otros elementos, entre ellos los conocidos como tierras raras, que, además de ser escasos, no tienen mucha posibilidad de reciclaje, ya que se usan en pequeñas cantidades⁶⁵. Se ha pasado de utilizar en un 80 % elementos que provenían de la biomasa, a manejar solamente el 32 % (2005) y se espera que en 2050 sea solo el 20 %. El resto serán fuentes no biológicas. Incluso las reservas de elementos como el oro o el antimonio pueden llegar a agotarse en 2050.

La OCDE considera que el producto interno bruto (PIB) mundial se cuadruplicará entre 2011 y 2060. Si le sumamos que se prevé que en las próximas décadas vamos a sufrir un aumento de población que puede alcanzar los 10.000 millones en 2060, y que será una población con mayores ingresos, el resultado lógico, si se mantienen los modelos sociales y económicos actuales, es un fuerte aumento de la demanda mundial de bienes y servicios⁶⁶, entre ellos los sanitarios. Más de la mitad de todas las emisiones de gases de efecto invernadero (GEI) están relacionadas con actividades de gestión de materiales. Las emisiones de GEI, según la OCDE, relacionadas con la gestión de materiales aumentarán hasta aproximadamente 50 Gt CO₂-equivalentes para 2060, como se ve en el siguiente gráfico, donde se destaca el incremento en combustible fósil, cuando en teoría debería reducirse de manera significativa.

Una sociedad que se basa en el crecimiento sin límite también afecta directamente a los sistemas de salud, donde los mayores referentes mundiales son los modelos sanitarios de los

GRÁFICO 1.4. Incremento uso de materiales en el mundo (en Gigatoneladas)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE LA OCDE

países europeos y norteamericanos. Unos modelos que no se plantean cómo deben desarrollarse, más allá de intentar mejorar sus resultados en salud. Mientras se plantea mejorar su eficiencia incorporando más tecnología (sobre todo digital) a los sistemas la información sanitaria, pocos debates se abren sobre la posibilidad o no de replicar esos mismos sistemas sanitarios basados en una tecnología cada vez más precisa pero más cara e insostenible en todo el mundo. Unos sistemas sanitarios que también deberían medir como pueden crecer en el futuro. Porque, por ejemplo, también se utilizan materiales raros para la fabricación de la resonancia magnética (gadolinio, europio), en los láseres médicos (neodimio) o en los Rayos X (gadolinio, tulio)⁶⁷.

Si se piensa en las resonancias magnéticas, una prueba diagnóstica imprescindible en los sistemas sanitarios avanzados, el número de equipos de imagen por resonancia magnética

65 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0169534722002026>

66 <https://www.oecd.org/environment/waste/highlights-global-material-resources-outlook-to-2060.pdf>

67 <https://raed.academy/para-que-sirven-las-tierras-raras/>

(IRM) en 2019 eran de 13.264 en Estados Unidos y de 808 en España⁶⁸. Sin embargo, para todo África Occidental había en 2016 solamente 84 equipos de IRM, para cubrir las necesidades de más de 372 millones de personas⁶⁹. Esto supone que, si quisiéramos que tuvieran los mismos aparatos que en España, por ejemplo, tendrían que multiplicarse los IRM por diez, y si se compara con una población similar, la de Estados Unidos, se debería de multiplicar la cifra que tenían en esa región africana por 157 veces. Y la pregunta que se plantea es: ¿vamos a tener suficiente gadolinio y/o europio para tantos aparatos?

La respuesta es que a lo mejor los sistemas sanitarios más avanzados deben de “decrecer”, para permitir que los sistemas más frágiles puedan dar un paso adelante. Y eso no debería directamente suponer una merma de calidad en los resultados de salud de ningún país, porque estos modelos sanitarios “occidentales”, que no son iguales ni en resultados ni en coste, tienen muchas ineficiencias. Por ejemplo, en Estados Unidos algunos autores hablan de que entre el 20 y el 50 % del sistema sanitario estadounidense se desperdicia por ineficiencia, lo que supone 765.000 millones de dólares al año⁷⁰. Parte de esta ineficiencia se debe a temas que tiene que ver con un crecimiento desmedido de necesidades, unas veces reales, y otras veces orientadas por el “disease mongering”, o “mercantilización de enfermedades”, tácticas utilizadas por las empresas para obtener beneficios económicos fomentando la conciencia de enfermedad en la sociedad, y la necesidad de sus productos para curarse⁷¹. Entre las diferentes estrategias que se utilizan, se encuentra⁷²:

- Medicalizar dolencias ordinarias, como en el caso de la calvicie;
- Ver los síntomas leves como graves, como en el caso del síndrome del intestino irritable;
- Tratar los problemas personales o sociales como médicos, como en el caso de la fobia social;
- Conceptualizar el riesgo como una enfermedad en sí misma, como en el caso de la osteoporosis;
- Formular las estimaciones de prevalencia para maximizar los mercados potenciales, como en el caso de la disfunción eréctil

Esta promoción social de enfermedades, junto a la medicalización de la vida, presiona el trabajo de la profesión médica. En una encuesta realizada entre la clase médica de Estados Unidos, éstos informaron que más del 20 % de la atención médica general que daban no era necesaria, lo que supone aproximadamente una cuarta parte de las pruebas, más de una quinta parte de las prescripciones y más de una décima parte de los procedimientos. El 85 % de los y las profesionales entrevistadas dijeron que hicieron esas malas prácticas porque temían ser demandados precisamente por mala praxis por los pacientes⁷³.

Los sistemas sanitarios tienen la obligación de dar el mejor servicio posible a la población, pero debemos añadir su responsabilidad para ser eficientes con el mayor impacto posible, y la necesidad de entender su papel en el desarrollo sostenible de los demás sistemas sanitarios y del planeta.

68 <https://es.statista.com/estadisticas/636176/equipos-de-imagen-por-resonancia-magnetica-por-paises/>

69 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6295297/>

70 <https://www.carecloud.com/continuum/why-technology-could-boost-healthcare-efficiency/>

71 <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-impacto-delsobrediagnostico-sobretreatmento-el-S0212656718305158>

72 <https://bpspubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/bcp.14835>

73 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0181970>

META 3.9. DE AQUÍ A 2030, REDUCIR CONSIDERABLEMENTE EL NÚMERO DE MUERTES Y ENFERMEDADES CAUSADAS POR PRODUCTOS QUÍMICOS PELIGROSOS Y POR LA POLUCIÓN Y CONTAMINACIÓN DEL AIRE, EL AGUA Y EL SUELO

Según la OMS, la contaminación del aire es el segundo factor de riesgo para las enfermedades no transmisibles y junto al cambio climático son las dos mayores amenazas futuras para la salud mundial. La contaminación del aire mata directamente a 7 millones de personas al año, y se relaciona con la pérdida de otros 7 millones de años de vida saludable⁷⁴. Se relaciona con numerosas patologías que mejorarían intensamente si se mejorara la calidad del aire que respiramos. En 2019, el 99 % de la población mundial vivía en lugares donde no se respetaban las Directrices de la OMS sobre la Calidad del Aire, lo que es causa de muchas muertes prematuras, sobre todo en países de renta baja y media, que acumulan el 89 % de estas muertes. Las regiones con más carga de mortalidad prematura son las de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental⁷⁵. Ese mismo año, la OMS estimaba que aproximadamente el 37 % de las muertes prematuras relacionadas con la contaminación del aire exterior se debieron a cardiopatías isquémicas y accidentes cerebrovasculares, el 18 % y el 23 % de las muertes se debieron a enfermedades pulmonares obstructivas crónicas e infecciones respiratorias agudas, respectivamente, y el 11 % de las muertes se debieron a cáncer de las vías respiratorias.

En cuanto a la carga de mortalidad debido a la exposición de productos químicos, y a pesar

de que solo se cuantifican unos pocos de los muchos que contaminan, se estima que provocan unos 2 millones de muertes al año⁷⁶, y su relevancia está creciendo con el tiempo.

La contaminación del agua está muy relacionada con la meta 6.1, “Para 2030, lograr el acceso universal y equitativo al agua potable segura y asequible para todos”. Entre 2.000 millones y 3.000 millones de personas sufren escasez de agua al menos un mes al año, y las previsiones es que esta situación va a empeorar⁷⁷. El reparto del uso mundial del agua nos da una idea de qué se debería priorizar: un 70 % se utiliza para riego, un 22 % para fines industriales y sólo el 8 % para uso doméstico⁷⁸. Mucha de la culpa de la contaminación del agua proviene de la falta de responsabilidad colectiva y de concienciación para cuidar el agua. En los países en desarrollo, hasta el 70 % de los residuos industriales se vierten a los ríos sin ningún tipo de tratamiento.

En cuanto a la contaminación del suelo, es posiblemente el que menos atención recibe, a pesar de la relevancia del problema. Solamente en Europa se han identificado 324.000 sitios contaminados y más de 2,5 millones de sitios potencialmente contaminados⁷⁹, la mayoría de ellos no naturales, sino por la acción del ser humano. Dependiendo de las sustancias químicas involucradas, los contaminantes del suelo pueden afectar varios órganos, como los pulmones, la piel, el intestino, el hígado y los riñones. Estos contaminantes también pueden afectar los sistemas inmunológico, reproductivo, nervioso o cardiovascular.

74 <https://www.who.int/es/news/item/22-09-2021-new-who-global-air-quality-guidelines-aim-to-save-millions-of-lives-from-air-pollution#:~:text=Se%20calcula%20que%20cada%20a%C3%B1o,de%20a%C3%B1os%20de%20vida%20saludable.>

75 [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)

76 <https://www.who.int/teams/environment-climate-change-and-health/chemical-safety-and-health/health-impacts/burden-of-disease-from-chemicals>

77 <https://www.unesco.org/en/articles/imminent-risk-global-water-crisis-warns-un-world-water-development-report-2023>

78 <https://www.environmentalconsortium.org/the-state-of-our-waterways-an-overview-of-water-pollution-in-2023/>

79 <https://www.frontierspartnerships.org/research-topics/67/world-environment-day-2023---focus-on-soil-pollution#:~:text=Soil%20Pollution%20is%20one%20of,potentially%20polluted%20sites%20across%20Europe.>

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

Ya se ha comentado la importancia que tiene el consumo de tabaco como un problema de salud a nivel mundial. La aplicación del CMCT en muchos países lo dificulta la propia acción de las empresas tabacaleras. De hecho, según la OPS, la industria tabacalera utiliza estrategias legales no sólo para intimidar a los gobiernos, para evitar que adopten normas de control del tabaco, sino que también lo hace para convencerlos de que debiliten las regulaciones que ya tienen en vigor. La industria tabacalera también busca, a través de los litigios, encarecer la aplicación de las medidas de control del tabaco, retrasar el proceso de aplicación de una medida o disuadir a otros gobiernos de que sigan el ejemplo de una normativa más robusta⁸⁰. La estrategia parece seguir siempre el mismo patrón: primero gasta una gran cantidad de recursos para influenciar a legisladores y evitar que sancionen leyes eficaces para el control del tabaco. Si fracasan, recurren al poder judicial y emplean siempre los mismos argumentos para atacar la normativa de control de tabaco desde los tribunales. Por ejemplo, la industria y sus aliados basan sus argumentos en el “derecho” a publicitar y comercializar sus productos, los “derechos” de los ciudadanos de consumir esos productos en espacios públicos u ocupacionales y los “derechos” de los propietarios y empleadores de permitir dicho consumo”. Y el litigio no se circunscribe solamente en los ámbitos nacionales, sino que a veces llegan a tribunales internacionales. En el vigésimo aniversario de este Convenio Marco⁸¹, y para acabar con esta práctica indecisa, sería muy apropiado el reflexionar sobre

80 <https://www.paho.org/es/eventos/sesion-2-litigios-industria-tabacalera-para-desafiar-derecho-salud-informacion-enfasis>

81 <https://fctc.who.int/es/newsroom/news/item/21-05-2023-20th-anniversary-of-the-adoption-of-the-who-framework-convention-on-tobacco-control>

82 <https://ibvacunas.com/2013/03/01/estudios-coste-efectividad-de-las-estrategias-vacunales/>

83 <https://es.euronews.com/2020/04/29/covid-19-y-si-la-vacuna-pagada-con-dinero-publico-acabara-en-monopolio-de-una-empresa-priv>

cómo se puede generar un marco regulatorio legal internacional, que impidiera a las empresas utilizar esas prácticas para su propio beneficio.

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

Las vacunas son una de las intervenciones de salud pública más costo-efectivas en el sector de la salud, ya que disminuyen de manera muy considerable los costes de la asistencia médica⁸², además de evitar el sufrimiento de las personas al enfermar.

Pero las vacunas se han vuelto también un negocio que mueve mucho dinero, ya que se decidió que, como otros productos sanitarios, fuera la iniciativa privada quien mayormente gestionara su producción y comercialización. Esto tiene algunos efectos positivos, pero también negativos que es preciso mencionar.

Por una parte, los beneficios a los que cualquier empresa privada aspira orientan las líneas de investigación. En 2016 en el Centro para el desarrollo de vacunas del Texas Children’s Hospital, ya se estaba trabajando en una vacuna contra el coronavirus, pero no consiguió ningún inversor⁸³. Entre 2019 y 2020, las 20 compañías farmacéuticas más grandes del mundo lanzaron alrededor de 400 nuevos ensayos de medicamentos: casi la mitad de éstos eran antitumorales, y sólo 65 estaban destinados a tratar enfermedades infecciosas que se definen como “menos gratificantes” que las terapias a largo plazo, como las de la diabetes o el colesterol.

Y, tal y como enseñó la COVID-19 y señaló Amnistía Internacional⁸⁴, las seis empresas farmacéuticas más fuertes en la lucha contra la COVID-19 se negaron a renunciar a su derecho a la propiedad intelectual y a la transferencia de tecnologías, primando su beneficio al interés general mundial. En 2021, las vacunas contra la COVID-19 vendidas por los siete mayores productores privados de vacunas generaron unos ingresos de 86.000 millones de dólares y un beneficio neto de 50.000 millones de dólares. Con un margen de beneficio neto del 57 % en 2021, se superaron las altas ganancias habituales de la industria farmacéutica, que se encuentra entre los sectores empresariales más rentables del mundo⁸⁵. Y eso que los gobiernos adelantaron 5.800 millones de dólares para su investigación, por lo que su riesgo era muy pequeño.

Por lo tanto, y ya que no van a ser las instituciones públicas las que produzcan estos productos, debería ser esencial establecer unas prioridades de salud pública mundial en la investigación de vacunas y tratamientos, y llegar a un acuerdo público y transparente entre gobiernos y empresas, donde se visibilice unos beneficios adecuados pero limitados por el trabajo realizado por las compañías farmacéuticas. Y potenciar la transferencia de tecnología y conocimiento a las diferentes regiones del planeta, para que puedan cubrir las necesidades de la población de cada región.

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

En 2019, antes de la pandemia, se afirmaba que el gasto en salud ya suponía el 10 % del PIB mundial. El gasto público de los países en salud (el que asegura más la equidad) es, de media, el 51 % del gasto total sanitario, mientras que el 35 % era gasto de bolsillo, algo que se debe reducir si se quiere cumplir con la meta de la Cobertura sanitaria Universal⁸⁶.

En cuanto al personal sanitario, hay que repetir que su mayor problema es la escasez que sufre el mundo, agravado por los más de 115.000 profesionales que fallecieron por COVID-19 en estos últimos años. Y si los países más enriquecidos no han conseguido volver a la normalidad, pues son procesos de largo plazo, (por ejemplo, un o una médico tarda unos 10 años en formarse y especializarse), la situación en los países empobrecidos es aún más compleja.

Los países de ingresos altos tienen 6,5 veces más trabajadores sanitarios por población que los países de ingresos bajos, y aunque África solo tiene el 4 % de la fuerza laboral sanitaria mundial, debe soportar una cuarta parte de la carga mundial de enfermedades⁸⁷. Y la creciente migración de personal sanitario a países de altos ingresos amenaza con debilitar aún más los sistemas de salud en 55 países incluidos en la lista de apoyo y salvaguardia del personal sanitario de la OMS para 2023⁸⁸.

Según un estudio del Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Escuela de Medicina de Washington, se necesitan más de 43 millones de trabajadores y trabajadoras de salud adicionales para alcanzar la cobertura universal de salud en todo el mundo, aunque estas cifras no mencionan las competencias y capacidades de este personal⁸⁹. Para mejorar esta situación es necesario que se establezcan planes de formación de personal adecuados en cada país, y que se haga una reflexión sobre las competencias y capacidades que cada nivel de personal deba tener.

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

Después de la pandemia de la COVID-19, esta meta ha pasado a ser una prioridad para la comunidad internacional. En la Asamblea de noviembre de 2021 se tomó la decisión de establecer un Órgano de Negociación Intergubernamental, con el objetivo de redactar y negociar el conocido como Tratado pandémico⁹⁰, que busca reforzar la capacidad de preparación y respuesta de futuras pandemias.

En la Asamblea de la OMS de 2023 se aprobó el proyecto preliminar de este Tratado pandémico, que será definitivamente ratificado en 2024, aunque aún no se sabe si acabará siendo un Convenio, un Acuerdo u otro instrumento, por lo que se le ha llamado CA+. El objetivo del CA+ es “prevenir las pandemias, salvar vidas, reducir la carga de morbilidad y proteger los medios de subsistencia, fortaleciendo, de manera proactiva, las capacidades mundiales de prevención, preparación y respuesta y de recuperación de los sistemas de salud frente a pandemias”⁹¹.

Para lograr la equidad en, para y a través de la prevención, preparación, respuesta y recuperación de los sistemas de salud frente a pandemias, el CA+ pretende establecer una red mundial previsible de cadena de suministro y de logística, buscará la promoción de una producción y una transferencia de tecnología y conocimientos especializados sostenibles y distribuidas de manera equitativa, fortalecerán la capacidad y el desempeño de las autoridades reguladoras, y aumentará las capacidades en materia de investigación y desarrollo. Por otra parte, buscará la resiliencia de los sistemas de salud con personal adecuado y fortalecerá los espacios de coordinación y cooperación mundial, promoviendo además el enfoque de “Una sola salud”.

84 <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/noticias/noticia/articulo/un-nuevo-informe-muestra-que-las-principales-empresas-farmaceticas-que-desarrollan-las-vacunas-contra-la-covid-19-avivan-una-crisis-sin-precedente-de-derechos-humanos/>

85 <https://www.somo.nl/wp-content/uploads/2023/02/SOMO-Pharmas-Pandemic-Profits.pdf>

86 <https://www.who.int/es/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>

87 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(23\)00224-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(23)00224-3/fulltext)

88 WHO. WHO health workforce support and safeguards list 2023. 2023.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787> (accessed April 26, 2023).

89 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00532-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00532-3/fulltext)

90 [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74\(16\)-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74(16)-en.pdf)

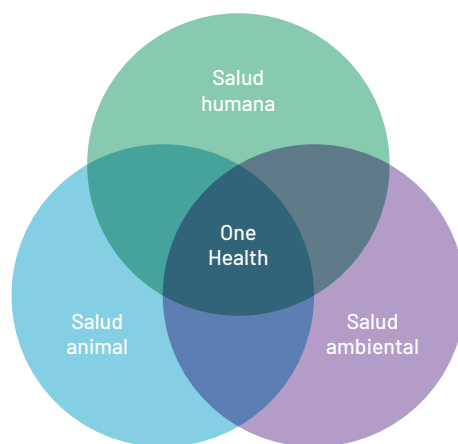
91 https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb4/A_INB4_3-sp.pdf

3 Enfoque One Health: ¿realmente es una sola salud?

La relación entre la salud humana, animal y el medio ambiente es ampliamente conocida desde hace muchos años, pero no será hasta el año 2000 cuando se introduce el concepto de “Una sola Salud”, que se define como “los esfuerzos de colaboración de múltiples disciplinas (personal médico, veterinario, investigador, etc.) que trabajan local, nacional y globalmente para lograr una salud óptima para las personas, los animales y nuestro medio ambiente”⁹². No obstante, es en los últimos años cuando se está incorporando realmente este enfoque en las discusiones estratégicas de la comunidad internacional, aunque hay muchos términos que se entrecruzan, incluso se solapan, como salud planetaria, o salud global, que dificultan la asunción de una postura común y única por la que apostar en el futuro.

El enfoque One Health plantea que diferentes problemas como la inequidad en los determinantes sociales de la salud, los movimientos migratorios, las dietas insanas, los modelos de explotación agrícolas y de ganadería, la pérdida de biodiversidad, el aumento de la transmisión de enfermedades infecciosas y sus vectores, el cambio climático o la deforestación deben tener un abordaje común y único, pues están interrelacionados. De hecho, alrededor del 60 % de las enfermedades infecciosas emergentes notificadas a nivel mundial provienen de animales, tanto salvajes como domésticos. En las últimas tres décadas se han detectado más de 30 nuevos patógenos humanos, el 75 % de los cuales se han originado en animales⁹³. Y los animales también

comparten nuestra susceptibilidad a algunas enfermedades y peligros ambientales. Por ejemplo, a causa del virus del Nilo Occidental, las aves a menudo mueren antes de que las personas en la misma área se enfermen con el mismo virus⁹⁴.



Actualmente hay 3 grandes retos que hacen de la estrategia One Health una prioridad:

1. El primero es la escalada incontrolable y exponencial del número de personas que habitan el planeta y, por lo tanto, el aumento de la necesidad de unos recursos naturales que se sabe tienen un límite, y ese límite está actualmente cerca de sobrepasarse, debido sobre todo por la aceptación de un modelo socioeconómico que busca un crecimiento infinito, sin plantearse los límites planetarios.

92 <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/one-health-una-sola-salud-o-como-lograr-a-la-vez-una-salud-optima-para-las-personas-los-animales-y-nuestro-planeta/90586/0>

93 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/one-health#:~:text=According%20to%20the%20World%20Bank,than%2010%25%20of%20these%20benefits>

94 <https://www.cdc.gov/onehealth/basics/index.html#:~:text=What%20is%20One%20Health%3F,animals%20and%20our%20shared%20environment>

En el año uno la población mundial era solamente de 250 millones de personas. Hasta el año 1650 no se duplicó esa cifra, cuando se llegó a alcanzar los 500 millones. En 1800, 150 años después, se alcanzaron los mil millones y 100 años después, en 1900, se volvió a duplicar esa cifra. Para duplicarla nuevamente y alcanzar los 4.000 millones⁹⁵, hicieron falta solo 70 años. Los 8.000 millones⁹⁶ se alcanzaron en 2022, 52 años después. Para 2050 se espera que la humanidad alcance los 9700 millones, 38 veces el número de personas que vivían al comenzar el siglo i. El aumento de la población puede llevar a un uso intensivo de la tierra para satisfacer las necesidades de la creciente demanda de alimentos y otros recursos. La deforestación es una de las consecuencias de este uso intensivo de la tierra que hace que cada vez más personas tengan contactos con patógenos nuevos (directamente a través de una transmisión primero entre animales), de los que no se saben todas las consecuencias. Teniendo en cuenta que animales y humanos comparten cerca de 300 enfermedades, es lógico que aumente la relevancia global que están teniendo algunas enfermedades infecciosas de origen zoonótico, que han invadido regiones mundiales en las cuales antes no estaban, como las pandemias de ébola, o los cada vez más frecuentes brotes epidémicos de chikungunya⁹⁷, o zika. El máximo exponente ha sido la pandemia de la COVID-19, donde una de las teorías más aceptadas sobre su origen es el de la transmisión por animales y han puesto a One Health como una estrategia a tener en cuenta en el futuro.

2. No solamente existe un problema de número. El modelo socioeconómico imperante busca un beneficio y un crecimiento infinito, sin plantearse que los recursos de nuestro planeta tienen límites que no se pueden traspasar

95 https://www.iri.edu.ar/publicaciones_iri/anuario/A94/A1ECEST1.html

96 <https://www.unfpa.org/es/press/el-mundo-alcanzara-los-8000-millones-de-personas-el-15-de-noviembre-de-2022>

97 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya>

y que se está muy cerca de ese límite. Uno de los efectos más perversos es la intensidad de la crisis climática que ya es uno de los mayores problemas de la humanidad. El aumento de la ganadería intensiva, favorecida por el modelo de producción actual, provoca que haya más riesgo de expansión de enfermedades zoonóticas y, según la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), genera más gases de efecto invernadero que el sector del transporte. Además, para seguir creciendo, se está abusando de los antibióticos en los animales, que provoca resistencia antimicrobiana en animales y humanos, una de las mayores amenazas para la salud, como luego verá.

3. La globalización, que tiene muchas cosas positivas, también tiene varios elementos negativos que afectan a la salud del planeta, de los animales y de las personas. El aumento del transporte mundial tanto de animales como de personas favorece la expansión de algunas enfermedades infecciosas, como se ha comprobado con la pandemia de COVID-19. Además, la globalización, si bien puede ayudar a dar soluciones globales, también difumina responsabilidades, sobre todo cuando se habla de comportamientos de empresas transnacionales, que superan legislaciones nacionales. Por último, la globalización de la información también tiene su cara oscura: la difusión de noticias falsas que dificulta el poder tomar decisiones adecuadas, como por ejemplo la negación de la crisis climática.

Según la OMS, la iniciativa One Health se puede aplicar a una variedad de asuntos, entre los que se destacan:

1. La resistencia a los antimicrobianos (RAM) es un problema grave que afecta a la salud y el desarrollo mundiales. La RAM se produce

cuando bacterias, virus, hongos y parásitos cambian a lo largo del tiempo y dejan de responder a los medicamentos, lo que dificulta el tratamiento de infecciones y aumenta el riesgo de propagación de enfermedades, enfermedades graves y muerte. Anualmente, 700.000 personas fallecen por esta causa en todo el mundo anualmente y se prevé que en 2050 mueran por esta causa más personas que por el cáncer⁹⁸.

2. Enfermedades zoonóticas causadas por gérmenes que se propagan entre animales y personas, como el Ébola, la gripe aviaria, la rabia, etc., o el coronavirus y la COVID-19.
3. Enfermedades transmitidas por vectores, que afectan a las personas que son picadas por un vector (mosquitos, garrapatas, piojos y pulgas) e incluyen el dengue, el virus del Nilo Occidental, la enfermedad de Lyme, Chagas o malaria;
4. las enfermedades transmitidas por los alimentos, causadas por la contaminación de los alimentos y que ocurren en cualquier etapa de la cadena de producción, entrega y consumo de alimentos, como norovirus, salmonella, listeria, etc.; y
5. la salud ambiental, como la contaminación del agua, la contaminación del aire y el cambio climático.

LA RESISTENCIA ANTIMICROBIANA: UN PROBLEMA MUNDIAL QUE DEBE ABORDARSE CON ONE HEALTH

La resistencia antimicrobiana ha sido, junto con la relevancia cada vez mayor de enfermedades emergentes y reemergentes, el gran altavoz para impulsar la iniciativa One Health, dada la

relevancia que tiene el uso de antimicrobianos en los animales.

Desde 1928, los medicamentos antimicrobianos han sido un elemento fundamental en la lucha contra las enfermedades infecciosas. El mal uso y el abuso crónico de los antibióticos, tanto en animales como en seres humanos, han generado resistencias por lo que no es de extrañar que la OMS haya incluido a la resistencia a los antimicrobianos entre las 10 principales amenazas mundiales para la salud pública a las que se enfrenta la humanidad⁹⁹.

La resistencia a antimicrobianos es cada vez más extensa y afecta a multitud de patógenos¹⁰⁰:

1.- Bacterias

Algunas infecciones muy comunes se están quedando sin antibióticos eficaces. La tasa de resistencia a la ciprofloxacina, un antibiótico común utilizado para tratar infecciones del tracto urinario está alcanzando en algunos países el 92,9 % para *Escherichia coli* y el 79,4 % para *Klebsiella pneumoniae*. Para esta última bacteria, responsable de infecciones en hospitales y en pacientes de cuidados intensivos, también aparecen en algunos países resistencias del 50 % de pacientes a los antibióticos carbapenémicos, que son un tratamiento de último recurso en muchos hospitales del mundo. Para la colistina, que es el único tratamiento de último recurso para infecciones potencialmente mortales causadas por enterobacterias resistentes a antibióticos carbapenémicos, también se han detectado bacterias resistentes en varios países y regiones.

Las bacterias *Staphylococcus aureus* son una causa común de infecciones tanto en la comunidad como en los centros sanitarios. Las personas con infecciones por *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina tienen un 64 % más de

probabilidades de morir que las personas con infecciones sensibles a los medicamentos. En los estudios realizados en 2019, la tasa de resistencia en 25 países de esta bacteria a la metilicina era de algo más del 12 %.

Un caso excepcional es la resistencia a los tratamientos para las cepas de *Mycobacterium tuberculosis* que amenazan los avances en la lucha contra la tuberculosis. Como ya se ha visto en apartados anteriores, la multirresistencia a los tratamientos comunes está siendo un problema cada vez mayor, a lo que le debe unir el subregistro que existe contra esta enfermedad. La OMS estima que, en 2018, se identificaron alrededor de medio millón de nuevos casos de tuberculosis resistente a la rifampicina (TB-RR) en todo el mundo, de los cuales la gran mayoría tiene tuberculosis multirresistente (TB-MDR), una forma de tuberculosis que es resistente a los dos fármacos antituberculosos más potentes. Solo un tercio de aproximadamente medio millón de personas que desarrollaron tuberculosis MDR/RR en 2018 fueron detectadas y notificadas. La tuberculosis MDR requiere ciclos de tratamiento más prolongados, menos eficaces y mucho más costosos que los de la tuberculosis no resistente. Menos del 60 % de las personas tratadas por tuberculosis MDR/RR se curan con éxito.

2.- Resistencia a los medicamentos en virus

La resistencia a los medicamentos antivirales es una preocupación cada vez mayor, sobre todo para las personas inmunocomprometidas, donde la replicación viral en curso y la exposición prolongada a los medicamentos conducen a la selección de cepas resistentes. Se ha desarrollado resistencia a la mayoría de los antivirales, incluidos los medicamentos antirretrovirales (ARV), que corren el riesgo de volverse parcial o totalmente inactivos debido a la aparición del VIH resistente a los medicamentos (VIHDR). Las personas que reciben terapia antirretroviral pueden contraer VIHDR o incluso pueden

infectarse con un VIH que ya es resistente a los medicamentos. Los niveles de resistencia entre adultos que iniciaron la terapia de primera línea superaron el 10 % en la mayoría de los países monitoreados en África, Asia y América Latina. En el África Subsahariana, más del 50 % de los bebés recién diagnosticados con VIH son portadores de un virus resistente a los antirretrovirales más comunes.

3.- Resistencia a los medicamentos en los parásitos de la malaria

La aparición de parásitos resistentes a los medicamentos ha sido un problema crónico que han ido inutilizando diferentes soluciones terapéuticas que se han utilizado para controlar esta enfermedad. Como se decía en apartados anteriores, la resistencia a las terapias combinadas basadas en artemisinina (ACT) se están haciendo cada vez más frecuentes, sobre todo en el sudeste asiático, en la región del mediterráneo oriental y en África.

4.- Resistencia a los medicamentos en hongos

Los hongos son los grandes desconocidos, aunque sean causa de muchas infecciones oportunistas. Más del 90 % de los 3,8 millones de hongos estimados en el mundo son actualmente desconocidos para la ciencia¹⁰¹ y algunos de ellos pueden acabar siendo patógenos peligrosos para las personas o los animales. Además, la prevalencia a infecciones fúngicas ya conocidas resistentes a los medicamentos está aumentando. La resistencia de *Candida auris* a los medicamentos, una de las infecciones fúngicas invasivas más comunes, ya está muy extendida y se ha informado de una resistencia creciente a diversos tratamientos como el fluconazol, la anfotericina B y el voriconazol. Esto está provocando infecciones por hongos más difíciles de tratar, fracasos terapéuticos, estancias hospitalarias más prolongadas y opciones de tratamiento mucho más caras.

98 <https://www.nationalgeographic.es/ciencia/2018/11/la-resistencia-a-los-antibioticos-mata-a-700000-personas-cada-ano>

99 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance#:~:text=La%20OMS%20ha%20declarado%20que%20la%20resistencia%20a, factor%20que%20determina%20la%20aparici%C3%B3n%20de%20pat%C3%B3genos%20farmacorresistentes>

100 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance#:~:text=Antimicrobial%20resistance%20%28AMR%29%20is%20a%20global%20health%20and, top%2010%20global%20public%20health%20threats%20facing%20humanity>

101 <https://www.bbc.co.uk/news/science-environment-45486844>

Esta resistencia no se da solamente por el mal uso que hacen las personas de los antibióticos. La OMS clasifica a varios antibióticos como de “alta importancia crítica” para la medicina humana, y de ellos, la penicilina, los macrólidos y las fluoroquinolonas son los fármacos más utilizados en humanos, mientras que las tetraciclinas, la penicilina y las sulfonamidas son los fármacos más utilizados en animales¹⁰².

Las resistencias en animales no son nuevas. Los primeros casos de resistencia a los antibióticos en animales destinados al consumo se notificaron en 1951, apenas 33 años después de su descubrimiento, cuando se trataron a pavos con estreptomycin¹⁰³. Y, desde entonces, está aumentando de manera exponencial.

Actualmente, el consumo anual promedio mundial de antimicrobianos por kilogramo de producto animal se estima en 45 mg/kg para el ganado vacuno, 148 mg/kg para el pollo y 172 mg/kg para el cerdo¹⁰⁴, y se estima que el consumo mundial de antimicrobianos aumentará un 67 % entre 2010 y 2030, es decir se pasará de unas 63.000 toneladas a 105.500 toneladas. Este crecimiento en el uso de antibióticos en animales supone claramente un nicho de negocio que puede dificultar el control necesario que este consumo de antibióticos debe tener. Porque los antibióticos no se utilizan solamente para tener a los animales sanos. China, por ejemplo, el mayor productor y consumidor de antimicrobianos del mundo, destinó en 2018 y 2109 el 53,20 % de este consumo a promover el crecimiento animal. Y no hay que olvidar el creciente negocio de la acuicultura. Se ha estimado que las infecciones bacterianas representan entre el 15 % y el 20 % de las pérdidas en la producción total anual de peces en Asia y se han identificado más de 200 enfermedades en las especies acuáticas cultivadas en China. Para reducir las pérdidas económicas, se utilizan ampliamente diversos antibióticos debido a la creencia errónea

de que el uso de grandes cantidades de antimicrobianos en el cultivo de peces asegura una producción abundante. Se han detectado varios antimicrobianos en el pescado y otros productos de la acuicultura, concretamente cloranfenicol, en concentraciones que excedían el límite permisible.

Y el problema no es solamente la extendida utilización de antibióticos en animales, sino la dejadez crónica que ha habido en la investigación de nuevos antibióticos. En 2019, la OMS identificó 32 antibióticos en desarrollo clínico que abordan la lista de patógenos prioritarios, de los cuales solo seis fueron clasificados como innovadores.

CRÍTICAS A ONE HEALTH

El enfoque One health también está recibiendo críticas de diferentes sectores, que se pueden dividir en:

1.- Problemas de implementación

El Banco Mundial estima que se necesitan entre 10.300 y 11.500 millones de dólares al año para implementar One Health a nivel mundial. El beneficio esperado en 2022 si se hubiera implementado esta estrategia a nivel mundial, hubiera sido de al menos 37 mil millones de dólares, el triple del gasto esperado. Sin embargo, la financiación de One Health está aún muy lejos de conseguirse, y menos para cubrir todas las necesidades en el planeta.

Pero no todo es cuestión de dinero. Según la OMS, las brechas críticas en la implementación de One Health que deberían cubrirse serían:

- Tener bases de datos y recursos para apoyar el intercambio de información y la adopción de medidas en consonancia con el enfoque One Health;
- Identificación y difusión de mejores prácticas en la implementación de One Health;

- Mapeo de iniciativas y capacidades existentes para la investigación de One Health y la creación de una fuerza laboral específica de One Health;
- Tener un modelo para un sistema integral de vigilancia One Health;
- Establecer unos mecanismos de coordinación rutinaria y de emergencia con las partes interesadas pertinentes;
- Una comprensión más completa por parte de toda la sociedad, incluyendo los decisores políticos, de los factores que provocan la propagación de enfermedades zoonóticas (transmitidas entre animales y humanos). Esto incluye el comercio de animales, la agricultura, la ganadería, la urbanización y la fragmentación del hábitat;
- Un enfoque estandarizado para evaluar los riesgos de propagación de patógenos entre diferentes poblaciones animales y humanos, y la aparición de enfermedades zoonóticas, incluidas las que surgen en los sistemas alimentarios;
- Métodos para identificar y reducir los riesgos de contagio y la propagación de enfermedades zoonóticas de manera que se minimicen sus efectos y se maximicen los beneficios colaterales con otros objetivos de salud y de desarrollo sostenible.

Por último, También parece haber una falta de directrices para evaluar y visualizar los resultados de la implementación de la iniciativa One Health, lo que puede limitar su adopción a gran escala.

2.- Críticas en la definición y modelo subyacente

En teoría, las tres esferas se deberían de haber trabajado por igual, pero las dimensiones ambientales se han quedado rezagadas con respecto a las dimensiones de salud humana y animal.

Además, aunque la salud humana, la salud animal y la ambiental deberían tener el mismo peso, esto no sucede actualmente. Para algunos autores, la salud animal y ambiental sólo se considera digna de protección en la medida en que contribuya a la salud humana. Para estos autores, One Health no sería en realidad más que una etiqueta nueva para proteger la salud pública¹⁰⁵. A diferencia de los bienes públicos, que sólo se aplican a los seres humanos, esto significa que los animales y el medio ambiente también se consideran receptores. Al igual que en las políticas de salud pública, donde se presta atención a los aspectos distributivos de la salud en las poblaciones humanas, el paradigma de One Health nos obliga a pensar en una distribución justa de la salud entre los humanos, los animales y el medio ambiente.

Los modelos que subyacen tras esta iniciativa son importantes, ya que están replicando las dinámicas de poder existentes actualmente. Por una parte, han podido promover unas agendas coloniales sesgadas por encima de las de los países en desarrollo y las comunidades marginadas¹⁰⁶. Estas tensiones también aparecen entre los discursos científicos y los no científicos, y entre narrativas antropocéntricas y aquellas que abordan perspectivas más que humanas.

A nivel social, la calidad ambiental a menudo se distribuye de manera inequitativa y se clasifica según ejes de raza, etnia, riqueza y poder¹⁰⁷. Las desigualdades sociales en el acceso a entornos saludables, sumadas al acceso desigual a los servicios médicos y a las oportunidades económicas, suponen una carga sustancial para la salud de las comunidades marginadas. Por ejemplo, los barrios más prósperos suelen contener una mayor cobertura vegetal, así como comunidades de plantas y animales más diversas y abundantes. Por el contrario, la desinversión pasada y presente en vecindarios de bajos ingresos, que muchas

102 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255027/9789241512220-eng.pdf>

103 Am. J. Public Health, 41 (1951), pp. 1375-1380

104 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590053620301099>

105 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/zph.12536>

106 <https://www.buffalo.edu/ubnow/stories/2023/01/qa-braverman-one-health-book.html>

107 Cushing L, Morello-Frosch R, Wander M, Pastor M. 2015. The haves, the have-nots, and the health of everyone: the relationship between social inequality and environmental quality. *Annu. Rev. Public Health* 36:193-209

veces se asocia a determinada raza o etnia, produce daños ambientales locales que amenazan la salud humana y animal por igual, perpetuando un racismo ambiental y una inequidad social que se incrementa con prácticas injustas de planificación y diseño urbano, que con frecuencia sustentan exposiciones diferenciales al estrés por calor, reducción de la calidad del aire y contaminantes químicos. Por lo tanto, cualquier marco de One Health que no incorpore o reconozca el racismo ambiental y la desigualdad social es necesariamente incompleto.

SOLUCIONES A LOS PROBLEMAS CON ONE HEALTH

Está claro que hay reflexiones de base que hay que hacer para que la iniciativa One Health sea una realidad. Posiblemente el primer paso sería volver a reafirmar el concepto de One Health como el trabajo indivisible en 3 áreas de salud: la salud humana, la salud animal y la salud del planeta, dejando claro que el objetivo final de implementar esta estrategia es una salud integral, que permita la sostenibilidad a medio y largo plazo del planeta, los animales y las personas. Entender la salud como “resiliencia” sería un buen comienzo, donde la prevención se priorizaría sobre la curación.

A nivel operativo, un Panel de expertos identificó para el G20 siete recomendaciones para que los países amplíen este enfoque integrado¹⁰⁸:

1. Aumentar la conciencia y la promoción de las prioridades de One Health
2. Identificar brechas y oportunidades
3. Mejorar la gobernanza de One Health
4. Apoyar la financiación o inversión de One Health
5. Utilizar un Plan de Acción Conjunto de One Health como modelo de acción

6. Implementar el enfoque One Health en todas las políticas relevantes.
7. Facilitar la investigación, el conocimiento y la capacidad en One Health.

Las políticas que integren el enfoque One Health deben de ser acordes al sentido de justicia y equidad para evitar que las políticas y las leyes se fundamenten en procesos que hagan perdurar el racismo y la injusticia ambiental¹⁰⁹. Porque las comunidades indígenas de todo el mundo se enfrentan tasas desproporcionadamente altas de enfermedades relacionadas con el medio ambiente y los animales y, a su vez, pueden ser ejemplos de cómo las sociedades pueden apostar más por el colectivo de una manera sostenible que por las individuales, tal y como se promueve en muchas sociedades denominadas “avanzadas”.

Por último, hay que asumir que el modelo socioeconómico actual no es compatible con un enfoque One health. La FAO y CropLife International han firmado un acuerdo de partenariado estratégico para trabajar juntos en la creación de sistemas alimentarios sostenibles, impulsar la resiliencia de los agricultores ante el cambio climático y abordar el hambre cero. CropLife International es una asociación comercial que promueve tecnologías agrícolas como los pesticidas y la biotecnología vegetal. CropLife International y la OMS han trabajado juntos en varias iniciativas, incluyendo la mejora de la gestión de los pesticidas. La OMS ha identificado 22 pesticidas que contienen ingredientes peligrosos para la salud. Además, algunos de los ingredientes utilizados en los pesticidas son peligrosos para las abejas, que son necesarias para la polinización y la biodiversidad. La FAO afirma que las abejas, junto a otros polinizadores, contribuyen al 35 % del total de la producción agrícola mundial¹¹⁰.

108 <https://www.who.int/news/item/23-12-2022-one-health-in-g20-countries>

109 <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-ecolsys-102220-031745>

110 <https://www.unep.org/es/noticias-y-reportajes/reportajes/por-que-las-abejas-son-esenciales-para-las-personas-y-el-planeta>

2

Perspectiva internacional

- La AOD del conjunto de países donantes del CAD alcanzó en 2022 la cifra histórica de 203.995 millones de dólares (213.261 millones de dólares constantes de 2021), lo que supone un incremento del 13,6 % respecto a los desembolsos de 2021. La AOD aumentó en 26 de los 30 países que integran el CAD.
- La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,36 % de la renta nacional bruta (RNB), un crecimiento notable respecto al 0,33 % del año anterior, pero muy por debajo del compromiso de NN. UU del 0,7 %. Sólo 5 países, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Noruega y Suecia cumplieron con el objetivo del 0,7 %.
- La guerra de Ucrania y la lucha contra la pandemia de la COVID-19, son dos de los hechos extraordinarios que han motivado el aumento de la AOD, y no tanto las persistentes situaciones de desigualdad, hambre y pobreza extrema que se dan entre las poblaciones más pobres y vulnerables. Sin los aportes extraordinarios destinados a acoger personas refugiadas, por la agresión de Rusia contra Ucrania, el incremento se situaría en el 4,6 %.
- La Unión Europea (UE) y sus Estados miembros son en conjunto el principal donante mundial con 91.569 millones de dólares, lo que equivale al 0,57 % de su RNB. Los países del G-7 (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido) destinaron 153.701 millones de dólares, lo que equivale al 75,3 % de toda la AOD.
- La AOD desembolsada por España en 2022 se incrementó en un 26,1 % y alcanza los 4.207 millones de dólares, lo que equivale al 0,30 % de su RNB. A pesar de este aumento tan notable, España se mantiene en el puesto 12 de 30 en cuanto a volumen de AOD y en el puesto 19 en cuanto al porcentaje de AOD sobre la RNB con respecto a los países miembros del CAD.
- La ayuda a personas refugiadas en países donantes alcanzó los 29.237 millones de dólares, lo que equivale al 14,4 % de toda la AOD. Lo destinado en 2022 son 20 mil millones más que lo destinado en 2021 y casi dobla la anterior cifra máxima que data de 2016, lo que nos sitúa ante una cifra récord por este concepto.
- Los países del CAD destinaron a salud en 2021 un total de 35.283 millones de dólares, lo que representó el 20,2 % del total de AOD bilateral distribuíble. De esta cifra, el 55 % se destinó al control de la pandemia de la COVID-19.

- Las actividades relacionadas con la COVID-19 alcanzaron los 11.200 millones de dólares en 2022, un 45 % menos que en 2021. Las donaciones de vacunas supusieron 1.530 millones de dólares, lo que implica una caída del 74,1 % en comparación con 2021. De esta cantidad, sólo 16 millones de dólares se destinaron a donaciones de dosis compradas específicamente para países en desarrollo, el resto fueron donación de vacunas sobrantes de los países ricos.
- La ayuda humanitaria alcanzó los 22.300 millones, un aumento del 1 % en comparación con 2021.
- La OMS celebra su 75 aniversario en plena crisis postpandemia, con un incremento presupuestario de apenas un 4,9 % para el periodo 2022 y 2023, lo que anuncia las dificultades que puede tener en el futuro para liderar la respuesta a los retos globales a los que nos enfrentamos.

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS

Los datos del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se construyen desde 2018 aplicando la metodología de “grant equivalent” —equivalente de donación—, si bien en ocasiones recurriremos a la metodología antigua de “cash flow” para ver tendencias y comparaciones históricas, en cuyo caso avisaremos

Las cifras desagregadas de AOD que presenta públicamente el CAD suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2022, que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2021.

El gráfico 2.1 que recoge la evolución de la aportación neta de AOD por el conjunto de los países del CAD, en lugar de dar los datos en dólares corrientes, se ofrecen los datos del periodo 2016-2022 en dólares constantes de 2021 (con los ajustes de tasas de cambio e inflación que corresponden). La explicación es que los dólares constantes visibilizan más ajustadamente el esfuerzo que hace cada donante, ya que tienen en cuenta las variaciones debidas tanto a la inflación como a las fluctuaciones del tipo de cambio, si bien nos obligará a hacer pequeñas modificaciones en las cifras de cada año.

1 Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD

GRANT EQUIVALENT: LA METODOLOGÍA DE CÓMPUTO DE LA AOD

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

Las subvenciones tienen un “grant element” del 100 %, ya que se proporcionan en su totali-

dad como “donación”. Por el contrario, un préstamo ofrecido en condiciones de mercado tiene un “grant element” del 0 %. Sin embargo, esto se convierte en un porcentaje positivo si el prestamista añade un elemento de concesionalidad.

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

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

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

1.1. La AOD del CAD

Los nuevos desafíos que afronta la humanidad debido a los efectos derivados de vivir con varias crisis superpuestas (pandemia, crisis climática, inestabilidad geopolítica, ...) se ven reflejados también en la cooperación internacional, donde cada vez más voces están abogando por un cambio de paradigma. Incluso el propio CAD en su informe 2023 sobre cooperación al desarrollo, abre la puerta al debate y la reflexión sobre “el sistema de la ayuda”² afirmando que aun teniendo mucho sentido la cooperación internacional en un mundo cada vez más globalizado, ésta debe afrontar los nuevos desafíos y, por lo tanto, se debe cambiar el modelo de cooperación. Los países donantes tienen en este momento dos prioridades: (i) cumplir los compromisos adquiridos y (ii) enfrentarse a estos nuevos desafíos. Para ello, el CAD plantea una reforma del propio sistema para que sea más ágil y eficaz, basada en:

1. *Crear nuevas capacidades institucionales para reequilibrar las dinámicas de poder.* En este sentido, acabar con el concepto de “ayuda” que tiene una mirada paternalista, de arriba a abajo, por “cooperación”, donde tanto las personas y países vulnerables deben estar al mismo nivel en la toma de decisiones que los países del CAD, puede ser un primer paso, siempre incorporando una mirada de género en la creación de esas capacidades.
2. *Crear una base de evidencia más sólida sobre los resultados.* Los resultados no pueden estar viéndose bajo una lógica de mercado e intereses comerciales, sino de derechos humanos. La inclusión de la iniciativa privada puede ser positiva, pero siempre teniendo en cuenta que el elemento esencial de la cooperación internacional es, por encima de todo,

disminuir la inequidad de manera sostenible mediante un enfoque de derechos.

3. *Asignar mayores proporciones de financiación a las organizaciones locales,* algo que tiene mucho que ver con creer en las capacidades locales para dar soluciones globales.
4. *Valorar la contribución de los investigadores locales y forjar alianzas más sólidas con entidades con sede en el Sur Global.* Como el punto anterior, tiene mucho que ver con el concepto de descolonización de la ayuda y la transferencia de conocimiento.
5. *Adaptar la financiación de la cooperación para que se ajuste a los marcos de financiación definidos por los países en desarrollo y sus órganos representativos.* Además de ser imprescindible para conseguir un mayor impacto, preocupa que la incorporación de la financiación privada o financiación de entidades privadas no se haya realizado tras un análisis exhaustivo del impacto que tiene en la equidad y el desarrollo de personas y comunidades.
6. *Facilitar un espacio para la voz de la sociedad civil en el establecimiento de prioridades y la toma de decisiones.* Además de la reducción del espacio cívico, la sociedad civil cada vez tiene menos espacio en las discusiones globales, debido a que otros actores, como la iniciativa privada lucrativa, están ocupando esos espacios.

Queda mucho por hacer. Transformar estas ideas en realidades puede llegar a ser complejo. Cumplir con algunos compromisos que llevan más de 50 años firmados, como destinar el 0,7 % a cooperación, priorizar los derechos humanos frente a los intereses comerciales o políticos de

los países donantes, o establecer una dinámica para definir los planes globales y nacionales de desarrollo de una manera democrática y con participación de la sociedad civil, es cuestión de voluntad política.

La AOD del CAD superó en 2022 la barrera de los 200.000 millones de dólares por primera vez en su historia, alcanzando la cifra récord de 203.995 millones de dólares (213.261 millones de dólares constantes de 2021³), lo que supone un incremento del 13,6 % respecto a 2021. En términos absolutos el crecimiento ha sido de 19.109 millones de dólares. La AOD de los países donantes del CAD representa el 0,36 % del ingreso nacional bruto (RNB), un porcentaje sensiblemente mayor al destinado en 2020 y 2021, que fue del 0,33 %. Si bien es cierto que este crecimiento de la AOD en una primera lectura es muy positivo, el análisis un poco en profundidad de este incremento rebaja las expectativas.

Si se proyecta un crecimiento porcentual similar para los próximos años, en 2030 la AOD de los países del CAD se situaría en el 0,6 % de la RNB, a un punto porcentual del compromiso del 0,7 %, compromiso que data de 1980⁴. Este crecimiento del 13,6 % se ha producido principalmente por temas excepcionales, como ahora se verá, lo que convierte en muy hipotético que se pueda cumplir esta proyección.

Según el informe de 2022 del CAD⁵, el crecimiento de la AOD se ha debido principalmente al (i) incremento de los gastos por refugio en los países donantes (29.300 millones), que representa el 14,4 % de todo el presupuesto del CAD, cuando en 2021 fue del 5,2 % (12.800 millones).

Ucrania es el principal país beneficiado, con el 7,8 % del total de la AOD del CAD, lo que explica el incremento en esta partida. (ii) El otro factor es el coste que sigue suponiendo en 2022 la COVID-19. A pesar de disminuir el gasto un 45 % respecto a 2021, se ha destinado 11.200 millones de dólares para luchar contra la pandemia⁶. Si se suman las aportaciones orientadas hacia estas dos situaciones, Ucrania y COVID-19, que se pueden considerar extraordinarias en la evolución de la ayuda en los últimos 60 años, el crecimiento de la AOD del CAD sería de un 0,18 %; es decir, prácticamente nulo.

En este mismo informe se recogen las aportaciones que se hacen a entidades privadas. El objetivo es visibilizar la participación del sector privado en el desarrollo. En 2022 se destinaron 800 millones de dólares a “instrumentos del sector privado” (PSI en sus siglas en inglés), un 27 % menos que en 2021, y 1.700 millones de dólares en forma de préstamos netos o inversiones en empresas privadas que operan en países elegibles, un 43 % menos. En estos momentos existe una corriente muy importante de pensamiento que pretende incorporar la iniciativa privada a la cooperación, tanto a nivel de donante como de receptor de la ayuda. Se requiere, sin duda, un análisis profundo del impacto final que tendría tanto en la mejora de la situación de la población más vulnerabilizada, como en la sostenibilidad de las iniciativas. Algunos análisis sobre la financiación de instituciones sanitarias con ánimo de lucro, realizados por la UE o el Banco Mundial, en países vulnerables como Kenia o la India⁷, donde se han gastado cientos

2 <https://www.oecd.org/dac/development-co-operation-report-20747721.htm>

3 Dólares constantes son aquellos que sirven como referencia en un momento determinado para establecer una comparación con precios posteriores. El principal motivo para utilizar este indicador es evitar la influencia que tiene sobre estas mediciones la fluctuación del tipo de cambio y la inflación. Mientras que los precios (dólares) corrientes se refieren al valor de un producto o servicio u otra variable económica (PIB, rentas...) en el momento del estudio, incluyendo la inflación

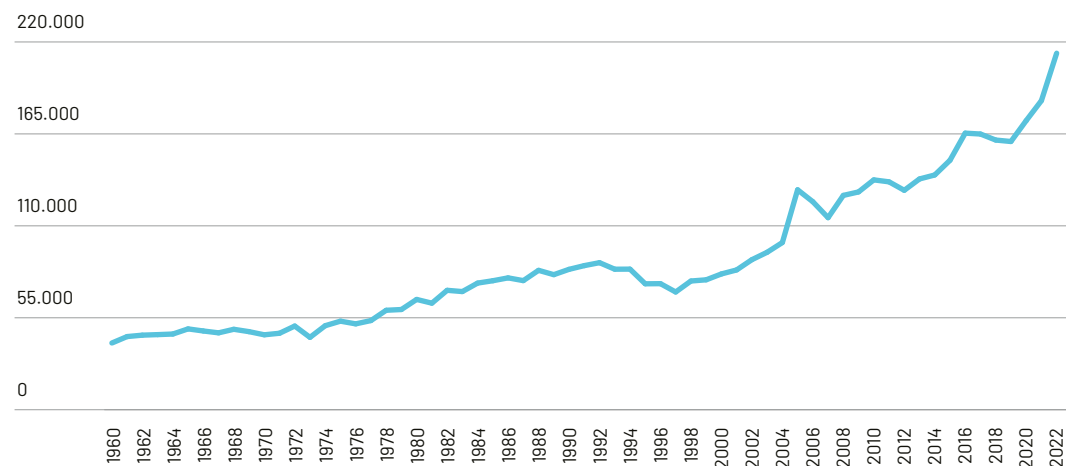
4 <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/ODA-history-of-the-0-7-target.pdf>

5 <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/ODA-2022-summary.pdf>

6 Según el informe del CAD, los datos de inversión en COVID-19 son aún preliminares y parciales, ya que muchos países siguen recolectando datos a la hora de emitir este informe.

7 <https://oxfamlibrary.openrepository.com/bitstream/handle/10546/621529/bp-sick-development-funding-for-profit-private-hospitals-260623-en.pdf?sequence=14>

GRÁFICO 2.1. Evolución 1960-2022 de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2021)



FUENTE: OCDE, VARIOS INFORMES. EN NARANJA, LA APORTACIÓN SEGÚN GRANT EQUIVALENT

de millones de dólares para apoyar estas iniciativas, muestra como estas instituciones impiden el acceso a la gente más pobre, o lleva a la ruina a la población vulnerable, algo totalmente contrario al espíritu de la Cobertura Sanitaria Universal, que es la principal meta a implementar del ODS3.

En el gráfico 2.1. se observa la evolución de la aportación a la cooperación por parte de los países del CAD. A pesar de los enormes cambios que ha habido durante estos más de 60 años en el contexto económico, político y social, la AOD neta de los países donantes ha mantenido una tendencia general de crecimiento, sobre todo desde el año 2000, cuando aparecen los Objetivos del Milenio. Si se toma como referencia 2015, año en el que se asumen los ODS, el crecimiento hasta la fecha es de un 43 %. Se trata de un porcentaje muy influenciado por la pandemia de COVID-19 y el conflicto de Ucrania, ya que desde 2019 hasta 2022 el porcentaje de crecimiento es de un 33 %.

A pesar de esa tendencia tan positiva mantenida en el tiempo, los países del CAD en su conjunto no se han acercado a la cifra compro-

metida del 0,7 %. La complejidad de la situación actual, con crisis superpuestas, y con unas necesidades básicas no cubiertas en una enorme proporción de la población mundial, exige un mayor esfuerzo de los países donantes del CAD, y del resto de países, destinando fondos adicionales que nos acerquen al compromiso del 0,7 % y avanzar así en la cobertura de necesidades.

Los cinco principales donantes del CAD —Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Japón y Francia—, representan el 69,2 % de toda la ayuda, 3,6 puntos porcentuales menos que en 2021. En términos absolutos, EE. UU. sigue liderando el ranking con 55.300 millones de dólares, 13.000 millones de dólares más que en 2021, lo que equivale a una cuarta parte del total de la ayuda del CAD. Le sigue Alemania con 35.200 millones (2.800 millones más que en 2021) y un peso sobre el total del 17,3 %. Japón, a pesar de haber disminuido 100 millones de dólares su AOD respecto a 2021, se consolida en el tercer puesto con 17.500 millones de dólares y un peso porcentual del 8,6 %. Francia aporta 15.900 millones de dólares, 500 millones más, y Reino Unido sigue disminuyendo su aportación, aun-

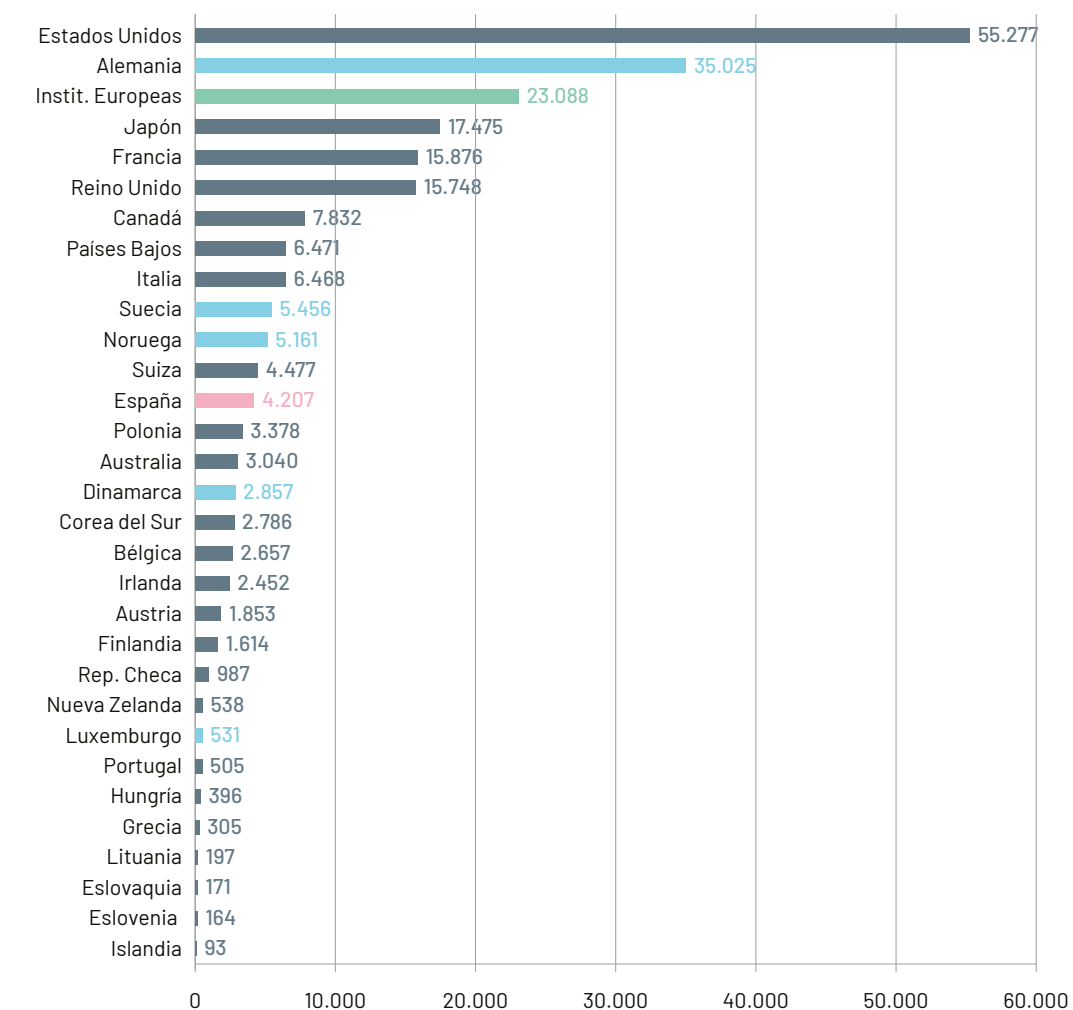
que este año de manera moderada, pasando de 15.800 millones de dólares en 2021 a 15.700 millones en 2022.

Como se ha comentado en informes anteriores, estas cifras absolutas no recogen adecuadamente el esfuerzo que en materia de cooperación realizan los diferentes países. De los cinco grandes donantes, solamente Alemania cumple con el compromiso del 0,7 % al destinar el 0,83 % de su RNB a AOD, Francia se queda en el 0,56 %, Reino Unido destina el 0,51 %, aunque aprobó por Ley el 0,7 %, mientras que Japón

se sitúa en el 0,39 %. Como en años anteriores, Estados Unidos, el mayor donante en cifras absolutas, y la mayor economía del mundo, apenas destina el 0,22 % de su RNB, el quinto porcentaje más bajo del conjunto de países donantes.

El Objetivo 17, Revitalizar la Alianza Mundial para el Desarrollo Sostenible, en su meta dos establece que los países desarrollados deben cumplir plenamente sus compromisos en relación con la asistencia oficial para el desarrollo, incluido el objetivo de destinar el 0,7 % del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para

GRÁFICO 2.2. AOD Grant Equivalent. 2022 (en millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, A PARTIR DE DATOS OCDE, 2023.

el desarrollo, y destinar entre el 0,15 % y el 0,20 % a la asistencia oficial para el desarrollo de los países menos adelantados (PMA)⁸. El análisis de lo sucedido en los últimos años no invita al optimismo. A pesar del aumento del último año, desde 2015, donde se reconfirma el compromiso con el 0,7 % hasta 2022, el porcentaje destinado a cooperación ha disminuido, desde el 0,4 % al 0,36 %, a pesar de la pandemia y de la guerra de Ucrania. A 8 años para el 2030, los países donantes no parecen dispuestos a realizar el esfuerzo

necesario para cumplir con el compromiso del 0,7 %. Si los países donantes cumplieran sus compromisos y destinaran el 0,7 % a Ayuda Oficial al desarrollo, el desembolso en 2022 hubiera sido de 391.652 millones de dólares, 178.390 millones más que los consignados en ese año.

Solamente cinco países de los 30 que son parte del CAD alcanzaron o superaron el compromiso del 0,7 %, Dinamarca (0,70 %), Alemania (0,83 %), Luxemburgo (1 %), Noruega (0,86 %) y Suecia (0,90 %), siendo este último país el único

que alcanzó el objetivo del 0,7 % en 1975 y lo ha mantenido ininterrumpidamente. Noruega se unió en 1976, Dinamarca en 1978 y Luxemburgo en el año 2000. Como se puede ver en la tabla 2.1, Alemania lo hizo en 2020. Reino Unido se sumó en 2013 y blindó el 0,7 % por Ley, si bien desde 2021, coincidiendo con la crisis de la pandemia, su gobierno decidió que había otras prioridades y redujo la AOD situándola en torno al 0,5 %. Aunque han prometido volver a la senda del 0,7 %, cuando se cumplan ciertas condiciones, éstas son bastante volubles y estiman que no se volverá a la senda del 0,7 % hasta al menos el año 2027 o 2028⁹.

Los 5 países que alcanzaron o superaron el 0,7 % son los mismos países que lo hicieron en 2021 y en años anteriores. Si algo muestra el caso del Reino Unido es que el objetivo del 0,7 % depende mucho más del compromiso político que de otras circunstancias esgrimidas normalmente para no alcanzar ese porcentaje, como puede ser la situación económica interna del país. Otro ejemplo puede ser Países Bajos, que después de muchos años instalado en el 0,7 %, en 2016 decidió disminuir su apuesta por la cooperación para en 2022 aumentar un 30 % su aportación, principalmente en actividades relacionadas con la guerra de Ucrania y la acogida de personas refugiadas, pasando de 0,52 % al 0,67 %. Por encima del 0,5 % estarían también Irlanda (0,64 %), Finlandia (0,58 %), Francia y Suiza (ambas con 0,56 %), Reino Unido y Polonia (0,51 %). Por encima de la media están Bélgica (0,45 %), Austria y Japón (ambos con 0,39 %) y Canadá (0,37 %). Es decir, un total de 16 países, de los 29 que integran el CAD, superan la media de lo que el conjunto destina a cooperación, cinco más que en los últimos años. Por debajo de la media se sitúan el resto de los países, trece, entre los que se encuentran algunos tan importantes como Estados Unidos (0,22 %), España (0,30 %) o Italia (0,32 %).

Que la mayoría de los países hayan incrementado sus cifras de AOD es sin duda una buena

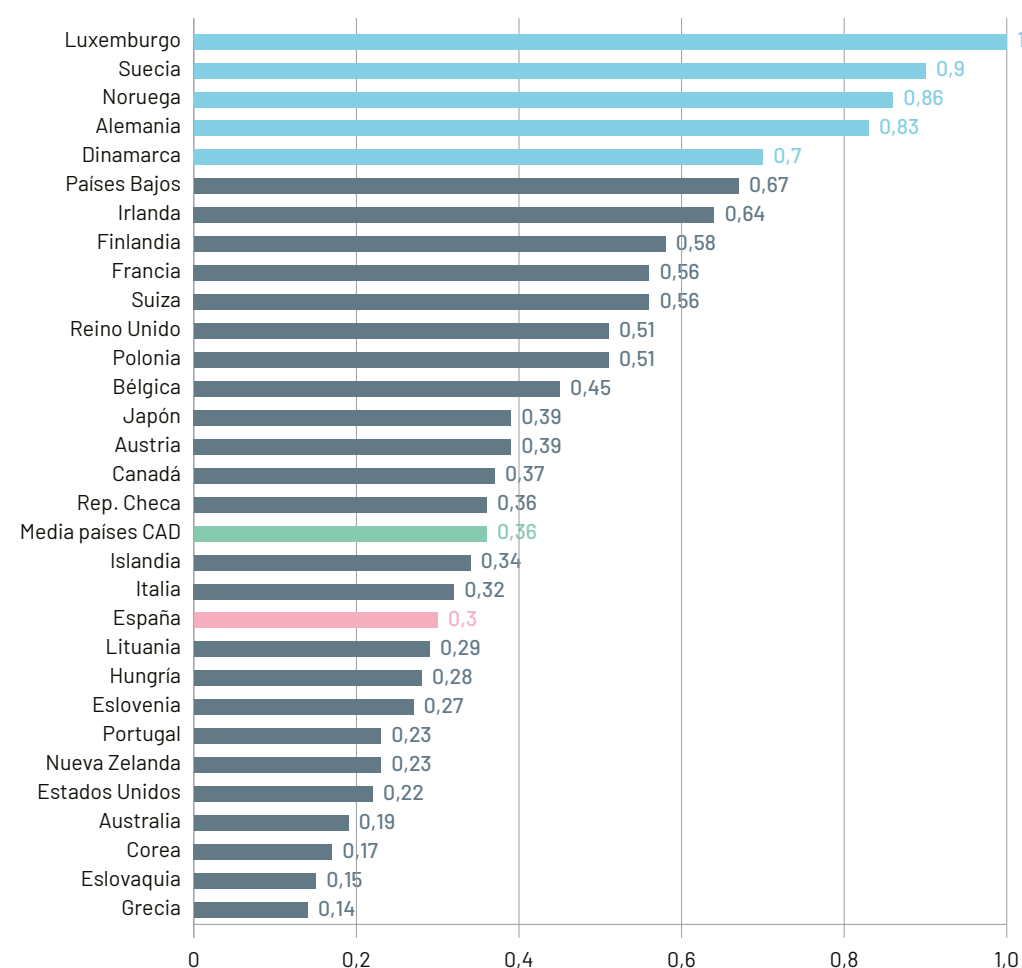
noticia, aun conscientes de que en este hecho tiene mucho que ver los dos acontecimientos extraordinarios mencionados, la guerra de agresión de Rusia contra Ucrania y la lucha contra la pandemia de la COVID-19. En próximos años se verá si se mantiene esta tendencia al alza, y si la comunidad internacional asume realmente el papel que la cooperación internacional debe tener en la búsqueda de soluciones para los retos globales y complejos que amenazan al planeta. Ayudaría a este propósito una hoja de ruta realista por parte de los estados, que permitiera además de un crecimiento cuantitativo implementar una AOD orientada a la lucha contra la inequidad, teniendo los derechos humanos y la sostenibilidad del planeta como ejes, y la participación como motor de los intereses colectivos.

La Unión Europea y los veinte Estados miembros que forman parte del CAD, siguen siendo en conjunto el principal donante mundial con 91.569 millones de dólares, el 44,8 % de toda la AOD del CAD. En términos absolutos la AOD de la UE y sus Estados miembros aumenta 10.500 millones, un 18,6 % más que en 2021. Este incremento se ve reflejado en el porcentaje que supone la AOD sobre la RNB, que pasa del 0,49 % de 2021 a 0,56 % en 2022, dato que está muy por encima del 0,36 % de la media del conjunto de los países del CAD.

Si el análisis se centra en otro grupo de países como es el G7 (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, Italia, Canadá y Japón), se observa que es responsable del 75,3 % de toda la AOD del conjunto de los países del CAD; es decir, 3 de cada 4 dólares destinados a cooperación provienen de estos siete países.

Si se limita a España, se puede ver que en 2022 se da un incremento del 26,1 % la AOD hasta situarse en los 4.207 millones de dólares, lo que equivale al 0,30 % de su RNB. Se trata sin duda de un incremento importe que acerca la AOD española a la media de los países del CAD, pero que sigue lejos de la media de la UE que se si-

GRÁFICO 2.3. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2022



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA, A PARTIR DE DATOS OCDE, 2023.

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

9 <https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/sn03714/>

túa en el 0,57 % y por supuesto del compromiso del 0,7 %. El fuerte incremento de la cooperación del conjunto de países del CAD hace que el importante aumento realizado por España apenas sirva para mejorar su ranquin entre los países del CAD, ni en cuanto a volumen de AOD (puesto 12) ni en cuanto a porcentaje (puesto 20).

Los préstamos bilaterales soberanos siguen siendo una herramienta que está en auge dentro de la AOD del CAD. En 2022, contrariamente a lo que pasó el año anterior, estos préstamos aumentaron un 36,1 %, aunque debido al mayor incremento de las cantidades brutas destinadas a la AOD bilateral, su peso se reduce del 10 % en 2021 al 9,3 % de toda la AOD bilateral. Los países que más utilizaron esta herramienta son los mismos que en 2021: Francia (22 %), Japón (60 %) y Corea del Sur (32 %). Conviene destacar también el papel de los préstamos soberanos de las instituciones de la UE, que aumentaron un 110 % y ya representan un 24 % de su AOD bilateral, 9 pun-

1.2. Distribución de la AOD en 2022

Dentro de la heterogeneidad de los países, hay un hecho relevante como es que la AOD aumentó en 26 de los 30 países del CAD debido, en muchos casos, a la necesidad de dar soporte a la atención de las personas refugiadas que salían de Ucrania. De ahí que los países que más incrementaron porcentualmente su AOD sean mayoritariamente los países que han acogido a más población refugiada ucraniana: Polonia incrementa un 255,6 %, República Checa un 167,7 % y Lituania, el 121,6 %. A estos países se suma Irlanda con un 125,1 %, pero que, al igual que Polonia, suma a su gasto en personas refugiadas un incremento notable de sus aportaciones a organismos internacionales. Tras éstos, hay un grupo

de países que aumenta porcentualmente más de un 30 % su AOD, como son Eslovenia (48,7 %), Austria (36,2 %), Islandia (31,8 %) y Países Bajos (30,1 %). España con el 26,1 % se sitúa en la novena posición entre los países que más han incrementado porcentualmente su AOD, principalmente por un aumento del coste de personas refugiadas en España. Los 4 países del CAD que disminuyeron su AOD no lo hicieron de forma tan llamativa como los que la han incrementado. Hungría disminuyó apenas un 1,7 % y Grecia un 6,6 %. Los descensos de Australia (13,1 %) y Nueva Zelanda (17,2 %) se debieron más a aspectos contables administrativos que a una disminución real de su AOD¹¹.

tos porcentuales más que en 2021. Los préstamos entre países e instituciones pueden tener cabida dentro de sus relaciones económicas y comerciales, pero no parece que sea una herramienta que sirva realmente al objetivo de reducir inequidades en el mundo, sino al contrario. Aumentar la deuda en países frágiles económicamente solo puede desviar dinero destinado para necesidades básicas a pagar esas deudas y sus intereses, y la crisis derivada de la pandemia de la COVID-19 no ha hecho sino exacerbar esa situación. Según un informe de UNICEF¹⁰, en 2019, 25 países asignaron mayores partidas presupuestarias al servicio de la deuda que a la educación, la salud y la protección social juntas. Y a finales de 2020 había en el mundo 8 países en situación de sobreendeudamiento, 28 países con alto riesgo de sufrirlo y 23 con riesgo moderado, por lo que el riesgo de que sus poblaciones vean afectados los servicios básicos por el pago de la deuda es muy elevado.

de países que aumenta porcentualmente más de un 30 % su AOD, como son Eslovenia (48,7 %), Austria (36,2 %), Islandia (31,8 %) y Países Bajos (30,1 %). España con el 26,1 % se sitúa en la novena posición entre los países que más han incrementado porcentualmente su AOD, principalmente por un aumento del coste de personas refugiadas en España.

Los 4 países del CAD que disminuyeron su AOD no lo hicieron de forma tan llamativa como los que la han incrementado. Hungría disminuyó apenas un 1,7 % y Grecia un 6,6 %. Los descensos de Australia (13,1 %) y Nueva Zelanda (17,2 %) se debieron más a aspectos contables administrativos que a una disminución real de su AOD¹¹.

¹⁰ https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Social-spending-series_COVID-19-and-the-looming-debt-crisis.pdf

¹¹ Australia debido a las diferencias temporales entre los informes del año financiero de Australia y el momento de sus gastos relacionados con COVID-19 en comparación con 2021, y Nueva Zelanda debido a una disminución temporal de sus desembolsos dentro de su ciclo presupuestario de tres años

A nivel geográfico la AOD neta bilateral para África se sitúa en 34.000 millones de dólares, lo que supone una caída del 7,4 % respecto a 2021. El descenso más importante lo soporta África subsahariana que sufre un recorte del 7,8 %, situándose en 29.000 millones de dólares, lo que arroja un recorte de 4.000 millones. Esta disminución de la AOD en la región del mundo que mayores problemas sufre y que más conflictos soporta, es una muestra más de que la cooperación necesita una seria reflexión sobre cuál

es su propósito y asumir que el principio de equidad es uno de los pilares que debe guiar las orientaciones geográficas y sectoriales de la cooperación.

Es obvio que Ucrania, país de renta media baja con un IDH del 0,773, ha condicionado la distribución sectorial y geográfica de la ayuda. Así la AOD destinada a los países de renta baja creció un 3 %, situándose en los 26.000 millones de dólares; la AOD de los países de renta media-media baja (tramo en el que estaría Ucrania)

TABLA 2.1. AOD neta de los países del CAD 2020-2022, desembolsos en millones de dólares constantes 2021 & dólares corrientes

	2020 \$ constantes		2020 \$ corrientes		2021 \$ constantes		2021 \$ corrientes		2022 \$ constantes		2022 \$ corrientes	
	Monto	% AOD	Monto	% AOD	Monto	% AOD	Monto	% AOD	Monto	% AOD	Monto	% AOD
Australia	3.301	0,21	2.869	0,21	3.546	0,22	3.444	0,22	3.081	0,19	3 040	0,19
Austria	1.398	0,30	1.273	0,30	1.492	0,31	1.460	0,31	1.986	0,39	1 853	0,39
Bélgica	2.538	0,48	2.344	0,48	2.649	0,46	2.571	0,46	2.834	0,45	2 657	0,45
Canadá	5.632	0,31	5.052	0,31	6.258	0,32	6.271	0,32	8.908	0,37	7 832	0,37
Rep. Checa	331	0,13	299	0,13	366	0,13	362	0,13	978	0,36	987	0,36
Dinamarca	2.824	0,72	2.652	0,72	2.914	0,70	2.874	0,70	2.960	0,70	2 857	0,70
Finlandia	1.360	0,47	1.278	0,47	1.498	0,47	1.436	0,47	1.711	0,58	1 614	0,58
Francia	16.839	0,53	14.125	0,53	16.722	0,52	15.448	0,52	19.067	0,56	15 876	0,56
Alemania	31.356	0,73	28.680	0,73	32.456	0,74	32.232	0,74	37.559	0,83	35 025	0,83
Grecia	345	0,17	325	0,17	341	0,12	264	0,12	318	0,14	305	0,14
Hungría	451	0,27	418	0,27	435	0,29	455	0,29	428	0,28	396	0,28
Islandia	65	0,27	58	0,27	71	0,28	72	0,28	93	0,34	93	0,34
Irlanda	1.030	0,31	988	0,31	1.155	0,31	1.169	0,31	2.600	0,64	2 452	0,64
Italia	4.586	0,22	4.248	0,22	6.272	0,28	6.017	0,28	7.103	0,32	6 468	0,32
Japón	13.171	0,31	16.260	0,31	15.765	0,34	17.619	0,34	20.074	0,39	17 475	0,39
Corea del Sur	2.423	0,14	2.250	0,14	2.998	0,16	2.855	0,16	3.186	0,17	2 786	0,17
Lituania					86	0,13	86	0,13	191	0,29	197	0,29
Luxemburgo	498	1,03	452	1,03	539	0,99	539	0,99	562	1,00	531	1,00
Países Bajos	5.669	0,59	5.359	0,59	5.266	0,52	5.288	0,52	6.880	0,67	6 471	0,67
Nueva Zelanda	594	0,26	530	0,26	685	0,28	681	0,28	568	0,23	538	0,23
Noruega	5.374	1,11	4.196	1,11	4.673	0,93	4.673	0,93	4.784	0,86	5 161	0,86
Polonia	861	0,14	829	0,14	971	0,15	952	0,15	3.482	0,51	3 378	0,51
Portugal	442	0,18	413	0,18	447	0,18	450	0,18	450	0,23	505	0,23
Eslovaquia	150	0,14	141	0,14	155	0,13	151	0,13	179	0,15	171	0,15
Eslovenia	97	0,17	91	0,17	116	0,19	115	0,19	173	0,27	164	0,27
España	2.908	0,23	2.987	0,23	3.358	0,25	3.542	0,25	4.343	0,30	4 207	0,30
Suecia	7.024	1,14	6.349	1,14	5.934	0,92	5.927	0,92	6.051	0,90	5 456	0,90
Suiza	3.863	0,49	3.563	0,49	3.911	0,51	3.927	0,51	4.539	0,56	4 477	0,56
Reino Unido	20.725	0,70	18.568	0,70	16.278	0,50	15.814	0,50	16.726	0,51	15 748	0,51
Estados Unidos	36.986	0,17	35.576	0,17	47.528	0,18	42.311	0,18	51.446	0,22	55 277	0,22
Total países CAD	172.923	0,33	162.173	0,33	184.886	0,33	178.916	0,33	213.261	0,36	203 995	0,36

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS OCDE-CAD

aumentó un 52,8 % hasta alcanzar los 47.000 millones de dólares; La ayuda a países de renta media alta también aumentó un 1,4 % llegando a los 13.000 millones de dólares. Finalmente, las aportaciones destinadas a los Países Menos Avanzados (PMA), aquellos en peor situación, disminuyeron un 3 %, quedándose en 32.000 millones de dólares, aunque supongan el 27,1 % del total de la AOD neta de los países del CAD y cumplan el compromiso de destinar al menos el 20 %. Aunque se trata de un año “excepcional”, estos datos confirman lo que ya venía sucediendo en años anteriores, son los países de renta media, aquellos que tiene mayor capacidad interna para solventar sus propios problemas, los que más ayuda reciben, y no los países de renta baja y PMA que deberían ser quienes mayor apoyo recibieran de los países del CAD.

Existen otros países fuera del CAD que son claves en la cooperación para el desarrollo como China¹², y que fomentan nuevos modelos de desarrollo, destinando una gran cantidad de recursos económicos a cooperación, pero no se

dispone de su desglose, lo que dificulta entender su lógica de intervención. Según la OCDE, la cooperación china alcanzó la cifra de 3.100 millones de dólares en 2021. China, junto con India, Brasil, Rusia y Sudáfrica constituyen los países BRICS y en la cumbre celebrada en agosto de 2023 se reafirmaron en la idea de que debían explorar el desarrollo de la cooperación BRICS+ a más niveles, en un campo más amplio y a mayor escala, promover la normalización e institucionalización de las actividades BRICS+ y establecer asociaciones más amplias. Y se comprometieron a una mayor solidaridad y cooperación con los países de mercados emergentes, y en desarrollo. También se comprometieron a incluir nuevos países dentro del grupo. Los BRICS en cooperación tienen 3 líneas de trabajo¹³: (i) cooperación política y de seguridad, (ii) cooperación económica y financiera, y (iii) cooperación cultural, que la unen con la que denominan “persona a persona”. En marzo de 2022 los BRICS llegaron a presentar un centro virtual conjunto de investigación y desarrollo de vacunas COVID-19, que asume que

la vacunación justa y equitativa es un bien público global y por lo tanto se debe garantizar la accesibilidad y asequibilidad de las vacunas en los países en desarrollo. Este centro facilitará un mayor acceso al mercado para vacunas, diagnósticos y terapias¹⁴ a los países BRICS y a las personas y países más vulnerables.

Entre los países donantes que no son miembros del CAD, cabe mencionar a Turquía que, a pesar de un fuerte descenso en 2022, desde 2017 destina más del 0,7 % de su RNB a AOD, siendo el sexto país del mundo que mayor porcentaje de RNB destina a cooperación. En 2022 destaca también Arabia Saudí, que ha destinado el 0,74 %.

1.3. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

Como ya se ha mencionado anteriormente, la ayuda a personas refugiadas en países donantes se incrementó considerablemente durante 2022. En concreto, se destinaron 29.237 millones de dólares, 20.000 millones más que en 2021, lo que representa un incremento del 215 %. Esta cifra sitúa la ayuda a personas refugiadas en el 14,4 % del total de la AOD del CAD, nueve puntos porcentuales más que el año anterior. Nunca se había alcanzado una cantidad así, casi doblando el máximo histórico de 2016, cuando se destinaron 16.000 millones de dólares.

Se ha mencionado en varios informes que, a pesar de ser un gasto absolutamente necesario para preservar los derechos humanos de las personas afectadas, la ayuda a personas refugiadas en los países donantes no debería considerarse AOD genuina por tratarse de contribuciones que no tienen un efecto tangible en el desarrollo de su país de origen. Además, en ocasiones, va acompañado de una reducción del importe de la ayuda que se destina a los países donde se producen las crisis humanitarias que dan lugar a la llegada de personas refugiadas. Si se

analizan los datos de AOD de los países del CAD sin considerar los fondos destinados a ayudar a personas refugiadas, 12 de los 30 países habrían recortado AOD respecto a 2021.

Como se puede observar en la tabla 2.3, entre los años 2015 y 2017 las ayudas a personas refugiadas habían alcanzado su pico máximo debido al éxodo de personas refugiadas que huían del conflicto sirio. A partir de 2018 y hasta 2021, las cifras se habían estabilizado en torno a los 8-10.000 millones de dólares. En 2022 la invasión rusa de Ucrania provoca una enorme crisis humanitaria que obliga a más de ocho millones de personas a abandonar Ucrania y buscar protección en otros países europeos. Este hecho contribuye a que en 2022 se compute como ayudas a personas refugiadas la cantidad de 29.297 millones de dólares, cifra récord para el CAD.

Al total destinado a personas refugiadas, la Unión Europea y los países de la UE que forman parte del CAD contribuyen con 15.332 millones de dólares, que representa el 16,7 % de su cooperación, diez puntos porcentuales más que en 2021. Históricamente las institu-

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

	2018		2019		2020		2021		2022	
	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB
Croacia	55	0,10			84	0,15	94	0,15	119	0,17
Estonia	49	0,16	42	0,13	49	0,16	60	0,17	203	0,54
Israel	434	0,12	278	0,07	288	0,07	394	0,08	569	0,10
Letonia	34	0,10	34	0,10	40	0,12	47	0,12	99	0,25
Malta	31	0,23	40	0,29	58	0,44			46	0,28
Rusia	1.036	0,06								
Turquía	8.562	1,10	8.652	1,15	8.003	1,12	7.643	0,95	7.184	0,79
Emiratos Árabes Unidos	4.188	1,03	2.236	0,55	1.695	0,48	1.489	0,40	1.352	0,33
Arabia Saudí							2.124	0,30	5.992	0,74
Bulgaria	69	0,11	65	0,10	84	0,13	91	0,12	232	0,27
Rumanía	252	0,11	251	0,10	306	0,13	327	0,12	411	0,14
Taiwán	337	0,06	302	0,05	403	0,06	334	0,04	384	0,05
Chipre			45	0,21	20	0,08				
Kuwait									743	0,44
Qatar									820	0,46

FUENTE: OCDE-CAD

12 <https://www.comillas.edu/noticias-obimid/4066-china-propone-ampliar-el-brics-y-activar-su-cooperacion-con-los-paises-fuera-de-la-organizacion>

13 <https://brics2023.gov.za/three-pillars-of-cooperation/>

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total CAD	12.428	16.416	14.111	10.769	9.635	8.980	9.285	29.297
Países UE del CAD	9.718	12.343	11.565	8.228	6.301	5.287	5.641	15.332
% UE sobre total CAD	78,19 %	75,19 %	81,96 %	76,40 %	65,40 %	58,88 %	60,75 %	52,33 %

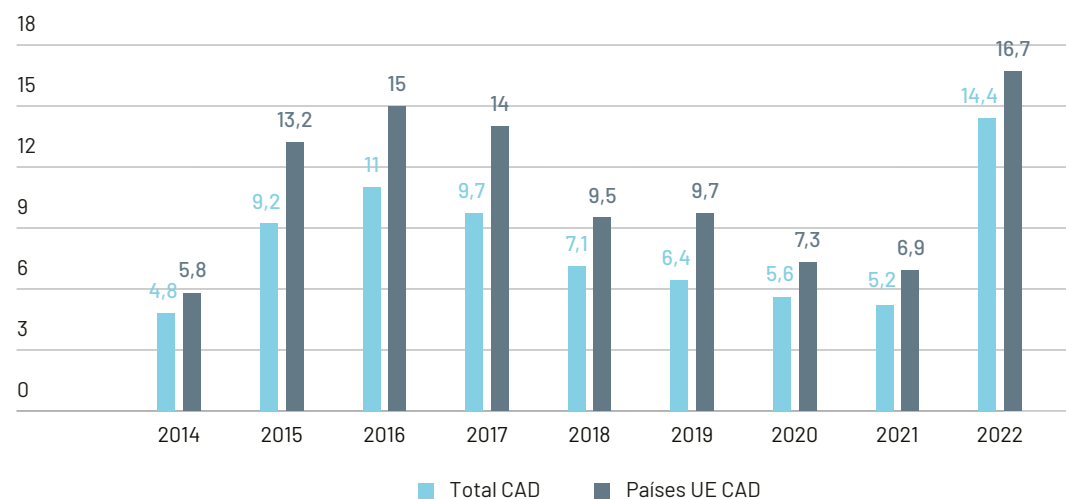
FUENTE: DATOS OCDE-CAD

14 http://za.china-embassy.gov.cn/eng/znlj/202203/t20220324_10655210.htm

ciones y los países de la UE que forman parte del CAD destinan más porcentaje de AOD a personas refugiadas en sus propios países que la media del conjunto de donantes, como muestra el gráfico 2.4.

Y, como ya se ha comentado, aunque estas actuaciones son muy necesarias para preservar los derechos humanos de las personas afectadas, no deberían contabilizarse como AOD pues no repercuten en el desarrollo de sus países de origen.

GRÁFICO 2.4. Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2014-2022



FUENTE: DATOS OCDE-CAD

LA EROSIÓN GRADUAL DE LA AYUDA

Nerea Craviotto

Senior Policy and Advocacy Officer - Aid Effectiveness
Eurodad

En 2022, amplias zonas del Sur global se vieron sumidas en una emergencia compleja y de múltiples niveles debido a la policrisis provocada en parte por la pandemia de la COVID-19 y agravada por la guerra de Ucrania. Ese mismo año, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) alcanzó un nuevo máximo histórico 204.000 millones de dólares (un 13,6 % más que el año anterior).

Sin embargo, la verdad que se esconde tras estas cifras tan positivas es que una cantidad significativa de la misma nunca salió de los países enriquecidos “donantes” gracias a las normas que rigen la ayuda. En realidad, 30.900 millones

de dólares (casi el 15 % de la AOD total) se reportaron en concepto de gastos de acogida de personas refugiadas, donaciones de excedentes de dosis de vacunas COVID-19 y alivio de la deuda. La inclusión de estos costes ha inflado los presupuestos de AOD, mientras que, al mismo tiempo, la población del Sur global ha estado recibiendo muchos menos recursos de los que necesita para hacer frente a las crisis superpuestas.

Además, a pesar de haber transcurrido más de 50 años desde que se asumió el compromiso del 0,7 %, los niveles de AOD solo han alcanzado una media del 0,36 % —la mitad de lo comprome-

tido— para todos los países que se encuentran bajo el paraguas del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE. La mayoría de los miembros del CAD simplemente no están cumpliendo su compromiso del 0,7 %: en 2022, sólo cinco lo cumplieron o superaron ese objetivo: Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Noruega y Suecia. Oxfam calcula que el incumplimiento de los países “donantes” ha costado a los países de renta baja y media 6,5 billones de dólares en ayuda no entregada entre 1970 y 2021.

Los miembros del CAD tampoco están apoyando adecuadamente a los países más frágiles y pobres del sur global al no canalizar entre el 0,15 % y el 0,20 % de su renta nacional bruta a los países menos desarrollados (PMA), un compromiso reafirmado en 2015 con la Agenda 2030 y la Agenda de Acción de Addis Abeba. En 2022, solo alrededor del 0,057 % del total de la AOD se canalizó hacia estos países.

Es probable que en 2025 la comunidad internacional vinculada a la cooperación para el desarrollo se reúna en una nueva conferencia internacional sobre Financiación para el Desarrollo. En el camino hacia esa cumbre, los miembros del CAD deben evaluar seriamente si todos sus flujos de ayuda son adecuados para los objetivos de la misma, y cuánto tiempo más quieren seguir incumpliendo sus compromisos con el Sur global.

Aquí se presenta una visión general de las principales tendencias observadas en las cifras preliminares de la AOD de 2022 publicadas por el CAD en abril de 2023 y se sostiene que la inflación de la AOD con costes que no le pertenecen socava el valor de las estadísticas de ayuda.

1. Los volúmenes de AOD no son tan buenos como parecen

En 2022, la ayuda alcanzó los niveles más altos jamás registrados. Mientras que el aumento de la ayuda en 2021 había respondido en gran medida a la pandemia de la COVID-19 y a las crisis colaterales, no fue así en 2022.

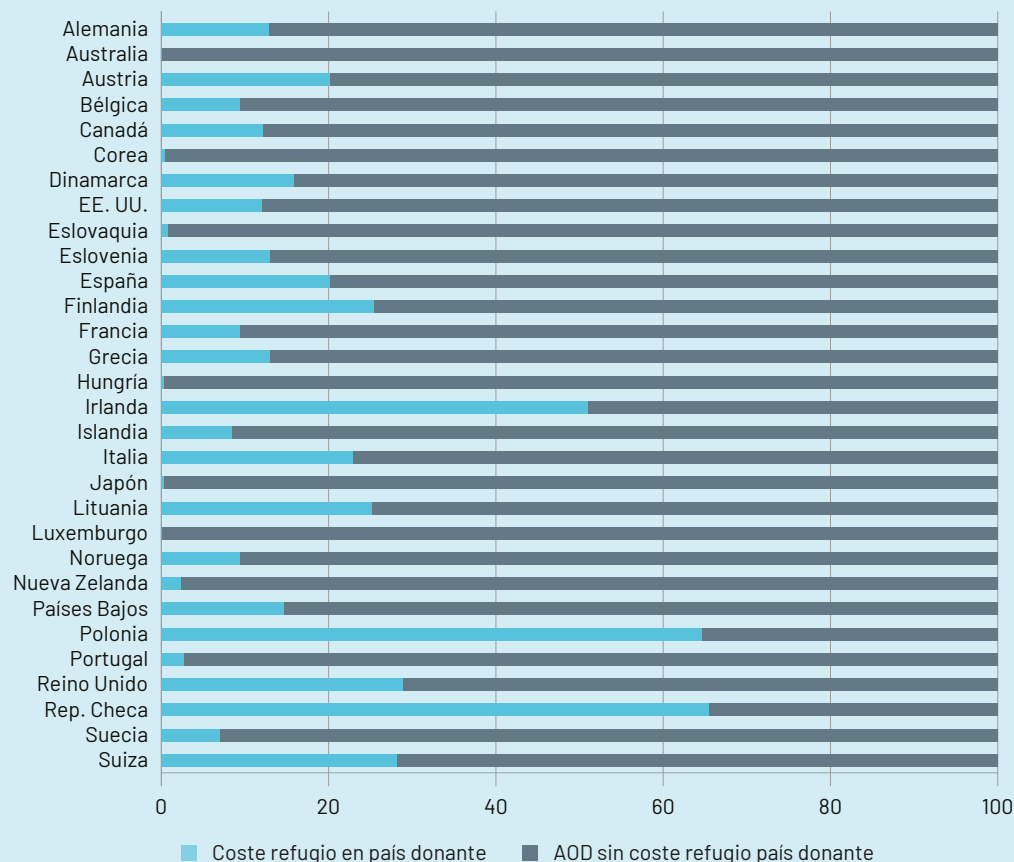
La invasión de Ucrania cambió el terreno de juego en muchos sentidos. Por un lado, el aumento de las cifras de AOD en 2022 se explica en parte por el apoyo financiero prestado a Ucrania, que supuso el 7,8 % de la AOD (16.100 millones de dólares). Mientras tanto, la AOD destinada a actividades relacionadas con la COVID-19 se redujo hasta los 11.200 millones de dólares, un 45 % menos que los 21.800 millones de dólares de 2021. Esto estuvo en consonancia con la mejora de la situación en la emergencia sanitaria. Al mismo tiempo, los países del CAD establecieron un nuevo récord de AOD reportada en 2022 como costes relacionados con la acogida de personas refugiadas, que ascendió a 29.300 millones de dólares (lo que representa el 14,4 % de la AOD total reportada para ese año). El récord anterior se estableció en 2016, en el contexto de la guerra en Siria y la crisis de personas refugiadas relacionada con ésta, por un total de 18.900 millones de dólares (11,6 % de la AOD total). Solo los países de la UE del CAD (20 de los 32 que lo componen) han sido responsables del 52 % de la AOD total reportada como costes relacionados con la acogida de personas refugiadas (lo que equivale a 15.300 millones de dólares). En el caso de la República Checa, Polonia e Irlanda, estos costes representaron más del 50 % de sus niveles totales de AOD en 2022.

El coste de la acogida de personas refugiadas en el total de la AOD es tan importante en algunos países del CAD que, si se dejaran de lado esos costes, las cifras habrían disminuido en comparación con el año anterior. Este ha sido el caso de la República Checa, Dinamarca, Finlandia, Italia, Noruega, Suecia, Suiza y el Reino Unido.

No es probable que esta tendencia cambie en 2023, ya que la campaña ONE calcula que 31.560 millones de dólares de ayuda podrían destinarse a acoger personas refugiadas.

Además, a pesar del clamor desde años de las organizaciones de sociedad civil en contra de esta práctica, se han seguido computando como AOD las donaciones de excedentes de vacunas

Proporción de los costes de los refugiados en los donantes de la AOD 2022, en %



FUENTE: OCDE, DATOS PRELIMINARES AOD 2022

contra la COVID-19 al sur global. Las donaciones de vacunas declaradas como AOD ascendieron a un total de 1.530 millones de dólares (el 0,8 % de la AOD total) en 2022, de los cuales 1.510 millones eran excedentes, o dosis “sobrantes”. Las dosis compradas específicamente para países en desarrollo representaron apenas el 1 % del total donado en 2022. Aunque la cifra de donaciones de vacunas sobrantes es baja en 2022, las expectativas de sociedad civil eran que los miembros del CAD hubieran abandonado por completo la inclusión de estos costes.

En conclusión, en 2022 se desviaron cantidades considerables de AOD de donde más se ne-

cesitaban para cubrir gastos como el alojamiento de personas refugiadas en los países donantes del CAD o la donación de dosis sobrantes de la vacuna contra la COVID-19. Esto es inaceptable, teniendo en cuenta el papel fundamental que la AOD debería desempeñar en la erradicación de la pobreza y las desigualdades y en la consecución de los ODS. Para muchos países del Sur global, la ayuda es una de las pocas opciones disponibles para obtener financiación adicional en sus presupuestos, de modo que puedan aumentar el gasto en servicios públicos y programas sociales sin incrementar su déficit fiscal.

2. Las cifras preliminares de la AOD 2022 no son las cifras de la “AOD real”

Durante los últimos 40 años, el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE ha ido estableciendo las normas para calcular la AOD, modificándolas periódicamente. Algunas de estas modificaciones han permitido mejorar la calidad de la ayuda, como por ejemplo la Recomendación del CAD sobre la desvinculación de la AOD. Otras, en cambio, han erosionado la calidad de la AOD: por ejemplo, la inclusión del alivio de la deuda en el sistema de “grant equivalent” (donación equivalente) o la posibilidad de declarar como ayuda la donación de excedentes de vacunas.

Las normas actuales permiten a los donantes del CAD declarar con cargo a su presupuesto de AOD lo siguiente: una estimación del gasto en personas refugiadas durante su primer año en el país donante; los costes atribuidos a estudiantes en el país donante; el alivio de la deuda concedido a los acreedores; y, desde 2021, el excedente de dosis de vacunas COVID-19 donadas a países en desarrollo que pueden recibir AOD y los costes relacionados (es decir, el transporte). Sin embargo, ninguno de ellos representa una transferencia de fondos a los países del sur global, sino más bien un desvío de fondos de donde más se necesitan. A lo largo de los años, las organizaciones de sociedad civil han expresado su preocupación por la declaración de estos costes como ayuda, ya que no se ajustan a la definición de AOD, que se centra en promover el bienestar de los países del Sur global.

En 2022, la inclusión como AOD de algunos de estos costes ha permitido a los miembros del CAD inflar sus cifras de AOD en 30.900 millones de dólares (o casi el 15 % de la AOD total) con:

- 29.300 millones de dólares computados como costes de personas refugiadas en el país donante;
- 1.500 millones de dólares computados como donación de excedentes de dosis de vacunas contra la COVID-19, y

- 116 millones de dólares notificados como alivio neto de la deuda.

Esto representa un aumento de la inflación de la AOD en comparación con 2021 del 155 % (18.800 millones de dólares).

La inflación de la AOD socava el valor de las estadísticas sobre la ayuda. En la actualidad, las cifras presentadas oficialmente ofrecen una imagen cada vez menos sólida de los recursos recibidos por los países del Sur global para poner en marcha los planes de desarrollo decididos por el propio país.

El concepto de “AOD real” debe volver al debate público

La erosión de las normas en torno a la AOD se está traduciendo en una disminución de los niveles de ayuda que llegan directamente a los países del Sur global. En 2022, los altos niveles de ayuda enmascararon el hecho de que una cantidad significativa de la misma no es ayuda real y no está llegando al sur global. En 2023, las organizaciones de sociedad civil deben unir sus fuerzas para volver a poner el concepto de “AOD real” en el debate público y hacer que los donantes del CAD rindan cuentas sobre cómo están cumpliendo sus importantes compromisos históricos con el Sur global.

Además, antes de que tenga lugar una nueva conferencia internacional sobre Financiación para el Desarrollo, posiblemente organizada por España, es más importante que nunca que todos los actores del desarrollo participen en un debate real en el que la ayuda se redefina como reparación, de un pasado colonial, y no como caridad. Esto significaría que la ayuda del futuro se centraría en abordar las estructuras que han producido y siguen produciendo desigualdades en todo el Sur global, y se basaría en la justicia social y económica.

1.4. Conclusión

Erradicar la pobreza, la desigualdad y la exclusión social, dotar de salud, agua y educación a las poblaciones más vulnerables, proteger el medio ambiente y luchar contra el cambio climático, garantizar los derechos sexuales y derechos reproductivos, promover el desarrollo social o disminuir las asimetrías entre los países desarrollados y en desarrollo, por poner algunos ejemplos, no son resultados esperables en el corto plazo sino que requieren de políticas y estrategias a medio y largo plazo. Una buena política de cooperación debe de permitir cubrir las necesidades básicas de las poblaciones más vulnerables, a la vez que asume una transferencia de conocimientos y de medios que permitan a estas comunidades vulnerabilizadas poder asumir sus propias responsabilidades. También debe ser previsible y buscar la coherencia con el resto de las políticas globales y nacionales.

Vivimos en un mundo globalizado donde cada vez se requieren más esfuerzos para afrontar crisis complejas e inmediatas, que deben ser cubiertas con el esfuerzo de todos los países y que requerirán de aportaciones extraordinarias, y no solo económicas, que también. Las crisis simultáneas y superpuestas han provocado un retroceso de los avances hacia un mundo más justo y han obligado a redefinir las prioridades de cooperación por parte de los donantes. Esta redefinición tiene el riesgo de opacar los problemas derivados de otras crisis humanitarias menos llamativas y de menos interés para el mundo.

Se ha valorado positivamente en anteriores informes que desde la pandemia de la COVID-19, los países hayan hecho un esfuerzo por mantener las políticas y los fondos de cooperación. En cifras absolutas, en los últimos 4 años la AOD de los países del CAD ha ido creciendo constantemente debido a la situación excepcional que se está viviendo, primero con la COVID-19 y después con la crisis de Ucrania. Además de las situaciones de injusticia y vulneración de derechos que sufren las poblaciones de todo el

mundo, especialmente las más vulnerabilizadas, otras posibles emergencias están en camino: la crisis climática cada vez es más evidente, la resistencia antimicrobiana puede en pocos años ser uno de los mayores problemas mundiales en salud, el hambre o la inseguridad alimentaria, al que se le unen otros desafíos como el acceso a medicamentos, el incremento de enfermedades infecciosas o las fakes news en salud.

Las reformas que se están proponiendo en el seno del CAD, comentadas al principio del capítulo, son interesantes, pero solamente son un primer paso. Hay que aprender a trabajar en entornos cada vez más complejos, donde muchos de los problemas mundiales están interconectados. Hay que aprender a reconocer las limitaciones que tiene la cooperación, aunque puede mejorar la situación de muchas personas en el planeta, por sí sola no puede cambiar la situación mundial de inequidad. Por otro lado, la cooperación puede ser ese espacio que muestre las debilidades de los actuales modelos económicos, sociales y políticos que dominan el mundo y que son la raíz de muchos de los problemas que pretende solucionar.

En un momento en el que el mundo se enfrenta a una crisis multidimensional global que va a obligar a transformar la forma en la que nos hemos enfrentado a los problemas globales, se necesita repensar el papel de la cooperación internacional y sobre que principios básicos se debe sustentar. Además de un incremento en las cantidades destinadas a la cooperación internacional para cumplir las metas propuestas en los ODS, es necesario que la cooperación internacional no sea una política separada del conjunto de políticas nacionales y globales, sino que es fundamental potenciar la coherencia de políticas y asumir un enfoque sistémico para abordar las complejas situaciones actuales. A su vez, hay que dejar de pensar en la cooperación como un sistema de caridad que tiene un camino unidireccional, desde los países donantes hacia los

receptores, puesto que cada vez más las soluciones pasan por establecer unas estrategias de desarrollo donde todas las instituciones, especialmente las del sur global tengan peso en las decisiones. La participación social es también cada vez más relevante para la apropiación de las políticas y se deben establecer medidas para que esta participación sea real en la definición y

seguimiento de las estrategias de desarrollo. Y, como ya se ha mencionado, analizar las causas estructurales que son la base de la situación actual, como los modelos económicos y sociales en los que se basa el desarrollo actual. Desgraciadamente el discurso transformador actual no parece ir más allá de una potencial mejora en la eficacia y eficiencia de lo que se lleva años haciendo.

2 Evolución de la AOD en salud

Como sucede todos los años, las cifras definitivas de AOD de salud de 2022 no estarán disponibles hasta finales de diciembre de 2023, por lo que los datos aquí presentados responden al análisis de la AOD de 2021, un año marcado por la COVID-19.

En 2021 continúa la tendencia creciente de la AOD destinada a salud hasta alcanzar los 35.283 millones de dólares (39.695 millones en dólares constantes¹⁵), 5.000 millones más que en 2020, lo que supone un aumento del 14,6 %. Este incremento se debe principalmente al aumento de las partidas de la ayuda bilateral, con 4.192 millones de dólares más que en 2020, mientras que la multilateral creció apenas 878 millones. En 2021 predomina ligeramente la ayuda bilateral, 54 %, sobre la multilateral (46 %). En un contexto de crisis global debido a la COVID-19, hubiera sido más lógico que el incremento en salud se hubiera dirigido más hacia los organismos multilaterales, con mayor y mejor visión global tanto del problema como de la solución. Esta forma de actuar por parte de los países donantes nos indica que se está aún lejos de tener una estrategia global en salud conjunta en la que crean los

gobiernos y apuesten por ella. También demuestran que las respuestas a los problemas de salud están condicionadas por intereses geopolíticos.

La lucha contra la COVID-19 está detrás de este aumento global de la AOD sanitaria, que a su vez explica el notable incremento que sufre el peso de la salud en relación con la AOD total bilateral distributable, que se sitúa en el 20,2 %, cuatro puntos porcentuales más que en 2020. Las instituciones internacionales y nacionales se han dado cuenta de que hay problemas globales de salud que necesitan una atención constante, como la protección contra las pandemias, y que la “seguridad pandémica” no puede ser la única prioridad de la comunidad internacional. Una de las mayores lecciones que nos ha dejado la pandemia es que sin un fortalecimiento de los sistemas sanitarios públicos de todos los países y sin una visión multisectorial de la salud, es imposible afrontar los retos de la salud global.

A la lucha contra la COVID-19, los países del CAD destinaron en 2021 21.879 millones de dólares, lo que supone un 11,7 % del total de la AOD del conjunto de los países del CAD. Al control de

15 En dólares constantes 2021. Para las comparaciones con otros años también se utilizan dólares constantes 2021

la enfermedad (prevención tratamientos y cuidados), se destinaron 11.061 millones de dólares, más del 50 % de los fondos destinados a salud, cifra que prácticamente cuadruplica la destinada en 2020. Las donaciones de vacunas tienen un papel importante en esta partida ya que representan el 29 %, o lo que es lo mismo, 6.361 millones de dólares. En 2022 los datos provisionales sobre las donaciones de vacunas COVID-19 indican que disminuyó un 74,1 % respecto a 2021. Además, de los más de 1.500 millones de dólares que se han destinado a esta partida, solo 16 millones de dólares se destinaron a donaciones de dosis compradas específicamente para países en desarrollo, el resto fueron donación de vacunas sobrantes de los países ricos. Estas donaciones de excedentes de vacunas se producen por el acaparamiento inicial de vacunas y la necesidad de dar salida a un producto que podría caducar en muy poco tiempo. Además, permite a los países donantes compensar un gasto interno derivado de su egoísmo. Apuntar que son muchas las voces que han denunciado la manera de computar las donaciones de vacunas, poniendo un precio fijo de 6,72 dólares por vacuna (6,66 dólares en 2022) este hecho permitió a algunos países

incrementar artificialmente su AOD^{16,17}. Desde el CAD consideran que no es así¹⁸, y en su informe resumen de 2022 afirman que todos los países salvo uno (Eslovaquia, que ha puesto precios más altos) han seguido las indicaciones dadas por el CAD. No obstante, este es un elemento más que muestra que es necesario seguir aumentando la transparencia y la calidad de los datos que se recogen, para asegurar la fiabilidad de los mismos y que la cooperación refleje fielmente lo que está haciendo y cuánto se está gastando.

El presupuesto para el bienio 2022-2023 de la OMS, que es quien debería liderar la respuesta a la postpandemia es de 6.127 millones de dólares¹⁹, tan solo 287 millones más que en el bienio anterior, cuando no había prevista una pandemia. Llama poderosamente la atención cómo el presupuesto de la única institución global de salud, que debería canalizar los esfuerzos en la lucha de los retos globales como la pandemia, no haya conseguido aumentar su presupuesto lo suficiente como para dar una respuesta unificada a la pandemia de la COVID-19, y muestra lo lejos que están los países de apostar por una institución multilateral para solventar los retos globales en salud.

LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN CONSTRUCCIÓN

Dr. Andreas Wulf, MD

Médico internacional eV, representante en Berlín

Hace ya 75 años que nació en 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS), con un papel de “autoridad directiva y coordinadora” en la política sanitaria mundial. Su autoridad se basa en la membresía de casi todos los estados del mundo, 194 en la actualidad. Después de tanto tiempo, muchas cosas han cambiado en el mundo, y

esta organización necesita varias reformas, de las que vamos a mencionar las más relevantes:

La cooperación y el “mutistakeholderismo”

El papel directivo de los países en la gobernanza de la OMS lleva mucho tiempo en peligro por el proceso denominado “multistakeholderismo”,

que es como a la gente le gusta llamar la forma moderna de una gobernanza política que involucra a todos los grupos de interés, es decir, “stakeholders”, en la toma de decisiones. Muchas veces no se incluyen los conflictos de intereses fundamentales que existen entre actores cuyos intereses (privados) requieren regulación y actores que se supone deben implementar tales regulaciones (públicos).

El ejemplo más reciente de un conflicto de este tipo fue la incapacidad de los Estados para acordar la suspensión temporal de los derechos de propiedad intelectual de los productos sanitarios necesarios en respuesta al COVID-19. La enorme presión de la industria contribuyó en gran medida a esto, aprovechando la dependencia mundial de sus productos. No es casualidad que en el primer borrador de un nuevo “Tratado internacional sobre pandemias” que se está negociando actualmente bajo el paraguas de la OMS, el acceso a los productos sanitarios y la regulación de los derechos de propiedad intelectual en el caso de una pandemia cobren gran importancia.

La cooperación entre la institución multilateral de 75 años y una sociedad civil que se compromete a comentar críticamente e influir en las políticas sanitarias de los Estados y su organización mundial, es otra de las cuestiones pendientes en las negociaciones actuales. Las escasas oportunidades para que la sociedad civil intervenga sobre los puntos del orden del día de la Asamblea de la OMS ya se redujeron a un minuto en reuniones anteriores. La propuesta actual de la OMS de crear una Comisión de la Sociedad Civil en la Secretaría es al menos un paso más para dar cabida a quienes no sólo critican a la OMS, sino que también la defienden contra los intentos de influir a través de intereses comerciales y con fines de lucro.

La posición y la influencia de la Secretaría de la OMS y del actual director general (DG), Dr. Tedros, como jefe de la organización, son tan ambivalentes en este sentido como lo son con otros

temas controvertidos de salud global. Tedros es ex presidente de una serie de asociaciones público-privadas destacadas en materia de salud mundial, como el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, por lo que está firmemente a favor de este concepto de asociación de múltiples partes interesadas. Y como principal recaudador de fondos de su organización, tiene que mantener buenas relaciones con los principales donantes, no sólo con los Estados miembros ricos, que pagan una gran parte del presupuesto de la OMS, sino también con las fundaciones filantrópicas (Gates, Buffett, Rotary International), que hacen posible partes clave del trabajo de la OMS. Al mismo tiempo, Tedros también tiene una obligación especial hacia aquellos gobiernos del Sur global que, en un movimiento altamente simbólico, lo eligieron como el primer director general africano en la crucial primera votación en la Asamblea Mundial de la Salud en 2017.

Conflictos entre Estados miembros

La OMS también se encuentra atrapada en medio de discusiones geopolíticas, y sus miembros utilizan el escenario de la OMS para discutir entre ellos. La pandemia de COVID-19 volvió a ser sólo la punta más visible: el conflicto abierto entre la administración Trump de los EE.UU. y la República Popular China sobre las cuestiones de la información oportuna y el origen del virus llegó a la OMS, y la respuesta diplomática de la OMS provocó que Trump planteara que Estados Unidos abandonara la OMS, algo que finalmente no ocurrió por su fracaso electoral. Otro ejemplo de conflicto entre Estados miembros es cómo se maneja la cuestión de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Aquí las posiciones varían de manera particularmente drástica y se expresan en la lucha por la inclusión de conceptos como “educación sexual” y la mención de “minorías sexuales” como grupos destinatarios de las medidas de prevención. La delegación

16 <https://www.cgdev.org/blog/vaccine-mark-counting-more-oda-we-paid-vaccines-illogical-immoral-and-unpopular>

17 <https://www.odareform.org/post/oda-and-the-donation-of-surplus-covid-vaccines>

18 [https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT\(2022\)33/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT(2022)33/en/pdf)

19 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/343903/sea-rc74-5-eng.pdf?sequence=20&isAllowed=y>

rusa, en este sentido, lamenta estas “provocaciones” en los textos oficiales, algo que utiliza para forjar alianzas que le ayuden a contrarrestar las críticas sobre la guerra que libra en Ucrania.

Grandes dependencias

La OMS no tiene capacidad ejecutiva. De facto, es un “servidor” de sus Estados miembros, quienes deciden el programa de trabajo y la financiación de la OMS. Especialmente porque ésta no tiene ningún medio para obligar a sus miembros a implementar las mismas reglas que ellos mismos han aprobado. Esto se hizo dramáticamente evidente durante la pandemia, como lo ejemplificó el *Reglamento Sanitario Internacional*, cuando muchos ignoraron abiertamente las recomendaciones de la OMS sobre preparación o lucha contra la pandemia y contra el cierre de fronteras.

Por eso la OMS corteja a Estados importantes de otras maneras, por ejemplo, con nuevos “proyectos emblemáticos”. El “*Centro de Inteligencia sobre Pandemias y Epidemias*”, creado en 2021 para mejorar la integración de la recopilación de datos para el seguimiento de la pandemia, está financiado en gran medida por Alemania y, por lo tanto, está ubicado en Berlín. La nueva Academia de la OMS, un “centro de aprendizaje permanente de última generación” para profesionales de la salud, no es concebible sin la contribución del gobierno francés y por eso está ubicada en Lyon. La OMS no podría haber ejecutado tales iniciativas con su presupuesto regular.

Financiación incierta

Y es que la pregunta clave es “¿quién paga?”, algo que preocupa tanto a la OMS como a sus partidarios y críticos. En enero de 2022, el Comité Ejecutivo todavía celebraba el aumento gradual de las cuotas obligatorias de afiliación para que en el futuro los Estados miembros puedan financiar el 50 % del presupuesto total (actualmente no llega ni al 20 %), pero un año después, dada la recesión, los impactos económicos globales de

la guerra rusa contra Ucrania y el aumento de la inflación, no está claro si se podrá implementarse rápidamente. Y al mismo tiempo, como es habitual, no se tratan partes clave del plan presupuestario. La propuesta de la OMS de celebrar un evento regular de recaudación de fondos (reposición) en lugar de buscar nuevos donantes para cada programa individual la pone en competencia directa con las alianzas público-privadas (APP), que han profesionalizado este tipo de “espectáculo de desempeño” durante los últimos 20 años.

La nueva “*Fundación OMS*”, lanzada hace dos años, también se enfrenta a críticas justificadas. Si desea recaudar dinero de empresas y particulares ricos, rápidamente se encontrará con malas compañías. Los estatutos de la fundación estipulan que las industrias armamentista y tabacalera no están permitidas, pero no están prohibidas las problemáticas corporaciones alimentarias como Unilever, Nestlé y Coca-Cola, cuya comida rápida y bebidas azucaradas están contribuyendo al aumento de incidencia de algunas enfermedades crónicas.

La OMS ha experimentado muchos dilemas y dependencias como ésta a lo largo de su historia. La legendaria “*Conferencia de Alma Ata*” de 1978, en la que se adoptó el concepto de Atención Primaria de Salud (APS), sólo tuvo lugar allí porque la URSS quería asestar un golpe a China en la lucha por el control de la narrativa en el mundo socialista y así proporcionó la financiación para la conferencia. Al menos la OMS pudo garantizar que la conferencia no se celebrara en Moscú sino en la capital regional del pobre Kazajistán, donde había habido experiencias positivas con los programas de atención primaria de salud.

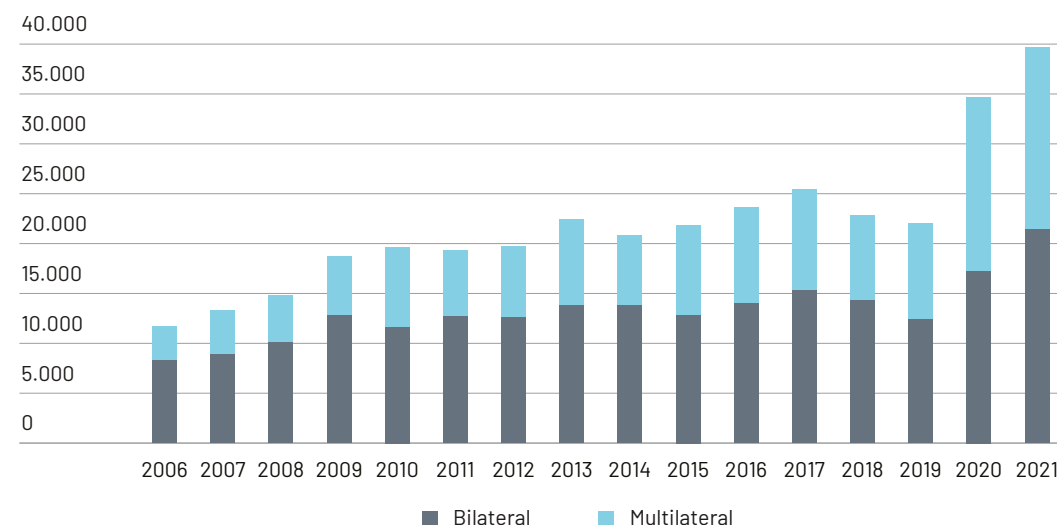
Entonces, ¿hay algo que celebrar en el 75º aniversario de esta Organización Mundial de la Salud? La OMS sigue siendo tan buena y mala como el mundo en el que existe. Ésa es la respuesta sencilla. Lo que se hace con ella es clave y esa es la respuesta complicada. Sin la OMS, no habría nada que pueda controlar y equilibrar

a los impulsores de las APP y no existiría ningún foro para continuar discutiendo y debatiendo sobre el fortalecimiento del sistema de salud, la distribución equitativa de recursos entre los países y el apoyo necesario para los países especialmente afectados por las realidades globales de explotación. Los derechos de las minorías y los grupos discriminados no siempre se garantizan en la mayoría de las resoluciones de la OMS, pero ese escenario también debe estar disponi-

ble para aquellos que de otro modo tendrían aún menos voz en sus propios países.

Esto significa desarrollar alianzas entre una sociedad civil crítica y gobiernos con ideas afines a nivel de la OMS, como el nuevo gobierno brasileño, que ha presentado una iniciativa de resolución sobre la salud de los grupos y pueblos indígenas. Por todo ello, vale la pena luchar por los espacios donde se hace la política global, a pesar de los esfuerzos y dificultades que haya que superar.

GRÁFICO 2.5. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en millones de dólares constantes 2021)

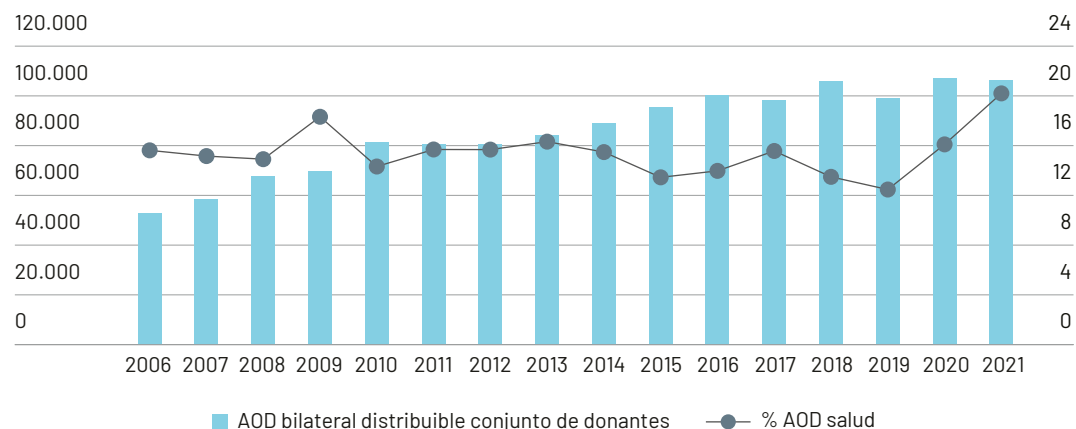


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

Si se analiza la AOD bilateral distributable destinada al sector salud, es decir la ayuda que los países donantes pueden elegir su destino, se ve que en cifras absolutas existe en 2021 un aumento del 24,2 % con respecto a 2020, situando la ayuda en salud en 21.444 millones de dólares lo que supone un incremento de 4.192 millones

de dólares. Porcentualmente la ayuda destinada a salud también aumenta, representando el 20,2 %, casi 4 puntos porcentuales más que en 2020, el porcentaje más alto en los últimos 20 años. Habrá que ver si esta apuesta por la salud es meramente coyuntural derivada de la pandemia o si se mantiene en el tiempo.

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

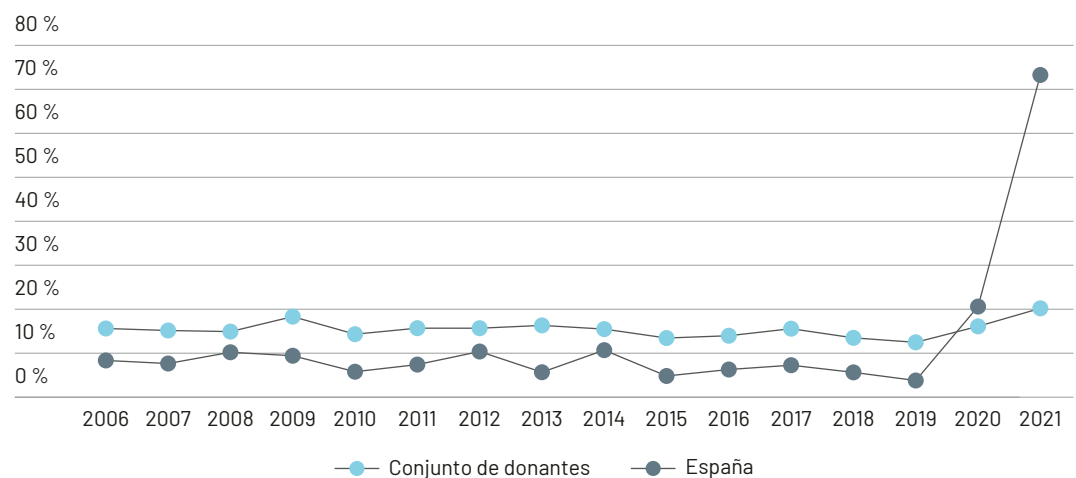


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

Si se compara la cooperación española con el CAD, lo primero que llama la atención es el enorme incremento del porcentaje que España destina en 2021 a la AOD bilateral distribuible en salud, que pasa del 20,6 % en 2020 a un 73,26 % en 2021, lo que equivale a casi 43 puntos porcentuales más en un solo año. Este es el mayor porcentaje alcanzado por España en los últimos 20 años, y supera, como en 2020, la media destinada por el CAD a este sector.

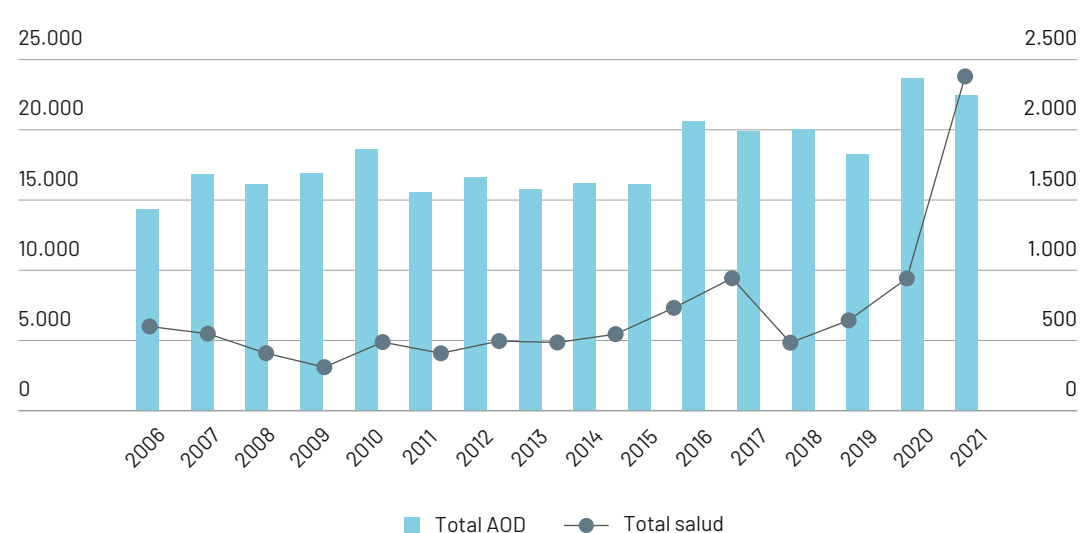
Con estas cifras España, tal y como se ve en el gráfico 2.7., no solo reduce la brecha que tenía con el conjunto de los países donantes del CAD en cuanto a cooperación en salud distribuible se refiere, sino que pasa a liderar este capítulo, superando cualquier referencia anterior. Ahora el desafío para la cooperación española será encontrar el equilibrio y mantener este esfuerzo en los próximos años, más allá de la pandemia de la COVID-19.

GRÁFICO 2.7. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa conjunto de donantes-España



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

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



FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, destinaron a AOD 22.467 millones de dólares, lo que supone un descenso de 1.530 millones de dólares, un 5 % menos, algo que según los primeros datos disponibles recuperará en parte en 2022, tal y como se ha visto en el gráfico 2.2.

En lo que respecta a los datos específicos de salud de las instituciones europeas, gráfico 2.8, 2021 consolida la tendencia creciente con un aumento espectacular del 252 %, situando

la cifra final en 2.380 millones de dólares. Este incremento hace que el porcentaje que las instituciones europeas destinan a salud pase del 3,98 % en 2020 al 10,59 % en 2021, confirmando el incremento que pronosticamos en el informe anterior, lo que no tiene mucho mérito si se tiene presente las necesidades que plantea la pandemia del SARS-CoV-2. No obstante, los buenos datos de 2021 no cierran la brecha de financiación existente (10 puntos porcentuales) entre lo que destinan al sector de la salud las instituciones de la UE y los países del CAD.

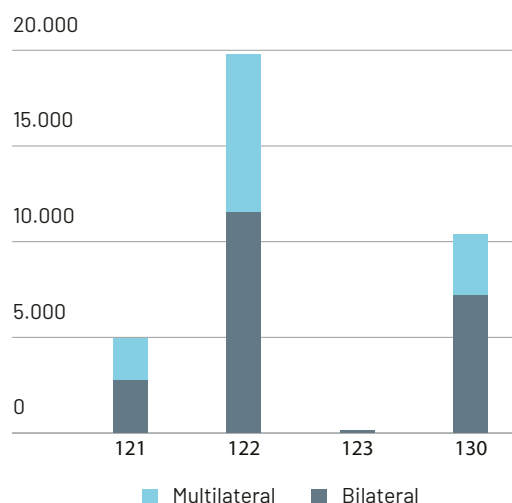
3 Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD

3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

Respecto a los cuatro subsectores de salud que computa el CAD, salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122), enfermedades no transmisibles (código CRS 123), y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130), es la salud básica, gráfico 2.9, el sector más financiado con 19.733 millones de dólares, el 56 % del total destinado a salud. Esta cifra supone un aumento del 39 %; es decir, 5.554 millones más respecto a 2020. El 41,8 % de los fondos consignados a salud básica se destinan por la vía multilateral, 13,8 puntos porcentuales menos que en 2020, cuando se supone que este crecimiento está directamente relacionado con la lucha contra la COVID-19. Las partidas destinadas a salud sexual y reproductiva también se incrementan sensiblemente, concretamente en 105 millones de dólares, alcanzado los 10.380 millones de dólares, un 29,42 % del total de la ayuda en salud, porcentaje 6,6 puntos inferior al de 2020. Como viene siendo habitual, la salud sexual y reproductiva recibió la mayoría de sus aportaciones por la vía bilateral, el 69,2 % del total. En tercer lugar, con 4.957 millones de dólares, y un incremento de 1.141 millones, la salud general se mantiene como el sector que más crece porcentualmente, casi un 30 %. Por último, las enfermedades no transmisibles (ENT) siguen siendo un subsector residual y reciben solamente el 0,49 % de la AOD sanitaria, apenas 171 millones de dólares. Esta asimetría en la asignación entre sectores se mantiene en los últimos años, y aunque han ido cambiando las prioridades entre la salud básica y la salud sexual y

reproductiva, parece haber una orientación estratégica por parte del conjunto de donantes hacia determinados subsectores y componentes.

GRÁFICO 2.9. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122, 123 y 130 en el año 2021 por canales (en millones de dólares corrientes)²⁰



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

Si se desglosa en sectores y subsectores CRS, tal y como aparece en la tabla 2.4, se observa una dinámica similar a la que se describió en 2019 y 2020, donde las diferentes partidas, a pesar del aumento global de presupuesto, mantienen una cierta continuidad en cuanto al peso que los subsectores tienen en cada sector CRS. La excepción es la incorporación a partir de 2020 del subsector 12264 “control COVID-19”, que evidentemente sigue teniendo un gran peso debido a

²⁰ Este gráfico está hecho utilizando datos del sistema antiguo de flujo de caja, ya que la base de datos del CRS bajo el nuevo sistema de Grant Equivalent solo ofrece datos de AOD bilateral

los fondos destinados a la luchar contra la pandemia. Incluso en 2021 dobla las cifras del año anterior, siendo el subsector más financiado, con 9.221 millones de dólares. Esta continuidad en las tendencias del desglose sectorial del conjunto de donantes no responde a ninguna política concreta que haya sido publicada, pero parece que los intereses y/o hábitos de los donantes se mantienen en el tiempo.

Como viene sucediendo en los últimos años, en salud general sigue destacando el componente de *política sanitaria y gestión administrativa* (12110), que atrae el 65,4 % de los fondos y se convierte en el componente más financiado de toda la salud general, igual que en los últimos

años. En salud básica la AOD está bastante más repartida siendo el subsector más financiado el *control COVID-19* (12264) que recibe 9.221 millones de dólares. Después aparecen tres de los componentes que tradicionalmente acaparan gran parte de los fondos. El primero de estos componentes es el *control de enfermedades infecciosas* (12250) que alcanza los 2.042 millones de dólares, disminuyendo casi 1.000 millones respecto a 2020. Le sigue el *control de la malaria* (12262), con 2.453 millones de dólares y un incremento de 280 millones de dólares. Por último, el tercer componente más financiado es la *atención sanitaria básica* (12220) que en 2021 recibió 2.946 millones de dólares, lo que implica

TABLA 2.4. Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes)

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
121	2.736,02	2.175,35	2.605,69	2.881,13	3.376,75	3.118,57	3.816,67	4.957,31
12110	1.916,83	1.388,15	1.765,67	1.766,05	2.021,28	1.745,95	2.161,90	3.234,93
12181	110,09	81,37	116,98	130,55	117,07	85,42	73,50	103,89
12182	306,12	284,93	288,22	496,93	680,11	650,00	649,00	583,13
12191	402,98	420,90	434,82	487,60	558,29	637,20	932,27	1.035,36
122	8.374,66	9.057,39	8.932,69	10.507,98	9.062,78	10.369,18	14.219,67	19.773,68
12220	2.884,73	2.823,76	2.646,05	3.062,67	2.854,87	3.317,87	2.247,72	2.946,49
12230	329,93	360,32	468,82	653,49	420,65	547,93	566,31	821,59
12240	934,95	861,69	856,11	986,13	972,18	928,00	886,92	969,53
12250	1.297,79	2.250,83	1.983,68	2.385,83	1.934,93	2.280,47	3.056,04	2.042,69
12261	130,82	81,99	100,58	166,34	136,85	140,20	172,16	199,64
12262	1.894,38	1.775,26	1.888,41	2.061,20	1.759,72	2.201,00	2.172,84	2.453,42
12263	779,92	754,40	870,61	1.065,14	877,48	827,41	916,64	972,69
12264							4.058,73	9.221,94
12281	122,14	149,15	118,43	127,20	106,10	126,30	142,31	145,71
123					15,31	138,97	142,20	171,73
12310					3,25	82,85	41,66	36,84
12320					0,87	1,46	7,00	1,75
12330					2,52	0,84	2,74	7,22
12340					2,14	9,88	30,38	51,20
12350					4,14	17,39	31,58	48,84
12382					2,40	26,55	28,85	25,89
130	10.124,53	9.217,28	9.481,78	10.702,69	10.078,97	7.817,63	10.275,24	10.380,37
13010	432,94	289,90	234,84	331,75	290,55	254,56	303,97	345,27
13020	1.787,51	1.763,73	1.684,66	1.730,88	1.700,62	1.602,85	1.472,87	1.461,27
13030	893,25	858,07	668,40	808,28	1.045,05	929,67	829,06	872,67
13040	6.927,29	6.193,88	6.783,99	7.685,12	6.914,43	4.939,90	7.586,31	7.632,52
13081	83,54	111,71	109,89	146,66	128,32	90,65	83,04	68,64

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

un incremento de 699 millones de dólares. Los programas/políticas sobre población y salud reproductiva siguen teniendo un peso importante en el conjunto del sector salud. La *lucha contra enfermedades de transmisión sexual*, que incluye el VIH/sida (13040) absorbe el 73,5 % de todo este subsector, siendo el segundo componente más financiado de toda la AOD sanitaria con 7.632 millones de dólares, una cifra similar a la del año anterior. La *atención en salud reproductiva* (13020) también tiene un peso relevante en el conjunto de la cooperación sanitaria, con 1.461 millones de dólares, cifra similar a la de 2020.

El subsector de las ENT se incorporó en 2018 cuando se consideró que este grupo de enfermedades, las que más mortalidad provocan todos los años en el mundo, incluyendo los países más empobrecidos, necesitaban una especial atención, y por lo tanto había que hacer el esfuerzo de analizarlas por separado. Cuatro años después de su incorporación sigue teniendo una importancia relativa si se atiende a lo consignado por los países, ya que apenas supera los 171 millones de dólares, 29 más que en 2020. Se trata sin duda de un problema de clasificación, pues los fondos que se destinan a las ENT son bastantes más de los que se consignan en este código.

Como viene pasando en los últimos años, el comportamiento de las instituciones europeas, Comisión Europea y Secretaría del Consejo Europeo, es diferente al que realizan el conjunto de los países del CAD y apenas difiere de un año a otro, lo que no es de extrañar teniendo en cuenta el poco interés que parece suscitar este sector

en las instituciones europeas. En 2021 las instituciones europeas han destinado el 10,59 % de su presupuesto al sector de la salud, 6,6 puntos porcentuales más que en 2020, aunque aún muy alejado de la media del conjunto de los países del CAD. En 2021 el presupuesto destinado a la salud general, la salud reproductiva o la lucha contra las ENT ha disminuido respecto al año anterior, siendo la salud básica el sector que ha acaparado todo el incremento, que supone el 86,76 % del total destinado a salud, un incremento sustancial respecto al año anterior, cuando este mismo sector representaba el 53,4 %. De nuevo, es la COVID-19 la que explica estas cifras, lo que hace pensar que se está ante un incremento coyuntural y no estructural que sería lo deseado. No está de más recordar que si alguna lección nos ha dejado esta pandemia, es que la salud es un sector en el que los esfuerzos deben ser continuados en el tiempo.

Por lo tanto, las instituciones europeas deben seguir aumentando los fondos que destinan a cooperación sanitaria, y no solamente en momentos excepcionales, hasta alcanzar un porcentaje similar al del conjunto de donantes. Además, las instituciones europeas deberían revisar los criterios de asignación de fondos a los principales subsectores de salud, ya que no se justifica el escaso protagonismo de algunos subsectores. Por ejemplo, en la consecución de logros en salud global es fundamental apostar por el componente de salud general, y una apuesta decidida hacia los programas/políticas sobre población contribuyen a la equidad de género.

TABLA 2.5. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares constantes 2021-cash flow)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total AOD	20.621,09	19.901,13	20.071,08	18.296,65	23.677,04	22.467,03
AOD 121	131,09	178,28	121,49	203,78	308,63	249,42
AOD 122	499,14	610,84	346,60	402,25	586,78	2.065,89
AOD 123			1,18	28,68	10,14	4,13
AOD 130	101,99	153,79	14,54	8,14	36,12	60,82
Total Salud	732,22	942,90	483,81	642,85	941,67	2.380,25
% Salud/Total	3,55 %	4,74 %	2,41 %	3,51 %	3,98 %	10,59 %

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

De los 35.283 millones de dólares destinados en 2021 por los países del CAD a salud, el 22,6 %, un 1,27 % más que en 2020, no ha sido asignado geográficamente a un país concreto. La AOD general no asignada geográficamente representa el 24,5 % por lo que el porcentaje de salud es menor al general. Como ya se ha comentado en informes anteriores, el hecho de que no se precise el destino de casi una quinta parte de toda la AOD en salud hace que las conclusiones de este tipo de análisis deban ser tomadas con prudencia. Por otro lado, hay que apuntar que en un año donde la pandemia era la prioridad número uno en la salud mundial, es lógico que se apueste por una ayuda multilateral sin un destino geográfico concreto. Las ayudas destinadas a proyectos regionales, sin embargo, no parece que sean muy prioritarios, y no pasan en su conjunto del 3,95 %.

África, la región que alberga las mayores inequidades, recibe el 38,2 % de la AOD total, lo que equivale a 78.110 millones de dólares. En lo que respecta a las cifras destinadas a salud, África sigue siendo el continente que más dinero recibe, 16.091 millones de dólares, y de esta ayuda, 14.620 millones tienen como destino la región del África Subsahariana, lo que supone el 41,4 % del total de AOD para salud. A pesar de este incremento en sus cifras absolutas, como ha habido un aumento generalizado en la cooperación hacia el sector sanitario, su peso disminuye en 6,1 puntos porcentuales respecto a 2020. Aun así, se puede seguir afirmando que la AOD sanitaria del CAD está muy bien orientada geográficamente, ya que África Subsahariana es la región que tiene los peores indicadores de salud del mundo.

Asia, la segunda región que más AOD recibe, 47.946 millones de dólares, ve disminuir sus fondos en un 5,9 % (12.039 millones de dólares). En salud sin embargo incrementa su financiación en 1.864 millones, alcanzando los 7.828 millones de dólares, el 22,2 % del total destinado a Salud.

América recibe el 7 % de la AOD, 14.306 millones de dólares, un 6,1 % menos que en 2020 (936 millones menos) siendo la región con mayores inequidades del planeta. No obstante, la AOD destinada a salud prácticamente duplicó su monto, pasando de 1.097 millones, en 2020 a 2.097 millones en 2021. A pesar de ello, estas cantidades apenas representan el 6 % de la AOD total sanitaria y si se compara con el peso que tiene la AOD general de este continente, se puede inferir que el sector de la salud suscita poco interés en su conjunto.

Por último, hay que mencionar que las cantidades de AOD que se destinan a Europa crecen un 4,5 %, superando los 11.000 millones de dólares. De esta cantidad, los 737 millones de dólares destinados a salud representan el 2,1 % (un 91 % más que el año anterior), apenas 90 millones menos de lo consignado en América del Sur que sufre muchas más desigualdades.

TABLA 2.6. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2021 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes, cash flow)

	TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África	78.109,95	38,2	16.090,93	45,61
Norte de África	8.477,20		649,96	
África subsahariana	64.705,67		14.620,26	
África, regional	4.927,08		820,71	
América	14.306,62	6,96	2.097,95	5,95
América Central y del Norte	6.342,05		1.039,29	
América del Sur	6.544,67		826,59	
América, regional	1.419,90		232,08	
Asia	47.945,80	23,34	7.828,22	22,19
Lejano Oriente	12.350,06		1.959,42	
Asia central y del sur	18.811,90		4.495,44	
Oriente Medio	15.018,79		1.038,57	
Asia, regional	1.765,05		334,80	
Europa	11.035,16	5,37	737,09	2,09
Oceanía	3.759,49	1,83	555,47	1,57
No especificado	50.309,96	24,49	7.973,46	22,60

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

La pandemia de la COVID-19 ha provocado que los fondos destinados a salud se hayan disparado, además de plantearse la necesidad de que en el futuro se establezcan unos sistemas de alerta y control para este tipo de enfermedades. Ahora bien, esta pandemia no puede encubrir que existen muchos otros desafíos que amenazan la salud global y suponen un reto para la comunidad internacional. Nos referimos, entre otros, al cambio climático, el acceso a medicamentos, las brechas socioeconómicas persistentes, las enfermedades infecciosas, otras pandemias, el hambre y la inseguridad alimentaria, la escasez del personal sanitario, las fake news, la resistencia antimicrobiana o la aplicación de las nuevas tecnologías. La A2030 es la política de cooperación común que cuenta con una hoja de ruta clara que no aplica en aspectos claves como los recursos económicos suficientes o una participación activa y real de los actores en la definición de prioridades. Los fondos que se están dedicando a cooperación en general y salud en particular son cada vez más elevados, pero no cubren las necesidades actuales para alcanzar las metas propuestas en los ODS. Ayudaría, quizás, una mayor coherencia

de políticas, así como apoyarse más en la evidencia y en la participación de todos los actores para mejorar la eficacia, eficiencia y el impacto. En salud no se podrán afrontar los retos globales individualmente. Conviene recordar que las luchas individuales contra enfermedades específicas como el vih/sida, la malaria o la tuberculosis, obtuvieron en los últimos años buenos resultados, pero no sostenibles, y que lamentablemente tampoco cambiaron en realidad la situación de salud en el mundo.

Si la cobertura sanitaria universal (CSU) tiene que ser la prioridad en salud en los próximos años, el crecimiento de la AOD en este ámbito debería ir determinado por aquellos componentes sectoriales que de verdad sean necesarios en cada país para fortalecer su sistema público de salud. Además, se debería añadir un componente de salud global, tanto en la gobernanza global como en su gestión holística, incorporando los determinantes de salud. Desgraciadamente no somos muy optimistas ya no hay muchos indicios para que esta reflexión vaya más lejos que establecer una seguridad sanitaria internacional más consistente.

Análisis Objetivos de Desarrollo Sostenible en Europa

Es obvio que los ODS se encuentran dentro de las prioridades de las instituciones europeas. De hecho, el desarrollo sostenible se considera un principio central del Tratado de la Unión Europea y un objetivo prioritario de las políticas internas y externas de la UE. Fruto de este inte-

rés, la Comisión Europea, el órgano ejecutivo de la Unión Europea, ha incorporado dentro de sus 6 prioridades, un análisis de los ODS que se ven afectados por cada una de estas prioridades, tal y como se muestra en el siguiente recuadro.

PRIORIDADES DE LA COMISIÓN EUROPEA



FUENTE: COMISIÓN EUROPEA

Para trabajar los ODS, la Comisión ha presentado un nuevo enfoque de “gobierno global” 2019-2024, que pretende ayudar a aplicar políticas transformadoras profundas, aumentar el compromiso con el mundo, mejorar la participación de la sociedad civil y otros actores, y aumentar el seguimiento y el reporte de resul-

tados. Las seis prioridades de la Comisión para 2019-2024 son:

1. Un Pacto Verde Europeo²¹. Europa pretende ser el primer continente climáticamente neutro²² convirtiéndose en una economía moderna y eficiente en el uso de los recursos.

21 https://commission.europa.eu/system/files/2019-12/european-green-deal-communication_en.pdf

22 <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/HTML/?uri=CELEX:52020PC0080>

2. Una economía al servicio de las personas. La UE debe crear un entorno de inversión más atractivo y un crecimiento que cree empleos de calidad, especialmente para los jóvenes y las pequeñas empresas.
3. Una Europa adaptada a la Era Digital. La estrategia digital de la UE capacitará a las personas con una nueva generación de tecnologías.
4. Una Europa más fuerte en el mundo. La UE fortalecerá su voz en el mundo defendiendo el multilateralismo y un orden mundial basado en normas.
5. Promoción de nuestro modo de vida europeo. Europa debe proteger el estado de Derecho si quiere defender la justicia y los valores fundamentales de la UE.
6. Un nuevo impulso a la democracia europea. Hay que dar más voz a los europeos y proteger nuestra democracia frente a injerencias externas, como la desinformación y los mensajes de incitación al odio en línea.

La Comisión Europea ha realizado una valoración cualitativa del progreso de cada uno de los ODS²³. En cuanto al ODS3, el de salud, el informe de valoración propone sobre todo trabajar la mortalidad por enfermedades no transmisibles y transmisibles, disminuir el uso del tabaco, reducir el impacto de la contaminación del aire y disminuir a la mitad la mortalidad por accidentes de carretera. Para todos ellos ha puesto en marcha programas específicos, como la *“Iniciativa para la lucha contra las ENT de la UE”*²⁴, el *Plan de Acción Cero Polución*²⁵ o la *Política de seguridad vial 2021-2030*.

Sorprende que la parte central de este ODS, el conseguir la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) no tenga un espacio relevante en este documento, si bien menciona que *“el acceso a los*

cuidados de salud es uno de los 20 Pilares de Europa en Derechos Humanos”.

Como elementos facilitadores necesarios para conseguir resultados en este ODS hay que destacar a nivel legislativo la creación de la *Unión Europea en Salud*²⁵, que pretende mejorar las capacidades de Europa para dar una respuesta conjunta a futuras crisis sanitarias, disponer de suministros médicos innovadores a precios asequibles, y colaborar para mejorar la prevención, el tratamiento y el seguimiento de enfermedades como el cáncer. También se ha creado un nuevo Grupo de expertos en salud pública de la Comisión Europea, que asesorará a la Comisión en el desarrollo de políticas para afrontar los mayores desafíos en salud pública. Y se ha establecido una Red Europea de lucha contra la resistencia antimicrobiana —One Health—, que promueve la relación de expertos gubernamentales de toda Europa de la salud humana, animal y la ambiental.

En relación con su acción externa, hay que destacar la nueva Estrategia de Salud Global de la UE²⁶, que se aprobó en noviembre de 2022, y que pretende mejorar la coordinación y la coherencia del trabajo de sus estados miembros para apoyar a los países vulnerables de forma coordinada, estableciendo una guía para las acciones globales, regionales y bilaterales de la UE. Establece tres prioridades políticas: mejorar salud y el bienestar a las personas a lo largo de toda su vida, fortalecer los sistemas de salud y promover la CSU, y prevenir y combatir las amenazas a la salud, incluidas las pandemias, aplicando el enfoque Una Salud. Además de las discusiones sobre si la Unión Europea es el actor que debe desarrollar una estrategia de salud global, que como su nombre indica, debería ser realizada por todas las regiones mundiales en su conjunto,

esta estrategia tiene dos debilidades. La primera, que parece más bien orientada hacia la seguridad sanitaria necesaria para la protección contra las pandemias, dejando de lado el resto de los problemas de salud ya mencionados en este informe. Y, sobre todo, que, dada la estructura de la UE, esta Estrategia va a tener serios problemas de implementación, pues sigue habiendo intereses individuales de los países que están por encima de la propia UE.

A nivel económico, en 2021 la UE y sus miembros destinaron 11.300 millones de dólares para contribuir a conseguir el ODS 3 en otros países, siendo África quien más dinero recibió, un 33 %. Según sus propias prioridades, la política externa de salud de la UE debería dirigirse a fortalecer los sistemas sanitarios con el objetivo de conseguir un acceso equitativo a unos servicios de calidad. El foco de la cooperación sanitaria europea debería ser puesto, según las define la propia UE, en las siguientes áreas:

1. Inversiones tanto en infraestructura como en personal sanitario;
2. Establecimiento de sistemas confiables de información sanitaria;
3. Acceso a medicamentos esenciales a un precio asequible; y
4. Fomento del papel del gobierno, su liderazgo y la apropiación de las políticas del sector salud que deben atender las necesidades de las personas, siendo el gobierno quien lidere el trabajo para conseguir las diferentes metas del ODS 3.

Además, la UE pretende apoyar un enfoque intersectorial y global de la salud, que abarca desde la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías sanitarias hasta la adopción de medidas contra las amenazas mundiales relacionadas con la salud, como el cambio climático, la resistencia antimicrobiana y otros.

Esta respuesta para cumplir los ODS por parte de la UE tiene claros evidentes. Si bien la teoría es bastante atractiva, también parece

bastante confusa. Hay una apuesta clara hacia el Pacto Verde europeo, pero no se sabe si esta misma apuesta se está haciendo con las empresas europeas que trabajan fuera de Europa. Y no existe ningún análisis crítico que cuestione nuestras políticas de base, económicas, sociales o políticas, que nos han llevado a una situación de crisis permanente en los últimos años. Se ha pasado de ser vista como una ciudadanía que debe ser responsable y participativa a unas personas consumidoras, y este consumo desmedido impregna también las políticas de desarrollo.

Tampoco la práctica permite creer que vaya a haber muchos cambios. No hay mención alguna sobre qué compromiso mínimo, financiero y de recursos tienen que asumir todas las instituciones que forman parte de la UE, tampoco en el sector de la cooperación sanitaria. Ni siquiera existe un análisis basado en la evidencia sobre qué políticas son las mejores para luchar contra las inequidades, tanto dentro de la UE como fuera de Europa. Tampoco existe una reflexión sobre cuánto de sostenibles son los sistemas sanitarios que se promueven en la UE, y si hay capacidad en el mundo para tener los mismos sistemas sanitarios que se tiene en Europa. Y no ha habido en la UE una autocrítica sobre el comportamiento acaparador y sin sentido que mostró Europa con las vacunas de COVID-19, por lo que, si se repitiera la situación, seguramente se volvería a hacer lo mismo.

Se necesita que Europa vuelva a su esencia, a una región donde la solidaridad, la justicia, la participación y la equidad sigan siendo los referentes políticos y sociales que nos definan, no solo internamente, sino también hacia el exterior. La salud europea puede ser un referente en un mundo globalizado, pero sería equivocado pensar que nuestra salud y la del mundo dependen exclusivamente de los avances tecnológicos. La salud global y el bienestar mundial sostenible deben ser una prioridad en Europa, no solo por la justicia social que es una de las raíces de la propia Europa, sino porque sin ella, la salud europea está también amenazada.

23 https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/sustainable-development-goals/eu-whole-government-approach_en#progress-in-the-implementation-of-the-sustainable-development-goals

24 https://health.ec.europa.eu/non-communicable-diseases/healthier-together-eu-non-communicable-diseases-initiative_en

25 https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/priorities-2019-2024/promoting-our-european-way-life/european-health-union_es

26 https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_22_7153

Anexo

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

El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE, con el fin de catalogar y registrar a que sectores se dirige la ayuda, definió los llamados sectores CAD y sectores CRS. Se busca en ellos identificar el área específica de la estructura social o económica que se pretende potenciar con la intervención en el país beneficiario.

Los sectores CAD se caracterizan por tener tres dígitos y, definen un sector o área general

de intervención. Los sectores CRS cuentan con cinco dígitos los cuales definen un sector característico o concreto.

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

En 2021, se han incorporado algunos sectores CRS nuevos, que están marcados en la tabla siguiente.

CAD	CRS	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
121		SALUD GENERAL	
	12110	Política sanitaria y gestión administrativa	Política de sanidad; ayuda para la planificación y la programación; ayuda a ministerios de sanidad; administración de la sanidad pública; fortalecimiento y asesoramiento institucional; programas cobertura y seguro médico; actividades sanidad sin especificar.
	12196	Estadísticas sanitarias	Recopilación, producción, gestión y difusión de estadísticas y datos relacionados con la salud. Incluye encuestas de salud, establecimiento de bases de datos de salud, recopilación de datos sobre epidemias, etc.
	12181	Enseñanza / Formación médicas	Enseñanza médica y formación para servicios nivel terciario.
	12182	Investigación médica	Investigación médica general (exceptuando la investigación sobre la sanidad básica).
	12191	Servicios médicos	Laboratorios, clínicas especializadas y hospitales (incluyendo equipamiento y suministros), ambulancias, servicios dentales, salud mental, rehabilitación médica, control enfermedades no infecciosas, control abuso medicamentos y fármacos
122		SALUD BÁSICA	
	12220	Atención sanitaria básica	Programas de asistencia sanitaria primaria y básica; programas de cuidados paramédicos y de enfermería; suministro de fármacos, medicamentos y vacunas para atención sanitaria básica
	12230	Infraestructura sanitaria básica	Hospitales regionales, clínicas y dispensarios y equipamiento médico correspondiente; se excluyen los hospitales y clínicas especializados
	12240	Nutrición básica	Programas directos para la alimentación (alimentación materna, lactancia y alimentación de continuidad /tras destete, alimentación infantil, alimentación escolar); identificación deficiencias micronutritivas; suministro de vitamina A, yodo, hierro, etc.; Seguimiento de las condiciones de nutrición; enseñanza de la nutrición y de la higiene alimentaria; seguridad alimentaria doméstica.
	12250	Control de enfermedades infecciosas	Vacunación; prevención y control de enfermedades infecciosas, con excepción de paludismo (12262), tuberculosis (12263), HIV/SIDA y otras ITS (13040). Incluye enfermedades diarreicas, enfermedades transmitidas por vectores (por ejemplo, ceguera de los ríos y gusano de Guinea), enfermedades virales, micosis, helmintiasis, zoonosis, enfermedades por otras bacterias y virus, pediculosis, etc.
	12261	Educación sanitaria	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización.
	12262	Control de la malaria	Prevención y control de la malaria
	12263	Control de la tuberculosis	Vacunación, prevención y control de la tuberculosis
	12264	Control COVID-19	Todas las actividades relacionadas con el control de COVID-19, p. ej. información, educación y comunicación; pruebas; prevención; inmunización, tratamiento, atención.
	12281	Formación personal sanitario	Formación de personal sanitario para asistencia sanitaria básica.

CAD	CRS	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
123		ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)	
	12310	Control ENT, general	Programas para la prevención y el control de las ENT que no pueden desglosarse en los siguientes códigos.
	12320	Control del tabaco	Medidas e intervenciones poblacionales / individuales para reducir todas las formas de consumo de tabaco en cualquier forma. Incluye actividades relacionadas con la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, incluidas medidas específicas de reducción de la demanda de alto impacto para un control efectivo del tabaco.
	12330	Control del consumo nocivo de alcohol y drogas	Prevención y reducción del uso nocivo del alcohol y las drogas psicoactivas; desarrollo, implementación, monitoreo y evaluación de estrategias, programas e intervenciones de prevención y tratamiento; identificación temprana y manejo de condiciones de salud causadas por el uso de alcohol y drogas [excluyendo el control del tráfico de narcóticos (16063)].
	12340	Promoción de la salud mental y el bienestar	Promoción de programas e intervenciones que apoyen la salud mental y la resiliencia del bienestar; prevención, atención y apoyo a personas vulnerables al suicidio. Excluido el tratamiento de la adicción al tabaco, el alcohol y las drogas (incluido en los códigos 12320 y 12330).
	12350	Otros tratamientos y prevenciones de ENT	Medidas poblacionales / individuales para reducir la exposición a dietas poco saludables e inactividad física y para fortalecer la capacidad de prevención, detección temprana, tratamiento y manejo sostenido de las ENT, que incluyen: Control de enfermedades cardiovasculares: prevención, detección y tratamiento de enfermedades cardiovasculares (incluyendo hipertensión, hiperlipidemia, isquemia enfermedades del corazón, derrame cerebral, enfermedad cardíaca reumática, enfermedad cardíaca congénita, insuficiencia cardíaca, etc.). Control de la diabetes: prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y manejo de complicaciones de todo tipo de diabetes. Exposición a la inactividad física: promoción de la actividad física a través de un entorno construido de apoyo (diseño urbano, transporte), deportes, atención médica, escuelas y programas comunitarios y campañas en los medios de comunicación. Exposición a una dieta poco saludable: programas e intervenciones que promueven una dieta saludable a través del consumo reducido de sal, azúcar y grasas y un mayor consumo de frutas y verduras, p. reformulación de alimentos, etiquetado de nutrientes, impuestos a los alimentos, restricción de comercialización de alimentos poco saludables, educación y asesoramiento nutricional e intervenciones basadas en entornos (escuelas, lugares de trabajo, aldeas, comunidades). Control del cáncer: prevención (incluida la inmunización, VPH y VHB), diagnóstico precoz (incluida la patología), detección, tratamiento (por ejemplo, radioterapia, quimioterapia, cirugía) y cuidados paliativos para todo tipo de cánceres. La implementación, el mantenimiento y la mejora de los registros de cáncer también están incluidos. Enfermedades respiratorias crónicas: prevención, diagnóstico precoz y tratamiento de enfermedades respiratorias crónicas, incluido el asma. Excluye: Control del consumo de tabaco (12320), Control del consumo nocivo de alcohol y drogas (12330), investigación para la prevención y el control de las ENT (12382).
	12382	Investigación para la prevención y tratamiento de ENT	investigación para mejorar la comprensión de las ENT, sus factores de riesgo, epidemiología, determinantes sociales e impacto económico; investigación traslacional y de implementación para mejorar la operacionalización de estrategias rentables para prevenir y controlar las ENT; vigilancia y monitoreo de mortalidad, morbilidad, exposición a factores de riesgo y capacidad nacional para prevenir y controlar las ENT.
	12310	Control ENT, general	Programas para la prevención y el control de las ENT que no pueden desglosarse en los siguientes códigos
130		PROGRAMAS/POLÍTICAS SOBRE POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA	
	13010	Política sobre población y gestión administrativa	Políticas demográficas / desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos inmigración y emigración; análisis / investigación demográfica; investigación salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	13096	Estadísticas sanitarias	Recopilación, producción, gestión y difusión de estadísticas y datos relacionados con la población y la salud reproductiva. Incluye trabajo censal, registro civil, recopilación de datos migratorios, datos demográficos, etc.
	13020	Atención salud reproductiva	Fomento salud reproductiva; cuidados prenatales y postparto, incluyendo alumbramiento; prevención y tratamiento de la infertilidad; prevención y gestión consecuencias del aborto; actividades maternas saludables.
	13030	Planificación familiar	Servicios de planificación familiar, incluyendo orientación; actividades de información, educación y comunicación (IEC); distribución de anticonceptivos; capacitación y formación.
	13040	Lucha contra ETS, incluido el SIDA	Todas las actividades relacionadas con enfermedades de transmisión sexual y con el control del SIDA, como información, educación y comunicación; diagnóstico precoz; prevención; tratamiento; cuidados.
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	Educación y formación de personal sanitario para servicios de población y salud reproductiva.

3

La salud en la cooperación española

- En 2022, la AOD española se incrementó un 31,9 %, alcanzando los 4.120 millones de euros, el 0,30 % de la renta nacional bruta (RNB), unas cifras que no se veían en la cooperación española desde 2010. Porcentualmente la cooperación española recorta la distancia con la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), situada en el 0,36 %, pero lejos del 0,56 % de la media de los países de la UE y del compromiso del 0,7 % adquirido hace más de 50 años en el seno de las Naciones Unidas (NN. UU.)
- La pandemia de COVID-19, a pesar de seguir siendo relevante, dejó de ser la primera prioridad de la cooperación internacional, algo que en el caso de España se concreta en una reducción de 124 millones en el presupuesto destinado a salud, sector al que se han destinado 402 millones de euros. Porcentualmente los fondos destinados a salud pasan del 16,8 % en 2021 a 9,76 % en 2022, alejándose de nuevo de la media de los países de nuestro entorno.
- Por segundo año consecutivo, el Ministerio de Sanidad aparece como primer donante en cooperación sanitaria, con el 43,8 % de toda la AOD española en salud (176,3 millones de euros). De esta cantidad, el 99,6 % han sido donaciones de vacunas para COVID-19, en algún caso a países de renta media alta.
- El conjunto de la cooperación descentralizada incrementó en 2022 su AOD en casi 73 millones de euros, alcanzando los 418,1 millones. Este aumento se debe principalmente al incremento de la cooperación autonómica que creció un 28 %, pero también a la cooperación de las Entidades Locales (EE. LL.), que aumentó un 6,2 %.
- La cooperación sanitaria descentralizada supone un 10,3 % del total de la AOD descentralizada, un punto porcentual menos que en 2021 si bien en cifras absolutas aumentan en 5,5 millones de euros. La cooperación descentralizada en salud supone el 10,7 % de toda la AOD sanitaria española, creciendo 3 puntos porcentuales respecto a 2021.

1 Consideraciones generales

1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

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

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

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

- Según se explicita en la “Estrategia de Salud de la Cooperación Española” de 2007, la **AOD bilateral** es la AOD que la Cooperación Española aporta directamente a los países socios. Las actuaciones se gestionan a través de diferentes instrumentos, por distintas instancias gubernamentales, locales o de la sociedad civil de los países socios, a través de las oficinas técnicas de cooperación (OTC) de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y de la administración de las CC. AA., en muchos

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

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

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

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

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

2 Datos generales de la AOD en 2022

La cooperación española mantuvo en 2022 la tendencia al crecimiento que comenzó en 2020. Este crecimiento está fuertemente condicionado, al igual que le sucede al resto de donantes, por la guerra de Ucrania y, en menor medida, por la pandemia de la COVID-19, problemas mundiales que reflejan la importancia que tiene la cooperación en un mundo globalizado.

En cifras absolutas, la AOD total desembolsada por España en 2022 alcanzó los 4.120.338.725 euros, lo que representa un incremento del 31,9 % respecto a 2021, casi mil millones de euros más, alcanzando unas cifras que no se veían en la cooperación española desde 2010. Este incremento sitúa la cooperación española en el 0,30 % de la RNB, cuatro puntos más que el año anterior. Todo aumento es muy bienvenido, y más cuando es sostenido en el tiempo, pero aún se está lejos de la media de los países del CAD (0,36 %), de los países de la UE (0,56 %) y del compromiso del 0,7 %. En el gráfico 3.1, en el análisis de la evolución de la cooperación española,

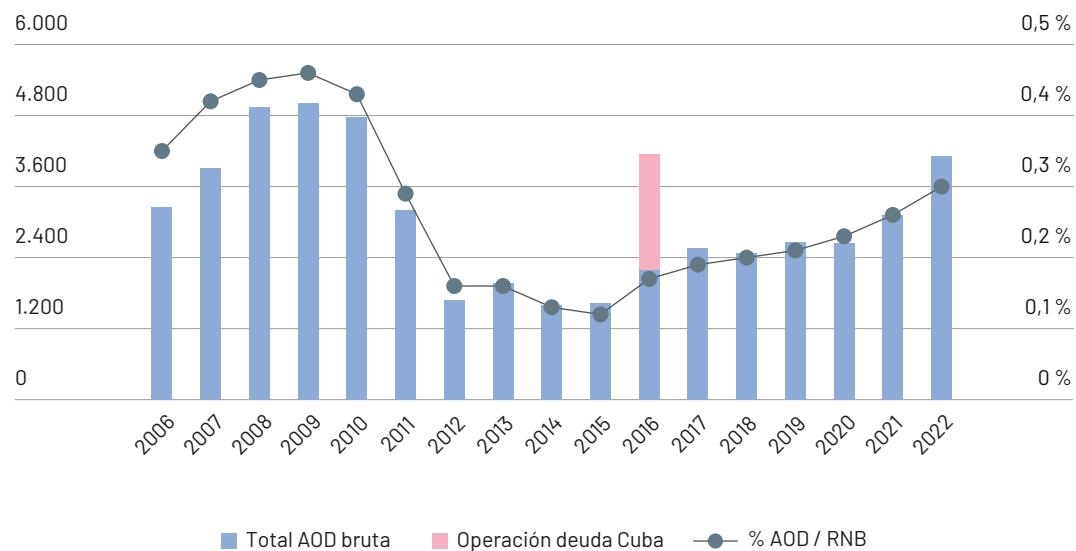
se observa que la cifra destinada a cooperación en 2022 está aún muy lejos de lo que se destinó en 2009, cuando se alcanzó el 0,46 % del PNB. Agradecemos que en un momento donde la crisis económica derivada de la pandemia podía haber llevado a una reducción de la AOD, ésta crezca, pero hay que recordar que el gobierno se había comprometido a destinar a AOD el 0,5 % al final de la legislatura (concluía en noviembre de 2023) y el 0,7 % para 2030. Ahora, con la nueva Ley de Cooperación, se mantiene el compromiso del 0,7 % por Ley en 2030 y habrá que estar atentos a los hitos intermedios para ver que ese compromiso se cumpla. Es necesario establecer una hoja de ruta clara y consensuada para garantizar que en los próximos 8 años España cumple sus compromisos con la cooperación, y pueda incrementar los fondos que destina a la lucha contra los diferentes retos globales que tiene el planeta, como el cambio climático, o las inequidades que sufren muchas personas en salud, género o pobreza.

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

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

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

GRÁFICO 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2006-2022



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

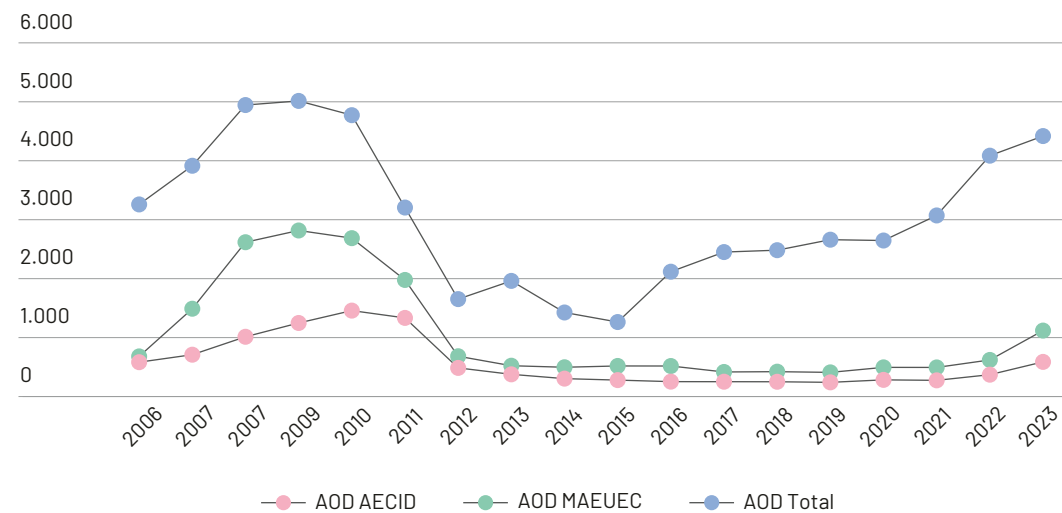
Como en años anteriores, se siguen recibiendo devoluciones de préstamos del pasado que se computaban como AOD. El monto por reembolsos en 2022 fue de 34.099.775,64 euros, el 0,82 % de toda la AOD, lo que supone un importante descenso respecto al 1,6 % de 2021, año en el que las devoluciones alcanzaron los 51,2 millones de euros. Como se ha comentado en informes anteriores, se valora positivamente que los reembolsos aparezcan en los presupuestos, si bien deberían computarse como partidas extraordinarias y reinvertirse en aquellos sectores para los que habían sido concebidos cuando se concedieron.

Observando el gráfico que muestra la evolución de la Cooperación Española, se constata un cierto optimismo en las cifras de AOD de la cooperación española. Desde 2016 hay un crecimiento continuo del porcentaje de la RNB destinada a AOD, que si bien es positivo resulta pequeño en su evolución como para asegurar el cumplimiento del compromiso del 0,7 % en 2030. En los diez años previos la Cooperación Española nunca tuvo un crecimiento tan notable, salvo en

2016, cuando se incluyó una operación puntual y extraordinaria de cancelación de deuda con Cuba que no debiera haberse computado como AOD. Por hacer una lectura optimista, respecto a 2015 la cooperación española a más que duplicado la ayuda. No obstante, si se mantiene un esfuerzo proporcional al actual en los próximos años, creciendo anualmente el 0,04 %, no se llegaría al 0,7 % hasta 2032 y no se cumpliría con la reivindicación histórica de la ciudadanía española, incluida en la nueva Ley de cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global, aprobada en febrero de 2023, de alcanzar el 0,7 % en 2030.

Para consolidar una política de cooperación, el incremento de fondos es importante pero no es suficiente si dicho incremento no se acompaña de una inversión en recursos humanos, técnicos y normativos que favorezcan ese trabajo de gestión, a lo que se debe incorporar una profunda reflexión sobre cuál debería ser la mejor estructura no solo para ejecutar y gestionar la cooperación española, sino para incorporar la innovación y los nuevos retos que tiene la misma.

GRÁFICO 3.2. Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2023



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Tanto el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC), encargado de planificar, dirigir, ejecutar y evaluar la política de cooperación internacional para el desarrollo sostenible, y coordinar y supervisar las actuaciones que en este ámbito realizan los demás departamentos y administraciones públicas; como la Secretaría de Estado de Cooperación Internacional (SECI), que es el órgano responsable de la dirección, impulso y coordinación de la política de cooperación internacional para el desarrollo sostenible; y la AECID, principal instrumento de gestión de las políticas de cooperación al desarrollo y de ayuda humanitaria, tienen un papel fundamental en la cooperación al desarrollo, ya que son responsables de diseñar, coordinar y ejecutar la política de cooperación y son los principales responsables de movilizar los recursos financieros y humanos necesarios para alcanzar los objetivos de desarrollo y de ayuda humanitaria.

La AOD ha sufrido una prolongada crisis que se ha materializado en los escasos recursos des-

tinados a cooperación. A partir de 2020 cambia la tendencia, tal y como se refleja en el gráfico 3.2. En 2022, el incremento de la AOD fue de un 30 %, repercutiendo tanto en lo ejecutado por AECID (35 %), como en la parte gestionada por el MAEUEC (25,7 %). Si se analiza lo presupuestado para el ejercicio 2023, se observa un incremento sustancial que repercute un 58,5 % en el presupuesto de AECID y del 80 % en el presupuesto del MAEUEC. Con las previsiones para 2023, la AOD alcanzaría los 4.419,15 millones de euros, el 0,34 % de la RNB y un crecimiento del 7,5 % respecto a lo ejecutado en 2022. El presupuesto del MAEUEC se vería aumentado en 498 millones (44,5 %) y pasaría a gestionar uno de cada 4 euros destinados a cooperación (25,32 %). La AECID vería incrementado su presupuesto en 217 millones, un 36,9 %, y sobre la AOD total gestionaría el 13,31 % (588 millones de euros). Queda mucho camino por recorrer, pero los pasos dados en los últimos tres años parecen ir por el buen camino.

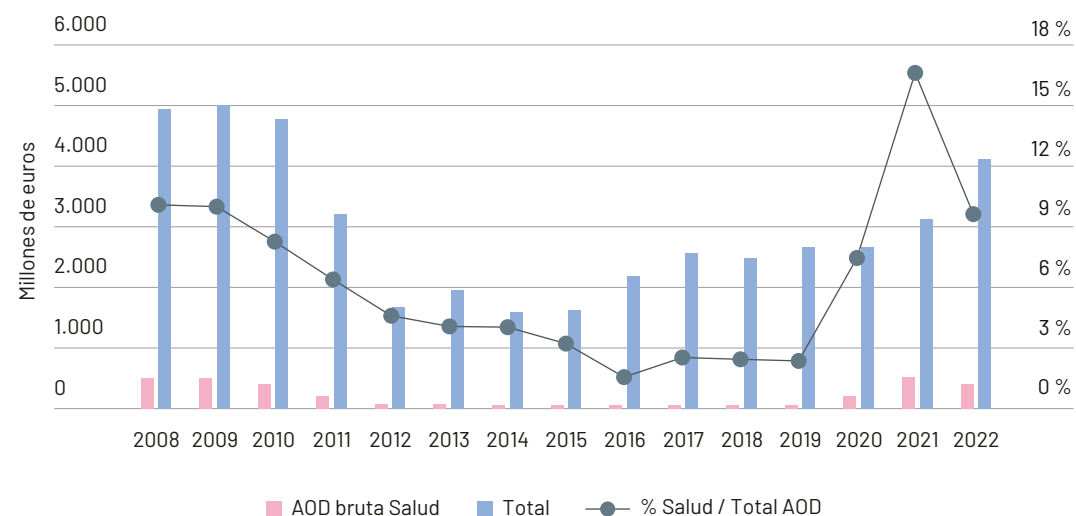
3 AOD en salud en 2022

3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2022

Si en 2021 el principal foco de la cooperación estuvo en la pandemia de la COVID-19; en 2022 la AOD se vio condicionada inequívocamente por la invasión de Ucrania, lo que repercutió inevitablemente en la distribución de la AOD y sectores como el de Salud ven disminuir los fondos tal y como muestra el gráfico 3.3. De los 4.120.338.725 euros destinados a AOD, a salud se consignaron 402.286.911 euros, el 9,76 % del total de la AOD, lo que supuso una disminución de casi 125 millones de euros respecto a 2021. Esta caída del 23,7 % de la AOD en salud, es consecuencia de cómo se produjo el incremento en 2021 que fue a base de donaciones de vacunas para la COVID-19. El objetivo tenía más que ver con ubicar un po-

sible excedente que con reforzar las bases de la cooperación en salud. En 2022, el 99 % de lo destinado por el Ministerio de Salud a cooperación (176 millones), procede de donaciones de vacunas para la COVID-19 con lo que, una vez colocado el excedente, el Ministerio de salud dejará de estar entre las principales instituciones donantes, como en años prepandemia, lo que volverá a situarnos ante una incongruencia. Los fondos destinados a salud en periodo pandémico responden a una cuestión coyuntural y no a una cuestión estructural. Desafortunadamente, esta disminución de la AOD en salud muestra un nuevo alejamiento de la media que el conjunto de países donantes del CAD destina a salud⁴. Porcentualmente, el 9,76 %

GRÁFICO 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2022



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

4 Hay que recordar que los datos disponibles para la desagregación sectorial del CAD, y por lo tanto del porcentaje de AOD en salud, se refiere a 2021, que fue del 20,2 %, por lo que esta diferencia, al ser 2021 un año muy señalado por la pandemia de la COVID 19 puede variar

de 2022 solo ha sido superado por el 19,8 % destinado en 1999, el 16,86 % de 2021, y el 10,5 % de 2008 y 2009. La situación de la salud mundial demanda una respuesta constante e integral para intentar afrontar los complejos retos globales a los que se enfrenta.

Para conocer realmente la importancia que tiene la cooperación sanitaria en el conjunto de la AOD, es necesario compararlo con el resto de los sectores. Este ejercicio se hace mediante el análisis de la ayuda bilateral distribuible, que es aquella en la que el donante decide el destino de los fondos y, por lo tanto, expresa mejor su voluntad respecto a la distribución sectorial.

En los últimos años, el peso porcentual de la AOD distribuible ha disminuido enormemente. En 2009 representaba el 50 % del total de la AOD, mientras que en 2022 su peso apenas alcanza el 10,6 % del total de la ayuda, disminuyendo, respecto a 2021, en más de quince puntos porcentuales a pesar de haber aumentado en 309 millones de euros. Por su parte la ayuda multilateral sigue creciendo y en 2022 lo hace en más de 687 millones de euros.

En la tabla 3.1 se puede observar cómo la ayuda distribuible en salud supuso el 18,02 % de toda la ayuda distribuible, 78,7 millones, disminuyendo casi 5 veces las cifras destinadas a

TABLA 3.1. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2019-2022 (GE)

Sectores CAD	2019		2020		2021		2022	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	49.785.793	11,01	52.975.214	11,11	64.429.573	7,93	63.016.588	14,42
120+130 Salud	43.334.935	9,59	88.605.398	18,59	386.500.867	47,54	78.736.630	18,02
140 Agua y saneamiento	19.422.577	4,30	24.057.947	5,05	22.253.401	2,74	24.536.685	5,62
150 Gobernabilidad y sociedad civil	128.871.451	28,51	126.543.231	26,55	170.347.982	20,95	132.255.487	30,27
160 Otros servicios e infraest. sociales	21.704.928	4,80	18.502.151	3,88	22.327.172	2,75	23.119.105	5,29
210 Transporte y almacenamiento	4.692.388	1,04	2.887.211	0,61	5.091.466	0,63	479.193	0,11
220 Comunicaciones	426.859	0,09	243.779	0,05	491.432	0,06	344.964	0,08
230 Generación y suministro de energía	2.776.850	0,61	1.738.631	0,36	1.743.700	0,21	2.062.431	0,47
240 Servicios financieros	12.386.133	2,74	20.482.071	4,30	8.892.567	1,09	15.591.990	3,57
250 Empresas y otros servicios	1.975.792	0,44	1.674.404	0,35	1.028.587	0,13	2.229.702	0,51
311 Agricultura y ganadería	36.374.457	8,05	42.101.620	8,83	55.715.711	6,85	51.957.748	11,89
312 Bosques	1.095.297	0,24	777.973	0,16	500.327	0,06	862.359	0,20
313 Pesca	1.109.464	31,48	1.355.576	0,28	1.524.999	0,19	4.119.233	0,94
321 Industria	3.524.072	0,78	3.121.142	0,65	3.330.339	0,41	4.026.349	0,92
322 Minería y recursos minerales	9.154	0,00	21.475	0,00	72.270	0,01	29.900	0,01
323 Construcción	149.450	0,03	125.000	0,03	103.497	0,01	13.487	0,00
331 Políticas y regulaciones comerciales	811.481	0,18	392.945	0,08	1.109.146	0,14	485.058	0,11
332 Turismo	751.665	0,17	500.831	0,11	994.675	0,12	2.074.048	0,47
410 Medioambiente	6.111.745	1,35	6.104.551	1,28	8.153.367	1,00	11.180.806	2,56
430 Multisectorial	116.678.843	25,81	84.496.930	17,73	58.322.255	7,17	46.300.824	10,60
Total AOD bilateral distribuible	451.993.334	100	476.708.080	100	812.933.331	100	436.866.100	100
Total AOD bilateral	938.194.799		890.801.379		1.273.586.278		1.583.207.391	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	2.659.878.746		2.646.820.189		3.123.562.267		4.120.338.725	

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

este apartado en 2021, 386,5 millones de euros. A pesar de que desciende un puesto respecto a 2021, la salud sigue siendo un sector importante dentro de la AOD bilateral distribuible, el segundo que más AOD distribuible recibe, por detrás de Gobernabilidad, (132 millones de euros), que tradicionalmente, salvo en 2021, siempre aparecía en primer lugar. Si se añade a estos dos sectores educación y multisectorial, se ve que el peso de estos cuatro sectores concentra el 73,3 % de toda la ayuda distribuible. En cuanto al sector salud, se observa un errático comportamiento en la AOD bilateral distribuible, lo que dificulta de alguna manera conocer qué estrategia rige las decisiones que se toman.

Para entender la cooperación sanitaria española, es necesario desgranar los actores que la conforman y su implicación con ella. En la tabla 3.2. se muestra la desagregación por canales y actores. El primer hecho destacable es que, al igual que en 2021, no ha habido ayuda reembolsable en el sector salud, algo aplaudimos y que se viene reclamando desde hace mucho tiempo pues, no es un instrumento adecuado para responder a necesidades sociales básicas.

En 2022 el 44,4 % de los fondos son canalizados a través del canal multilateral, 178,6 millones de euros. Le sigue la ayuda multilateral con 144,8 millones de euros, un 36 % del total. Finalmente, el canal que antes de la pandemia recibía tradicionalmente más recursos, el canal bilateral, se queda en 78,7 millones, un 19,6 % del total de la cooperación sanitaria. Esta orientación parece sesgada por la relevancia que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en 2021 y 2022. En futuros años se podrá ver si realmente ha habido un cambio en las prioridades de los canales de la cooperación sanitaria española, o si ha sido algo coyuntural debido a la necesidad de tener que enfrentar un problema global de salud de extraordinaria relevancia como la COVID-19.

Si se suman todos los mecanismos de financiación, multilateral, multilateral y bilateral, por segunda vez desde que se realiza este informe hace más de veinte años, el Ministerio de Sani-

dad aparece como el principal financiador de la cooperación sanitaria española con 176,2 millones de euros, el 43,8 % del total, descendiendo 121,6 millones de euros respecto a 2021. La mayor parte de la aportación del Ministerio de Sanidad ha sido a través del canal multilateral, y una parte residual, 17,9 millones de euros, a través del bilateral.

Le sigue el Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación, que tradicionalmente solía ocupar el primer lugar, con 97,6 millones de euros, creciendo en 6,1 millones de euros respecto a 2021, y en tercer lugar el Ministerio de Hacienda con 81,5 millones de euros. Las CC. AA. ocupan el cuarto puesto con 37,1 millones, dos millones más que en 2021. En quinto lugar, las EE. LL., con 6,2 millones de euros, y el Ministerio de Ciencia e Innovación aparece en sexto lugar con casi 3 millones, cuando en 2021 había dado 7,5 millones de euros. Finalmente, las Universidades mantiene su presencia residual, con apenas 288.000 euros.

Es evidente que estas cifras están muy influenciadas por la pandemia, y más concretamente por la gestión de las vacunas donadas por España, pero podría ser una buena oportunidad para que el Ministerio de Sanidad se implique de forma más relevante, con recursos técnicos, económicos y humanos, en la cooperación sanitaria, como se viene reclamando, y deje de tener esa presencia residual que ha tenido en los últimos años. Hay que recordar de nuevo que es este Ministerio quien tiene la representación en organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS), a la que es necesario fortalecer, como se ha podido comprobar en esta pandemia.

En estos momentos cuando la gobernanza global de la salud está en una encrucijada, hacen falta países que apuesten por una salud global equitativa y sostenible. En este sentido, apostar por los principios que sustentan el sistema sanitario español (a pesar de sus defectos, que son más de implementación que de principios) como la equidad en el acceso, la apuesta por la Atención Primaria de Salud y la gobernanza pú-

blica del sistema sanitario, es fundamental para avanzar y aportar en salud global. Posibles soluciones a los retos que tiene el sistema sanitario español, como el de una financiación adecuada, un fortalecimiento mayor de los sistemas públicos, la necesidad de contar con los suficientes recursos humanos o como integrar la multisectorialidad en el sistema sanitario, son globales, y deberían poder discutirse, y compartir con otros actores internacionales, teniendo la equidad como eje principal de las estrategias y políticas que nazcan de esas discusiones, donde España puede aportar su experiencia y capacidades.

Si se analiza la distribución de la cooperación sanitaria en base a los cuatro subsectores determinados para salud —salud general (121), salud básica (122), salud reproductiva (130) y enfermedades no transmisibles (123)—, se puede observar que, en 2022, al igual que en 2021, destaca la salud básica, especialmente a través del canal multilateral, que supone el 68,5 % de los 251,2 millones de euros que se destinaron a este subsector. Después aparece el subsector

de salud general, con 115,5 millones de euros, donde el canal que más destaca es el multilateral (79 %), a mucha distancia del canal bilateral (17 %). Algo similar pasa en el subsector de salud reproductiva (34 millones de euros), aunque no haya tanta diferencia entre ambos canales, 52 % para multilateral y 34 % para bilateral. El único subsector en el que se prioriza el canal bilateral es el de las enfermedades no transmisibles, pero las cantidades destinadas a este subsector son tan pequeñas (un millón y medio de euros) que no tienen mucha relevancia en el conjunto de la ayuda sanitaria.

Desde 2020 se observa un importante incremento de las aportaciones canalizadas por organismos multilaterales, algo que en 2022 sigue sucediendo. Supone el 80,4 % de toda la cooperación sanitaria española, cuando en 2021 era del 24,6 %. Este crecimiento, que incluye aportaciones multilaterales y multilaterales, parece condicionado por la pandemia de la COVID-19.

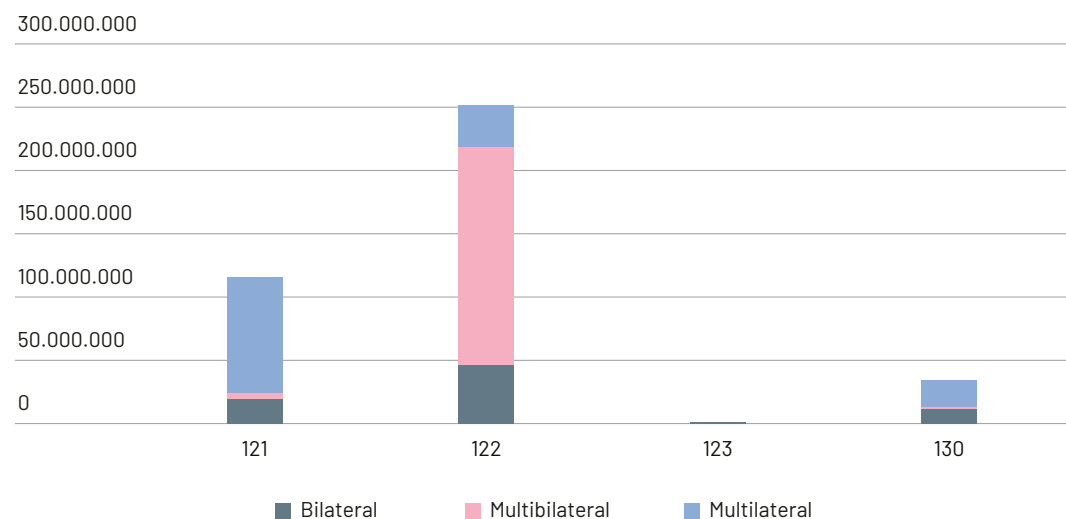
Respecto a la desagregación por agentes y destino, de los 144 millones canalizados por la

TABLA 3.2. Resumen de la AOD española en salud, 2022

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud	AOD bilateral	No reembolsable 78.736.630 €	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	16.855.835
Bruta: 402.287.622 € 100 %	Bruta: 78.736.630 € 20 %		Ministerio Sanidad	17.950.890
			Ministerio de Ciencia e Innovación	2.991.767
			CC. AA.	34.447.716
			EE. LL.	6.201.942
			Universidades	288.480
		Reembolsable 0 €		
	AOD multilateral		Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	18.140.000
	178.681.576 € 44,42%		Ministerio Sanidad	158.388.253
			CC. AA.	2.153.323
	AOD multilateral		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	62.753.421
	144.869.416 € 36,01%		Ministerio de Hacienda	81.515.995
	Contribuciones obligatorias: 93.544.416 €		CC. AA.	600.000
	Contribuciones voluntarias: 51.325.000 €			

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

GRÁFICO 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2022



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

vía multilateral, el Ministerio de Hacienda canaliza el 56,2 % de toda la ayuda multilateral. Como en los dos años anteriores, estos fondos se han utilizado para financiar organismos europeos, más concretamente la cooperación internacional de la Comisión Europea.

Los 62,7 millones de euros de aportación del MAEUEC al canal multilateral suponen un incremento del 24,4 % (12,3 millones) respecto a 2022. En una estrategia continuista, el MAEUEC sigue centrándose exclusivamente en financiar tres agentes: (i) 48,1 millones de euros para el Fondo Global de lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis (30 millones en 2021); (ii) 1,2 millones de euros para la OMS, 9,6 millones menos que en 2021, y muy lejos de los 23,3 millones entregados en 2009; y (iii) 4,5 millones para el Fondo Financiero Internacional para la Inmunización —IFFIm por sus siglas en inglés—, una cifra inferior en 5 millones a la de 2021.

Finalmente, la ayuda multilateral de salud se completa, como en 2021, con una pequeña aportación de 600.000 euros por parte de las CC. AA. a GAVI.

Es una buena noticia la apuesta que la cooperación española hace por la ayuda multi-

lateral, sin olvidarse que junto con la pandemia conviven otros problemas globales de salud que necesitan de la complicidad de todos los estados como puede ser enfermedades generadas por el cambio climático o las más tradicionales como el VIH/sida, malaria o tuberculosis. La concentración de la ayuda en unos pocos agentes parece adecuada, ya que aumenta su eficacia. No obstante, la cooperación española debería plantearse si la OMS, en tanto que institución encargada de la gobernanza global y de la salud global, no debería recibir más financiación, pues apenas supone el 6,6 % de toda la ayuda multilateral. España ha sido uno de los principales financiadores de la OMS entre 2020 y 2021, con una contribución total de 154 millones de dólares, lo que le sitúa en el séptimo lugar entre los países donantes. Esto demuestra el compromiso de España con la OMS durante la pandemia de COVID-19. La pregunta es qué pasará después de la pandemia. Hay algunos retos interesantes que deberían servir para que España siguiera incrementando su influencia en la OMS, como puede ser el del cambio climático y la salud.

Además de una apuesta clara por la OMS, España debe participar más activamente en los

TABLA 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2018-2022, en euros

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2018	2019	2020	2021	2022
MAEUEC	NACIONES UNIDAS	6.171.762	8.846.383	7.862.462	10.848.255	9.653.421
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola					
	UNFPA - Fondo de Población de NN. UU.		500.000			
	OMS - Organización Mundial de la Salud	6.171.762	8.346.383	7.862.462	10.848.255	9.653.421
	ONUSIDA - Programa conjunto de NN. UU. sobre el SIDA					
	PNUD - Programa de NN. UU. para el Desarrollo					
	UNICEF - Fondo de NN. UU. para la Infancia					
	PMA - Programa Mundial de Alimentos					
	UNRWA					
	OTROS ORGANISMOS	9.475.000	9.475.000	19.475.000	39.569.750	53.100.000
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas					
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis			10.000.000	30.000.000	48.100.000
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida					
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000	9.475.000	9.475.000	9.569.750	5.000.000
IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar						
OIM - Organización Internacional de las Migraciones						
UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos						
GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización						
SUBTOTAL MAEUEC	15.646.762	18.321.383	27.337.462	50.418.005	62.753.421	
MH	INSTITUCIONES FINANCIERAS					
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial					
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo					
	BAsD - Banco Asiático de Desarrollo					
	UNIÓN EUROPEA			85.506.206	89.151.348	81.515.995
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo			57.090.946	65.951.816	81.515.995
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo			28.415.260	23.199.532	
SUBTOTAL MH			85.506.206	89.151.348		
Min. Sanidad	OMS - Organización Mundial de la Salud					
SUBTOTAL M Sanidad						
MCIN	IARC - Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer			443.700		
	SUBTOTAL MCIN			443.700		
CC. AA.	OMS - Organización Mundial de la Salud	1.658.846	1.658.674			
	ACNUR	75.000	125.467			
	UNRWA	200.000				
	UNRISD		200.000			
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización				500.000	600.000
	SUBTOTAL CCAA	1.933.846	1.784.141		500.000	600.000
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD	17.580.608	20.105.524	113.287.368	140.069.353	144.869.416	

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

foros internacionales, apostando por unas políticas multilaterales globales en salud donde el derecho a la salud esté por encima de otros intereses, y la equidad, la transparencia o la eficacia sean los elementos que determinen sus

respuestas, algo que no se ha conseguido hasta el momento.

La ayuda multilateral, después del enorme crecimiento de 2021, disminuye en 2022 un 45 % hasta situarse en 141,6 millones. Esta dis-

minución está directamente relacionada con la buena evolución de la pandemia y se concreta en un recorte de algo más de 147 millones euros a la OMS. A pesar de este recorte, las aportaciones a la OMS absorben el grueso de la ayuda multilateral, con más de 163,5 millones de euros, el 91,65 % de toda la ayuda multilateral. La aportación a UNITAID, aunque aumenta en 7,5 millones, se queda en 10 millones de euros. El resto de los agentes reciben aportaciones residuales que en su mayoría no alcanzan los 3 millones de euros. Las aportaciones a UNFPA se incrementan ligeramente en torno a los 500.000 euros, alcanzando los 2,9 millones de euros. La OPS recibe 1,2 millones de euros, ONDUC alcanza los 500.000 euros, GAVI 290.000, la OEI 200.000 euros y el ACNUR 50.000 euros.

Si se compara con 2021, se observa que hay instituciones que recibieron financiación en 2021

y se quedaron en blanco en 2022, y viceversa. En el primer caso estaría UNICEF y UNRWA, mientras que en el segundo caso estarían ONDUC (Oficina de NN. UU. contra la Droga y el Delito), OEI (Organización de Estados Iberoamericanos) y GAVI. La drástica reducción de la AOD, cuyos recursos tocaron fondo en el año 2015 con un 0,12 % de la RNB, llevó a España a abandonar prácticamente todas las contribuciones voluntarias a organismos multilaterales de desarrollo. El incremento de la AOD de estos años, para 2023 se ha presupuestado el 0,34 %, debe tomarse como una oportunidad para que la cooperación española revise su estrategia multilateral y priorice quienes son sus socios en este ámbito.

Una prioridad debería ser una OMS fortalecida, independiente, participativa, eficaz y transparente, capaz de ejercer una gobernanza pública mundial renovada, donde la coherencia de políticas sea una de sus señas de identidad.

TABLA 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2018-2022

ORGANISMOS RECEPTORES	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%
GFATM										
UNFPA	600.000	21,07	200.000	7,86	900.000	5,47	2.450.000	0,77	2.940.000	1,65
OPS	297.000	10,43	300.000	11,79	1.081.650	6,57	750.000	0,23	1.200.000	0,67
UNICEF			900.000	35,37	530.400	3,22	889.500	0,28		
DNDi										
MMV - Medecines for Malaria Venture										
UNRWA	650.000	22,83			250.000	1,52	761.000	0,24		
OMS	1.000.000	35,12	644.554	25,33	5.032.878	30,59	310.957.064	97,17	163.501.576	91,65
OIEA										
PNUD										
CEDEAO										
ONUSIDA										
Banco Mundial										
OEA - Organización de Estados Americanos										
ACNUR							700.000	0,22	50.000	0,03
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito			500.000	19,65					500.000	0,28
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos									200.000	0,11
UE										
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas										
BID					5.000.000	30,39				
SEGIB										
MSF										
FAO	300.000	10,54								
SICA					500.000	3,04				
UNITAID					1.500.000	9,12	3.500.000	1,09	10.000.000	5,61
Consejo de Europa					200.000	1,22				
OIM Organización Int. Migraciones					150.000	0,91				
PMA					300.000	1,82				
Unión Africana					1.000.000	6,08				
IANPHI - Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública					6.532	0,04				
GAVI									290.000	0,16
TOTAL	2.847.000	100	2.544.554	100	16.451.460	100	320.007.564	100	178.391.576	100

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

3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud

Al igual que sucedía con el conjunto de países donantes, en el quinto año de vigencia de las ENT (enfermedades no transmisibles) como subsector del CAD referido a salud T éstas siguen sin tener una presencia relevante en la AOD, a pesar de seguir siendo el grupo de enfermedades que provoca la mayor carga de mortalidad en el mundo. En 2022 se han más que duplicado las cifras de 2021, pero al ser éstas muy bajas, solamente alcanzan 1,5 millones de euros, representando apenas el 0,37 % del total de la AOD sanitaria.

Con respecto a los otros tres sectores tradicionales, vuelve el orden que era tendencia en los últimos años. La salud básica es el sector más financiado, a mucha distancia del resto, con el 62,44 % de toda la AOD sanitaria, casi diez puntos porcentuales menos que el año anterior. La salud general se mantiene como el segundo subsector más financiado con el 28,7 %, seis puntos porcentuales más que en 2022. La salud

sexual y reproductiva recupera el peso de 2020, pasando del 5 % al 8,4 %.

Si se desglosan los componentes CRS de la salud general, se observa que su distribución es similar al año anterior. A pesar de que las aportaciones a política sanitaria (código CRS 12110) disminuyen en 6,2 millones de euros, sigue siendo el componente más financiado de la salud general con 102 millones de euros, una cifra que le permite mantenerse como el segundo componente más financiado de toda la salud, después de la financiación específica para la COVID-19. Muy alejado de esas cifras estarían los servicios médicos (código CRS 12191), que alcanzan los 6,5 millones de euros y un crecimiento de 1,5 millones respecto a 2021. En tercer lugar, se mantiene la investigación médica (código CRS 12182), con 4,4 millones, seguido de la enseñanza y formación médicas (código CRS 12181) con 2,2 millones de euros. Al igual que en 2021, cierra la lista de

los componentes CRS de la salud general, con una aportación casi simbólica de 156.850 euros, el nuevo componente CRS creado en 2020 de Estadísticas y datos de salud (código CRS 12196).

Al igual que sucediera en 2021, el cambio más profundo al analizar la distribución de la AOD sanitaria por canales y componentes CRS, viene determinado por la incorporación en 2020 del código 12264, "control de COVID-19". A este componente se destinaron 191 millones de euros, un 47,5 % de toda la cooperación sanitaria española, y aunque su peso disminuye 12 puntos porcentuales respecto a 2021, es el componente más financiado de toda la salud. La atención

sanitaria básica (código CRS 12220) se coloca en segundo lugar dentro de la salud básica, con 22,3 millones de euros, creciendo 2,7 millones respecto a 2021. La lucha contra la malaria (código CRS 12262), recibe los mismos 20 millones de euros que en 2021 y se sitúa en tercer lugar. Le sigue el control de la tuberculosis que, con 6,8 millones de euros, crece un 36 % respecto al año anterior. El resto de los componentes CRS de la salud básica, al igual que sucediera en 2021, no alcanzan el 1 % del total de salud.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, el componente de más peso dentro de este subsector es, como tradicionalmente ha sucedido

en la cooperación española, la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, donde se incluye el VIH/SIDA (código 13040), que en 2022 creció un 32 %, para situarse en 21,4 millones de euros. El otro componente que es necesario mencionar es la atención salud reproductiva (código 13040) que, con 8,9 millones de euros, crece un 11,2 % en 2022. El resto de los componentes de este sector (planificación familiar, políticas de población y formación de personal en salud reproductiva) se mueven en una horquilla entre 1 y 1,2 millones de euros. Al igual que en salud general, las estadísticas sanitarias en salud reproductiva (código CRS 13096) tiene una financiación residual, de 100.000 euros.

Por segundo año consecutivo, la suma de la lucha contra las diferentes enfermedades infecciosas, incluyendo la COVID-19, ha sido la mayor prioridad de la cooperación sanitaria española en 2022, destinándose un 60,21 % del total de la AOD destinada a salud, algo que es lógico, dado el momento de crisis sanitaria mundial derivada

de la pandemia. Es positivo que la Cooperación Española concentre sus esfuerzos en unos pocos componentes para buscar una mayor eficacia, impacto y previsibilidad de su ayuda. Pero una vez termine la crisis pandémica, los esfuerzos se deben de orientar hacia soluciones más globales de salud. Hay que priorizar el fortalecimiento de los sistemas públicos sanitarios en todos sus niveles, priorizando la atención primaria de salud y garantizando la equidad en el acceso. El trabajo con los determinantes de salud es fundamental, pero es bastante difícil de medir con el sistema actual, ya que no está preparado para realizar un análisis afinado de la compleja realidad actual, donde los sectores de trabajo se entrecruzan muchas veces.

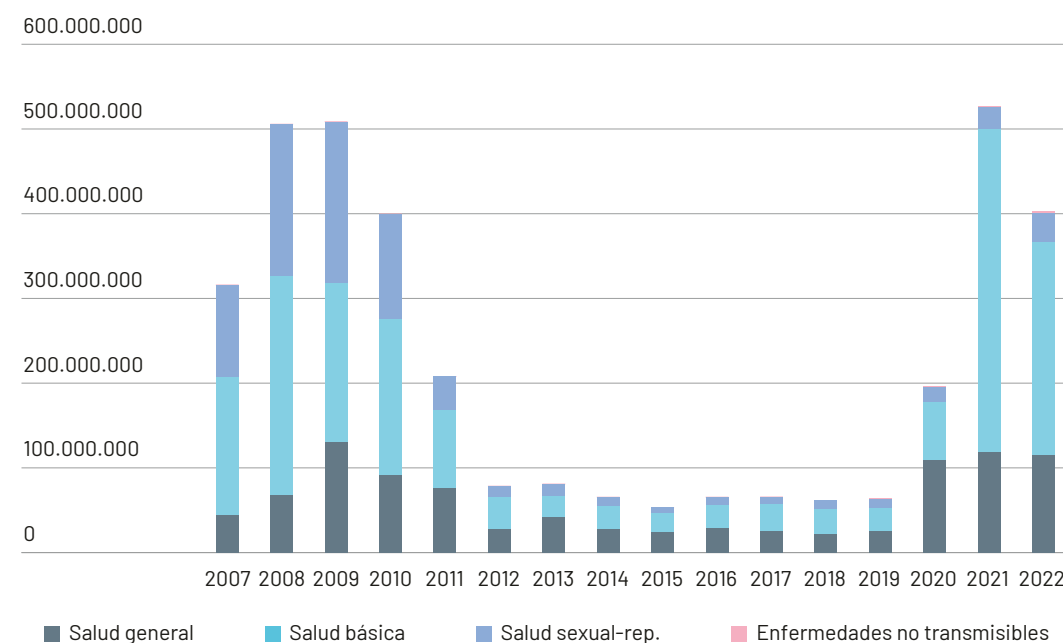
El gráfico 3.5. muestra la evolución a lo largo de los últimos 16 años de los subsectores de la salud. Después del incremento de AOD de 2021, superando las cifras de 2008 y 2009, las cantidades destinadas en 2022 disminuyen, aunque siguen siendo cifras importantes, similares a las

TABLA 3.5. Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2022

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	19.720.004	4.623.323	91.169.416	115.512.743	28,71
12.110	7.035.066	3.863.323	91.169.416	102.067.805	25,372
12.181	1.942.906	310.000		2.252.906	0,560
12.182	4.494.948			4.494.948	1,117
12.191	6.090.234	450.000		6.540.234	1,626
12.196	156.850			156.850	0,039
122	46.604.633	172.168.253	32.447.000	251.219.886	62,44
12.220	15.636.736	1.750.000	5.000.000	22.386.736	5,565
12.230	1.801.057			1.801.057	0,448
12.240	4.040.037			4.040.037	1,004
12.250	1.630.618	440.000		2.070.618	0,515
12.261	1.138.777	100.000		1.238.777	0,308
12.262		500.000	20.030.000	20.530.000	5,103
12.263			6.817.000	6.817.000	1,695
12.264	21.494.848	169.288.253	600.000	191.383.101	47,574
12.281	862.561	90.000		952.561	0,237
123	871.147	650.000	-	1.521.147	0,37
12.310	90.047			90.047	0,022
12.330	169.579	500.000		669.579	0,166
12.340	489.021			489.021	0,122
12.350	122.500			122.500	0,030
12.382		150.000		150.000	0,037
130	11.540.846	1.240.000	21.253.000	34.033.846	8,46
13.010	1.030.489	300.000		1.330.489	0,331
13.020	8.807.649	120.000		8.927.649	2,219
13.030	489.868	720.000		1.209.868	0,301
13.040	205.249		21.253.000	21.458.249	5,334
13.081	1.007.591			1.007.591	0,250
13.096		100.000		100.000	0,025
TOTAL	78.736.630	178.681.576	144.869.416	402.287.622	100

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

GRÁFICO 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2022



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

de 2010. No es un descenso preocupante, pero sí muestra que el crecimiento de 2021 fue debido básicamente a la necesidad de enfrentar la pandemia, y deja dudas sobre si, una vez superada, la cooperación sanitaria va a seguir teniendo relevancia. El periodo pre-pandémico, no anima a ser optimistas, pues había una cierta complacencia con unas cifras irrelevantes. Pero si algo ha enseñado esta pandemia es la necesidad de apostar por una salud global equitativa, y donde la cooperación sanitaria puede jugar un papel fundamental, algo que tiene que ser integrado en las futuras políticas de cooperación.

3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud

Como en anteriores ediciones de este informe, al analizar la distribución geográfica de la cooperación sanitaria española se comprueba que la gran cantidad de AOD en salud que no tiene asignación geográfica puede distorsionar el análisis final. En 2022, la ayuda no especificada por país o región geográfica asciende al 42,86 %, disminuyendo sensiblemente las cifras de 2021 que situaron esta ayuda en el 45,7 %, un porcentaje que tiene sentido dada la importancia de la ayuda multilateral y multilateral, muy determinada por la lucha contra la pandemia. Este porcentaje no asignado geográficamente ha disminuido casi 3 puntos porcentuales respecto a 2021.

En 2022 la AOD distribuida geográficamente alcanzó los 229,8 millones de euros, disminuyendo un 19,5 % respecto al año anterior. Este descenso se centra en los dos continentes que tradicionalmente reciben la mayor parte de los fondos de la cooperación sanitaria: África y América. En cifras brutas, el mayor descenso se produce en la región africana, que disminuye algo más de 52 millones de euros, un 36,2 %, situándose en 89,4 millones, perdiendo la primera posición que tenía en 2021 en cuanto a la región que más financiación recibía. Esa posición la recupera América, que a pesar de disminuir más

Si se analiza esta evolución de la cooperación sanitaria, se observa que lo que de verdad diferencia las cantidades que se destinaban entre 2007 y 2010, a las destinadas ahora, es el escaso papel que tiene en estos momentos la salud sexual y la salud reproductiva, a pesar de que incorpora la lucha contra el VIH/sida, y que sigue estando muy relacionada con la equidad de género. En la necesaria redistribución de recursos en la era post-pandémica, es de esperar que la salud sexual y la salud reproductiva tenga el peso que debiera de tener en una cooperación que se declara feminista.

de 31 millones de euros respecto a 2021, recibe 100,5 millones de euros. Oriente Medio se mantiene en tercera posición con 20,4 millones de euros, seguida de Asia con 16,8 millones; Europa, que prácticamente desapareció en 2021, aumenta hasta los 2,5 millones de euros, siendo la región que porcentualmente más crece en 2022. Finalmente, Oceanía recibe una aportación residual que no alcanza los 19.000 euros.

Si se desglosa por subregiones, a pesar del descenso en 26,3 millones de euros, África Subsahariana sigue siendo el área geográfica más financiada en salud con 76,7 millones de euros. Las cifras absolutas destinadas al Norte de África sufren un recorte similar al de África Subsahariana, 25,4 millones de euros, quedándose en 12,6 millones. Finalmente, como sucedía en 2021, la partida no especificada regional tiene una financiación marginal de apenas 15.000 euros, quedando en el olvido el apoyo que se proporcionó a la Unión Africana frente a la pandemia por COVID-19 en 2020.

En el continente americano, América del Sur continúa siendo la segunda subregión mundial que más dinero recibe de la cooperación sanitaria española, 63,1 millones, a pesar de un descenso del 32,2 %. América Central y Caribe

apenas tiene variaciones, disminuye un 3,7 %, alcanzando los 36,8 millones. En esta región, las aportaciones a la partida de “No especificado” en la región crecen hasta alcanzar los 609.579 euros.

En la región de Asia, es el Sur de Asia quien marca la diferencia, ya que crece 11,6 millones de euros, once veces más que en 2021, hasta alcanzar los 12,7 millones de euros. Asia Oriental mantiene las cantidades destinadas en 2021, 2,8 millones, mientras que Asia del Sur reduce en unos 500.000 euros su presupuesto. Al igual que con la región africana, la asignación no especificada para esta región es residual, de 20.000 euros.

Estas cifras, a pesar de su reducción en 2022, vuelven a constatar la importancia que tiene África Subsahariana en la cooperación sanitaria española, algo que se valora positivamente, ya que es donde mayores problemas de salud existen, y el trabajo en América, el continente con mayores desigualdades entre la población rica y la vulnerable.

TABLA 3.6. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2022

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2022	%
ÁFRICA	89.415.476	22,23
Norte de África	12.697.495	
África Subsahariana	76.702.981	
No especificado	15.000	
AMÉRICA	100.588.888	25,00
América Central y Caribe	36.856.560	
América del Sur	63.122.749	
No especificado	609.579	
ASIA	16.843.945	4,19
Asia Oriental	2.832.751	
Asia Central	1.255.000	
Sur de Asia	12.736.193	
No especificado	20.000	
OCEANÍA	18.999	0,00
ORIENTE MEDIO	20.441.015	5,08
EUROPA	2.570.379	0,64
PVD No Esp.	172.408.209	42,86
TOTAL	402.286.911	

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

En cuanto a la coherencia interna, se han contrastado las acciones financiadas con la planificación prevista y las prioridades expresadas en el V Plan Director de la Cooperación Española 2018-2021⁵. Existen 21 países definidos como prioritarios para la acción de la Cooperación Española, que deberían ser los que más peso tuviesen en la cooperación sanitaria, siempre teniendo en cuenta que más del 45 % de la ayuda sanitaria no está especificada geográficamente.

En 2022, teniendo en cuenta que se está “prorrogando” el V Plan Director, los datos muestran que solamente el 56,9 % del total de la ayuda se especifica en función de las prioridades de dicho plan, el resto que no es especificado tiene que ver con la parte destinada a multilateral que no puede ser desglosada. De estas cantidades especificadas geográficamente, solamente el 58,3 % se destinó al conjunto de los países prioritarios, incluidos todos los países de asociación y los países de cooperación avanzada. Este porcentaje supone 11 puntos porcentuales menos que en 2021, y mantiene la tendencia de los últimos años de reducir de forma muy significativa la importancia de los países que deberían de recoger la mayor parte de las aportaciones de la cooperación española sanitaria. La explicación a esta incoherencia puede ser múltiple: que el sector de la salud no esté tan centrado como la AOD general en los países prioritarios, que las prioridades geográficas definidas en el Plan Director en 2017 vayan cambiando en el tiempo, o que el trabajo de planificación en la cooperación española no tenga en cuenta las prioridades de actores relevantes, como pueden ser las CC. AA. o las EE. LL. Sería necesario, de cara a aumentar la previsibilidad de la ayuda e impacto de la misma, que una gran parte de la cooperación sanitaria española se oriente hacía no muchos países, algo que tiene que ser tenido en cuenta en la elaboración del próximo Plan Director, sin

5 El VI PD ha sufrido retrasos, por el adelanto electoral y la ausencia de gobierno posterior, por lo que queda como una tarea pendiente en el futuro próximo. .

TABLA 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2022

PRIORIDADES V PD	AOD SALUD 2022	%
Países de asociación renta media	88.487.896	38,64
Países de asociación menos avanzados	19.998.983	8,73
Países de cooperación avanzada	25.128.478	10,97
Otros países	95.419.862	41,66
TOTAL Especificada	229.035.219	100
No Especificada	173.252.404	

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

olvidar que puede haber un determinado porcentaje que puede destinarse hacia políticas sanitarias innovadoras en países no priorizados previamente, pero que puedan tener un beneficio para el conjunto de la cooperación sanitaria.

Si se analizan los niveles de renta de los países receptores, se observa que, en 2022, del presupuesto asignado geográficamente, son los países de renta media alta quienes más fondos reciben en cooperación sanitaria, 86,2 millones de euros, una cantidad prácticamente igual a 2021. Les siguen los países de renta media baja con 76,8 millones, viendo reducida la ayuda en un 25,8 % respecto a 2021. Como tercer grupo aparecen los PMA (países menos avanzados) con 64 millones de euros, siendo el grupo de países que más ve recortada la ayuda respecto al año anterior, un 31,9 %. Los países de renta baja que no son PMA reciben menos de 2 millones de euros. Aunque esta orientación puede seguir estando sesgada por una pandemia que ha afectado también de forma muy relevante a los países de renta media y media alta, no se debería obviar que también son los países que mayores capacidades tienen para responder a los retos globales en salud. Cada vez serán más los acontecimientos excepcionales a los que la comunidad internacional tendrá que dar una respuesta, pero esta no puede tener como consecuencia la desatención de los retos de salud vigentes ni de los países con menos capacidad

de respuesta como son los países empobrecidos y los PMA. En 2022 España ha destinado el 15,9 % a los PMA incumpliendo el compromiso de destinar el 20 % del total de la ayuda sanitaria hacia estos países. Por otro lado, los recursos que se destinan a los países de renta media y media baja, que también tienen grandes necesidades en salud, deben focalizarse más en priorizar las capas más vulnerables de la sociedad y alcanzar la cobertura sanitaria universal

De los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2022, repiten 5 respecto a 2021, Colombia, Uganda, Egipto, Ecuador y Nicaragua. Por segundo año consecutivo aparece Egipto en esta lista, país no incluido como prioritario. Se podría pensar que es porque Egipto mantiene una relación histórica y estratégica con España en el ámbito político, económico y cultural, y porque Egipto afronta importantes desafíos en materia de salud, como el acceso universal a los servicios sanitarios, la calidad y eficiencia de la atención, la prevención y control de enfermedades transmisibles y no transmisibles, la salud materno-infantil, la salud sexual y reproductiva, la salud mental y la gestión de la pandemia de COVID-19. Hay cinco países que aparecen en esta lista que no son países prioritarios para la cooperación española: el ya mencionado Egipto, Nigeria, Uganda, Irán y Bangladesh, que pertenecen a diferentes regiones del planeta. Entre los 5 han recibido 75,45 millones de euros, el 18,7 % de toda la ayuda sanitaria española.

TABLA 3.8. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2021

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2021	%
PMA	64.020.320	15,91
Otros de renta baja	1.915.097	0,48
Renta media baja	76.841.919	19,10
Renta media alta	86.257.883	21,44
No especificado	173.252.404	43,07
TOTAL	402.287.622	

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

El monto total de los 10 países que más AOD sanitaria reciben representa el 88,8 % del total de la ayuda en salud distribuida geográficamente, una vez se ha separado del análisis la ayuda no especificada, subiendo 20 puntos porcentuales respecto a 2021, lo que supone una mayor concentración de la cooperación sanitaria, algo que favorece el impacto, pero que requeriría mantenerse en el tiempo.

Para evitar incoherencias, y en puertas de un nuevo Plan director, sería aconsejable que los países que reciben más apoyo en salud estén incluidos en las prioridades geográficas de la cooperación española, y que este apoyo se

mantenga en el tiempo. Si los países receptores conocen los flujos de ayuda que van a recibir en los próximos años, pueden realizar sinergias con los presupuestos de los Ministerios de Salud, incrementando el impacto de las acciones en salud. Esta predictibilidad de la cooperación sanitaria debe estar basada en una mejor planificación y en un dialogo abierto entre gobiernos, respetando la gobernanza pública local de salud, que permitan encontrar las acciones que puedan mejorar la cobertura sanitaria universal en los países de forma equitativa. Que varíen cada año los países receptores de cooperación sanitaria no ayuda a esa predictibilidad.

TABLA 3.9. Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2022

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2022	CATEGORÍA V PD
Colombia	43.143.498	País de Asociación de Renta Media
Nigeria	28.044.255	Otros países y territorios
Irán	13.957.919	Otros países y territorios
Uganda	12.558.904	Otros países y territorios
Ecuador	11.652.343	País de Asociación de Renta Media
Bangladesh	10.779.262	Otros países y territorios
Egipto	10.144.190	País de Cooperación Avanzada
Guatemala	9.481.335	País de Asociación de Renta Media
Nicaragua	7.485.662	País de Asociación de Renta Media
México	6.945.810	País de Cooperación Avanzada

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

4 La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y entes locales

Una de las características principales de la política de cooperación al desarrollo española viene determinada por la importancia, cuantitativa y cualitativa, que aporta la cooperación autonómica y local. Esta cooperación, que calificamos como singular y diferencial, aporta indudables ventajas comparativas frente a otros actores de

cooperación internacional, como es su influencia en la agenda política, su flexibilidad para poder asumir necesidades de poblaciones —que quedan fuera de las grandes políticas— o el hecho de facilitar la proximidad de la ciudadanía hacia las diferentes realidades que coexisten en el mundo.

Uno de los propósitos de este informe es poner en valor la cooperación que realizan las comunidades autónomas y las entidades locales, desde el análisis riguroso de los datos que proporciona DGPODES, datos que si bien no siempre responden a un mismo patrón si son reflejo de una realidad, la que hace que la cooperación descentralizada añada valor a la

cooperación española desde la heterogeneidad y diversidad. Este ejercicio requiere no solo analizar los datos sino también entenderlos; de ahí nuestro interés en clarificar cualquier discrepancia que pueda surgir, como es el caso de la codificación de los datos referidos a salud o a ayuda humanitaria, que son los que analiza este informe.

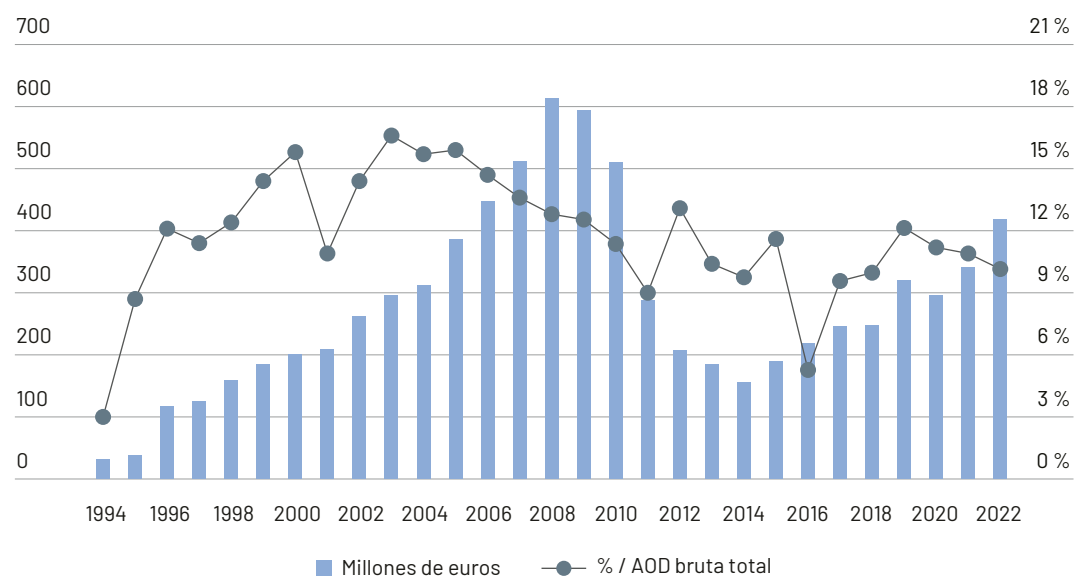
4.1. La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada se mantiene como un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan el resto de los países donantes. Sus ventajas no siempre se han sabido poner en valor, como su flexibilidad para poder asumir necesidades de poblaciones —que quedan fuera de las grandes políticas—, o el hecho de facilitar la proximidad de la ciudadanía hacia las diferentes realidades que coexisten en el mundo. Este tipo de coope-

ración engloba la que se realiza tanto desde los gobiernos autonómicos como desde las entidades locales (EE. LL.).

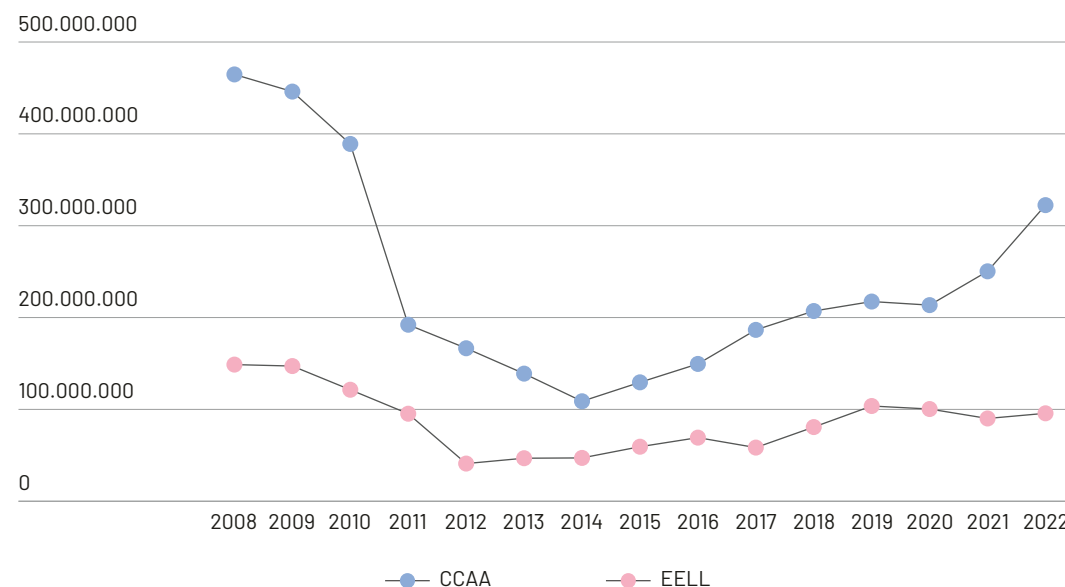
En 2022 la cooperación descentralizada incrementa sus cifras de forma considerable, siguiendo la tendencia que comenzó en 2021. A pesar de este crecimiento, sigue habiendo margen para seguir incrementando las cifras destinadas a cooperación como demuestra el hecho de no haber recuperado las cifras de 2009.

GRÁFICO 3.6. Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA.+EE. LL.) en España 1994-2022



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

GRÁFICO 3.7. Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2022



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

La evolución del conjunto de la cooperación descentralizada se puede haber pasado por diferentes momentos. Hasta 2008 creció de manera constante. A partir de ese año, empieza un lento descenso que se acentuó enormemente a partir de 2011, cuando la crisis económica y las decisiones políticas hicieron que la política de cooperación pareciera una política prescindible. A partir de 2015 comienza una discreta recuperación, salpicada con algunos altibajos puntuales. El porcentaje que ha supuesto la cooperación descentralizada respecto del total de la AOD española ha sido también bastante irregular, alcanzado su valor más alto en 2004, y su valor más bajo (si se exceptúa el primer año del análisis, 1994) en 2016. A partir de 2019 la cooperación descentralizada vuelve a crecer si bien su peso en la cooperación española disminuye debido a que su ritmo de crecimiento es mucho más lento. Cuanto más crece la cooperación estatal, más se diluye la cooperación autonómica si esta no crece proporcionalmente

al mismo ritmo que la de la AGE. En los últimos años, el peso de la AOD descentralizada se mueve en una horquilla que va del 10 % al 14 %, algo que debe ser valorado.

En 2022 la AOD descentralizada aumenta en un 22 %, alcanzando los 418,1 millones de euros, casi 73 millones más que en 2021. La cooperación descentralizada supone el 10,1 % del total de la AOD española, ocho décimas menos que en 2021, consolidando esa tendencia al decrecimiento que tanto se ha criticado en años anteriores.

El análisis desagregado de la cooperación autonómica y la de las entidades locales, gráfico 3.7, muestra que no existen grandes diferencias en la evolución de las mismas, aunque el crecimiento autonómico está algo más consolidado en los últimos años. En 2022 ambas cooperaciones crecen, si bien la cooperación autonómica lo hace con más intensidad. La cooperación autonómica creció en 72 millones de euros, un 28 %, mientras que el crecimiento de entidades locales se quedó en apenas 5 millones, un 6,2 %.

En la tabla 3.10. se puede ver el desglose de la cooperación autonómica que en su conjunto equivale al 77 % del total de la cooperación descentralizada, 3,5 puntos porcentuales más que en 2021. En 2021, al igual que en años anteriores, todas las CC. AA. han destinado fondos a cooperación. En cifras absolutas, de Cataluña es la comunidad autonómica que más fondos destina a cooperación 104,6 millones, superando en 56,6 millones la cantidad que destinó en 2021. Le sigue la Comunidad Valenciana con 61,9 millones y un incremento de 15 millones, País Vasco con 56,8 millones y un incremento de casi 4 millones y Andalucía con 21,6 millones y recortes que superan los 8,6 millones de euros. El conjunto de estas 4 CC. AA. concentra el 76 % de toda la AOD autonómica, 5 puntos más que en 2021.

La heterogeneidad entre las CC. AA. es un argumento recurrente para explicar su comportamiento. En 2022 hay 5 CC. AA. que recortan su presupuesto en cooperación y doce que lo aumentan. Al igual que sucediera en 2021, Andalucía es la comunidad que más reduce los fondos de cooperación, un 28,45 % (8,6 millones

de euros), 62,3 % si la comparación se hace con 2019. La reducción drástica del presupuesto de cooperación es injustificable y tiene consecuencias como la supresión de algunas líneas, como la dotación para cooperación directa, la contribución a algunas organizaciones internacionales multilaterales y la convocatoria de proyectos de cooperación para universidades. Además, se ha reducido a algo más de la mitad la dotación de la convocatoria de proyectos para Organizaciones No Gubernamentales para el Desarrollo (ONGD). Castilla y León reduce su cuantía en casi 600.000 euros, cuestionado el “compromiso” del presidente de la Junta, Alfonso Fernández Mañueco, y su gobierno con “quien peor lo está pasando en cualquier parte del mundo. Las otras tres comunidades que reducen su presupuesto de AOD son Aragón, Castilla la Mancha y Baleares que lo hacen por debajo de 250 mil euros. En cuanto a las CC. AA. que más han incrementado el presupuesto en AOD, además de Cataluña, Comunidad Valenciana y Euskadi, hay que destacar Asturias, que aumenta en 1,82 millones, Navarra en 1,6 millones y Canarias que lo hace en 0,96 millones.

TABLA 3.10. AOD total autonómica 2018-2022

CC.AA.	AOD 2018	AOD 2019	AOD 2020	AOD 2021	AOD 2022	Diferencia 2022-2021
Andalucía	54.228.518	57.436.328	30.789.020	30.260.440	21.642.239	-8.618.201,45
Aragón	1.235.256	3.634.699	4.177.323	6.038.023	5.826.192	-211.831
Asturias	3.499.046	4.513.744	4.129.794	4.727.749	6.557.523	1.829.775
Baleares	6.534.420	5.530.712	5.316.891	6.428.807	6.259.307	-169.499
Canarias		969.157	2.209.442	2.688.727	3.652.626	963.899
Cantabria	1.941.871	2.060.468	1.608.717	2.593.217	3.264.141	670.924
Castilla y León	4.659.442	4.414.390	4.384.650	5.037.110	4.438.105	-599.005
Castilla-La Mancha	3.021.434	2.835.819	517.612	3.199.661	3.001.867	-197.794
Cataluña	33.436.862	29.511.448	45.420.681	48.040.651	104.645.248	56.604.597
C. Valenciana	19.834.861	28.606.109	32.093.436	46.929.238	61.979.949	15.050.711
Extremadura	9.624.107	8.194.952	8.343.899	11.606.945	11.936.696	329.751
Galicia	5.486.107	6.606.027	6.978.818	8.079.526	8.388.378	308.852
La Rioja	1.620.431	1.546.639	2.055.866	2.973.838	3.099.341	125.503
Madrid	3.638.530	4.042.719	4.567.238	4.685.194	4.817.392	132.198
Murcia	360.044	30.743	475.000	431.144	803.042	371.898
Navarra	8.408.642	9.376.553	13.234.922	13.620.562	15.224.280	1.603.719
País Vasco	49.578.803	48.115.948	47.234.466	52.997.561	56.863.087	3.865.526
TOTAL	207.108.374	217.426.454	213.537.775	250.338.391	322.399.413	72.061.022

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

TABLA 3.11. % AOD Comunidades Autónomas y AOD por habitante 2022

CC. AA.	AOD 2022	Presupuesto CC. AA.	% AOD	Población 2022	AOD x hab.
Andalucía	21.642.239	40.401.786.867	0,054	8.518.053	2,54
Aragón	5.826.192	7.443.845.672	0,078	1.314.586	4,43
Asturias	6.557.523	5.354.165.578	0,122	1.006.193	6,52
Baleares	6.259.307	6.397.821.715	0,098	1.223.961	5,11
Canarias	3.652.626	9.973.597.464	0,037	2.252.464	1,62
Cantabria	3.264.141	3.342.636.835	0,098	584.406	5,59
Castilla y León	4.438.105	12.589.758.493	0,035	2.376.740	1,87
Castilla-La Mancha	3.001.867	12.222.216.790	0,025	2.050.075	1,46
Cataluña	104.645.248	49.012.465.220	0,214	7.679.410	13,63
C. Valenciana	61.979.949	28.633.359.900	0,216	5.072.176	12,22
Extremadura	11.936.696	6.999.970.121	0,171	1.053.302	11,33
Galicia	8.388.378	13.117.948.261	0,064	2.691.557	3,12
La Rioja	3.099.341	1.949.893.598	0,159	315.895	9,81
Madrid	4.817.392	25.999.172.463	0,019	6.769.113	0,71
Murcia	803.042	6.962.801.971	0,012	1.522.640	0,53
Navarra	15.224.280	5.273.126.597	0,289	659.232	23,09
País Vasco	56.863.087	13.187.367.284	0,431	2.177.271	26,12
TOTAL	322.399.413	248.861.934.829	0,130	47.267.074	6,04

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE LOS DATOS DE [HTTPS://SERVICIOSTELEMATICOSEXT.HACIENDA.GOB.ES/SGCIEF/PUBLICACIONPRESUPUESTOS/ASPX/SELCONSULTADC.ASPX](https://serviciostelematicosex.hacienda.gob.es/SGCIEF/PUBLICACIONPRESUPUESTOS/ASPX/SELCONSULTADC.ASPX) PARA LOS DATOS DE PRESUPUESTOS, Y DE [HTTPS://ES.STATISTA.COM/ESTADISTICAS/473637/POBLACION-DE-ESPAÑA-POR-GENERO-Y-COMUNIDAD-AUTONOMA/#STATISTICCONTAINER](https://es.statista.com/estadisticas/473637/POBLACION-DE-ESPAÑA-POR-GENERO-Y-COMUNIDAD-AUTONOMA/#STATISTICCONTAINER) PARA LOS DATOS DE POBLACIÓN

Si el análisis se realiza teniendo en cuenta el porcentaje de crecimiento respecto al año 2021, destaca Cataluña que incrementa su AOD en un 117 % y Murcia que lo hace en un 86 % su cooperación, aunque en este caso conviene añadir que se trata de un incremento sobre cifras muy modestas. Por encima del 30 % de crecimiento se encuentran Asturias (38 %) y Canarias (35 %); Con un 25 % de crecimiento se encuentra Cantabria y con un porcentaje más modesto, pero partiendo de cifras interesantes estaría Navarra con el 11 %.

Parecería lógico que los presupuestos de cooperación al desarrollo dependieran de la dimensión económica de cada comunidad au-

tónoma, pero no es así. Al calcular el porcentaje que las comunidades autónomas destinan a cooperación al desarrollo respecto a su presupuesto⁶ total, se observa que los datos oscilan entre el 0,43 % del País Vasco y el 0,012 % de Murcia, pasando por el 0,019 % de Madrid, el 0,025 de Castilla La Mancha, o el 0,054 de Andalucía.

A nivel agregado el porcentaje de AOD que las comunidades autónomas destinan a cooperación, 0,13 %, está muy alejado del 0,30 % aportado por la AGE. Por encima de este dato únicamente estaría Euskadi con el 0,43 %. Próximo al dato Navarra con el 0,28 % y con una progresión interesante Cataluña y Valencia con el 0,21 %.

6 <https://serviciostelematicosex.hacienda.gob.es/SGCIEF/PublicacionPresupuestos/asp/Inicio.aspx>

4.2. La AOD descentralizada en salud

La suma de la cooperación sanitaria de comunidades autónomas y entidades locales, se incrementa en 4,5 millones de euros, alcanzando los 43.402.981 euros, un 11,5 % más que en 2021, algo lógico en un año que sigue marcado por la pandemia de la COVID-19.

El crecimiento de la AOD sanitaria descentralizada es menor que el crecimiento de la AOD total, lo que hace que, a pesar de crecer en euros, porcentualmente caiga hasta el 10,3 %, un punto menos que en 2021. Aunque este porcentaje supera en algo más de medio punto porcentual la media de la cooperación que lleva a cabo la AGE, está muy lejos de la media del conjunto de países donantes del CAD, cuando tradicionalmente la cooperación descentralizada tenía un comportamiento con la salud muy cercano a ella. Como se venía diciendo en anteriores informes, el comportamiento de la cooperación descentralizada con el sector de la salud siempre ha sido correcto, moviéndose porcentualmente en línea con lo que vienen haciendo los países donantes

del CAD; es decir, en un intervalo que estuviera entre el 12 % y 15 % para poder contribuir a cumplir los retos internacionales que demanda el sector de la salud.

En cuanto al peso que tiene la AOD sanitaria descentralizada respecto a la AOD sanitaria estatal, en 2022 se incrementa 3,4 puntos porcentuales, alcanzando el 10,78 %, lo que muestra la relevancia que tiene en el conjunto de la cooperación sanitaria española.

Si se analizan las cantidades destinadas a cooperación sanitaria descentralizada en su conjunto, tomando en consideración las cantidades destinadas por cada gobierno autonómico y las cantidades de sus instituciones locales (Ayuntamientos, Diputaciones, etc.), en 2022 son el conjunto de las instituciones catalanas quienes destinan más recursos a salud, 13,1 millones de euros, el 30,2 % del total de la AOD descentralizada en salud, aumentando casi 7,5 millones de euros. La Comunidad Valenciana mantiene el segundo lugar con 8,3 millones de euros (19,3 %

TABLA 3.12. AOD descentralizada total en salud, 2018-2022

CC. AA.+EE. LL.	AOD salud 2018	AOD salud 2019	AOD salud 2020	AOD salud 2021	AOD salud 2022
Andalucía	4.148.621	8.328.935	4.752.483	7.878.774	3.243.632
Aragón	911.630	663.338	1.252.482	1.391.783	789.891
Asturias	67.743	426.231	859.813	841.334	1.192.329
Baleares	612.093	824.607	880.667	1.212.856	1.021.523
Canarias	439.520	225.925	3.071.963	1.787.226	978.280
Cantabria	320.639	153.796	139.257	473.267	465.440
Castilla y León	783.637	567.207	760.541	659.772	678.347
Castilla-La Mancha	377.632	659.579	381.468	1.314.985	856.188
Cataluña	9.576.623	6.603.509	6.361.865	5.649.874	13.114.749
C. Valenciana	3.750.008	2.325.832	4.348.987	7.313.747	8.392.324
Extremadura	1.266.381	491.831	1.181.736	1.290.204	2.447.007
Galicia	732.712	1.061.898	1.224.558	1.401.464	1.521.471
La Rioja	174.624	280.897	100.000	462.449	302.752
Madrid	1.027.047	1.022.862	1.220.725	715.515	746.266
Murcia	87.632	20.000	56.390	158.463	331.942
Navarra	2.684.548	2.705.500	3.818.184	4.187.804	4.836.886
País Vasco	2.499.596	1.812.515	1.041.815	2.218.793	2.483.956
TOTAL	29.460.687	28.174.464	31.452.935	38.958.312	43.402.981

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

TABLA 3.13. AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2022

CAD	CRS		AOD 2022
121		Salud general	10.707.672
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	4.568.653
	12181	Enseñanza y Formación médicas	801.944
	12182	Investigación médica	1.259.000
	12191	Servicios médicos	4.078.076
122		Salud básica	24.523.033
	12220	Atención sanitaria Básica	14.417.060
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.360.867
	12240	Nutrición básica	3.488.302
	12250	Control enfermedades infecciosas	1.776.983
	12261	Educación sanitaria	1.013.417
	12262	Control de la malaria	
	12263	Control de la Tuberculosis	
	12264	Control COVID	2.294.614
	12281	Formación personal sanitario	171.790
123		Enfermedades no transmisibles	752.568
	12310	Control ENT general	90.047
	12320	Control consumo de tabaco	
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	60.000
	12340	Promoción de la salud mental	486.521
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	116.000
	12382	Investigación en prevención y control ENT	
130		Salud sexual y reproductiva	7.419.708
	13010	Pol. Población y gestión admva	70.528
	13020	Atención en S.R.	6.256.747
	13030	Planificación Familiar	119.489
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	145.929
	13081	Formación RRHH en población ySR	827.015
TOTAL			43.402.981

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

del total) y un incremento de un millón de euros respecto a 2021. El conjunto de las instituciones navarras se sitúa en tercer lugar con 4,8 millones, y las instituciones andaluzas, con 3,2 millones de euros caen del primer lugar en 2021 al cuarto lugar, con una disminución de 4,6 millones de euros, que se debe a la reducción autonómica andaluza en salud. País Vasco y Extremadura se colocan en quinto y sexto lugar respectivamente con cerca de 2,5 millones de euros.

La distribución subsectorial de la cooperación descentralizada en salud sigue las pautas de la cooperación estatal, consecuencia de una mejor coordinación o de una mayor convergencia de las prioridades de las instituciones. La

cooperación descentralizada muestra un buen equilibrio entre subsectores. La salud básica absorbe el 56,5 % de la AOD sanitaria, 1,4 puntos porcentuales menos que en 2021. Éste es un porcentaje algo inferior al 64,5 % que destinan el conjunto de las instituciones españolas. La salud general, con 10,7 millones de euros, se mantiene en segunda posición, representando el 24,6 % del total. La salud sexual y reproductiva ocupa el tercer lugar con 7,4 millones de euros, el 17 % del total, creciendo 1,7 millones de euros respecto a 2021. Las enfermedades no transmisibles (ENT), al igual que en la cooperación estatal, apenas tiene presencia representando el 1,73 %.

En cuanto a los componentes CRS, su distribución es más dispersa, diferente a la estatal. Atención Sanitaria Básica (12220) es el componente más financiado con el 33 % de toda la AOD en salud descentralizada, cuando a nivel estatal ocupa el tercer lugar. Atención en salud reproductiva (13020) ocupa el segundo lugar, absorbiendo el 14,4 % de los fondos desembolsados. El tercer y cuarto componente en importancia, con más de 4 millones de euros cada uno, pertenecen al sector de salud general (121), concretamente al subsector apoyo a las políticas sanitarias (12110) y servicios médicos (12191). El quinto es la nutrición básica, que en 2021 estaba en primer lugar, con más de 3,4 millones de euros. La suma de estos 5 componentes supone el 75,61 % del total de la cooperación sanitaria descentralizada; los 21 componentes restantes suman el 24,39 % restante, lo que indica sin duda una concentración sectorial importante.

Si se analiza la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, se observa que en 2022 la partida no especificada geográficamente aumenta en 5,2 millones de euros

respecto a 2021, hasta alcanzar los 10.187.225 millones, el 23,47 % de la AOD descentralizada en salud. Aunque este porcentaje no llega a los niveles de la cooperación que lleva a cabo la AGE, no deja de ser un dato sorprendente si se tiene en cuenta que la cooperación descentralizada apenas financia organismos internacionales. En 2022 la cooperación sanitaria especificada geográficamente es diferente a la AOD estatal, con una ligera priorización de la región americana sobre la africana y un mayor peso de Oriente Medio.

Si se analizan las subregiones, África Subsahariana sigue siendo la región que más dinero recibe para salud, concretamente 11,1 millones de euros, unos 400.000 euros menos que en 2021. El segundo puesto lo mantiene América Central, con 7,9 millones de euros, disminuyendo unos 400 mil euros, seguida por América del Sur, con 6 millones de euros, 800.000 menos que el año anterior. Oriente Medio reduce sus cifras en 300.000 euros, absorbiendo el 9,4 % de toda la cooperación sanitaria descentralizada. Finalmente aparece Europa con el 4 % y un monto de 1,7 millones.

4.2.1. LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

En 2022 la cooperación autonómica ha financiado 2.074 acciones de cooperación, 150 más que en 2021. De estas acciones 224, el 10,5 % del total de acciones, son de salud, un porcentaje similar al año anterior. Las CC. AA. han desembolsado 37.201.039 euros en cooperación sanitaria, lo que supone el 80,5 % de toda la AOD en salud descentralizada, 5,8 puntos porcentuales más que en 2021.

Este crecimiento en las cifras absolutas, no se traduce en un mayor peso de la salud respecto al resto de sectores ya que baja un punto porcentual, quedándose en el 11,5 %, y 4,5 puntos por debajo del dato de 2020. Este descenso hace que el peso de la salud en la cooperación descentralizada quede por debajo de la media que la salud tiene en el conjunto de los países del CAD, pero por encima de la media de lo que destina la AOD de la AGE. No obstante, preocupa que la media este por debajo del intervalo considerado adecuado para contribuir a los compromisos de salud global, que se situaría entre el 12 % y el 15 % del total de la AOD.

No todas las CC. AA. se comportan de la misma forma. En cifras absolutas, 7 de las 17 CC. AA., superan el millón de euros en salud y vuelven a concentrar la mayor parte de la ayuda sanitaria, el 85,5 % del total, 3 puntos porcentuales más que en 2021. Destaca sobre todas Cataluña, que, con más de 12,4 millones de euros y un crecimiento del 254 %, supone por sí misma una tercera parte de toda la salud autonómica. Le sigue Comunidad Valenciana con más de 7,5 millones, 500.000 euros más que en 2021, y Navarra con 4,4 millones de euros, casi 800.000 más que el año anterior. Más lejos se sitúan Extremadura con 2,3 millones y Andalucía que, con algo más de 2 millones, es la CC. AA. que sufre el descenso más importante en AOD destinada a salud. Cierren esta lista de CC. AA. que destinan más de un millón de euros Euskadi y Galicia.

En 2022 la variabilidad y heterogeneidad sigue siendo la norma, como en años anteriores. 7

CC. AA. bajan sus presupuestos en AOD sanitaria, destacando, como ya se ha mencionado Andalucía, que reduce en más de 4,6 millones de euros su presupuesto lo que equivale a un 69 %. La Rioja con un descenso de 160.000 euros, reduce un 38,5 % debido a su escaso presupuesto; y la Comunidad de Madrid que mantiene un año más su tendencia a la baja, reduciendo la cooperación en salud en 80 mil euros. Respecto a las 10 CC. AA. que crecen, además de Cataluña se puede destacar a Extremadura, que duplica su AOD sanitaria de 2021, Galicia y Navarra, no tanto por sus cifras absolutas, sino por su constante empeño por incrementar su AOD en salud en los últimos 5 años, antes de que apareciera la pandemia.

La mayoría de las comunidades autónomas tienen variaciones anuales, en algunos casos son importantes. Desde hace varios años se viene reclamando a la cooperación autonómica que mejore la previsibilidad de su ayuda en salud, pues estas variaciones dificultan tanto la planificación de los actores ejecutores como de las entidades beneficiarias. Esta volatilidad también dificulta la rendición de cuentas, la sostenibilidad o el impacto de las acciones en los países receptores, así como los objetivos de desarrollo que se proponen las propias instituciones donantes.

Como sucediera en 2021, 10 de las 17 CC.AA. destinan al menos el 12 % de su AOD a salud y 7 de ellas superan el 15 %. Porcentualmente destaca Murcia que, a pesar de su reducido presupuesto, destina más de una tercera parte a salud, el 36 %. Navarra se mantiene en segundo lugar con el 29,3 %, dos puntos más que en 2021, y Canarias el 23,12 % de su ayuda. Extremadura, si bien no alcanza el 20 %, se queda a escasas décimas de conseguirlo. Llama la atención el poco peso que tradicionalmente tiene el sector de la salud en la cooperación del País Vasco, la comunidad que cuenta con el tercer mayor presupuesto de cooperación autonómica y que más ha puesto en valor su sistema público de salud, Osakidetza. La cooperación cobra sentido cuando

TABLA 3.14. AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2022

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2022	%
ÁFRICA	12.838.371	29,58
Norte de África	1.646.245	
África Subsahariana	11.177.126	
No especificado	15.000	
AMÉRICA	14.022.138	32,31
América Central y Caribe	7.973.478	
América del Sur	6.048.660	
No especificado		
ASIA	503.566	1,16
Asia Oriental	2.350	
Asia Central	105.000	
Sur de Asia	376.216	
No especificado	20.000	
OCEANÍA		0,00
ORIENTE MEDIO	4.083.819	9,41
EUROPA	1.767.862	4,07
PVD No Esp.	10.187.225	23,47
TOTAL	43.402.981	

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

TABLA 3.15. AOD en salud de las CC. AA., 2018-2022

CC. AA.	AOD salud 2018	AOD salud 2019	AOD salud 2020	AOD salud 2021	AOD salud 2022	% AOD a salud
Andalucía	3.722.232	7.250.697	3.293.646	6.721.701	2.087.440	9,65
Aragón	296.934	603.388	590.828	670.009	737.789	12,66
Asturias		261.000	530.884	691.617	667.258	10,18
Baleares	276.847	824.607	817.106	1.017.211	975.701	15,59
Canarias		181.933	1.354.914	768.511	844.442	23,12
Cantabria	320.639	139.379	139.257	446.117	414.947	12,71
Castilla y León	628.099	435.108	271.324	181.589	268.025	6,04
Castilla-La Mancha	169.733	424.396	87.000	827.943	451.460	15,04
Cataluña	9.239.499	6.339.830	5.192.702	4.895.905	12.475.930	11,92
C. Valenciana	3.388.811	1.937.348	3.998.893	7.073.253	7.591.523	12,25
Extremadura	1.149.367	351.831	910.228	1.114.407	2.349.995	19,69
Galicia	689.069	1.010.226	1.212.558	1.374.816	1.478.971	17,63
La Rioja	160.594	280.897	100.000	462.449	302.752	9,77
Madrid	807.821	905.802	962.308	490.733	409.324	8,50
Murcia			21.900	30.000	293.942	36,60
Navarra	2.305.491	2.416.075	3.397.405	3.694.796	4.468.503	29,35
País Vasco	2.187.711	1.435.808	613.633	913.125	1.383.037	2,43
TOTAL	25.342.847	24.798.325	23.494.586	31.374.181	37.201.039	11,54

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

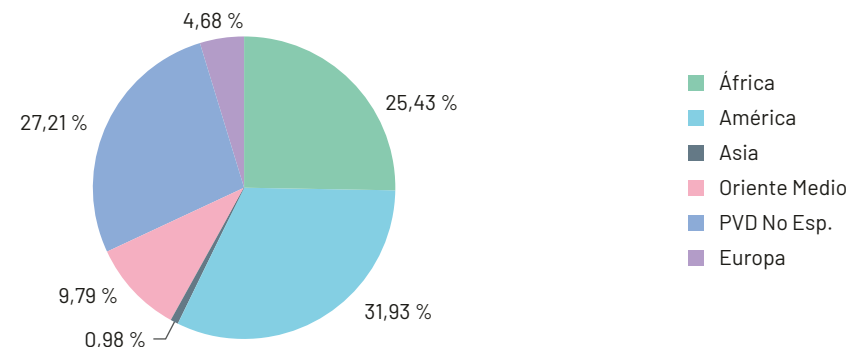
entre otras circunstancias aporta valor y no deja de ser una contradicción que la cooperación en salud sea algo residual para la comunidad que mejores indicadores arroja en salud. En 2022 la cooperación en salud del País Vasco apenas representó el 2,3 % según los datos reportados a cooperación española, si bien, atendiendo a criterios propios de la AVCD, dicha cifra se vería incrementada hasta el 4,62 %⁷ lo que no evita que siga siendo la comunidad que contribuye menos porcentualmente a cooperación en salud.

Dado el peso que tiene la salud en el conjunto de la cooperación descentralizada, no es de extrañar que el análisis geográfico de la AOD

sea similar al conjunto de la cooperación descentralizada. Entre las cuestiones a destacar estaría el crecimiento de la AOD sanitaria sin asignación geográfica que, con un 27,2 %, crece casi 15 puntos porcentuales, afectando directamente a la asignación regional de la ayuda. África por segundo año consecutivo sigue siendo el segundo continente que más AOD sanitaria recibe con un 25,4 %, 5 puntos porcentuales menos que en 2021, siendo superada por América que aun disminuyendo siete puntos se sitúa en el 32 %. En tercera posición estarían los países no especificados con un 15,5 % y Oriente Medio con un 9,7 %, 2,3 puntos menos que en 2021.

7 La Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo a la hora de asignar códigos CRS a las intervenciones acompañadas, asigna un código CRS en coherencia con sus prioridades estratégicas. Así, algunas iniciativas –especialmente aquellas vinculadas con la incidencia con relación a los derechos sexuales y reproductivos; es decir, que no responden a atención sanitaria- se consideran iniciativas de empoderamiento de mujeres / derechos humanos y no de salud. Y a esas iniciativas no se les asigna un código CRS de salud, sino un código CRS vinculado con gobierno y sociedad civil (por ejemplo, 15170 o 15180). Tomando como referencia únicamente las iniciativas con CRS de salud, como se muestra en la tabla, el Gobierno Vasco desembolsó en 2022 en ese sector un total de 1.383.037,00 euros. Sin embargo, a esa cantidad se le podrían sumar 1.248.658,65 euros provenientes de iniciativas que no tienen CRS de salud, pero que sí contribuyen a los derechos sexuales y reproductivos. Se trata de iniciativas, en su mayoría, con código CRS de gobierno y sociedad civil y etiquetadas con la meta ODS 5.6 relativa a asegurar el acceso salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Teniendo en cuenta ambas aproximaciones (tanto las iniciativas con CRS de salud como las iniciativas que contribuyen a la meta ODS 5.6 sin tener un CRS de salud) el total desembolsado ascendió a 2.631.695,65 euros.

GRÁFICO 3.8. AOD autónoma en salud por áreas geográficas, 2022



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

TABLA 3.16. AOD autónoma en salud según subsectores CRS, 2022

CAD	CRS		AOD 2022
121		Salud general	9.797.478
	12110	Pol. sanitaria y Gestión administrativa	4.302.760
	12181	Enseñanza y Formación médicas	761.460
	12182	Investigación médica	1.199.000
	12191	Servicios médicos	3.534.258
122		Salud básica	21.094.114
	12220	Atención sanitaria Básica	13.452.842
	12230	Infraestructura sanitaria básica	544.054
	12240	Nutrición básica	2.653.252
	12250	Control enfermedades infecciosas	1.611.589
	12261	Educación sanitaria	628.242
	12262	Control de la malaria	
	12263	Control de la Tuberculosis	
	12264	Control del COVID-19	2.054.135
	12281	Formación personal sanitario	150.000
123		Enfermedades no transmisibles	445.793
	12310	Control ENT general	
	12320	Control consumo de tabaco	
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	60.000
	12340	Promoción de la salud mental	272.793
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	113.000
	12382	Investigación en prevención y control ENT	
130		Salud sexual y reproductiva	5.863.654
	13010	Pol. Población y Gestión administrativa	47.279
	13020	Atención en S.R.	5.255.673
	13030	Planificación Familiar	51.989
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	50.000
	13081	Formación RRHH en población y S.R.	458.713
TOTAL			37.201.039

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

La única región que crece tanto en sus cifras absolutas como porcentualmente es Europa, que pasa de tener algo más de 8.000 euros en 2021 a 1,7 millones en 2022, aumento que parece muy condicionado por la guerra en Ucrania.

La salud básica sigue siendo el subsector que más financiación recibe, 21 millones de euros, el 56,7 % del total, seguida de la salud general con 9,7 millones de euros, un 12,7 % más que en 2021. La salud sexual y reproductiva con 5,8 millones de euros crece un 31,8 % respecto del año anterior, recuperando gran parte del peso perdido el año anterior debido a la pandemia de la COVID-19. Por último, las enfermedades no transmisibles, a pesar de seguir siendo un subsector minoritario dentro de la salud autonómica, multiplica sus cantidades en más de siete veces respecto a 2021, alcanzando los 445.793 euros.

Si se analiza los componentes CRS de la cooperación autonómica en salud, se observa que de nuevo existe en 2022 una concentración en pocos componentes. Concretamente, 4 componentes de los 24 que cubren los subsectores de salud suponen el 71,3 % de toda la inversión en salud autonómica. Hay que destacar el componente de atención sanitaria básica, que supone el 36,1 % del total, seguido del de atención en salud reproductiva, que alcanza el 14 %. Los otros dos pertenecen a la salud general, políticas sanitarias que supera el 11,5 % y servicios médicos con un 9,5 %. Hay que destacar el enorme descenso del componente control de la COVID-19, que pasa de un 14,55 % en 2021 a un 5,5 % en 2022, nueve puntos porcentuales menos. Y destacar también que nutrición básica, el sector más financiado en 2021, disminuyó en más de un 30 %.

Como ya ha mencionado anteriormente, la concentración en pocos componentes permite un mayor impacto de las acciones siempre que se dé continuidad a los mismos y no cambien de manera aleatoria, algo fundamental para asegurar, no solamente mejorar el impacto, sino la eficacia y la apropiación de las acciones de cooperación por parte de las instituciones locales y sus poblaciones.

4.2.2. LA AOD DE EE. LL. EN SALUD

En 2021 el conjunto de las EE. LL. españolas financiaron 2.651 acciones de cooperación, 73 menos que en 2021. 308 de estas acciones se destinaron a salud, mientras que en 2021 fueron 343, lo que supone un descenso del 10,2 %. Este descenso en el número de acciones de AOD no se ha visto reflejado en las cifras absolutas ya que, con 95,7 millones de euros, crece en 5,6 millones, un 6,2 %.

Este incremento de la AOD de las EE. LL. no se traduce en más cooperación en salud. En 2022 las EE. LL. destinaron a la AOD sanitaria 6.201.942 euros, un 18,22 % menos que en 2021. En años anteriores se ha comentado que los datos de las EE. LL. están condicionados por la dificultad de desagregar las aportaciones de los municipios de menos de 100.000 habitantes. En 2022 la cifra que no se ha podido desagregar por sectores o zonas geográficas asciende a 11,8 millones de euros, un 12,3 % del total de la AOD local. Esta cifra es 3,8 millones menos que el año anterior, pero puede alterar los resultados finales del análisis.

Asumiendo únicamente las cantidades que están desagregadas, el peso de la salud en el conjunto de la AOD alcanza solamente el 6,4 % del total de la AOD local, dos puntos porcentuales menos que en 2021. Este porcentaje está lejos de lo que destinan el resto de las instituciones de cooperación, y fuera del intervalo de entre el 12 y 15 % que se reclama para salud a todas las instituciones.

La ayuda que las EE. LL. destinan a salud sigue siendo muy heterogénea, ya que se dedica principalmente a iniciativas pequeñas y muy locales. En 2022 la media de estas acciones apenas alcanzó los 20.136 euros, 1.975 euros menos por acción en salud que en el año 2021. Como ya se ha explicado en anteriores informes, esta cooperación se dirige principalmente hacia acciones puntuales que no tienen continuidad, pero que cubren huecos que no atienden las grandes políticas internacionales de cooperación. La falta de una planificación a medio plazo provoca que

existan muchas variaciones en cuanto a las EELL que más dinero destinan a salud cada año. En 2022 solamente 5 de las 10 EE. LL. que más se comprometieron con la salud se repiten de la lista del año anterior. El Cabildo Insular de Gran Canaria que ocupaba el primer puesto en los dos últimos años, ni siquiera aparece en este listado, siendo reemplazado en esa posición por el Ayuntamiento de Valencia, que no aparecía en 2021. Hay que destacar al Ayuntamiento de Pamplona, como una EE. LL. que sí que mantiene en el tiempo su apuesta por la salud, y le coloca permanentemente en los primeros puestos.

La diversificación ha aumentado en la cooperación sanitaria local. La suma de las partidas destinadas por las 10 EE. LL. que más dinero destinaron a salud, alcanzan los 2,7 millones de euros, 1,5 millones menos que en 2021, equivaliendo al 43,7 % del total, cuando el año anterior supuso el 64,3 % de la cooperación sanitaria local. El 56,3 % restante lo aportan otras 80 EE. LL., 4 más que en 2021. Es cierto que supone una gran atomización de la ayuda sanitaria, pero se valora como positivo el hecho de que se sigan incorporando entidades locales a la cooperación en salud, y que se cubran aquellas necesidades locales que no suelen recibir la atención de las grandes políticas de cooperación. Pero para mejorar este tipo de cooperación sanitaria, se deberían de promover estas iniciativas locales de forma más constante en el tiempo, que ayudaría

a mejorar la previsibilidad de esta ayuda, sin perder su esencia de apostar por una cooperación más próxima a la población española que la que puede realizar la cooperación estatal.

La cooperación descentralizada, tanto autonómica como local, sigue siendo un valor positivo de la cooperación española, que le permite establecer una cooperación más cercana y que cubre necesidades olvidadas en las grandes políticas. Pero necesita mejorar varios aspectos que tiene que ver con más y mejor ayuda, especialmente en aquellos sectores en los que pueden aportar valor como es el caso de la salud. También es necesario que, en los tiempos de los ODS, incorporen el ODS 3 como elemento clave en la planificación de su cooperación sanitaria.

TABLA 3.17. EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2022

EE. LL.	AOD salud 2022
Ayto Valencia	471.789
Dip. Foral Guipúzcoa	324.512
Ayto Barcelona	321.598
Ayto Gijón	308.500
Ayto Pamplona	264.271
Ayto Bilbao	220.000
Ayto Córdoba	206.409
Diputación de Jaén	201.994
Dip. Foral Vizcaya	200.000
Ayto Albacete	198.183

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

5 Los ODS en España

El interés de España por los ODS viene de 2013 si bien no será hasta 2017 que tome pulso con la creación del Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030, y un año después el Consejo de Ministros aprobó el “Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030”⁸, con participación de todos los Ministerios, de las CC. AA., las EE. LL. y las organizaciones sociales. En 2020 se realizó el primer “informe de progreso para alcanzar los objetivos de desarrollo”, muy condicionado por la aparición de la COVID-19, y a partir de ese año, se vienen realizando informes anuales, el último de 2022⁹. En este último informe se asegura que España “aspira a ser un referente en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en la implementación de la Agenda 2030”. A pe-

sar de los efectos de la pandemia de COVID-19, se reafirman en este informe con el cumplimiento de todos los ODS. Un cumplimiento que se analiza en el “Informe sobre Desarrollo Sostenible 2022” del Sustainable Development Solutions Network¹⁰, donde se compara la evolución en el cumplimiento de los ODS de los diferentes países del mundo. En ese informe se afirma que el progreso mundial es insuficiente para alcanzar las metas previstas. Si se observa la evolución de España, ésta pasa del puesto 20 del ranking global de cumplimiento de los ODS en 2021 al puesto 16 en 2022, dentro de los 166 países que aparecen en el informe. En ese informe se afirma que en España se ha alcanzado una valoración global de 80 puntos sobre 100, y que ocho ODS

se encuentren en el rango de valoración entre el 75-100 % del grado de cumplimiento, algunos de ellos cerca de alcanzar el 100 %, como el ODS 3 de salud. En 2022 se aprecia una mejora respecto a años anteriores en 15 de los 17 ODS, y en 9 de los 17 ODS no hay indicadores en riesgo extremo de no cumplirse en España. De los 125 indicadores analizados, 71 están en el buen camino de cumplirse, 22 que se pueden cumplir y solamente 17 que están en riesgo de no cumplirse. Siendo una buena noticia este comportamiento de España, aún hay que hacer grandes esfuerzos en los próximos años para cumplir las metas de los ODS en 2030 y ser un referente mundial. Porque si se compara España con los países vecinos de la Unión Europea, en este listado aparecería en el puesto 13 de 27, en mitad de la tabla. Además, respecto al ODS 17, el de generar alianzas para lograr los ODS, donde se incluyen las metas de la cooperación internacional y de alcanzar el 0,7 %, España va con bastante retraso, y es, junto con el ODS 14 el que menos progreso consigue, quedando cerca de 60 puntos sobre 100.

Si el análisis se centra en el estudio del comportamiento de la cooperación española en salud utilizando las metas de los ODS de la Agenda 2030, se deben realizar dos tipos diferentes de análisis.

En la tabla 3.18 se comprueba cómo se distribuyen los desembolsos de la AOD 2022 que, aunque pertenezca a otro sector que no es salud, se clasifican dentro de las metas del ODS 3. El monto clasificado de esta forma supera los 457 millones de euros, que son casi 55 millones más que la cantidad que se ha computado siguiendo la manera tradicional de analizar la cooperación según los códigos CRS. Esta divergencia indica la complejidad que existe a la hora de clasificar la ayuda en salud según dos conceptos tan diferentes. Y, de hecho, esto puede explicar en parte, algunos de los problemas de asignación sectorial de la ayuda mencionados anteriormente.

Según esta clasificación por metas del ODS 3, la meta más financiada de nuevo es la 3.8, que

se refiere a lograr la cobertura sanitaria universal, con 305,7 millones de euros, el 66,8 % del total del monto destinado al ODS 3, pero 14 puntos porcentuales menos que en 2021. Le sigue con 52,3 millones de euros, un 11,4 % del total, la lucha contra enfermedades transmisibles, que incluye sida, malaria y tuberculosis, y también la lucha contra la COVID-19. Muy cerca y en tercer lugar se coloca la lucha contra enfermedades no transmisibles, que, con 46,2 millones de euros, multiplica por 10 el desembolso de 2021, cifra que no concuerda nada con los 1,3 millones de euros desembolsados para las ENT si se desglosa siguiendo los componentes CRS. El apoyo a la investigación y acceso de medicamentos y vacunas, con 16,5 millones apenas varía en cantidades respecto a 2021. Esta meta, junto con la meta 3d, refuerzo de alertas tempranas y reducción de riesgos de los problemas de salud mundiales, que recibe 5 millones de euros, son dos metas que pueden estar también relacionadas con la COVID-19. Garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es una de las metas que más crece tras las enfermedades no transmisibles, un 80 % más y un desembolso de 14 millones de euros.

Priorizar la cobertura sanitaria universal (CSU), que debe suponer un fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, y la prioridad número uno a nivel mundial de la salud, parece adecuado. Sin embargo, y como ya se mencionó en el informe de 2021, esta forma de clasificar lleva pocos años, y posiblemente la CSU sea un “fondo de saco” que puede recoger todas las acciones dudosas de clasificar, ya que caben dentro de ella casi todas las demás metas del ODS 3. Parece que falta bastante para que estas dos formas diferentes de clasificación códigos CRS y ODS den unas cifras similares en la cooperación sanitaria española, algo que ayudaría a confirmar la exactitud de los datos desglosados en salud.

El otro análisis que se debe realizar teniendo presente los ODS es más a lo interno del sector salud, computando los desembolsos asignados al

TABLA 3.18. Desembolsos brutos de AOD 2022 clasificados en los metas del ODS 3 de salud

Total AOD asignada al ODS 3	457.475.456
Meta 3.1: reducir la tasa mundial de mortalidad materna	4.329.119
Meta 3.2: poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	4.209.732
Meta 3.3: poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir otras enfermedades transmisibles	52.359.373
Meta 3.4: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	46.205.865
Meta 3.5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas	783.707
Meta 3.6: reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico	
Meta 3.7: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	14.702.553
Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal	305.736.007
Meta 3.9: reducir número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la contaminación del aire, el agua y el suelo	1.191.477
Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	4.272.977
Meta 3.b: Apoyar la investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales	16.517.116
Meta 3.c: Aumentar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario	2.138.654
Meta 3.d: Reforzar la capacidad en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	5.028.876

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

8 <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/plan-accion-implementacion-a2030.pdf>

9 https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/IP22_AC.pdf

10 <https://reds-sdsn.es/informe-sobre-desarrollo-sostenible-2022/>

TABLA 3.19. Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2022 clasificados en los diferentes ODS

ODS	
ODS 1: fin de la pobreza	894.730
ODS 2: hambre cero	4.361.367
ODS 3: salud y bienestar	389.762.192
ODS 4: educación de calidad	160.943
ODS 5: igualdad de género	3.902.681
ODS 6: agua limpia y saneamiento	339.555
ODS 7: energía asequible y no contaminante	
ODS 8: trabajo decente y crecimiento económico	760.000
ODS 9: industria, innovación e infraestructuras	260.845
ODS 10: reducción de desigualdades	463.542
ODS 11: ciudades y comunidades sostenibles	114.783
ODS 12: producción y consumo responsables	600
ODS 13: acción por el clima	23.900
ODS 14: vida submarina	
ODS 15: vida de ecosistemas terrestres	494.478
ODS 16: paz, justicia e instituciones sólidas	736.951
ODS 17: alianzas	11.055
TOTAL	402.287.622

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

sector salud que se relacionan con cualquiera de los 17 ODS, tal como se puede ver en la tabla 3.19.

La práctica totalidad del dinero del sector de la salud se relaciona exclusivamente con el ODS 3 de salud y bienestar, 389,7 millones de euros, el 96,8 % del total, un punto porcentual menos que en 2021. Los únicos ODS que destacan mínimamente son los mismos que en los dos años anteriores. Son los ODS relacionados con la nutrición básica, el ODS 2: hambre cero, con 4,6 millones de euros, y el ODS de igualdad de género, relacionado con la salud sexual y reproductiva, que recibe 3,9 millones de euros. Estos datos confirman que la cooperación en salud española tiene un elevado componente

sanitario, y un pequeño componente multisectorial, algo que debe incrementarse en el futuro, ya que no casa con la necesidad de trabajar los determinantes de salud para afrontar mejor los problemas complejos a los que nos enfrentamos actualmente.

Algunas interrelaciones que deberían mejorar claramente serían, por ejemplo, la escasa interacción que se da entre un problema global como el cambio climático, reflejado en el OD 13, y el sector sanitario, destinando solamente 23.900 euros, cuando es necesario una acción decidida para adaptar los sistemas sanitarios a este cambio climático y mitigar las consecuencias. O los apenas 11.055 euros destinados a forjar alianzas, en un momento en el que una pandemia nos ha enseñado lo relevante que es para la salud trabajar globalmente y de manera multisectorial.

Es verdad que puede ser complicado tener en estos momentos esa visión multisectorial que promulga la Agenda 2030 que permita al sector de la cooperación en salud española relacionarse de forma importante con todos los ODS. Pero hay que hacer un profundo ejercicio de planificación para al menos ser consciente y decidir con qué otros ODS se va a relacionar la salud de forma prioritaria, y de qué forma lo va a hacer. Pero este debe ser un punto más dentro de una necesaria estrategia futura de cooperación en salud global, que visibilice el interés y las prioridades de la cooperación española en salud, con unos compromisos visibles en recursos económicos, humanos y de gestión que permitan alcanzar los objetivos propuestos en esa estrategia. Una estrategia que debe estar fundamentada en la equidad, la multisectorialidad, coherencia e impacto, y que permita a la cooperación española desarrollar un papel relevante en las políticas de salud global.

UNA REFORMA PARA UNA COOPERACIÓN DEL SIGLO XXI¹¹

En febrero de 2023 se aprobó la nueva **Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global**, sustituyendo así la ley de 1998 que había quedado obsoleta en muchos aspectos. La nueva ley, aprobada por todos los partidos políticos excepto por VOX, ha sido bien recibida por todos los actores que reconocen actualiza la visión de la cooperación internacional para el desarrollo, enfatizando el carácter universal y transformador de la misma. La ley pone los cimientos desde donde impulsar la reforma en profundidad que necesita nuestro modelo de cooperación para dar un salto cualitativo en respuesta a los actuales desafíos del desarrollo sostenible, desde una visión integral del conjunto de las políticas públicas.

El proceso de elaboración de la ley ha sido muy participativo lo que se ha traducido en una oportunidad para revisar el sistema español de cooperación, afirmar sus fortalezas y sus debilidades, repasar el diseño institucional y normativo que condiciona su gestión, así como enfrentar una reforma que sitúe la cooperación española a la altura de los desafíos que plantea el mundo actual. Sin entrar a valorar lo acertado del momento, que lo es, lo cierto es que, tras una crisis financiera mundial, que se ha prolongado una década, y una emergencia sanitaria global, que han puesto al descubierto las costuras de nuestro sistema de cooperación, se hacía imprescindible abordar una reforma del sistema para afrontar los urgentes desafíos de desarrollo que impone un mundo más interdependiente, complejo y cambiante.

El mundo no va bien. La pobreza extrema y el hambre están aumentando, las emisiones globales están en sus niveles más altos en la historia de la humanidad, al igual que los niveles de desplazamiento humano. Amenazas como la crisis

climática, los conflictos armados, la seguridad alimentaria, las armas de destrucción masiva, las pandemias y las crisis sanitarias, y los riesgos asociados a las nuevas tecnologías se están acrecentando. Sin olvidar el retroceso experimentado en los niveles de cohesión social promovido por las crecientes desigualdades, la fragilidad de los espacios de deliberación y participación democrática, amenazados por el rebrote de tendencias autoritarias y de movimientos coercitivos que intentar socavar los derechos de las mujeres y niñas, y a la carencia de estructuras incluyentes y responsables de gobernanza global para gestionar las tensiones internacionales y distribuir de forma más justa las oportunidades de desarrollo.

La reforma, cuya primera piedra es la Ley, debiera ambicionar elevar la calidad y la eficacia de su contribución a la agenda internacional de desarrollo, mejorando la capacidad de sus instituciones y el adecuado diseño e implementación de sus políticas. Y ello a la par que va configurando el modelo de cooperación para el desarrollo que quiere España para las próximas décadas, adecuado para enfrentar los nuevos desafíos internacionales. Es necesario aprovechar la oportunidad que nos brinda el proceso de elaboración del VI Plan Director para ir conformando ese modelo de cooperación al que aspira la cooperación española.

La Ley es un buen punto de partida, asentada como hemos comentado en un consenso social amplio que incluye no solo a los actores no gubernamentales, sino también a las administraciones autonómicas y locales, y a todas las fuerzas políticas con representación parlamentaria excepto a la extrema derecha. El proceso posterior de desarrollo normativo en ámbitos cruciales como la reforma de la AECID, cooperación

11 El artículo está basado en el dictamen en el trabajo desarrollado por el Consejo de Cooperación y en los diálogos sobre la reforma

financiera, estatuto del cooperante, ley de subvenciones, el Consejo de Cooperación, la Comisión Interministerial y la Conferencia Sectorial, se ha visto interrumpido por la convocatoria de elecciones generales y la ausencia de un Gobierno que no esté en funciones. No obstante, de los encuentros mantenidos con los diferentes partidos políticos se desprende un compromiso inequívoco con la reforma.

Entre las cuestiones a destacar de la Ley, la consideración de la cooperación como una política pública y el compromiso de destinar a la ayuda al desarrollo el 0,7% de la Renta Nacional Bruta (RNB) para 2030, propuesta que veníamos reivindicando en este informe desde hace una década. Además, compromete un 10% de la AOD para acción humanitaria a la que la Ley dedica un amplio espacio resaltando así la singularidad y relevancia de esta modalidad de la cooperación. También es destacable la política de cooperación para el desarrollo tenga una orientación feminista si bien consideramos necesario avanzar hacia una cooperación feminista que integre de forma efectiva la estrategia dual de género vigente y las propuestas feministas basadas en la diversidad de experiencias de los diferentes actores: movimientos feministas y LGBTQ+, asociaciones y organizaciones de mujeres y defensoras de derechos.

Volviendo a la reforma, uno de los resultados que se reclaman es que sea capaz de fortalecer el centro político del sistema de cooperación, así como mayor solidez técnica y estratégica. Los países empobrecidos demandan un esfuerzo inversor sin precedentes, que solo será posible si hay voluntad política, para facilitar su transición hacia sistemas socialmente incluyentes, hacia sociedades ambientalmente sostenibles y hacia economías que hagan uso de las ventajas de la innovación y del cambio tecnológico. Y directamente vinculado a un centro político fuerte, otro de los resultados que se esperan es que el sistema sea capaz de acoger y coordinar al conjunto de actores privados e instituciones públicas y privadas bajo una dirección política sólida, con capacidad estratégica.

La reforma no ha hecho sino empezar y hay aún muchos nudos a desanudar entre los que destacamos el encaje de la cooperación descentralizada en el marco de la cooperación española, la reforma de la AECID, el modelo de cooperación financiera que se quiere construir, la reforma del sistema humanitario y la revisión del sistema multilateral con la elaboración de una nueva estrategia. El proceso de reforma se está haciendo bien y esperamos que concluya de manera satisfactoria.

4

Acción Humanitaria

- 2022 ha sido un año marcado por el conflicto de Ucrania, el agravamiento de otras crisis complejas, la violencia, las catástrofes naturales, muchas de ellas derivadas de la crisis climática y del empeoramiento de la crisis alimentaria, lo que ha llevado a un incremento sin precedentes de las necesidades humanitarias. A principios de 2022 había 274 millones de personas que precisaban asistencia humanitaria, un año después la cifra se elevaba hasta los 339 millones de personas; es decir, una de cada 23 personas en el mundo necesita ayuda humanitaria, más del doble que hace cuatro años.
- La infrafinanciación de la acción humanitaria se mantiene como uno de los principales retos a los que se enfrenta el sector humanitario. De los 51.699 millones de dólares solicitados por NN. UU., solo se recibieron 29.692 millones de dólares, cubriéndose únicamente el 57,4 % de los fondos solicitados. Aunque se trata de una cifra récord, es insuficiente para responder al incremento, también récord, de las necesidades humanitarias.
- La UE define las crisis olvidadas como aquellas crisis en las que confluyen los factores de riesgo y vulnerabilidad con una significativa falta de financiación por parte de donantes, y escasa atención de prensa relevante a nivel internacional. Para este tipo de crisis la UE asume como política dedicar el 15 % de su presupuesto humanitario, una política que debería ser seguida tanto por gobiernos donantes como por otras instituciones internacionales.
- Las crisis humanitarias hacen que millones de personas se enfrenten a graves amenazas sanitarias, como brotes de enfermedades o malnutrición y tengan serias dificultades para acceder a servicios sanitarios esenciales. En estos contextos la ayuda internacional es fundamental, sin embargo, la financiación del sector salud por parte de la comunidad internacional sigue siendo insuficiente, en 2022 solo se ha recibido el 48,5 % de los fondos solicitados para el sector salud en los llamamientos de NN. UU.
- En 2022, ha habido 232 personas sanitarias asesinadas, 298 secuestradas y 294 detenidas. Estas cifras confirman la necesidad de ampliar la gestión de riesgos de seguridad y extenderla a los actores locales y nacionales, que siguen siendo los menos protegidos, a la vez que los más expuestos a los riesgos. Esto requiere una financiación adecuada y eficaz de los costes relacionados con la seguridad. Pero también, abordar el contexto más amplio de la inseguridad del personal humanitario y sanitario, que es la reducción del espacio humanitario. El acceso a las personas en situación de crisis cada vez es más complejo, y en algunos casos prácticamente imposible, utilizándose la población civil como arma de guerra, los hospitales y centros sanitarios como objetivo e instrumentalizándose la ayuda como moneda de cambio.
- En 2022, el total destinado por la Cooperación Española a acción humanitaria ha crecido de forma muy significativa, situándose en 158 millones de euros, aunque en términos absolutos

se trata de un incremento muy importante, en términos porcentuales apenas supone tres décimas más que en 2021, el 3,88 % muy lejos del compromiso de destinar el 10 % a la AH.

- La AGE continúa siendo el principal financiador de AH, destinando 120 millones de euros en 2022, un 45 % más que el año anterior. A continuación, estarían las CC. AA. con 27 millones y un incremento del 35 % y las EE. LL. que han pasado de 5,8 millones de euros a 11,2 millones, una cantidad nunca alcanzada que las sitúa como el único financiador que destina más del 10 % de su AOD a AH.
- La Ayuda y servicios materiales de emergencia, con el 38 % de los fondos, es el principal sector priorizado por la AH española, seguido por Coordinación de los servicios de protección de la ayuda con el 23 %, el sector Ayuda ali-

mentaria de emergencia con el 17 % (un incremento de 4 puntos con respecto a 2021) y Servicios básicos de salud en emergencias con el 12 % de los fondos. Este último, ha recibido 18,5 millones de euros, lo que supone un incremento de 5 millones con respecto a 2021.

- Dado el importante aumento en los fondos destinados a la AH en 2022, casi todas las regiones ven incrementada su financiación, siendo Europa, por la guerra en Ucrania, quien más se beneficia de este hecho. Por primera vez Europa es la principal receptora de fondos, con 35,4 millones euros, seguida de África Subsahariana con 21 millones, Oriente Medio con 19 millones, América del Sur con 17,4 millones, África del Norte, con 11 millones y América central y del caribe con 9,7 millones de euros.

Gaza, una crisis humanitaria sin precedentes

Desde hace 75 años el conflicto entre Israel y Palestina ha supuesto una herida abierta en el cumplimiento del derecho internacional humanitario y las resoluciones de Naciones Unidas. Periódicamente se producen escaladas de violencia con víctimas civiles en ambas partes y con un impacto muy elevado en la población palestina.

La nueva escalada del conflicto entre Israel y Hamás, iniciada el 7 de octubre con el ataque de Hamás a localidades cercanas a la frontera con Gaza, ha causado 1.400 muertes y más de 5.000 personas heridas en Israel y 11.000 muertes, incluidos 4.500 menores y más de 27.400 personas heridas en Gaza, en las seis primeras semanas del conflicto.

Si la situación de los 2,2 millones de habitantes de la Franja de Gaza ya era muy difícil antes de esta nueva escalada del conflicto, el bloqueo ordenado por Israel el 9 de octubre que impedía la entrada de alimentos, combustible y asistencia humanitaria y que ha cortado el suministro de electricidad y agua la ha vuelto insostenible.

La orden del 13 de octubre del ejército israelí a la población del norte de Gaza, incluido el personal médico y pacientes hospitalizados para que abandonaran la zona y se dirigieran al sur de la Franja y los bombardeos masivos de la Franja, están causando una crisis humanitaria sin precedentes. Más de 1.400.000 personas han sido desplazadas y el número de camiones que empiezan a entrar con ayuda humanitaria, unos 20 por día frente a los 300 que entraban normalmente, son totalmente insuficientes.

Esta situación ha llevado al sistema sanitario al borde del colapso. El bloqueo impide el reaprovisionamiento de medicamentos, equipos médicos y sangre, que están casi completamente agotados. El personal sanitario trabaja en condiciones extremas, las operaciones quirúrgicas deben realizarse en el suelo de los hospitales, sin quirófanos y bajo la luz de los teléfonos móviles. El acceso a las personas heridas y enfermas también es extremadamente difícil debido a los graves daños en las carreteras por los intensos bombardeos.

Las infraestructuras y el personal sanitario han sido objeto de graves ataques desde el comienzo de la escalada. Aunque el ataque contra el hospital de Al Ahli, de una magnitud sin precedentes, ha sido el más grave hasta ahora, la OMS ha informado de más de 115 ataques en los que 57 integrantes del personal sanitario han muerto desde el comienzo de la escalada, 19 hospitales han resultado afectados, de los cuales 7 se han visto obligados a cerrar debido a los daños sufridos, la falta de energía y suministros y/o las órdenes de evacuación.

Además, La OMS advierte de que se está gestando una catástrofe de salud pública debido al desplazamiento masivo, el hacinamiento de los refugios y el estado de la infraestructura de agua y saneamiento.

Todo esto no hace sino subrayar la necesidad de un alto el fuego inmediato, el acceso sin trabas de la ayuda humanitaria a Gaza y la

protección incondicional de las infraestructuras y el personal sanitario, así como de la población civil.

La comunidad internacional debe ejercer la máxima presión sobre las partes implicadas en el conflicto para que pongan fin a la escalada de violencia y a la crisis humanitaria en Gaza.

Todas las partes deben respetar el derecho internacional humanitario, proteger a la población civil, al personal e infraestructuras sanitarias y asegurar el acceso humanitario.

La ayuda esencial, especialmente los suministros médicos y el combustible, debe entrar urgentemente en la Franja de Gaza en cantidad suficiente para que los hospitales, centros de salud, ambulancias y farmacias puedan seguir funcionando, de ello depende la vida de decenas de miles de personas.

Es absolutamente imprescindible que la guerra finalice ya.

1 Introducción

2022 ha sido un año marcado por el conflicto de Ucrania, el agravamiento de la violencia y otros conflictos, el incremento de las catástrofes naturales y el empeoramiento de la crisis alimentaria, lo que ha llevado a un aumento sin precedentes de las necesidades humanitarias. Una de cada 23 personas en el mundo, 339 millones de personas¹, 65 millones más que el año anterior, necesitan ayuda y protección humanitaria, más del doble que hace cuatro años.

Los conflictos de Ucrania, Sahel Central, la cuenca del lago Chad y Oriente Medio, han generado y mantenido las crisis humanitarias más

importantes en 2022. A finales de ese año, el conflicto de Ucrania había generado 5,9 millones de personas desplazadas internas y 5,7 millones de personas refugiadas, el desplazamiento de personas más rápido desde la segunda guerra mundial. Más allá del impacto en Ucrania, el conflicto ha intensificado la magnitud y la gravedad de la crisis alimentaria que sufren muchos países, al disparar los precios y exacerbar los problemas de acceso a los alimentos en un contexto de gran vulnerabilidad de un gran número de países, que todavía no se han recuperado del impacto de la pandemia de COVID-19.

1 <https://reliefweb.int/report/world/global-humanitarian-overview-2023-enaresfr>

Además, la crisis climática y los fenómenos meteorológicos extremos han exacerbado la sequía en el Cuerno de África, la peor en las últimas 4 décadas, causando lluvias e inundaciones fuertes en Asia, África Oriental y África Occidental, generado millones de desplazamientos forzados y contribuyendo al agravamiento de las crisis alimentarias, lo que ha llevado a un incremento en la vulnerabilidad de las personas, las enfermedades y las epidemias en todo el mundo.

África del Este es la región que enfrenta la mayor crisis humanitaria en 2022, con 76,8 millones de personas que necesitan ayuda humanitaria y 49,4 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria grave. El círculo vicioso crisis climática, fenómenos meteorológicos extremos, crisis alimentaria y conflictos se exagera cada año. Los conflictos en Etiopía, Somalia, Sudán del Sur y Sudán, la inestabilidad económica y las catástrofes climáticas que afectan a la región como la sequía, especialmente grave en Etiopía, Kenia y Somalia o las importantes inundaciones en Sudán del Sur, siguen causando inseguridad alimentaria generalizada, desplazamientos a gran escala y graves problemas de protección y se prevé que la situación empeore en 2023.

Oriente Medio alberga algunos de los mayores conflictos prolongados del mundo, frecuentes catástrofes naturales y brotes epidémicos como el cólera, que se ha extendido por Yemen, Irak, Siria y Líbano, a lo que se suma la inestabilidad política, la crisis económica y la subida de precios.

Asia sigue siendo la región más afectada por catástrofes naturales, las olas de calor, sequías, inundaciones y ciclones tropicales en un contexto de incremento de conflictos complejos y prolongados y crisis económicas, políticas y sociales. Pakistán y Bangladesh sufrieron las mayores inundaciones en décadas. En Pakistán, las lluvias monzónicas y las inundaciones afectaron a 33 millones de personas, mientras que las inundaciones en Bangladesh afectaron a otros 7,2 millones de personas. Los conflictos, los desplazamientos y la violencia persisten en

la región, que acoge a 4,2 millones de personas refugiadas y solicitantes de asilo y a 4,7 millones de personas desplazadas internas, entre ellos el mayor asentamiento de personas refugiadas del mundo en Cox's Bazar, Bangladesh.

Por último, América Latina y el Caribe, la región del mundo más golpeada por los efectos de la pandemia de COVID-19, tiene altos niveles de pobreza estructural, desigualdad y violencia, que han llevado en los últimos años a los mayores movimientos de personas en la región. Además, es la segunda región del mundo más propensa a las catástrofes naturales, sequías, inundaciones, terremotos, corrimientos de tierras, tormentas tropicales y huracanes relacionados con el fenómeno meteorológico de La Niña. El número de personas en situación de Crisis o peor (CIF Fase 3 o superior) por inseguridad alimentaria alcanzó los 17,8 millones en la región, siendo Haití el país con peores indicadores como demuestra el hecho de que el 48 % de su población se enfrente a inseguridad alimentaria aguda y que 1,8 millones de personas se encuentren en fase de emergencia humanitaria, sobre una población de apenas 12 millones de personas. En Honduras y Guatemala, la población en fase de inseguridad alimentaria aguda alcanza el 26 y el 28 % respectivamente.

A esto se suma la crisis migratoria que afecta a toda la región y que se traduce en un incremento exponencial del número de personas migrantes que atraviesan países, exponiéndose cada vez a mayores riesgos y mayores condiciones de vulnerabilidad, lo que ha llevado a un incremento sin precedentes de las necesidades de protección y asistencia a las personas migrantes (refugio, salud y seguridad alimentaria principalmente) así como apoyo y resiliencia para las comunidades de acogida.

LOS DESPLAZAMIENTOS FORZADOS SIGUEN CRECIENDO

Los desplazamientos forzados no han parado de crecer en los últimos 20 años. Más del 1 % de la población mundial se ha visto obligada a huir y a

abandonar su hogar, es decir, 1 de cada 74 personas en el mundo, el doble que hace una década.

A finales de 2022 había 108,5 millones de personas desplazadas forzadas, según datos de ACNUR². Esta cifra incluye 35,3 millones de personas refugiadas, 62,5 millones de personas desplazadas en sus propios países, 5,4 millones de personas solicitantes de asilo y otros 5,2 millones de personas que precisaban protección internacional. Y la cifra seguirá creciendo en 2023, ya que según la misma fuente³, en mayo de 2023 ya había más de 110 millones de personas desplazadas forzadas.

En cuanto al detonante de los desplazamientos forzados, los conflictos y la violencia están detrás de los 28,3 millones de desplazamientos internos, con Ucrania, Etiopía, Myanmar y RD del Congo como los países que más desplazamientos generaron, mientras que las catástrofes naturales, especialmente las inundaciones y las sequías, generaron 32,6 millones de nuevos desplazamientos, cifras que con toda probabilidad serán superadas en 2023.

Como viene sucediendo en los últimos años, la mayoría de los desplazamientos forzados a otros países tienen como origen un número pequeño de países. En 2022, el 72 % de las personas refugiadas procede de 5 países: Siria (6,5 millones), Afganistán (5,7 millones), Ucrania (5,7 millones), Sudán del Sur (2,2 millones) y Myanmar (1,2 millones), a los que hay que sumar las personas refugiadas y migrantes de Venezuela (5,4 millones).

En cuanto a los países de acogida, el 70 % de las personas refugiadas son acogidas en los países limítrofes, algunos de los cuales están entre los más empobrecidos y frágiles del mundo y se enfrentan también a crisis humanitarias como es el caso de Chad, Etiopía, RD del Congo y Sudán que, además de acoger un elevado nú-

mero de personas refugiadas (Sudán un millón de personas, Etiopía casi 900.000, Chad 592.000 y RD del Congo 520.000), se encuentran inmersos en graves crisis humanitarias motivadas por conflictos y catástrofes naturales, que provocan inseguridad alimentaria y desplazamientos de sus propias poblaciones, lo que impacta también en las poblaciones refugiadas acogidas.

LA CRISIS ALIMENTARIA SIGUE IMPARABLE

Las crisis alimentarias de los últimos años son el resultado de factores interconectados que se refuerzan mutuamente: conflictos, violencia e inseguridad, crisis económicas y fenómenos meteorológicos extremos.

En 2022, estos factores se vieron agravados por los efectos económicos y sociales asociados a la pandemia de COVID-19, por las repercusiones de la guerra en Ucrania, las sequías cada vez más duraderas, las lluvias torrenciales e inundaciones y otros fenómenos meteorológicos extremos, lo que ha llevado a una crisis alimentaria mundial sin precedentes. Según el último Informe mundial sobre las crisis alimentarias⁴ el número de personas en fase 3 que sufren inseguridad alimentaria aguda⁵ y requieren asistencia urgente en materia de alimentación, nutrición y medios de vida aumentó por cuarto año consecutivo, pasando de 112 millones a 258 millones de personas en 58 países.

La región de África Occidental y Central es el epicentro de una crisis en rápido crecimiento con niveles sin precedentes de violencia armada e inseguridad que, en un contexto de inseguridad alimentaria, impacto de la crisis climática y pobreza extrema, está llevando a 75 millones de personas a una situación límite (el 15 % de la población total de la región). La situación es

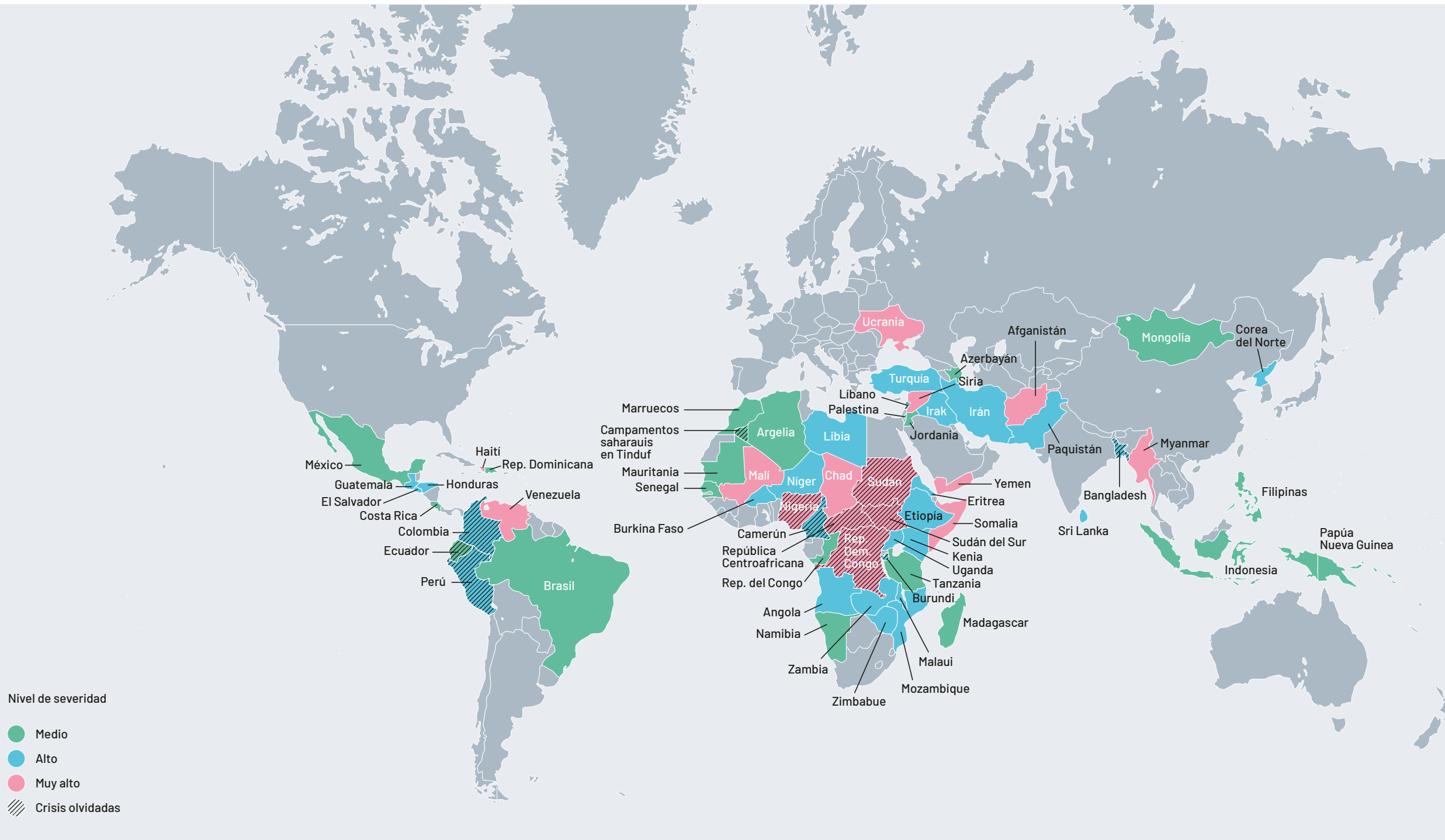
2 <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2022>

3 Idem.

4 <https://www.fsinplatform.org/global-report-food-crises-2023>

5 Clasificación Integrada de las Fases de la Seguridad Alimentaria consta de 5 fases: Fase 1: Seguridad alimentaria general, Fase 2: Seguridad alimentaria límite, Fase 3: Inseguridad alimentaria/crisis aguda, Fase 4: Emergencia humanitaria y Fase 5: Catástrofe humanitaria y hambruna.

GRÁFICO 4.1. Mapa crisis humanitarias



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE ACAPS Y ECHO.

especialmente grave en el noreste de Nigeria y Burkina Faso que padecen hambre extrema y que podría convertirse en hambruna si las condiciones siguen empeorando.

En África del Este la sequía más larga y grave de las últimas décadas está asolando partes de Etiopía, Kenia y Somalia, y se prevé que la situación empeore en 2023. A finales de 2022, OCHA estimaba que, en todo el Cuerno de África, la sequía afectaría al menos a 36,4 millones de personas.

Afganistán, Yemen, RD del Congo, Nigeria y Etiopía registraron las cifras más elevadas de personas en situación de inseguridad alimentaria aguda (fase 3), el 40 % del total y albergaban a más de 26 millones de personas desplazadas internas, más de un tercio del total mundial⁶. Por otro lado, Afganistán y Yemen, junto a Sudán del Sur, Paquistán y Haití, tienen entre el 13 % y

el 23 % de su población en fase 4 (emergencia humanitaria), una situación de extrema gravedad para los hogares que no pueden conseguir alimentos, por lo que se disparan las tasas de malnutrición aguda. Finalmente indicar, que el 80 % de las 376.000 personas en fase 5 de Catástrofe humanitaria y hambruna se encontraban en Somalia y Sudán del Sur.

Como señala la FAO, demasiado a menudo, la comunidad internacional no moviliza los fondos necesarios para responder a las crisis alimentarias, que en muchos casos son cíclicas y predecibles, hasta que éstas no se convierten en catástrofes humanitarias y hambrunas. Solo entonces se consigue la atención política, mediática y los recursos necesarios, demasiado tarde para muchas personas y comunidades que terminan en una dependencia crónica de la ayuda humanitaria.

Con toda probabilidad 2023 marcará un nuevo récord en el número de personas que necesitan ayuda humanitaria, tanto por el agravamiento de la situación en algunos contextos complejos y de conflictos, como la nueva escalada del conflicto en Gaza que ha estallado en octubre y que en apenas cinco semanas ha causado más de 1.400 muertos en Israel, y unos 11.000 en la Franja de Gaza, incluidos más de 4.500 menores de edad, lo que supone el 40 % de todas las víctimas palestinas; como por nuevas catástrofes naturales, como el terremoto de Turquía y Siria de febrero que dejó unos 55.000 muertos y más de 5 millones de personas con necesidad de ayuda humanitaria, el terremoto de Marruecos con más de 2.900 muertos, las devastadoras inundaciones de Libia, que han provocado la rotura de varias presas y la muerte de más de 11.000 personas en septiembre, o el terremoto de Afganistán de octubre con más de 2.400 muertos.

2 La Acción Humanitaria en la agenda internacional

Foro humanitario europeo 2023, los retos pendientes

El segundo Foro humanitario europeo se ha celebrado en Bruselas los días 20 y 21 de marzo de 2023, bajo el lema *New Global Realities, Shaping humanitarian action together*. Organizado por la Comisión europea (DG ECHO) y la presidencia sueca del Consejo de la UE, el Foro centró sus discusiones en tres temas:

- Hacer frente al aumento de las necesidades humanitarias
- Abordar los conflictos y preservar el espacio humanitario
- Anticipar y responder a las crisis relacionadas con el clima

HACER FRENTE AL AUMENTO DE LAS NECESIDADES HUMANITARIAS

La infrafinanciación de la ayuda humanitaria se mantiene como uno de los principales retos a los que se enfrenta el sector humanitario. Los datos de 2022 vuelven a ser preocupantes, sólo se cubrió el 57 % del GHO de la ONU, con un déficit de financiación de 22.000 millones de dólares (FTS).

Las propuestas de aumentar tanto la cantidad como la calidad de la financiación por parte de representantes de la UE y sus Estados miembro durante el Foro van por el buen camino, pero tal y como señala la red de organizaciones humanitarias VOICE, el compromiso político no sirve de nada si no va acompañado de medidas concretas. Además de incrementar de manera significativa el volumen de financiación, es nece-

sario mejorar la eficiencia y eficacia de la ayuda humanitaria mediante una financiación de calidad y una mayor localización.

Con relación a una financiación de calidad, en las diferentes sesiones se hicieron llamamientos para que la UE y sus Estados miembros proporcionen financiación plurianual, flexible y sin designar que permita responder de forma rápida a las necesidades urgentes, garantizando la continuidad operativa en las crisis desatendidas. Mientras que sobre la petición de una mayor localización, desde VOICE se ha pedido a ECHO que responda a algunos de los retos identificados como la necesidad de un reparto más equitativo de los riesgos, mayor flexibilidad en los requisitos de cumplimiento normativo o que las organizaciones sociales nacionales y locales accedan a un porcentaje de costes indirectos propio e independiente del 7 % que ECHO asigna a sus socios, lo que se podría hacer creando líneas presupuestarias adicionales o aumentando el porcentaje de costes indirectos.

ABORDAR LOS CONFLICTOS Y PRESERVAR EL ESPACIO HUMANITARIO

La politización de la ayuda es una gran amenaza para la seguridad del personal humanitario y de las comunidades a las que sirven. Tal y como señala el Consenso europeo sobre la ayuda humanitaria⁷, ésta no es una herramienta de gestión de crisis, y no debe utilizarse para alcanzar objetivos que no estén basados en los principios humanitarios.

6 IDMC | GRID 2023 | 2023 Global Report on Internal Displacement ([internal-displacement.org](https://www.internal-displacement.org/))

7 https://ec.europa.eu/echo/files/media/publications/consensus_es.pdf

A lo largo del Foro, se puso el foco en el impacto negativo de las sanciones en la acción humanitaria y la importancia de garantizar que los regímenes de sanciones no impidan la prestación eficaz de ayuda humanitaria basada en principios y se pidió a la UE que adoptara medidas similares a las introducidas por el Consejo de Seguridad de NN. UU. con la Resolución 2664 de diciembre de 2022, que prevé una exención humanitaria de las medidas de congelación de activos en los regímenes de sanciones de las Naciones Unidas. Días después de finalizar el Foro europeo, el Consejo de la UE acordó introducir exenciones humanitarias en sus regímenes de sanciones, tal y como acordaba la Resolución 2664 del Consejo de Seguridad.

ANTICIPAR Y RESPONDER A LAS CRISIS RELACIONADAS CON EL CLIMA

A lo largo del Foro, se reflexionó sobre el aumento en el número y la intensidad de los conflictos,

la crisis alimentaria mundial y la crisis climática como algunos de los principales motores de las crisis humanitarias. Evitar que estas crisis se agraven aún más debe ser una de las principales prioridades de la comunidad internacional.

Entre las formas de reducir las necesidades humanitarias, se habló de mitigar las catástrofes provocadas por el clima, combinando enfoques para hacer frente a las causas profundas de las crisis, al tiempo que se atienden las necesidades agudas inmediatas de las personas y se refuerza su resiliencia.

Por último, se subrayó que el cambio climático y la degradación del medio ambiente son factores que impulsan las necesidades humanitarias y amenazan con agravar aún más las desigualdades, por lo que es fundamental poner en marcha medidas anticipatorias, aumentar la resiliencia, mitigar y evitar que las crisis relacionadas con el clima, como sequías e inundaciones, se conviertan en emergencias humanitarias en toda regla.

PROTECCIÓN DEL PERSONAL HUMANITARIO Y SANITARIO EN CONFLICTOS: PRÓXIMOS PASOS Y PROPUESTAS PARA AVANZAR DE FORMA CONJUNTA

Aïda Ndiaye

Analista de Incidencia política sobre protección de personal humanitario y sanitario para el Proyecto 'Presence, Proximity and Protection' project (Action contre la Faim, Humanity and Inclusion y Médecins du Monde) financiado por ECHO

La protección del personal humanitario y sanitario dista mucho de ser un tema nuevo para la comunidad humanitaria. La violencia generalizada contra la población civil es una característica de los conflictos contemporáneos y las necesidades humanitarias casi se han duplicado en cuatro años hasta alcanzar la cifra récord de 339 millones de personas necesitadas en 2023. Proteger al personal humanitario y sanitario significa garantizar que las comunidades vulnerables, atrapadas en conflictos provocados por el hombre y en

crisis humanitarias complejas, puedan acceder a una ayuda y una asistencia sanitaria imparcial y que pueda salvar vidas. En los últimos años, los Estados y las ONG han adoptado diversas iniciativas y compromisos para abordar este tema, desde marcos políticos de protección, como las Resoluciones 2175 (2014) y 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas (CSNU), hasta recomendaciones, como las recogidas en el documento final de los debates de 2021 sobre la garantía de protección y seguridad del personal

humanitario y médico en conflictos armados, así como campañas de incidencia de las ONG para promover una mejor protección.

A pesar de estos esfuerzos, la inseguridad del personal humanitario y sanitario sigue siendo alarmantemente alta. En 2022, la base de datos Aid Worker Security Database registró al menos 444 ataques contra personal humanitario, en los que murieron 116 de ellos. 2022 ha sido el año más violento en cuanto a ataques contra la asistencia sanitaria en una década, con 1.989 ataques y amenazas contra instalaciones y personal sanitario, lo que representa un aumento del 45 % con relación a 2021. En cuanto al impacto sobre el personal sanitario, la coalición Safeguarding Health in Conflict informó de 232 personas sanitarias asesinadas, 298 secuestradas y 294 detenidas. Estas cifras confirman la necesidad de esfuerzos continuos y conjuntos por parte de la comunidad humanitaria, los Estados y los donantes para mejorar la protección del personal humanitario y sanitario y mantener esta cuestión en la agenda política y diplomática de más alto nivel.

Además, el personal nacional y local, incluido el personal sanitario local, que trabaja fuera del sistema de cooperación representa el 90 % de las víctimas de los ataques. Al trabajar más cerca de las poblaciones en las zonas más peligrosas y remotas, sus retos específicos deben situarse en el centro.

Un reciente informe presentado por Acción contra el Hambre, la Federación Handicap International - Humanidad e Inclusión y Médicos del Mundo titulado "*The risks we face are beyond human comprehension: Advancing the protection of humanitarian and health workers*" señala como una de las prioridades de las ONG proteger mejor al personal humanitario y sanitario. A partir de una consulta a 79 representantes de ONG, el informe subraya los retos comunes a los que se enfrentan las ONG a la hora de garantizar la protección de su personal, y propone vías para

avanzar en la seguridad del personal sanitario local y hace recomendaciones operativas que se enmarcan en tres prioridades clave ampliamente compartidas por la comunidad de ONG para abordar esta cuestión crucial.

Las ONG subrayan como prioridad absoluta la necesidad de ampliar la gestión de riesgos de seguridad (GRS) y extenderla a los actores locales y nacionales, que siguen siendo los menos protegidos a la vez que los más expuestos a los riesgos. Esto requiere una financiación adecuada y eficaz de los costes relacionados con la seguridad. Las ONG siguen encontrando obstáculos a la hora de financiar sus costes de seguridad debido a determinadas políticas de los donantes, como las que imponen un coeficiente entre los costes de los programas y los de apoyo, o las que consideran los costes de seguridad como gastos generales. Esto acaba obligando a las organizaciones a recortar los gastos de seguridad para preservar otros gastos necesarios para el funcionamiento de sus operaciones. Por otro lado, las ONG también tienden a autocensurarse a la hora de incluir los costes de seguridad en sus propuestas. Los donantes y las ONG deben comprender mejor lo que puede suponer los costes de seguridad (formación en materia de seguridad, material, infraestructuras, recursos humanos, evaluaciones de riesgos de seguridad, etc.) para garantizar que las organizaciones puedan cumplir con su deber de diligencia hacia su personal. Además, los donantes deben prever partidas presupuestarias específicas para garantizar que los costes de seguridad de las ONG estén totalmente cubiertos. En cuanto a las ONG locales y nacionales (ONGL/N), informan de dificultades sistemáticas y de la negativa de los donantes y socios internacionales (por ejemplo, ONG internacionales y agencias de NN. UU.) a financiar sus costes de seguridad. Es necesario reconocer el riesgo que se transfiere a las ONGL/N y al personal sanitario local, que ya está sobreexpuesto, y entender su alcance para mitigarlo mejor.

Una forma de avanzar es adoptar un enfoque de riesgos compartidos; incluir la seguridad en los acuerdos de asociación y transferir recursos a los socios nacionales y locales para ayudarles a aplicar sus propias estrategias de gestión de riesgos. El estudio también subraya la necesidad de invertir y reforzar las políticas sobre el deber de diligencia (DdD) que incluyan servicios de reubicación, psicológicos, materiales y jurídicos tras los incidentes para el personal humanitario y sanitario, así como para sus familias, cuando proceda. Estas políticas deben estar plenamente financiadas y ser aplicables sobre el terreno, y estar disponibles por igual para el personal internacional y nacional. Para el personal sanitario local ajeno al sistema de cooperación, los MER y la DdD siguen siendo un punto ciego. Mientras que las organizaciones humanitarias están acostumbradas y formadas para operar en entornos expuestos, el personal sanitario no está formado para realizar ningún tipo de gestión de riesgos de seguridad. Por lo tanto, la comunidad humanitaria debería utilizar sus conocimientos para compartirlos con los equipos sanitarios. Para ello sería necesario apoyar y financiar plataformas de intercambio entre personal humanitario y profesionales de la salud, con el fin de compartir buenas prácticas, desarrollar una cultura de la GRS específica para cada contexto en el marco del sector sanitario, y modelos de GRS adaptados a los riesgos específicos a los que se enfrenta el personal sanitario.

La segunda prioridad exige mantener y ampliar la recogida, el intercambio y el análisis de datos sobre incidentes de seguridad a escala local y mundial. La comunidad humanitaria ha hecho grandes progresos en el establecimiento de sistemas eficaces de recogida e intercambio de datos. Sin embargo, aún queda mucho por hacer en lo que respecta a la puesta en común de datos entre las distintas entidades que los recopilan (por ejemplo, ONG operativas y no operativas, foros de ONG y plataformas de seguridad,

grupos de trabajo o iniciativas dirigidas por la ONU). Dado que el intercambio de datos se basa en relaciones de confianza, es crucial que los organismos que recogen estos datos los compartan, a fin de tener una imagen completa de lo que ocurre sobre el terreno. También es necesario realizar esfuerzos para concienciar sobre los mecanismos de recogida de datos existentes y proporcionar a todos los actores, incluidos los locales, los medios y herramientas necesarias para cumplir los requisitos de notificación. Debe reforzarse la inclusión del personal nacional y local en las plataformas de datos y dar un mayor apoyo al enfoque localizado de la recopilación y el intercambio de datos. Por otra parte, para un uso eficiente de los datos disponibles sobre la violencia contra el personal humanitario y sanitario, debe garantizarse que los datos puedan utilizarse con fines de seguridad operativa, pero también para la incidencia y el cambio de políticas o para arrojar luz sobre una situación que pueda llevar a una investigación judicial. Además, la mejora de los datos disponibles para proteger la asistencia sanitaria de los ataques en zonas de conflicto exige recopilar y compartir datos precisos (incluidas fechas, lugares y autores) y disponibles para uso público, al tiempo que se abordan los riesgos de seguridad (es decir, las represalias de los autores de ataques) que pueden derivarse del intercambio de datos. En consonancia con la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de NN. UU., es crucial que los ministerios de salud a nivel nacional se abstengan de politizar la recogida de datos y garanticen la presentación de informes precisos y pertinentes, incluso cuando los ataques sean llevados a cabo por sus propias fuerzas.

La comunidad de organizaciones humanitarias identificó una tercera prioridad que exige abordar el contexto más amplio de la inseguridad del personal humanitario y sanitario, que es la reducción del espacio humanitario. Si bien la gestión de riesgos y la recopilación e intercambio

de datos son herramientas necesarias para prevenir, mitigar y responder a los ataques contra el personal humanitario y sanitario, no abordan las causas profundas. La inseguridad de este personal tiene sus raíces en el desprecio generalizado del Derecho Internacional Humanitario (DIH), los principios humanitarios y la ética médica, así como en la creciente politización de la ayuda. Se trata de retos estructurales clave que requieren de la acción conjunta de los Estados, los donantes, NN. UU. y las ONG. Por ejemplo, la asignación política de fondos humanitarios por parte de los Estados y los donantes, basada en objetivos económicos o de seguridad y no en las necesidades humanitarias, las líneas difusas entre los mandatos militares y humanitarios y la creciente desinformación en torno a los mandatos humanitarios impiden al personal humanitario y sanitario actuar de acuerdo con los principios humanitarios y la ética médica. Todo esto hace que se vean expuestos a mayores riesgos de violencia.

El impacto de los regímenes de sanciones y medidas antiterroristas (RSMA) también se identifica como un problema. Plantea riesgos crecientes de criminalización del personal por prestar ayuda y asistencia sanitaria imparciales, especialmente a escala nacional, cuando las medidas prohíben dialogar con grupos armados no estatales o prestar asistencia en zonas bajo su control; en contradicción con el DIH. Por consiguiente, es urgente que los Estados incluyan exenciones humanitarias en todos los regímenes de sanciones y en los marcos relacionados con la lucha contra el terrorismo, incluyendo a nivel nacional los códigos penales, en consonancia con el espíritu de la Resolución 2664 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, que prevé exenciones humanitarias en todos los regímenes de sanciones de la ONU.

Por último, las ONG consideran que el desconocimiento, así como las violaciones deliberadas del derecho internacional humanitario, los principios humanitarios y la ética médica, son cuestiones fundamentales que deben abordarse. Estos marcos de protección son la piedra angular de la acción humanitaria y de la asistencia médica, pero falta su aplicación efectiva. Por consiguiente, es necesario garantizar recursos suficientes para la sensibilización, la formación y la integración de los derechos y obligaciones derivados de estos marcos, promoviendo una comprensión común de cómo se traducen en acciones concretas por parte de todos los actores clave (autoridades, grupos armados no estatales, comunidades beneficiarias y el propio personal humanitario y sanitario). En última instancia, la persistente impunidad de los ataques contra el personal humanitario y sanitario, debida a la falta de voluntad política y a la ineficacia de los mecanismos de rendición de cuentas existentes y de los sistemas jurídicos nacionales en contextos de conflicto, sigue siendo problemática. Las ONG, así como el personal sanitario fuera del sistema de cooperación, debe recibir información, apoyo jurídico, herramientas adaptadas y refuerzo de sus capacidades para denunciar los ataques y apoyar la lucha contra la impunidad entre las organizaciones de voluntariado y las personas afectadas.

De ahí que la protección del personal humanitario y sanitario sea una responsabilidad colectiva y deba reforzarse a todos los niveles de la comunidad internacional y humanitaria. Implicará un seguimiento exhaustivo y sostenido para hacer operativos de forma efectiva los compromisos y marcos de protección existentes, con el fin de lograr un cambio sustantivo para estos hombres y mujeres que han decidido dedicar su vida a ayudar a los demás.

3 La Acción Humanitaria internacional

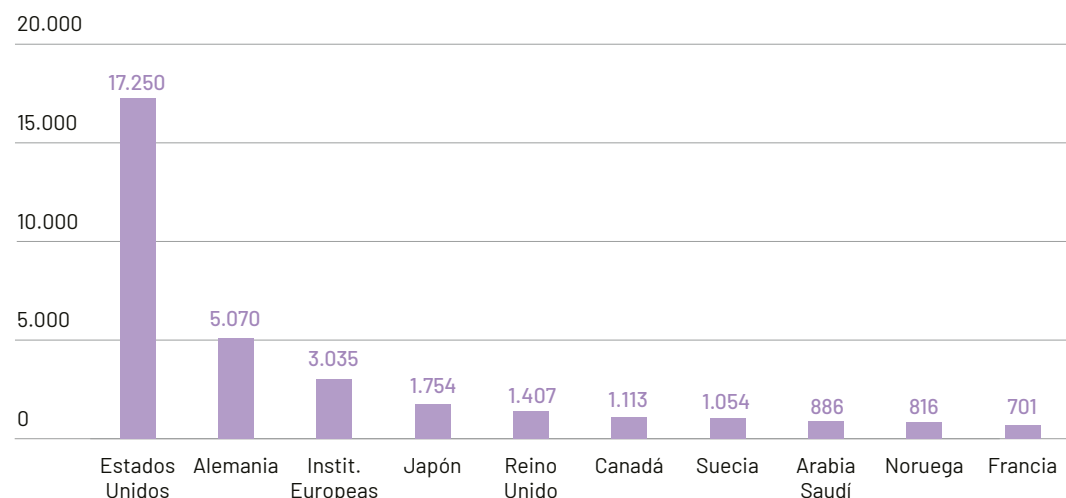
Según los datos recogidos por el sistema de seguimiento financiero (FTS, por sus siglas en inglés) de OCHA, en 2022 la ayuda humanitaria internacional ascendió a 40.911 millones de dólares, 10.000 millones más que en 2021. Aunque se trata de una cifra récord, es insuficiente para responder al incremento, también récord, de las necesidades humanitarias, motivado en parte, aunque no solo, por la guerra de Ucrania.

En cuanto a los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU., se ha producido un incremento de más del 30 % respecto a 2021, unos 9.00 millones de dólares. En términos porcentuales el crecimiento es también importante, 4 puntos, pasando del 53,6 % de los fondos solicitados al 57,4 %. Aunque hay que valorar positivamente el esfuerzo que han realizado los países donantes, la brecha entre los fondos solicitados, 51.699 millones de dólares, y

los recibidos, 29.692 millones de dólares, sigue siendo inaceptable.

Respecto a los principales donantes⁸, un año más encabeza la lista Estados Unidos, que aporta 17.250 millones de dólares, el 42,2 % de los fondos, seguido de Alemania con 5.070 millones, el 12,7 % de toda la financiación, y las Instituciones Europeas con 3.035 millones, lo que supone el 7,4 %. Aunque casi todos los donantes aumentan los fondos destinados a AH, destacan Japón y Estados Unidos con un incremento porcentual del 40 %, (743 millones en el caso de Japón y 6.626 millones en el caso de Estados Unidos). A continuación, estaría Alemania con un incremento del 20 %, 801 millones más que en 2021. Entre los donantes que reducen su financiación, destacan por su cuantía Arabia Saudí (578 millones de dólares) y las Instituciones europeas (274 millones).

GRÁFICO 4.2. Principales donantes en 2022 (en millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

8 Según los datos reportados en el FTS de OCHA.

Cuatro países, Afganistán, Siria, Ucrania y Yemen, reciben casi el 34 % de toda la financiación, si bien, como era de esperar dada la magnitud de la crisis y los intereses geopolíticos que existen, Ucrania ha sido el principal receptor de fondos en 2022 con 4.392 millones de dólares, casi el 11 % de toda la financiación, siendo Estados Unidos el principal donante con 1.281 millones de dólares, seguido de Alemania con 441 millones, la Comisión Europea con 329 millones, Polonia con 246 millones, Canadá con 188 millones, Francia con 183 millones y Japón con 149 millones.

La canalización de fondos, por su parte, refleja en parte patrones previos, siendo las agencias de NN. UU., las ONG y el sistema de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (CR y MLR-CICR) las principales receptoras y las que más aumentan su financiación en 2022. Las agencias de NN. UU. incrementan los fondos recibidos en 9.768 millones de dólares, las ONG en 1.113 millones y el sistema de CR y MLR-CICR en 1.077 millones. Mientras que descienden los fondos no especificados y los canalizados a través de otros organismos intergubernamentales.

Tras el fuerte descenso en 2021 de los fondos canalizados a través de gobiernos, se triplican los fondos en 2022, hasta los 633 millones de dólares;

TABLA 4.1. Canalización de la financiación internacional en 2022

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Agencias de NN. UU.	27.413
ONG	7.329
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	2.629
Gobierno	633
Organismos intergubernamentales	320
Organizaciones privadas	1.075
Sin especificar	318
Otros	509

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

no obstante, casi la mitad de dichos fondos, 304 millones de dólares, se han destinado al gobierno de Ucrania, por lo que, si no se incluyen dichos fondos, el incremento es tan solo del 30 % lo que no deja de ser un crecimiento muy modesto.

Por último, añadir que no se ha especificado la vía de canalización de 827 millones de dólares, aunque se trata de una cantidad muy inferior a la que se indicaba el año pasado, sigue siendo una cantidad importante, por lo que una vez se detalle el destino de estos fondos podrían modificar de forma relevante el total de algunas vías de canalización.

4 La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas

OCHA gestiona la financiación recibida a través de los fondos coordinados, que sirven para financiar los Fondos Comunes, que gestiona directamente, y los Planes Estratégicos de Respuesta⁹. En 2022 dicha financiación ha

alcanzado los 31.688 millones de dólares, 9.340 millones más que en 2021, crecimiento que se debe en su totalidad a los planes estratégicos de respuesta, ya que los Fondos Comunes apenas han crecido.

9 El Humanitarian Country Team de NN. UU. elabora los Planes Estratégicos de Respuesta para aquellas crisis humanitarias que requieren apoyo de más de una agencia de NN. UU. Es, por tanto, una herramienta de coordinación y de financiación.

TABLA 4.2. Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2022

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	Porcentaje del total
Planes Estratégicos de Respuesta	29.692	94 %
Fondos Comunes	1.976	6 %
TOTAL	31.688	100 %

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Los fondos coordinados de NN. UU. permiten asegurar que los Planes Estratégicos de Respuesta de sus diferentes agencias humanitarias sean financiados de forma predecible y en tiempo.

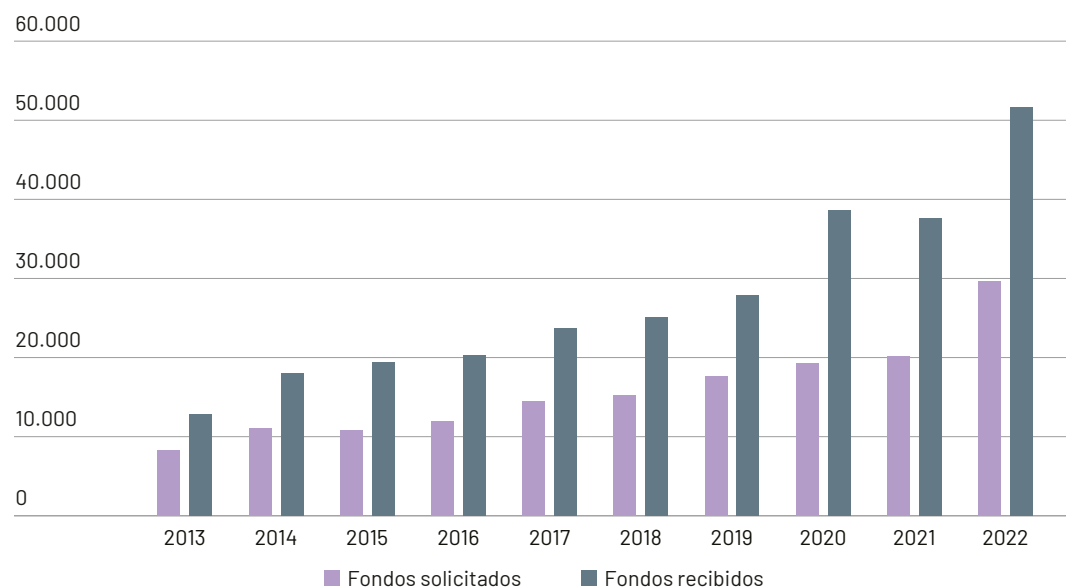
En 2022 el llamamiento para los Fondos Coordinados de NN. UU. realizado por OCHA para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta fue de 51.699 millones de dólares, 14.000 millones más que en 2021, aunque se trata de un aumento muy significativo, el incremento de las necesidades humanitarias ha hecho que solo se cubrieran el 57,4 % de los fondos solicitados por NN.UU., 4 puntos más que en 2021. Aunque se mantiene la tendencia al crecimiento del porcentaje de fondos recibidos, este sigue estando

muy por debajo de la petición del Secretario General de NN. UU. de cubrir al menos el 75 % de los fondos solicitados.

Los fondos recibidos se canalizaron a través de 44 llamamientos, un número similar al de 2021, de los que 8 son de ámbito regional. Los llamamientos humanitarios que menos fondos han recibido, menos del 40 %, son El Salvador, Guatemala y Venezuela, mientras que los llamamientos han recibido más del 80 % de los fondos solicitados son República Centroafricana, Irak, Libia, Madagascar, Somalia y Ucrania. Los demás países han recibido entre el 40 y el 60 % de los fondos solicitados, lo que hace muy difícil responder a las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas.

Como señala Martin Griffiths, el Secretario General Adjunto de Asuntos Humanitarios – OCHA, a menudo las crisis humanitarias reciben los fondos que requieren tarde y casi siempre mucho menos de lo que necesitan, lo que hace que una crisis de nivel bajo o medio termine convirtiéndose en una crisis grave y de mayores proporciones. A finales de agosto de 2023, el

GRÁFICO 4.3. Financiación llamamientos de NN. UU. 2013-2022



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

plan de respuesta humanitaria para Afganistán, una de las peores crisis humanitarias, tan solo había recibido el 26 % de los fondos solicitados. Es probable que a finales de año consiga el 50 % de los fondos, pero para muchas personas ese retraso habrá significado un agravamiento de su situación.

Por último, tenemos que denunciar la baja financiación de los planes regionales humanitarios, claves para abordar las necesidades de las poblaciones refugiadas. Así, de los 8 planes regionales, la mitad de éstos han recibido menos del 36 % de los fondos solicitados: 22 % el plan regional para personas refugiadas afganas, 30 % el plan para personas refugiadas sirias, 33 % el plan para personas refugiadas de RD del Congo y el 36 % el plan para personas refugiadas y migrantes de Venezuela.

TABLA 4.3. Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2022

Pais receptor	Total 2022 (en millones de dólares)
Ucrania	3.727
Afganistán	3.316
Siria	2.299
Yemen	2.232
Plan regional Refug. Siria	1.844
Etiopía	1.688
Sudán del Sur	1.216
Sudán	1.071
Plan regional Refug. Ucrania	1.013
RD Congo	973

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Por volumen de financiación, los principales Planes de Respuesta Humanitaria han sido los de Afganistán, RD del Congo, Etiopía, Nigeria, Siria, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Ucrania y Yemen, con peticiones de financiación por encima de los 1.000 millones de dólares. No obstante, si se analiza el porcentaje de fondos recibidos frente a lo solicitado, se observa que existe una

gran diferencia dentro de este grupo; Así, mientras Ucrania y Somalia han recibido algo más del 85 % de los fondos solicitados, Etiopía, RD del Congo, Siria, Sudán del Sur y Yemen apenas superan el 50 %. Como se ha señalado antes, el problema no es solo qué porcentaje de financiación se recibe, que lo es, si no también cuándo se recibe. Por ello es clave que los donantes no sólo se comprometan a financiar al menos el 75 % de los fondos solicitados por los planes de respuesta humanitaria, como reclama el Secretario General de NN. UU., sino que lo hagan en tiempo y forma para asegurar que no se produce un agravamiento de las condiciones de las comunidades lo que conllevaría un incremento en las necesidades humanitarias.

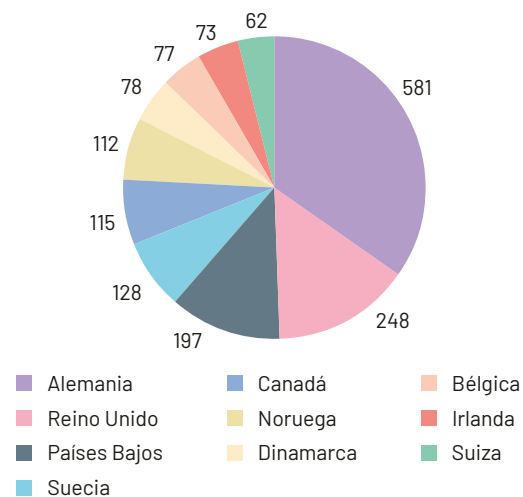
Con relación a los Fondos Comunes gestionados por OCHA (que alimentan el Fondo Central de Respuesta a Emergencias –CERF, por sus siglas en inglés– y los Fondos Comunes a Nivel País –CBPF, en sus siglas en inglés–, de los 1.976 millones de dólares recibidos en 2022 se han asignado 1.406 millones.

Ambos fondos resultan claves al permitir atender crisis que, si bien son importantes, no resultan prioritarias para los donantes. Además, estos fondos permiten garantizar la coordinación para abordar crisis o sectores desatendidos en la respuesta humanitaria y permitir una financiación más flexible. Por otro lado, en el caso de los Fondos Comunes a Nivel País, permite canalizar más fondos y con mayor rapidez a las organizaciones locales y nacionales. Para los donantes, los fondos comunes permiten reducir los costes administrativos y de transacción, la gestión de riesgos, y pueden ayudar a cumplir los objetivos de localización de los donantes en el marco del Grand Bargain¹⁰.

Los principales contribuyentes a los Fondos Comunes incrementan ligeramente sus aportaciones con respecto a 2021, siendo Alemania quien realiza el mayor esfuerzo, seguido

10 NRC, Pool Funds: The new humanitarian silver bullet? <https://www.nrc.no/resources/reports/pooled-funds-the-new-humanitarian-silver-bullet/>

GRÁFICO 4.4. Principales donantes de fondos comunes (en millones de dólares) 2022



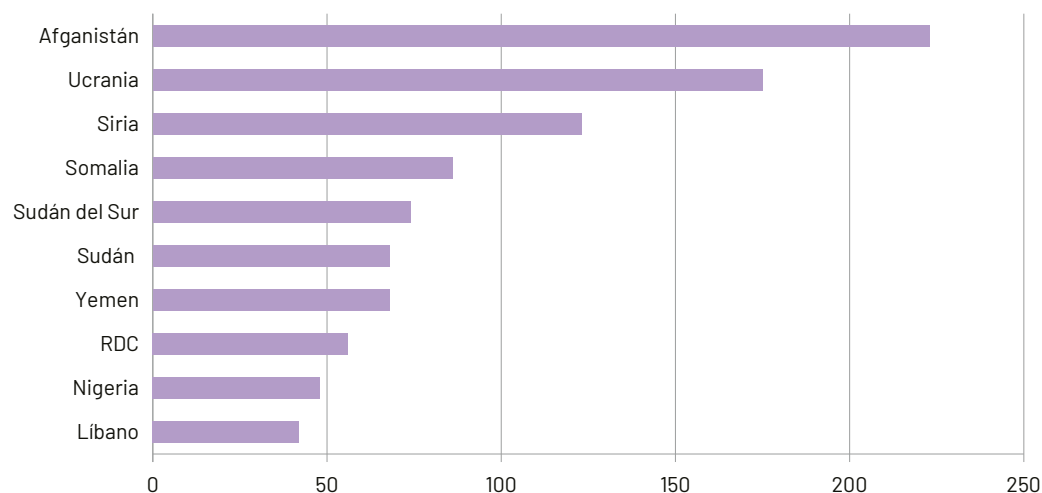
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

de Canadá, Países Bajos, Noruega y Dinamarca. Reino Unido, Suecia y Bélgica reducen sus aportaciones. Señalar que Arabia Saudí y Emiratos Árabes, dos de los principales financiadores de los fondos comunes en 2021, dejan de financiar dichos fondos en 2022.

Respecto a la distribución geográfica de los Fondos Comunes, figuran como principales receptores: Afganistán, Líbano, Nigeria, RD del Congo, Siria, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Ucrania y Yemen.

Todos son países que se enfrentan a crisis complejas, prolongadas en el tiempo por la superposición de múltiples crisis ya sean de carácter político, económico, conflictos, violencia o fenómenos climáticos extremos que incrementan la vulnerabilidad de las comunidades, dificultando su capacidad para hacer frente a las mismas.

GRÁFICO 4.5. Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2022



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

5 El sector salud en la Acción Humanitaria

En 2022 el número de personas que han necesitado ayuda humanitaria ha aumentado de manera importante, lo que ha llevado a que millones de personas se enfrenten a graves amenazas sanitarias como brotes de enfermedades, malnutrición y falta de acceso a servicios sanitarios esenciales. A esto se suma el incremento en el número de ataques a infraestructuras y personal sanitario, lo que dificulta todavía más el acceso a los servicios sanitarios.

Según la OMS¹¹, los brotes de enfermedades cada vez se producen con mayor frecuencia, se propagan con mayor rapidez y abarcan zonas cada vez más extensas. En 2022 se produjo un drástico repunte del número de casos de cólera tras años de descenso, especialmente en África y el Mediterráneo oriental, 31 brotes de cólera hasta principios de enero de 2023, el mayor número de brotes registrados por la OMS. Muchos de los países más afectados, han notificado un número de casos y una tasa de letalidad más elevados que en años anteriores. La tasa media de letalidad por cólera se sitúa en el doble de lo aceptable (<1 %) y es la más alta registrada en más de una década.

Las consecuencias de estos brotes son mucho más graves en contextos frágiles y vulnerables, especialmente en contextos humanitarios, donde los servicios sanitarios esenciales se han reducido o interrumpido completamente y la población sobrevive en condiciones de gran precariedad.

A pesar de que los contextos humanitarios sólo acogen al 25 % de la población mundial, en estos entornos se dan más del 70 % de los casos de enfermedades que pueden convertirse en epidemias, el 60 % de las muertes maternas

evitables, el 53 % de las muertes de menores de cinco años y el 45 % de las muertes infantiles¹².

En África del Este y del Sur, dos regiones que se enfrentan a algunas de las crisis humanitarias más graves están aumentando los brotes de enfermedades transmisibles. La región del Cuerno de África, (Etiopía, Kenia, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Uganda y Yibuti), es una de las más vulnerables a la inseguridad alimentaria y a los desastres climáticos en el mundo, agravado por los conflictos y la violencia. Todo ello está llevando a un importante incremento en el número de brotes de enfermedades infecciosas como el ántrax, dengue, malaria, ébola, sarampión, cólera, hepatitis E, meningitis, leishmaniasis y fiebre amarilla. Algunos países como Uganda, Sudán del Sur y Etiopía, se han enfrentado a múltiples brotes de manera simultánea lo que dificulta todavía más su control.

En Oriente Medio, un brote mortal de cólera se está extendiendo por toda la región a un ritmo alarmante, alimentado por la debilidad de los sistemas de agua y saneamiento, el aumento de la pobreza, los efectos del cambio climático y los conflictos prolongados. Los casos de cólera se han disparado en Yemen e Irak y se han extendido de Siria al Líbano, poniendo en alto riesgo a Jordania y otros países vecinos.

La respuesta de la comunidad internacional a este contexto de incremento de brotes epidémicos, malnutrición, y reducción del acceso a los servicios sanitarios, según los datos reportados al sistema FTS (tanto los llamamientos de NN. UU. como otros fondos), ha sido mejor que en 2021, doblándose los fondos destinados al sector salud que han pasado de 2.380 millones de dólares

¹¹ <https://www.who.int/emergencies/funding/outbreak-and-crisis-response-appeal/2023/2023-appeals>

¹² Idem.

a 4.877 millones en 2022, aumento que se ha producido tanto en los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU. (2.217 millones de dólares) como a otros fondos destinados fuera del sistema de NN. UU. (2.660 millones de dólares).

Con relación a los llamamientos de NN. UU. los fondos se han incrementado en 1.000 millones de dólares lo que ha permitido financiar un mayor porcentaje de los mismos, el 48,5 %

en 2022 frente al 30,4 % en 2021, aunque sigue siendo insuficiente para responder de manera adecuada a las necesidades en salud, lo que lleva a un empeoramiento de los indicadores de salud de la población.

Como en años anteriores, preocupa especialmente la gran diferencia en el nivel de financiación que reciben los planes de respuesta humanitaria tanto nacionales como regionales. Como se puede

ver en el gráfico 4.6, mientras los planes nacionales de Nigeria, Mozambique, Libia, Irak y Burundi han recibido más del 100 % de los fondos solicitados, otros como Venezuela y Colombia apenas han recibido el 10 % de los fondos. Lo mismo sucede en el caso del llamamiento urgente por cólera en Haití, que ha recibido poco más del 17 % de los fondos o con los planes regionales de respuesta a las personas refugiadas de Siria y Afganistán que rondan el 12 % de financiación.

Las crisis humanitarias que más financiación reciben son las de Afganistán, con 455 millones de dólares, Yemen, 380 millones, Ucrania, 318 millones, Siria 269 millones y Etiopía con 177 millones de dólares, seguidas por Líbano, Somalia, RD del Congo y Sudán, todas con financiación por encima de los 100 millones de dólares. Aunque todos los países incrementan de forma importante los fondos que reciben para el sector salud, dicha financiación sigue siendo insuficiente para responder adecuadamente a las necesidades en salud.

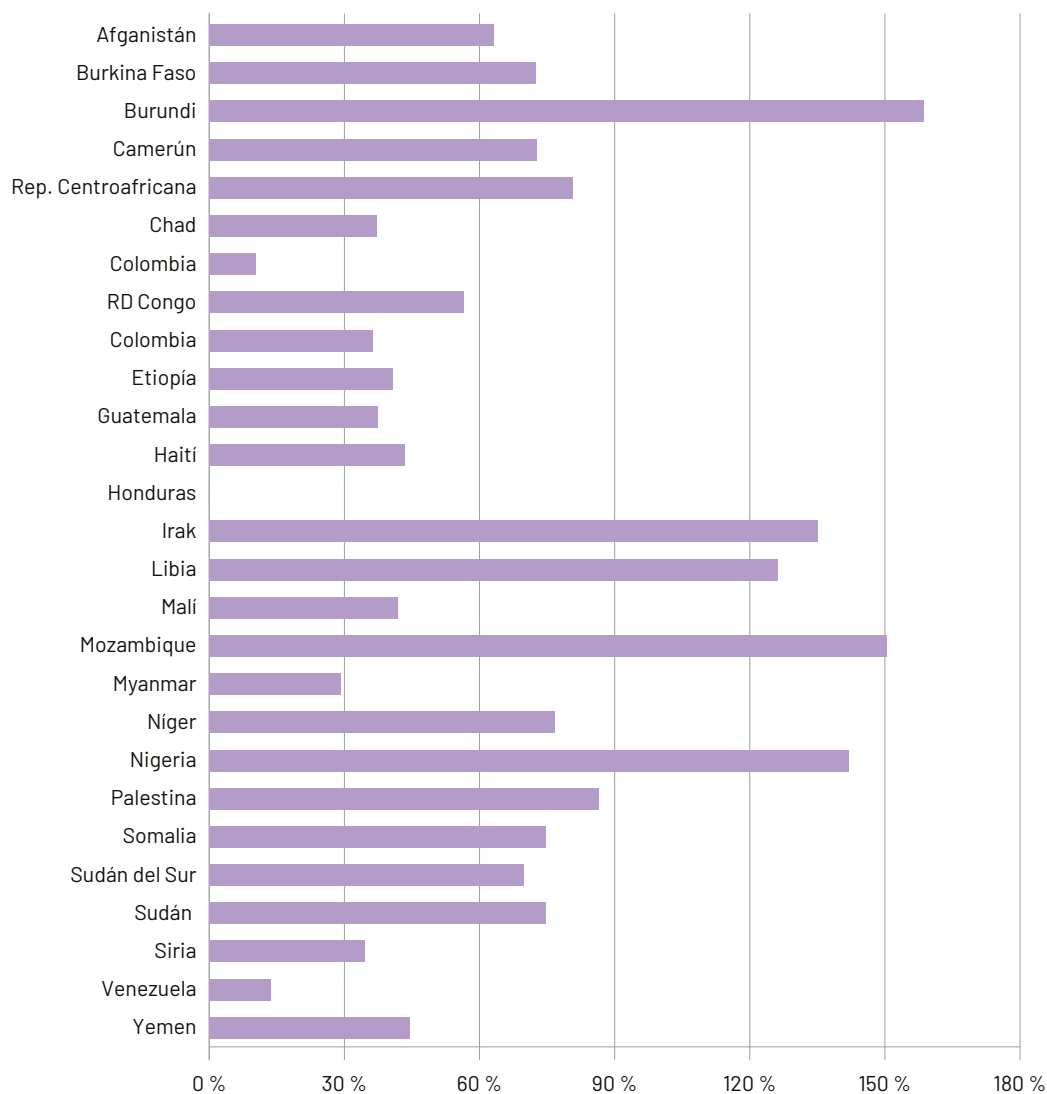
En cuanto a los donantes del sector salud a nivel global en 2022, Estados Unidos con 1.115

millones de dólares y Japón con 917 millones aportan el 41 % de los fondos. Les sigue a cierta distancia Alemania que aporta 480 millones de euros, GAVI con 326 millones, las Instituciones Europeas con 265 millones, Arabia Saudí con 245 millones y Emiratos Árabes con 243 millones. España, la decimoquinta economía mundial por PIB, se encuentra en el puesto 34, con una aportación de casi 10 millones de dólares, muy alejada de los países más comprometidos con el sector salud.

En 2022 la OMS ha lanzado el primer llamamiento consolidado de emergencias sanitarias por un total de 2.738 millones de dólares, para responder, entre otras a las crisis en Uganda, Ucrania, Somalia, RD del Congo, Yemen, Siria, Paquistán, la región del cuerno de África y Sudán.

En 2023, el segundo llamamiento consolidado ha solicitado 2.540 millones de dólares para responder a 54 emergencias sanitarias, muchas de ellas en los mismos países que en 2022. Dado el incremento en el número y complejidad de las crisis humanitarias en 2021, es fundamental que los países donantes financien en tiempo y forma dicho llamamiento.

GRÁFICO 4.6. Porcentaje de financiación del sector salud por país en 2022



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

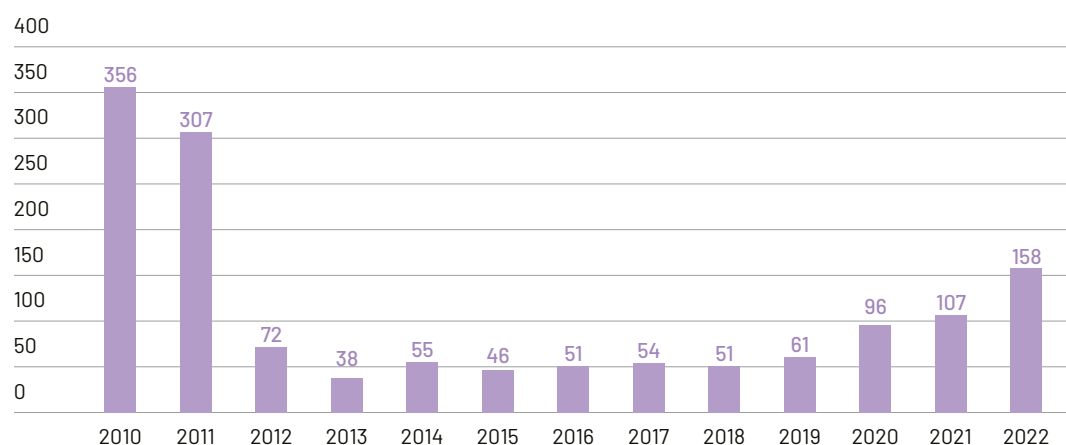
6 La Acción Humanitaria en España

6.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2022

En 2022 el total de la AH de la Cooperación Española (AGE, CC. AA., EE. LL. y universidades) ha crecido un 47,3 % respecto a 2021, pasando de 107.578.556 euros a 158.480.452 euros. aunque en términos absolutos se trata de un incremento muy importante, 50.901.896 millones, en términos porcentuales apenas supone tres décimas más que en 2021 sobre

el total de la AOD. Si la cooperación española destinara el 10 % a acción humanitaria en 2022, como recogen los compromisos internacionales y ahora también la nueva Ley de Cooperación, se habrían destinado 407 millones de euros, 249 millones de euros más de lo destinado, lo que nos situaría como el décimo donante de los países del CAD.

GRÁFICO 4.7. Evolución de la AOD española destinada a AH



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

Que la cooperación española tan solo dedique el 3,88 % de toda su AOD a la acción humanitaria, indica que debe hacer un gran esfuerzo, no solo en términos de incremento de la financiación, sino también de mejora de los instrumentos y de los recursos humanos, para la gestión de dichos fondos si quiere avanzar de forma clara hacia el

objetivo de la Ley de Cooperación y de la Estrategia de Acción Humanitaria de asignar al menos el 10 % de la AOD a AH, y acercarse así a la media de los países del CAD que destinaron el 10,93 % en 2022. Si se mantiene el porcentaje de crecimiento de la AH en los próximos años, se tardaría casi una década en situarse en el 10 % de la AOD.

6.2. Canalización de los fondos

En 2022 se han canalizado 85.396.635 euros por vía bilateral y 70.026.674 euros por la multilateral, como en años anteriores se mantiene el porcentaje destinado a cada una, el 54 % a través de la vía bilateral (4 puntos porcentuales menos que en 2021) y el 44 % vía multilateral (2 puntos porcentuales más).

Por primera vez desde hace años se canalizan fondos por la vía multilateral¹³, 3.057.143 euros (el 2 % de los fondos), la mayor parte de estos fondos, 2,5 millones de euros van destinados al CERF de OCHA, que como ya señalamos, permite atender crisis desatendidas por los donantes y abordar lagunas en la respuesta humanitarias, y dos pequeñas aportaciones, una de 350.000 euros a la Oficina de las Naciones Unidas para Reducción de Riesgo de Desastres y otra de 207.000 euros al PMA. Es de esperar que esto suponga una recuperación de dicha modalidad, tal y como se expresaba en la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española.

En el caso de la vía multilateral (los fondos canalizados a organismos multilaterales pero en los que el donante decide a qué se destinan), los 70.026.674 euros suponen un incremento de más del 50 % con respecto a 2021, cuando apenas superó los 45 millones de euros. Como era de esperar, una buena parte de este crecimiento se ha destinado a Ucrania que ha recibido 20,3 millones de euros.

Como viene sucediendo desde 2017, es Naciones Unidas quien recibe el 99 % de los fondos, siendo las agencias que más financiación reciben el PMA con 20,9 millones de euros, ACNUR con 17,7 millones y la OPS con 10,1 millones. Les sigue de lejos OCHA con 4,9 millones, UNFPA con 4,1 millones, OIM con 3,8 millones, UNICEF con 3 millones y CERF, UNRWA y OMS con algo más de un millón de euros cada una. El 1 % restante, se destina a ECHO.

Por último, los fondos canalizados por vía bilateral, 85.396.635 euros, suponen un incremento de 23,4 millones de euros, casi un 40 % más que

TABLA 4.4. AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2021 Y 2022

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2021		2022	
	Monto	%	Monto	%
Entidades públicas del país donante	6.731.912	10,87 %	2.879.293	3,37 %
Entidades públicas de otro país donante (cooperación delegada)				
Entidades públicas del país socio	290000	0,47 %		
ONGD internacionales	15.758.421	25,45 %	22.489.310	26,34 %
ONGD del país donante	35.721.996	57,68 %	55.886.158	65,44 %
ONGD del país socio	3.044.680	4,92 %	3.304.566	3,87 %
Otras ENL del país donante	353.500	0,57 %	333.399	0,39 %
Otras ENL del país socio			400.000	0,47 %
Universidades públicas del país donante	7.450	1,00 %	55.040	0,06 %
Partenariados público-privados				
Redes				
Otras entidades	20.200	3,00 %	48.868	0,06 %
Entidades con ánimo de lucro en el país socio				
Entidades con ánimo de lucro en el país donante				
TOTAL	61.928.160		85.396.635	

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

13 Hay que recordar, que desde 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse la desagregación sectorial de la AOD multilateral pura. Por tanto, sólo aparece consignada la AOD multilateral canalizada a través de organismos internacionales especializados en acción humanitaria. No aparece, por tanto, la parte proporcional de AOD española canalizada a través de la Unión Europea

en 2021. De nuevo la principal vía de canalización de fondos son las ONGD españolas con 55,8 millones de euros, 20 millones más que en 2021, cifra récord. Las ONGD internacionales también incrementan su financiación, 7 millones más que en 2021, alcanzando los 22,4 millones de euros. Solo se reduce la financiación canalizada a través de las entidades públicas de España, vía ayuntamientos y AECID, que pasa del 10,87 % al 3,37 %.

Respecto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, preocupa que la tendencia es a la reducción del porcentaje de fondos que

se canaliza a través de éstos, a pesar de que la estrategia de AH 2019-2026¹⁴ identifica como acción prioritaria “Destinar un porcentaje creciente de la AHE al apoyo de actores locales”. Aunque los fondos canalizados a través de las ONGD nacionales y locales han crecido ligeramente, el porcentaje de fondos que gestionan decrece, pasando del 7 % en 2019 al 3,87 % en 2022, y nada parece indicar que vaya a cambiar dicha tendencia. Por último, en cuanto a las entidades públicas de los países socios, como ha sucedido otros años, en 2022 no se han canalizado fondos a través de éstas.

6.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria

Como era de esperar, dado el importante incremento en los fondos destinados a la AH en 2022, casi todas las regiones incrementan su financiación, aunque es Europa, por la guerra en Ucrania quien crece de manera exponencial, lo que hace que todas las demás regiones reduzcan el porcentaje de fondos que reciben respecto a 2021.

Solo tres regiones reducen su financiación, Asia Oriental, Asia del Sur y Oriente Medio, preocupa que se reduzca la financiación en estas regiones, especialmente en Asia del Sur (un 70 % menos de fondos, al pasar de 1,9 millones a apenas 600.000 euros) y Oriente Medio (una reducción menor, pero también significativa, de 2,6 millones en relación con 2021), por ser regiones con contextos complejos y crisis humanitarias largas y complejas como Siria, Palestina o Yemen, y donde se acogen a millones de personas refugiadas como Bangladesh, Jordania o Líbano.

En cuanto a las regiones que más incrementan su financiación, Europa es la principal receptora de fondos con 35,4 millones euros, frente a los 150.000 euros de 2021. Le sigue África Subsahariana que aumenta su financiación en 3,3 millones con respecto a 2021, América del Sur

que, con 17,4 millones, incrementa su financiación en algo más de 2 millones de euros, África del Norte, con 1,5 millones más que en 2021 y América central y del caribe que recibe 9,7 millones, 1,2 millones más que en 2021.

Aunque se valora como positivo el incremento en los fondos destinados a África Subsahariana, debemos seguir recordando que se trata de una región infrafinanciada, que soporta el mayor número de crisis humanitarias (21 de los 44 llamamientos humanitarios de NN. UU. son para esta región) y tiene las mayores necesidades humanitarias, por lo que es importante que este crecimiento se mantenga en el tiempo.

Por último, un año más el porcentaje no especificado sigue siendo muy elevado, 36,9 millones de euros, especialmente importante es el incremento de fondos destinados a África no especificado a país, que pasa de 18.000 euros en 2021 a 3,2 millones, por lo que el análisis de distribución geográfica que se hace podría variar con respecto a algunas regiones y países.

El análisis por países muestra que 9 de los 10 principales receptores de fondos son los mismos países que en 2021, aunque el orden

TABLA 4.5. AOD española destinada a AH por regiones

Región	2022	%
África del Norte	11.517.216	7,27
África Subsahariana	21.155.111	13,35
África, no especificado	3.261.674	2,06
América Central y Caribe	9.781.284	6,17
América Latina no especificado	200.000	0,13
América del Sur	17.400.603	10,98
Asia, no especificado		
Asia Central	5.155.000	3,25
Asia del Sur	642.588	0,41
Asia Oriental	512.419	0,32
Europa	35.410.736	22,34
Oceania		
Oriente Medio	19.989.090	12,61
PVD no especificado	33.454.730	21,11
TOTAL	158.480.451	100

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

ha cambiado ligeramente y también los fondos que reciben. La mayoría de este grupo de países incrementa su financiación, aunque no todos, Palestina y Líbano ven recortada su financiación en torno a un 17 % con respecto a 2021, el primero en 2 millones de euros, y el segundo en unos 600.000 euros. Mientras que Siria prácticamente recibe la misma financiación que en 2021.

El principal receptor de fondos en 2022 es Ucrania, que, con 31,4 millones de euros, recibe 3 veces más que el segundo, los campamentos de población refugiada saharauí, con 10,3 millones de euros, un 30 % más que en 2021, seguido por Palestina con 9,4 millones y Venezuela con 7,9 millones de euros (un 25 % más que en 2021). Hay que destacar también el importante crecimiento en la financiación de Níger, que dobla los

fondos recibidos en 2021, reflejo de la grave crisis humanitaria que vive este país, y Malí y Afganistán, que también se enfrentan a graves crisis y a los que se destina un 40 % más de fondos que el año anterior.

Estos 10 países reciben el 56 % de la financiación destinada a AH por la cooperación española, 88.794.012 euros, mientras que los 10 países que menos financiación reciben (van desde los 885,25 euros de Ruanda hasta los 80.000 euros de República Dominicana), han recibido 239.183,17 euros, lo que equivale al 0,15 % de los fondos destinados a la AH en 2022.

Aunque la magnitud y complejidad de las crisis humanitarias varía mucho, y por lo tanto también las necesidades que tiene, es difícil de entender que los 4.388,12 euros destinados a Zambia o los 11.204,23 destinados a Camerún ayuden a responder adecuadamente a las necesidades humanitarias de esos países.

TABLA 4.6. Principales receptores de AH española en 2022

PAÍSES	2022
Ucrania	31.465.111
Pob. Saharaui	10.312.825
Palestina	9.465.060
Venezuela	7.996.280
Siria	5.648.590
Níger	5.548.231
Colombia	5.372.740
Afganistán	5.155.000
Malí	4.299.736
Líbano	3.530.440

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

6.4. La Acción Humanitaria por sectores

Como en años anteriores, la distribución sectorial de la ayuda ha priorizado el sector Ayuda y servicios materiales de emergencia, que recibe el 38 % de los fondos, seguido por Coordinación de los servicios de protección de la ayuda con

el 23 %, el sector Ayuda alimentaria de emergencia con el 17 % (un incremento de 4 puntos con respecto a 2021) y Servicios básicos de salud en emergencias con el 12 % de los fondos. Por volumen, aunque todos los sectores incre-

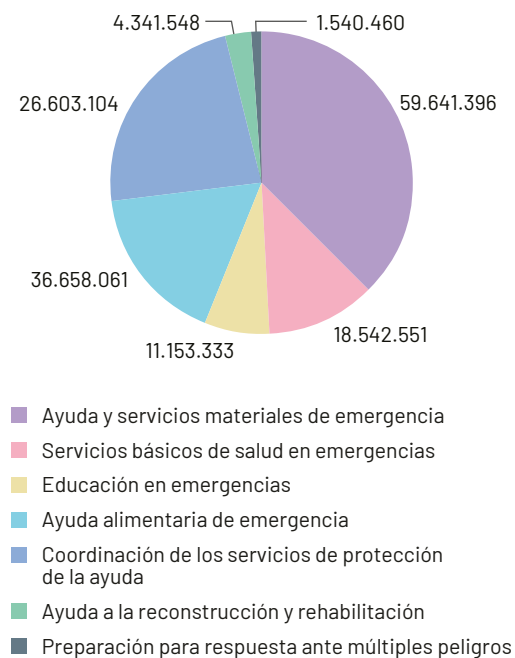
14 Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y de Cooperación (MAUC), Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026

mentan los fondos recibidos, es el sector de la ayuda alimentaria el que más crece, un 80 %, reflejo de la grave crisis alimentaria que viven muchos países, seguido por el sector Preparación para respuesta ante múltiples peligros con un 75 %. El resto de los sectores crecen en torno a un 45 %, excepto Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación que prácticamente se mantiene igual.

En cuanto al sector Servicios básicos de salud en emergencias, los 18,5 millones de euros recibidos suponen un incremento de 5 millones con respecto a 2021. Como en años anteriores son las agencias de NN. UU. con 9.875.000 euros y las ONG del país donante con 7.796.634 euros quienes reciben el 95 % de los fondos.

El principal receptor de fondos para servicios básicos de salud en emergencias es Ucrania con 2.839.949 euros, seguido de los campamentos saharauís con 1.581.925 euros, Bolivia con 1.298.826 euros y Venezuela con 1.491.000 euros. Les siguen de lejos Malí con 819.088 euros, Siria con 746.990 y Palestina con 724.000 euros.

GRÁFICO 4.8. Asignación de fondos por sectores CRS 2022



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

6.5. La Acción Humanitaria por agentes

La Administración General del Estado (AGE) continúa siendo el principal financiador de AH, incrementando un 45 % su financiación en 2022, hasta situarse en los 120 millones de euros. Aunque se supera por primera vez desde 2011 la barrera de los 100 millones sigue muy lejos de los 290 millones de ese año.

TABLA 4.7. AOD española para AH por agentes en 2022

Agentes	Total	%
AGE	120.087.064	76
CC. AA.	27.093.832	17
EE. LL.	11.241.766	7
Universidades	57.790	0
TOTAL	158.480.452	100

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

Como ya sucedió en 2021 es el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación quien aporta la totalidad de los fondos de la AGE.

En el caso de los demás agentes financiadores, todos aumentan los fondos que destinan a la AH, aunque de forma desigual. Mientras que las comunidades autónomas la incrementan un 35 % (7 millones más que el año anterior), las entidades locales doblan su financiación, pasando de 5,8 millones de euros a 11,2 millones una cantidad nunca alcanzada, aunque en términos porcentuales el incremento es pequeño, solo 2 puntos. Finalmente, las universidades, retoman la senda de la financiación de la AH, aunque modesta, tras varios años en niveles prácticamente testimoniales.

Por último, si se analiza el porcentaje que asigna cada financiador, aunque todas aumentan el porcentaje destinado a AH, no todas realizan el mismo esfuerzo. Las EE. LL. es el agente que más incrementa dicho porcentaje y la que asigna un mayor porcentaje de su AOD, el 11,74 %, seguido por las CC. AA. con el 8,41 % y por últi-

mo la AGE que tan solo destina el 3,28 % de sus fondos. Las universidades, por su parte, apenas llegan al 0,47 %, un porcentaje totalmente testimonial. Es, por tanto, la AGE la que tiene que hacer un mayor esfuerzo para avanzar hacia la consecución del compromiso de destinar el 10 % de la AOD a AH.

6.6. La Acción Humanitaria descentralizada

NOTA AL ANÁLISIS DE LOS DATOS SOBRE COOPERACIÓN AUTÓNOMICA

Uno de los propósitos de este informe es poner en valor la cooperación que realizan las comunidades autónomas y las entidades locales, desde el análisis riguroso de los datos que nos proporciona DGPOLDES. Este ejercicio requiere no solo analizar los datos sino también entenderlos; de ahí nuestro interés en clarificar cualquier discrepancia que pueda surgir, como es el caso de la codificación de los datos referidos a salud o a ayuda humanitaria, que son los que analiza este informe.

Parte de las divergencias se basan en la imposibilidad para codificar la AH según el criterio metas-ODS, además de los códigos CRS-CAD. Por ello, desde el informe “La salud en la cooperación para el desarrollo y la acción humanitaria”, defendemos que la acción humanitaria es una modalidad de cooperación, no un sector, y una posible solución sería que la AH se incorporara como un Instrumento (el CAD lo denomina Co-operation modalities). De esta forma se podría cruzar con cualquier Sector, ODS y Meta-ODS.

En términos globales, la cooperación descentralizada ha destinado el 8,92 % de su AOD a la AH en 2022, 1,4 puntos porcentuales más que en 2021, confirmando así la tendencia al crecimiento de los últimos años. En términos absolutos, lo destinado a AH por la cooperación descentralizada (CC. AA. y EE. LL.) ha pasado de 25.661.897 euros en 2021 a 38.335.598 euros, un incremento del 50 % con respecto a 2021, que sumado al incremento del 20 % de 2021 confirma la apuesta de la cooperación descentralizada por la acción humanitaria.

Si se analizan los datos relativos a las CC. AA. y a las EE. LL. se observa que, en términos de volumen, son las Comunidades autónomas quienes más crecen, 7,2 millones de euros más que en 2021, aunque dicho crecimiento se da de forma desigual y solo en 10 CC. AA., el resto decrecen o se mantienen sin cambios. Mientras que, en tér-

minos de porcentaje, son las EE. LL. quienes más lo incrementan, doblando los fondos destinados a la AH (pasando de 5,3 millones a 11,2 millones de euros), aunque de nuevo, dicho crecimiento se da de forma desigual y solo en el conjunto de las EE. LL., de 7 comunidades autónomas.

Según muestra el volcado de DGPOLDES, las principales financiadoras de la AH son de nuevo País Vasco, que, aunque disminuye ligeramente los fondos aportados, se mantiene por encima de los 8 millones de euros, concretamente 8.548.097 euros, seguida de Comunidad Valenciana, que casi triplica su financiación llegando a los 7.966.597 euros, y Cataluña que los incrementa casi un 40 % hasta situarse en 4.009.770 euros. Extremadura y Andalucía también asignan más de un millón de euros a la AH y crecen ligeramente con respecto a 2021. En el caso de Andalucía los datos propor-

cionados por la propia comunidad indica que se han destinado 2.298.348 euros, y no 1.099.082 euros como recoge el volcado de DGPOLDES.

Entre las comunidades que reducen su financiación, destacan Navarra, Castilla y León y Cantabria, con reducciones en torno al 75 % de los fondos destinados en 2021.

Si se analiza el porcentaje de AOD destinado a la AH, la media del conjunto de las Comunidades autónomas se sitúa en el 8,4 %, pero hay grandes diferencias entre ellas. 6 comunidades destinan más del 10 % de su AOD a acción humanitaria, 5 comunidades están por encima del 4 % superando así el porcentaje que destina el conjunto de la cooperación española y solo 5 están por debajo del dicho porcentaje.

La Comunidad de Madrid asigna el 19 % de su AOD a acción humanitaria, tres puntos menos que en 2021, sobre un total de 4,8 millones de euros. El porcentaje está muy bien si la cifra de AOD estuviera a la altura de lo que se supone a la comunidad más rica de España. Ligeramente por encima del 15 % estarían Baleares y País Vasco, mientras que Castilla-La Mancha, Extremadura y la Comunidad Valenciana destinan en

torno al 12 %, todas ellas están por encima del 10,93 % que destina de media el conjunto de los países del CAD en 2022 y del compromiso internacional de destinar el 10 % a AH.

En el caso de las EE. LL., como ya se ha indicado, solo las entidades locales de 7 comunidades autónomas aumentan su financiación a la AH, el resto la reducen. Destacan los aumentos de fondos destinados a acción humanitaria de las entidades locales de la Comunidad Valenciana que los multiplican por 5, pasando de 237.969 euros a 1.363.981 euros (lo que representa el 20 % de toda su AOD), Madrid, que pasan de destinar 231.500 euros a 5.198.049 euros, lo que supone un tercio de toda su AOD y Asturias, que pasan de 2.087 euros a 485.124 euros. También hay que señalar los incrementos de las entidades locales de Aragón que triplican su financiación y las de Castilla-La Mancha y Murcia que la duplican.

Entre las EE. LL. que reducen los fondos que asignan a acción humanitaria, se encuentran las entidades locales de Baleares, Canarias, Cataluña, Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Galicia, Navarra y País Vasco. Aunque son las entidades locales de Canarias las que más la reducen, de

TABLA 4.8. AH por CC. AA.

CC. AA.	2021	%	2022	%
Andalucía	0		1.099.082	4,06
Aragón	336.553	1,7	550.431	2,03
Asturias	50.000	0,25	359.200	1,33
Baleares	531.444	2,68	950.000	3,46
Canarias	0			
Cantabria	331.825	1,67	97.506	0,36
Castilla y León	592.922	2,99	200.000	0,74
Castilla-La Mancha	255.400	1,29	371.390	1,37
Cataluña	2.810.000	14,18	4.009.770	14,8
Comunidad Valenciana	2.812.862	14,19	7.966.597	29,4
Extremadura	1.089.600	5,5	1.350.000	4,98
Galicia	659.987	3,33	491.697	1,81
La Rioja	50.000	0,25	80.000	0,3
Madrid	1.064.979	5,37	920.062	3,4
Murcia	105.000	0,53	30.000	0,11
Navarra	308.000	1,55	70.000	0,26
País Vasco	8.820.000	44,5	8.548.097	31,55
TOTAL	19.818.571	100	27.093.832	100

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

TABLA 4.9. AH por EE. LL.

EE. LL.	2020	2021	2022
Andalucía	583.152	460.456	535.789
Aragón	13.526	101.744	315.184
Asturias	109.000	2.087	485.124
Baleares	68.701	194.426	106.896
Canarias	170.000	1.352.512	176.204
Cantabria	5.000	5.500	-
Castilla y León	216.821	166.749	135.889
Castilla-La Mancha	15.000	77.673	151.000
Cataluña	885.654	1.350.000	1.196.022
Comunidad Valenciana	323.167	237.969	1.363.981
Extremadura	32.390	30.320	-
Galicia	6.000	14.080	-
La Rioja			-
Madrid	1.132.625	231.500	5.198.050
Murcia		79.508	159.421
Navarra	134.978	169.500	60.000
País Vasco	638.736	1.361.852	1.358.205
TOTAL	4.334.750	5.835.876	11.241.766

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

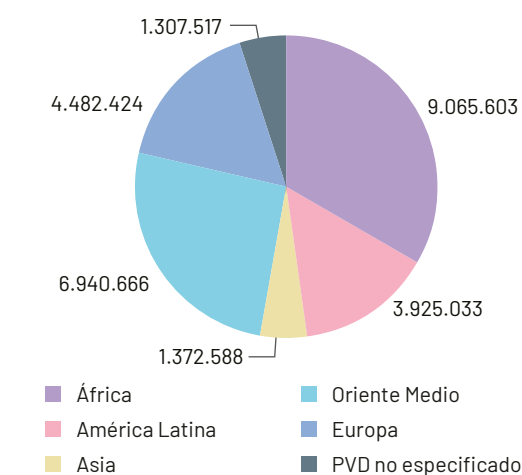
1,3 millones de euros en 2021 a apenas 176.000 en 2022 euros, también preocupa el fuerte descenso de las entidades navarras, un 65 % y las de baleares un 50 %. Por último, las entidades locales de 4 comunidades no asignan fondos a acción humanitaria, las de Extremadura, Cantabria y Galicia dejan de asignar fondos a AH, mientras que las de La Rioja no asignan fondos a AH desde hace unos años.

El análisis de la financiación por entidad local muestra que solo el Ayuntamiento de Madrid y la Diputación de Alicante destinan más de un millón de euros a la AH, 5,1 millones el ayuntamiento y 1,1 millones la diputación, seguidas por el Ayuntamiento de Barcelona, que destina 777.072 euros, la Diputación de Vizcaya con 480.000 euros, la Diputación de Guipúzcoa con 352.550 euros, el Ayuntamiento de Oviedo con 335.000 euros y el de Zaragoza con 315.184 euros. Cierran el grupo de las entidades locales que más fondos aportan a la AH los ayuntamientos de Vitoria-Gasteiz con 200.320 euros, Bilbao con 188.756 euros y Córdoba con 186.401 euros.

Un año más hay que recordar la importancia de la previsibilidad en la financiación de la AH, y de sostener a medio y largo plazo las prioridades, por ejemplo, financiando proyecto plurianuales, porque cada vez más crisis se alargan en el tiempo y es importante mantener el apoyo a medio plazo.

Se cierra este análisis de la cooperación descentralizada dirigida a la AH, con el examen de la distribución geográfica de la financiación de la AH. Como se ha visto a lo largo de este informe, la guerra de Ucrania ha impactado en la asignación y distribución de fondos. En el análisis de los fondos destinados por el conjunto de las CC. AA., África con el 33,6 %, sigue siendo la principal receptora de fondos, con un incremento de 1,5 millones de euros, aunque en términos porcentuales supone 4 puntos menos que en 2021. Le sigue Oriente Medio con el 25,6 % de todos los fondos y un descenso de casi 200.000 euros con respecto a 2021, aunque se trata de un descenso pequeño hay que recordar que se trata de una de las regiones con mayores necesidades humanitarias. Como era de esperar, la región que más crece es Europa que recibe el 16,5 % de todos los fondos, pasando de recibir 150.000 euros en

GRÁFICO 4.9. AH por regiones del conjunto de las CC. AA.



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

2021 a 4.482.424 euros en 2022. En cuarto lugar, por porcentaje de fondos recibidos se encuentra América Latina que incrementa su financiación en 1,2 millones de euros, recibiendo el 14,5 % de los fondos. Finalmente, Asia es la región que menos porcentaje recibe de la AH del conjunto de las CC. AA., el 6 % aunque dobla los fondos con respecto a 2021.

Por último, hay que mencionar que siguen disminuyendo los fondos no asignados, tanto por porcentaje, el 4 % como por volumen total, 4 puntos porcentuales menos y 405.587 euros menos que en 2021, consolidándose la tendencia a la reducción de dichos fondos.

En cuanto a las entidades locales, la guerra de Ucrania hace de Europa la principal receptora de los fondos destinados a AH por el conjunto de las EE. LL., 2,4 millones de euros, lo que equivale al 22,1 % de todos los fondos, nunca antes una sola crisis había concentrado un porcentaje tan elevado de financiación. Aunque se trata de una crisis humanitaria muy importante, no se puede olvidar que hay otras crisis en otras regiones como África Subsahariana y en Oriente Medio con mayores necesidades humanitarias pero que jamás han recibido ese nivel de atención. África

recibe 1,8 millones de euros, el 16,6 % de los fondos, y pasa a ser la segunda región por volumen de financiación, seguida por América Latina y Caribe con el 13,3 %. Preocupa el fuerte descenso en los fondos asignados a Oriente Medio, que ha pasado de 1,3 millones de euros en 2021 a apenas 658.000 en 2022, un descenso que no se justifica dado el agravamiento de las crisis humanitarias en la región, especialmente en Siria.

Por último, indicar que el 42 % de los fondos no tienen especificado el país de destino, por lo que el análisis de la distribución geográfica de los fondos realizado podría variar para algunos países.

TABLA 4.10. AH por regiones del conjunto de las EE. LL.

Región	Fondos destinados
África	1.863.905
América Latina y Caribe	1.491.653
Oriente Medio	658.473
Europa	2.483.739
Asia	25.000
PVD sin especificar	4.718.996
TOTAL	11.241.766

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

En foco

Crisis olvidadas: la urgencia de responsabilidad política y económica ante la normalización del sufrimiento de las personas del sur global

Existen situaciones de crisis, provocadas o no, que desde el primer momento captan una gran atención internacional y movilizan recursos, incluso cambiando los marcos políticos que existen hasta ese momento. Otras, a pesar de afectar en ocasiones a millones de personas, parecen quedar en el olvido de la prensa y la comunidad internacional, de manera que se cronifican hasta el punto de dar la sensación de que se trata

de problemas sin solución y que, por tanto, son poco merecedores de atención.

En 2005, en el marco de la Reforma de las Naciones Unidas y en concreto, de la Reforma administrativa de la coordinación humanitaria, el Secretario General alertó sobre el incremento de la desigualdad en el mundo (UN, 2005) y la desatención desigual de los donantes a las crisis humanitarias (UN, 2005), apuntando que son

aquellas que se producen en el continente africano las que resultaban en ese momento más desatendidas y que existían sectores que, siendo esenciales para el mantenimiento de la vida, no contaban con un mínimo de recursos.

En un intento de dar prioridad a la respuesta a estas crisis y reducir estas brechas, Naciones Unidas pone el énfasis en la respuesta basada en la identificación de necesidades humanitarias. Para ello utiliza una combinación de indicadores que combinan el nivel de riesgo de cada posible situación, con el nivel de vulnerabilidad y resiliencia de los países o sectores que se pueden ver afectados. En función de ello identifica un conjunto de “crisis con déficit de financiación” a las que asigna de manera anticipada una parte de los fondos de emergencia y prioriza 10 sectores entre los que se encuentran salud, nutrición y protección. Así, el Fondo Central de Respuesta a Emergencias (CERF), dedica anualmente al menos el 30 % de la financiación de la que dispone a responder a necesidades humanitarias a crisis categorizadas con déficit de financiación. Por ejemplo, la última ronda de financiación realizada hasta el momento por el CERF en 2023 priorizó a: Afganistán, Bangladesh, Burkina Faso, Haití, Mali, Myanmar, Uganda, República Centro Africana, Malawi, Mozambique, Venezuela y Yemen. Además, identificó otros dos grupos que suman un total de 22 países a los que potencialmente podría priorizar. Sólo la mitad de los territorios priorizados cuentan con Planes de Respuesta Humanitaria (CERF, 2023)

Por su parte, la Unión Europea utiliza la idea de “crisis olvidadas”, reafirmando su compromiso de prestar atención prioritaria a estas crisis a través de la Declaración conjunta denominada Consenso Europeo en Ayuda Humanitaria (EU, 2008). **La UE define crisis olvidadas como aquellas en las que confluyen los factores de riesgo y vulnerabilidad con una significativa falta de financiación por parte de donantes y escasa atención de prensa relevante a nivel internacional. En este caso, asume como política dedicar el 15 % de su presupuesto humanitario inicial**

a un listado de crisis que denomina olvidadas (ECHO, 2021). La Evaluación que da como resultado el listado de crisis olvidadas de ECHO considera que las crisis pueden afectar minorías dentro de países y que pueden representar la combinación de más de un tipo de crisis al mismo tiempo – denominadas crisis complejas. Para 2022-2023, se categorizaron 15 contextos como crisis olvidadas. Entre ellas se encuentran las crisis complejas en la República Democrática del Congo (RDC), en Camerún, en Burundi, en Sudán del Sur, en la República Centroafricana y en Colombia. Además, se incluyen la crisis de personas refugiadas en diferentes países como Sudán, de la República Centroafricana en Chad, de personas refugiadas Saharauis en Argelia, de las personas refugiadas Rohingya en Bangladesh y de las personas venezolanas Ecuador y Perú. Otras crisis olvidadas priorizadas son las relacionadas con situaciones de violencia en el noroeste de Nigeria en Darfur Occidental y la crisis socioeconómica en el Líbano.

Dado el contexto general de escasez de financiación de la ayuda internacional, resulta muy necesario llamar la atención sobre esta situación. **De acuerdo con OCHA (2023) el promedio de financiación de los Planes de Respuesta Humanitaria al cierre del tercer trimestre de 2023 era apenas 32,1 % del total de los recursos necesarios.** La respuesta a algunas situaciones concretas como el llamamiento de respuesta para el terremoto en Siria es destacable: se contó con el 100 % de los recursos solicitados. No obstante, y paradójicamente, el Plan de Respuesta Humanitaria en el conjunto del país, que mantiene una guerra que cumplió ya 12 años, obtuvo al cierre del tercer trimestre de 2023 apenas el 29,3 % de la financiación requerida. Junto al Plan de Respuesta Humanitaria de Siria, otros como los de Burundi, Chad, Camerún, Mali, Líbano, Myanmar, Haití, El Salvador, Guatemala y Honduras, no alcanzan si quiera un tercio de la financiación necesaria para la respuesta a las necesidades humanitarias.

Esta alarmante brecha repercute en la disponibilidad de recursos previstos para la respuesta

en sectores esenciales como la salud básica, la nutrición y la protección, incluyendo respuesta a la violencia basada en género, llegando a producirse situaciones como los contextos de emergencia humanitaria en El Salvador y Guatemala, donde los recursos requeridos para atender necesidades en salud y nutrición son prácticamente inexistentes (OCHA, 2023).

En este sentido, se hace necesario, **además de incidir para que los países atiendan sus obligaciones y compromisos internacionales en materia de AOD, establecer unos mínimos en términos de asignación presupuestaria que garanticen la respuesta, al menos, de las necesidades vitales. Esto debe acompañarse de mejoras en la previsibilidad de la ayuda y flexibilidad** que permita orientar los recursos donde se identifiquen necesidades más acuciantes, de manera oportuna.

A un nivel más macro, hace falta que el conjunto de la comunidad internacional invoque a una mayor coherencia de políticas, abordando de manera responsable los factores que están a la base de las crisis consideradas olvidadas de manera que puedan encontrarse vías de solución sostenibles y justas. Para ello, las organizaciones de la sociedad civil que trabajan en la creación de alternativas a las crisis en cada territorio son agentes muy importantes que deben ser escuchados y recibir el mayor

apoyo posible, no sólo a nivel operativo, sino también político.

Los integrantes de la comunidad internacional tienen la responsabilidad de aportar, de acuerdo con sus posibilidades, no sólo desde el punto de vista financiero en términos de ayuda, sino, en primer lugar, respetando y exigiendo respeto de los derechos humanos y de la Tierra y del Derecho Internacional Humanitario y también mediante una participación responsable en los diferentes foros de la comunidad internacional, que aporte a la prevención, respuesta y superación de las crisis. Es necesario favorecer contextos políticos saludables, con garantías para el diálogo y con participación de la sociedad civil local.

Por otra parte, corresponde una reflexión sobre el papel de la prensa. Es indispensable que se pueda favorecer la visibilidad de las denominadas crisis olvidadas, respetando la humanidad, la dignidad, la voz y la agenda política de quienes las viven en primera persona y poniendo en cuestión los relatos que normalizan el sufrimiento, que suelen repetirse de manera sistemática cuando se trata de comunidades del Sur Global. Hace falta que su relato profundice en la complejidad de las crisis, visibilizando sus causas estructurales e incluyendo aquellos elementos políticos y económicos que las favorecen o que se benefician de ellas.

Burkina Faso: La crisis humanitaria y nutricional más desatendida del mundo

En junio de 2023, se clasificó la crisis humanitaria y nutricional de Burkina Faso como la crisis más desatendida del mundo, por la falta de financiación para la respuesta humanitaria, la baja atención mediática que recibe y la falta de iniciativa política internacional para apoyar al país.

Este país de la gran región del Sahel de unos 20 millones de habitantes se enfrenta a una crisis humanitaria desde 2019 según las Naciones Unidas, crisis que está vinculada con los conflic-

tos armados en el norte y la inestabilidad política que vive el país desde 2014 y que se inició con la caída del presidente Blaise Compaoré tras 27 años en el poder. Desde entonces, el país ha vivido un periodo de transición política, un intento de golpe de Estado que fracasó en 2015, la elección de un nuevo presidente en diciembre de 2015, una serie de atentados terroristas en la capital Uagadugú en 2016, 2017 y 2018, el aumento de los ataques terroristas en el Norte y Este del país con unas

60.000 personas desplazadas al inicio de 2019, la reelección del presidente en diciembre de 2020, su caída bajo un golpe de Estado en enero de 2022, y un último golpe de Estado en septiembre de 2022 por una parte del ejército en desacuerdo con el gobierno militar de transición.

Desde el inicio de los conflictos armados en 2015, más de 14.000 personas perdieron la vida, la mitad desde enero de 2022. En estos momentos, unos 2 millones de personas están desplazadas internamente en el país, huyendo de los conflictos armados en sus barrios, dejando atrás a miembros de su familia, sus hogares, tierras y ganado, refugiándose en las grandes ciudades del país donde muchas de estas personas desplazadas no tienen otra opción que mendigar para sobrevivir.

Las 800.000 personas que no pudieron huir porque están en zonas que están bajo bloqueo desde el inicio de 2022, es decir que los accesos están controlados y cerrados por los grupos armados no estatales, sufren de malnutrición y están en fase IPC 4 sobre 5, o sea la fase previa a la hambruna según la clasificación de las Naciones Unidas. Solo pueden contar con algunos alimentos y medicamentos enviados por helicópteros humanitarios, y esta ayuda llega con cuentagotas.

Según la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de las NN. UU. (OCHA, por sus siglas en inglés), 4,7 millones de personas necesitan ayuda humanitaria, el 25 % de la población de Burkina Faso. De éstas, casi 4 millones necesitan ayuda alimentaria y 2 millones están directamente privadas de acceso a la salud, con 336 centros de salud cerrados y 371 funcionando en mínimos y/o intermitentemente, lo que impacta de forma muy negativa en la atención primaria.

Además, las derivaciones de pacientes hacia hospitales son muy difíciles por varios motivos, entre otros las largas distancias hasta el hospital (más de 50 kilómetros en ciertas regiones), las carreteras en malas condiciones (sobre todo durante la temporada de lluvia), la falta de medio de transporte personal o del Estado (27 ambulancias fueron robadas o destruidas por grupos

armados) y el riesgo de ataques o minas en las carreteras. Una de las consecuencias de esto es que las niñas y niños menores de 5 años que sufren de malnutrición aguda con complicaciones tengan una tasa de mortalidad en el hospital de Dori (región del Sahel) de un 19 % porque llegan demasiado tarde al hospital, cuando las normas requieren estar por debajo del 10 %.

La salud es un área particularmente impactada por la crisis en el país. Además de las ambulancias robadas o destruidas a veces cuando transportan a personas enfermas que son abandonadas sin importar su estado de salud, entre 2016 y 2022, 86 trabajadoras y trabajadores sanitarios fueron secuestrados, y 15 centros de salud o almacenes de medicamentos robados.

Ante esta situación, se movilizó la comunidad internacional con ONG y las NNUU para apoyar al sistema público y a la sociedad civil del país en su respuesta a las personas más afectadas por la crisis humanitaria.

Pero estos esfuerzos no son suficientes para responder a las necesidades de la población. Para poder mejorar la atención a las personas más vulnerables, es necesario abordar algunos de los desafíos a los que se enfrenta esta crisis:

- **Mejorar la coordinación** y cooperación entre las diferentes agencias de las NN. UU. y las ONG;
- Reforzar las relaciones de trabajo con el gobierno de Burkina Faso, para mejorar la **comprensión y respeto de los principios humanitarios** (humanidad, neutralidad, imparcialidad e independencia);
- Exigir a los donantes que asignen los fondos necesarios para responder a esta enorme crisis humanitaria. El plan de respuesta humanitaria 2023 había recibido hasta agosto tan solo el 29 % de los fondos requeridos (unos 250 de los 877 millones de dólares que se han solicitado) para atender a la población, esto quiere decir que hasta ahora solo se ha llegado a 1,3 millones de los 4,7 millones de personas que necesitan ayuda.

Guatemala: La defensa de la democracia en medio de múltiples crisis

Aunque la extensión geográfica de Guatemala es relativamente pequeña, cuenta con una excepcional biodiversidad, derivada, entre otros factores, de la abundancia de agua. Es también un país con una enorme diversidad étnica, el 43,75 % de la población se autoidentifica como perteneciente a uno de los 25 pueblos Mayas, o como Garífuna, Xinka, Creole o afrodescendientes. A pesar del reconocimiento formal de Guatemala como sociedad multicultural, la exclusión, la discriminación y el racismo estructural prevalecen. (IWGIA, 2023).

Guatemala es considerada la economía más grande de América Central, con un creciente Producto Interno Bruto (Banco Mundial, 2023). No obstante, el 56 % de sus habitantes vivía por debajo de la línea de pobreza en 2020. Según los últimos datos oficiales, de 2014, el Índice GINI le ubicaba como el décimo país más desigual del mundo (Banco Mundial, 2023) y en 2022 presenta uno de los Índices de Desarrollo Humano más bajos de la región (1,67), sólo por delante de Honduras y Haití (PAHO, 2022). Al mismo tiempo, como parte de América Central, es un territorio altamente vulnerable a la crisis climática y se prevé que los diferentes fenómenos meteorológicos que afectan la región se intensifiquen en los próximos años (IPCC, 2022).

Los indicadores generales de mortalidad materna e infantil muestran una tendencia a la baja (PAHO, 2022). En cuanto a la Cobertura Universal de los Servicios sanitarios, si bien Guatemala ha realizado avances, se mantiene en los últimos 20 años en el nivel de acceso medio, muy por debajo del conjunto de los países de la región e incluso de países vecinos como Honduras y el Salvador (WHO y Banco Mundial, 2023). Actualmente, la cobertura sanitaria universal se estima en 58,6 % (WHO, 2021).

Las principales barreras al acceso universal en salud en Guatemala son los costes en financiación. En el 2020, el gasto público en salud representó 2,48 % del PIB y 15,86 % del gasto público total, mientras que el gasto directo de la población en salud implicó 56,29 % del gasto total

en salud (WHO, 2021), siendo una de las cuestiones más preocupantes el costo sumamente alto de los medicamentos esenciales. En segundo lugar, se encuentran las denominadas barreras organizacionales, entre las que se encuentran: horas de servicio inadecuadas, falta de cumplimiento de los horarios, gestión deficiente de las listas de espera y falta de coordinación en la prestación de servicios sanitarios. Entre los indicadores con más dificultades en cuanto a acceso universal se encuentran el seguimiento de la hipertensión, y la capacidad de los servicios —que incluye la disponibilidad de personal sanitario, de camas hospitalarias y el grado de incorporación de los estándares sanitarios internacionales (WHO, 2023). Como sucede en otros países, en Guatemala se advierte una importante desigualdad en la disponibilidad de servicios sanitarios entre las zonas urbanas y rurales del país.

Por otro lado, el gobierno de Guatemala mantiene reservas en relación con los consensos internacionales en materia de derechos sexuales y reproductivos, concretamente en lo que se refiere al acceso a la atención del aborto (UN, 2023). Se mantiene una legislación restrictiva que permite aborto solo en los casos de riesgo de muerte para la mujer embarazada, lo que limita el conjunto del avance en la cobertura sanitaria universal. Según el Observatorio de Salud Reproductiva, entre enero y agosto de 2023 se produjeron más de 43.000 nacimientos por madres adolescentes entre 15 y 19 años y más de 15.000 de niñas entre 10 y 14 años.

La violencia generalizada es resultado de los escasos avances conseguidos en los procesos de justicia transicional después del conflicto interno armado. Durante 2022, cada día 8 personas perdieron la vida de manera violenta en Guatemala. Los homicidios se incrementaron 6,2 % respecto al año anterior, siendo que el 85,5 % de las víctimas son hombres. Al menos 4 mujeres y niñas fueron reportadas como desaparecidas cada día (Infosegura, 2022). La tercera parte de las desapariciones entre 2019 y 2022 fueron menores entre

15 y 19 años y 10 a 14 años (43 % y 24 %) respectivamente (IEPADE, 2023). En 2021, se alcanzaron las cifras más altas de los últimos 7 años en denuncias interpuestas por casos de mujeres y niñas agraviadas por violencia contra la mujer, violación/violación agravada, trata de personas y femicidios.

A las diferentes dimensiones de crisis y desafíos descritos se suma la grave crisis institucional que vive el país, especialmente aguda en los últimos 6 años. De acuerdo con la categorización de CIVICUS Monitor, el espacio cívico en el país pasó a ser calificado como “represivo” en 2022, dado el aumento de la criminalización de periodistas, miembros del aparato judicial y personas defensoras de los derechos humanos. CIVICUS señala que: “en Guatemala, las personas y organizaciones que llevan a cabo una labor crucial para acabar con la corrupción y documentar los abusos contra los derechos humanos lo hicieron corriendo grandes riesgos personales. Se enfrentan a actos de criminalización, amenazas de detención, acoso y agresiones”.

En 2023, en el contexto de las elecciones, se vienen produciendo graves interferencias por parte de organismos del Estado a instituciones electorales, como el Tribunal Supremo Electoral y candidaturas, así como “la persecución, hostigamiento e intimidación intolerables contra los más de 125 mil ciudadanos y ciudadanas de Guatemala que ejercieron un compromiso ético y democrático con su país como miembros de juntas receptoras de votos, revisores o digitadores, cuyos nombres fueron solicitados al TSE por el Ministerio Público sin que se conozcan los motivos” (Misión de Observación de la Unión Europea). Los próximos meses serán cruciales para saber si se consigue garantizar el “respeto a la voluntad de los votantes expresada inequívocamente en las urnas”, como ha manifestado la Misión de Observación UE, entre otros agentes internacionales y locales, que mantienen una permanente movilización, liderada por organizaciones indígenas.

La implicación de la comunidad internacional en las diferentes crisis que vive Guatemala es lamentablemente escasa, a tal punto que la crisis alimentaria y de violencia en el país se consideró

durante años sucesivos una crisis olvidada, como resultado del alto riesgo y vulnerabilidad, combinado con una escasa disponibilidad de ayuda humanitaria y atención de la prensa internacional.

De acuerdo con el Plan de Respuesta Humanitaria, de los 17,6 millones de personas que habitan el país, 5 millones se encuentran en necesidad de asistencia humanitaria en 2023. Esta cifra supone un aumento de 32 % de incremento con relación al año anterior. La inseguridad alimentaria y nutricional, en grado de crisis o emergencia afecta a 4,6 millones de personas. Casi 2 millones de personas presentan necesidades humanitarias relacionadas con la desnutrición aguda.

A estas necesidades se suman las derivadas de desplazamientos internos, así como la condición de Guatemala como país de origen, tránsito, destino y retorno de personas migrantes, incluyendo personas refugiadas y solicitantes de la condición de refugiado, identificándose un total de 2,6 millones de personas con necesidades de protección y asistencia humanitaria (OCHA). Las organizaciones de la sociedad guatemalteca demandaron durante 2023, como en años anteriores, transparencia en las políticas migratorias, altamente influenciadas por la política de externalización de fronteras de Estados Unidos. Al mismo tiempo, de acuerdo con IWGIA, las remesas familiares se mantuvieron como uno de los motores más importantes para la economía, pasando de 1.600 millones de USD en 2002 a 18.000 millones de USD en 2022, superando el volumen de las exportaciones totales estimadas en 15.000 millones de USD en 2021.

Al cierre del tercer trimestre de 2023, según OCHA, la financiación requerida para cubrir las necesidades identificadas en el Plan de Respuesta Humanitaria en Guatemala apenas alcanzó la quinta parte de los 126 millones de USD estimados, de los cuales el 84,6 % provienen de los Estados Unidos. Los recursos se concentran en la respuesta a necesidades en educación, protección, seguridad alimentaria y alojamientos temporales de emergencia, mientras que otros sectores como salud y nutrición prácticamente no disponen de financiación.

5

Conclusiones y recomendaciones



1. La salud ha estado marcada por las consecuencias de varios acontecimientos globales. Uno de los más importantes sigue siendo la pandemia de COVID-19, que ha tenido un impacto significativo en la atención médica en todo el mundo, que ha visto como los países han interrumpido parcial o totalmente los servicios de tratamiento de enfermedades. Los conflictos mundiales, como la guerra en Ucrania, también han tenido un impacto en la salud. La violencia y la inseguridad interrumpen los servicios de salud y aumentan el riesgo de enfermedades infecciosas. La crisis climática es otro acontecimiento global que afecta la salud. La contaminación del aire, el cambio climático y otros factores ambientales aumentan el riesgo de enfermedades respiratorias, cardiovasculares y otras enfermedades crónicas. Estos acontecimientos repercuten sin duda en el progreso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible lo que, unido a un interés desigual de los gobiernos por empujar la Agenda, hace que a mitad de camino hacia el 2030 un 30 % de las metas se hayan estancado o retrocedido, un 50 % tengan avances insuficientes y solo un 20 % estén en situación de cumplirse. Y si nos referimos a salud, el 10 % de las metas se han cumplido o están en camino de cumplirse, el 60 % necesita medidas de aceleración, el 20 % están en riesgo de no cumplirse y hay un 10 % que no dispone de datos suficientes.

Si bien los efectos devastadores de la pandemia, los conflictos mundiales y la crisis climática han puesto freno al progreso de los ODS, el compromiso y una acción urgente de los gobiernos permitiría retomar el camino de progreso. Los Gobiernos debe aprovechar la oportunidad que nos ofrece La Cumbre del Futuro de 2024 para mejorar la cooperación, subsanar las deficiencias en la gobernanza global y reafirmar los compromisos existentes en torno a la Agenda 2030.

2. Los países siguen apostando por transformar sin cambiar nada, y eso no es posible. No se puede seguir facilitando subsidios a los combustibles fósiles y firmar ostentosos acuerdos a favor de la sostenibilidad del planeta. No se puede tener un Derecho Internacional Humanitario que en teoría protege a la población civil que no participa en los conflictos y guerras, pero que se incumple permanentemente por parte de los contendientes de los conflictos. No se puede aspirar a una Cobertura Sanitaria Universal sin apostar claramente por los principios de Alma Ata, priorizando la atención primaria de salud sobre las soluciones mercantilistas de la salud, permitiendo a una población formada e informada participar sobre las decisiones en su salud. El modelo sanitario de los países más avanzados que se precia de ser el mejor, no es sostenible y, por lo tanto, no es replicable a escala mundial.

La “transformación” mundial no puede recaer en unos pocos países ni ser unidireccional. La transformación debe ser global y equitativa si queremos que sirva para enfrentar los desafíos del mundo actual y futuro. La cooperación internacional es esencial para abordar estos problemas y lograr una transformación mundial efectiva.

3. Algunos indicadores de salud han mejorado en los últimos 20 años, como la reducción de la mortalidad infantil o materna, o la disminución de la mortalidad por enfermedades como VIH/sida o tuberculosis, pero seguimos lejos de las metas fijadas. Cada día siguen muriendo 800 mujeres y 13.700 menores de 5 años por causas en su mayoría prevenibles. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU), la meta aglutinadora del resto de metas del ODS 3, no ha avanzado de manera significativa desde 2015. Las mejoras en los servicios sanitarios se han estancado lo que implica que más del 55 % de la población mundial, 4.500 millones de personas, no tenga cubiertos sus servicios esenciales de salud, y la proporción de la población que se enfrenta a niveles catastróficos de gasto directo en atención de salud ha aumentado, superando en 2021 los 1.000 millones de personas.

La comunidad internacional ha renovado su compromiso con el cumplimiento de la meta de la CSU, lo que es una muy buena noticia. Este compromiso no solo implica un incremento adicional en las inversiones en salud de entre 200 y 328 mil millones de dólares por año, necesario para permitir el acceso a servicios de salud a toda la población; también requiere que una buena parte de esa financiación se destine a Atención Primaria de Salud, imprescindible en países de ingresos bajos y medianos, a contar con un número suficiente de trabajadores de la salud capacitados y motivados, a construir instalaciones de salud adecuadas y bien equipadas y a adquirir medicamentos y tecnologías de salud seguros, eficaces y asequibles.

4. El enfoque One Health (Una sola Salud), que conecta la salud de las personas con la salud animal y la salud del planeta, es una opción para afrontar los problemas de salud globales. Tres son los principales retos que hacen de este enfoque una prioridad: (i) el crecimiento poblacional, que va a demandar cada vez más recursos, cuando estamos casi traspasando los límites de sostenibilidad del planeta; (ii) la forma que tiene el ser humano de esquilmar esos recursos en busca de beneficios a corto plazo, aunque suponga un aumento del riesgo sanitario, como la ganadería intensiva; y (iii) el aumento global del transporte de personas y animales, que favorece la dispersión de patógenos.

El enfoque One Health puede ayudarnos a afrontar numerosas enfermedades infecciosas, pero también enfermedades no transmisibles y otros problemas de salud como la resistencia antimicrobiana, una de las mayores amenazas a la salud mundial que tiene su raíz en el mal uso de los medicamentos en las personas y también en los animales. Existen resistencias a todo tipo de microorganismos, ya sean bacterias, virus, parásitos u hongos. Urge incrementar las líneas de investigación de nuevos antibióticos porque si no, de seguir así, la resistencia antimicrobiana matará a más personas que el cáncer en 2050.

5. La ayuda oficial para el desarrollo de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) alcanzó en 2022 la cifra histórica de 203.995 millones de dólares, lo que supone un incremento del 13,6 % respecto a los desembolsos de 2021. La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,36 % de la renta nacional bruta (RNB), un crecimiento notable respecto al 0,33 % del año anterior. Dos hechos extraordinarios, la guerra de Ucrania y la lucha contra la pandemia de la COVID-19, son responsables de este incremento, y no tanto las persistentes situaciones de desigualdad, hambre y pobreza extrema que se dan entre las poblaciones más pobres y vulnerables. Sin los aportes extraordinarios destinados a acoger personas refugiadas, por la

agresión de Rusia contra Ucrania, y a luchar contra la COVID-19, el incremento se situaría en el 0,18 %, un crecimiento prácticamente nulo.

El aumento de la AOD del conjunto de países del CAD es insuficiente para avanzar en el progreso de los ODS. Además, estos incrementos están muy influidos por eventos excepcionales, que demandarían unos fondos adicionales específicos. Sólo 5 países, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Noruega y Suecia cumplieron con el objetivo del 0,7 %, objetivo que los países han comprometido una vez más pero ahora para 2030. Se necesita un mayor esfuerzo económico para revitalizar la A2030 y dar un impulso a los ODS.

6. En 2021 los países del CAD destinaron a salud 35.283 millones de dólares, lo que equivale al 17,2 % del total de la AOD. De esta cifra, el 55 % se destinó al control de la COVID-19. La relevancia de la pandemia va disminuyendo como demuestra el hecho de que en 2022 se destinaran solamente 11.200 millones de euros. Respecto a la donación de vacunas, en 2022 se produce una disminución del 45 % lo que deja la cifra en 1.500 millones de dólares, casi todas donaciones de vacunas sobrantes. Solo 16 millones de dólares se destinaron a comprar dosis específicas para países empobrecidos.

A pesar de que la pandemia de la COVID-19 sigue teniendo una gran presencia en la cooperación sanitaria internacional, va perdiendo relevancia con el paso de los años. No obstante, la disminución del interés por la pandemia no impide que la salud siga siendo uno de los sectores más priorizados por el conjunto de los países del CAD, que sigue destinando de media más del 15 % de la AOD total. Entre los temas pendientes, la gobernanza de la salud mundial y el nuevo Tratado pandémico que verá la luz en 2024, y que no puede quedarse meramente en un documento técnico, sino que debe de asumir la necesidad de fortalecer una respuesta conjunta bajo un enfoque de equidad.

7. A finales de 2022, casi 8 millones de personas refugiadas habían huido de Ucrania desde la invasión rusa en febrero, lo que representa el mayor número de personas refugiadas en Europa desde la Segunda Guerra Mundial. La guerra en Ucrania ha sido, por tanto, una de las principales causas del aumento significativo de la partida de ayuda a personas refugiadas en 2022, cifrado en un 215 % con respecto a 2021. En concreto, se destinaron 29.237 millones de dólares, 20.000 millones más que en 2021, una cifra jamás vista anteriormente por este concepto que dobla el anterior máximo que data de 2016.

Los países donantes incluyen en su Ayuda Oficial al Desarrollo las políticas de atención a personas refugiadas en su propio territorio, preocupados por encajar estos gastos dentro de sus partidas de ayuda, pero sin criterios armonizados. Siendo una partida totalmente necesaria para preservar los derechos humanos de las personas afectadas, la ayuda a personas refugiadas en los países donantes no debería considerarse AOD por tratarse de contribuciones que no repercuten en la mejora del desarrollo económico y el bienestar de los países empobrecidos. En la medida en que estos fondos se gastan en los propios países donantes, financiando servicios y dispositivos de distinta naturaleza para la atención y acogida a personas refugiadas, se produce una reorientación de la ayuda hacia las necesidades de los donantes, restando recursos a la lucha contra la pobreza y la mejora de las condiciones de vida en los países más vulnerables.

8. En 2022, la AOD española se incrementó un 31,9 %, alcanzando los 4.120 millones de euros, el 0,30 % de la renta nacional bruta (RNB), unas cifras que no se veían en la cooperación española desde 2010. Porcentualmente la cooperación española recorta la distancia con la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), situada en el 0,36 %, pero lejos del 0,56 % de la media de los países de la

UE y del compromiso del 0,7 % adquirido hace más de 50 años en el seno de las Naciones Unidas (NN. UU.)

Con la nueva Ley de Cooperación al Desarrollo y la Solidaridad Global, se incorpora el compromiso del 0,7 % por Ley para 2030. Habrá que establecer una hoja de ruta clara y consensuada, y estar atentos a los hitos intermedios para ver que ese compromiso se cumpla. Urge incrementar los fondos que la Cooperación Española destina a la lucha contra los diferentes retos globales que tiene el planeta, como el cambio climático, o las inequidades que sufren muchas personas en salud, género o pobreza.

9. La pandemia de COVID-19, a pesar de seguir siendo relevante, dejó de ser la primera prioridad de la cooperación internacional, algo que en el caso de España se concreta en una reducción de 124 millones en el presupuesto destinado a salud, sector que aun así absorbió 402 millones de euros. Porcentualmente los fondos destinados a salud pasan del 16,8 % en 2021 a 9,76 % en 2022, alejándose de nuevo de la media de los países de nuestro entorno.

La Cooperación Española ha disminuido sensiblemente su contribución a salud, alejándose nuevamente del 15 % de media que destinan los países del CAD. Además, el Ministerio de Sanidad aparece como primer donante en cooperación sanitaria, con el 43,8 % de toda la AOD española en salud (176,3 millones de euros), lo cual sería positivo de no ser porque, de esa cantidad, el 99,6 % han sido donaciones de vacunas para COVID-19, en algún caso a países de renta media alta. Es clave en el corto plazo la elaboración de una estrategia de Salud Global que incluya las fortalezas que la cooperación aporta al sector salud, como es el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, con unos recursos y personal suficiente que aseguren una cobertura sanitaria universal de calidad y equitativa.

10. El conjunto de la cooperación descentralizada incrementó en 2022 su AOD en casi 73 millones de euros, alcanzando los 418,1 millones. Este aumento se debe principalmente al incremento de la cooperación autonómica que creció un 28 %, pero también a la cooperación de las Entidades Locales (EE. LL.), que aumentó un 6,2 % lo que sitúa la media del crecimiento en el 22 %. A pesar de su aumento, salvo contadas excepciones, la cooperación de las CC. AA. supone un porcentaje muy bajo respecto a los presupuestos que gestionan; concretamente la media se sitúa en el 0,13 %, lo que equivale a 6,04 euros por habitante y año. El comportamiento de las diferentes CC. AA. es muy heterogéneo. Los datos oscilan entre el 0,43 % del País Vasco y el 0,02 de Madrid (la comunidad más rica de España), pasando por el 0,29 de Navarra, el 0,21 % de la Generalitat Valenciana y de Catalunya, el 0,17 % de Extremadura, el 0,15 % de la Rioja o el 0,12 % de Asturias. Entre las que menos aportan, Madrid con el 0,02 %, Canarias y Castilla y León con el 0,3 %, Andalucía con el 0,05 % y Galicia y el 0,06 %. Aplaudimos el esfuerzo que realizan algunas comunidades cuyos datos son evidentes, y censuramos el insuficiente esfuerzo o los recortes presupuestarios acometidos por otras por entender que no se justifican.

Una de las características principales de la política de cooperación al desarrollo española viene determinada por el potencial que tiene, cuantitativa y cualitativa, la cooperación autonómica y local. En España, la cooperación al desarrollo es una competencia compartida entre el Estado y las Comunidades, de ahí que el mismo esfuerzo que exigimos a la AGE, se lo pidamos a las CC. AA. que además suelen tener mayor capacidad para generar alianzas en áreas de política pública en las que gozan de competencias y capacidades.

11. La cooperación descentralizada también crece, aunque algo más modestamente, un 11,5 %; y también está afectada de una gran heterogeneidad como demuestra el hecho de que 10 CC. AA.

crezcan y 7 recorten sus presupuestos en salud. Las CC. AA. en su conjunto han desembolsado 37 millones de euros a salud, un 11,5 % del total de su AOD, cuatro puntos por debajo de la media del CAD. Destaca de nuevo Cataluña que supone una tercera parte de toda la financiación autonómica en cooperación sanitaria. En negativo Andalucía, con un recorte de 4,6 millones de euros en el área de salud lo que equivale a un 69 % menos.

A pesar del aumento del conjunto de la AOD descentralizada en 2022, observamos con preocupación como varias CC. AA. están asumiendo un discurso que hace de la cooperación y de la cooperación sanitaria una política prescindible a nivel autonómico y local, sin darle la importancia y el valor que merecen. La AOD descentralizada sanitaria permite cubrir las necesidades en salud de poblaciones vulnerables que las grandes políticas muchas veces dejan de lado. Necesitamos reforzar la cooperación sanitaria descentralizada, mejorando su eficacia, aumentando sus recursos, e informando a la población de sus resultados, para generar una conciencia sobre su valor añadido y la necesidad de mantener y mejorar una política de cooperación descentralizada centrada en las personas y en el planeta.

12. Desde el punto de vista humanitario, 2022 ha estado marcado por la guerra de Ucrania, el agravamiento de otros conflictos y el empeoramiento de la crisis alimentaria, lo que ha llevado a un incremento sin precedentes de las necesidades humanitarias. Todo ello en un contexto en el que los desplazamientos forzados no paran de crecer. Más del 1 % de la población mundial se ha visto obligada a huir y a abandonar su hogar; es decir, una de cada 74 personas en el mundo, el doble que hace una década. El número de personas que sufren inseguridad alimentaria aguda y requieren asistencia urgente aumentó por cuarto año consecutivo, pasando de 112 millones a 258 millones de personas en 58 países. A principios de 2022, había 274 millones de personas que pre-

cisaban asistencia humanitaria, un año después la cifra se elevaba hasta los 339 millones de personas; es decir, una de cada 23 personas en el mundo necesita ayuda humanitaria, más del doble que hace cuatro años.

La respuesta de la comunidad internacional tiene que ser rápida, efectiva, proporcional a las necesidades y con una mirada en el medio plazo. Para ello, debe asignar los fondos necesarios para responder a los enormes desafíos a los que nos confrontan las crisis humanitarias. La comunidad internacional tiene que hacer suyo la propuesta del Secretario General de NN. UU. de cubrir al menos el 75 % de los fondos que se solicitan para las crisis humanitarias.

13. El acceso a las personas en contextos de crisis es cada vez más complejo y en algunos casos prácticamente imposible, utilizándose la población civil como arma de guerra y los hospitales y centros sanitarios como objetivo. Por ello, la protección del personal humanitario y sanitario en conflictos sigue siendo un reto y una necesidad. En 2022 fueron asesinadas 232 personas del ámbito sanitario, 298 sufrieron secuestro y 294 resultaron detenidas. Estas cifras confirman la necesidad de mejorar la gestión de los riesgos de inseguridad no solo para el personal humanitario, sino también para actores locales y nacionales que siguen siendo los más expuestos y los menos protegidos.

Es necesario una financiación adecuada de los costes relacionados con la seguridad. Y, al mismo tiempo, abordar en un contexto más amplio la reducción del espacio humanitario. De ahí que la protección de este personal sea una responsabilidad colectiva y deba reforzarse a todos los niveles de la comunidad internacional y humanitaria.

14. Las crisis humanitarias hacen que millones de personas se enfrenten a graves amenazas sanitarias como brotes de enfermedades, mal-

nutrición y falta de acceso a servicios sanitarios esenciales. A esto se suma el incremento en el número de ataques a infraestructuras y personal sanitario, lo que dificulta todavía más el acceso a los servicios de salud. En estos contextos la ayuda internacional es fundamental. Sin embargo, la financiación del sector salud por parte de la comunidad internacional sigue siendo insuficiente. En 2022 solo se ha recibido el 48,5 % de los fondos solicitados para el sector en los llamamientos de NN. UU.

Es necesario una financiación suficiente para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades en salud. Esto debe acompañarse de mejoras en la previsibilidad de la ayuda y flexibilidad que permita sostener las respuestas en el tiempo y orientar los recursos hacia necesidades más acuciantes.

15. La infrafinanciación de la acción humanitaria se mantiene como uno de los principales retos a los que se enfrenta el sector humanitario. De los 51.699 millones de dólares solicitados por NN. UU., solo se recibieron 29.692 millones de dólares, cubriéndose únicamente el 57,4 % de los fondos solicitados. Aunque se trata de una cifra récord, es insuficiente para responder al incremento, también récord, de las necesidades humanitarias.

Dado lo anterior, los donantes deben cumplir sus responsabilidades y compromisos internacionales incrementando de forma sustantiva los fondos destinados a la acción humanitaria, de forma que se reduzca al 25 % la diferencia entre los fondos solicitados y los recibidos.

16. En 2022, el total destinado por la Cooperación Española a la acción humanitaria ha crecido de forma muy significativa, situándose en 158 millones de euros, aunque en términos absolutos se trata de un incremento muy importante, en términos porcentuales apenas supone tres décimas más que en 2021, el 3,88 %, muy lejos del

compromiso de destinar el 10 % a la AH y de la media de los países del CAD que destinaron el 10,93 % en 2022.

La Cooperación Española debe incrementar de forma substancial los fondos destinados AH para acercarse de manera efectiva a su compromiso de situar en al menos el 10 % de su AOD a la AH en 2030, tal y como recoge la Ley de Cooperación. Dicho crecimiento debe ir acompañado de mayor previsibilidad y de una financiación a medio plazo para sostener las acciones en el tiempo.

17. La cooperación descentralizada ha destinado el 8,92 % de su AOD a la AH en 2022, muy cerca del objetivo de destinar el 10 %. Esto supone un incremento del 50 % de lo aportado a la AH, pasando de 25.661.897 euros en 2021 a 38.335.598 euros en 2022 lo que muestra el compromiso de la cooperación descentralizada por la acción humanitaria. En términos de volumen, son las Comunidades autónomas quienes más crecen, 7,2 millones de euros más que en 2021, aunque dicho crecimiento se da de forma desigual y solo en 10 CC. AA., el resto decrecen o se mantienen sin cambios. Mientras que, en términos de porcentaje, son las EE. LL. quienes más lo incrementan, doblando los fondos destinados a la AH (pasando de 5,3 millones a 11,2 millones de euros), aunque de nuevo, dicho crecimiento se da de forma desigual y solo en el conjunto de las EE. LL., de 7 comunidades autónomas.

La cooperación descentralizada debe mejorar la previsibilidad de su financiación a través de financiaciones plurianuales para garantizar una mejor respuesta humanitaria. Así como sostener a medio plazo el crecimiento de la financiación destinada a la acción humanitaria, especialmente en las CC. AA. que menos porcentaje aportan, para alcanzar en el marco de la presente legislatura el objetivo de destinar el 10 % de la AOD a AH.

Acrónimos y siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	FF. AA.	Fuerzas Armadas
ACT Accelerator	Acelerador de acceso a las herramientas contra la COVID-19	FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio	FMI	Fondo Monetario Internacional
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo
AGE	Administración General del Estado	FpD	Financiación para el Desarrollo
AH	Acción Humanitaria	FTS	Financial Tracking Service
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas	GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	GE	Grant Equivalent
APS	Atención primaria de salud	GFATM	Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
BAfD	Banco Africano de Desarrollo	HiAP	Salud en todas las políticas
BAsD	Banco Asiático de Desarrollo	HNO	Resumen de Necesidades Humanitarias
BDR	Bancos regionales de desarrollo	IANPHI	Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública
BEI	Banco Europeo de Inversiones	IARC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
BM	Banco Mundial	IASC	Comité Permanente Inter-Agencias
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	IAVI	Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA
BRIC	Brasil, Rusia, India y China	IDH	Índice de Desarrollo Humano
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	IEC	Información, educación y comunicación
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País	IECAH	Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria
CC. AA.	Comunidades Autónomas	IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
CE	Cooperación Española	IFRC	Federación Internacional de la Cruz Roja
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
CERF	Fondo Central de Respuesta de Emergencia	ITS	Infecciones de transmisión sexual
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
CHS	Norma Humanitaria Esencial	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja	MMV	Medicines for Malaria Venture
COVAX	Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19	MS	Ministerio de Sanidad
CRS	Creditor Reporting System	NN. UU.	Naciones Unidas
CSU	Cobertura sanitaria universal	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria
DD. HH.	Derechos humanos	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
DGPOLDES	Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible	OCHA	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas
DIH	Derecho Internacional Humanitario	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
EE. LL.	Entidades Locales	ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
ENT	Enfermedades no transmisibles	OEA	Organización de Estados Americanos
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
FCA	Índice de Crisis Olvidadas	OIM	Organización Internacional para las Migraciones
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	OIT	Organización Internacional del Trabajo

OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMUDES	Organismos Multilaterales de Desarrollo
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACI	Planes anuales de cooperación internacional
PIB	Producto interior bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RCA	República Centroafricana
RDC	República Democrática del Congo
RNB	Renta Nacional Bruta
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
SRP	Planes Estratégicos de Respuesta
SSyR	Salud sexual y reproductiva
SUS	Sistemas Universales de Salud
TB	Tuberculosis
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
UNCTAD	Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNITAID	Iniciativa internacional de acceso a medicamentos
UNRWA	Agencia de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo
VARD	Vinculación entre Ayuda de Emergencia, Rehabilitación y Desarrollo
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VOICE	Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies



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



Médicos del Mundo
C/ Conde de Vilches, 15
28028 Madrid
Tel.: 91 543 60 33
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org