

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2022



EQUIPO TÉCNICO

Carlos Mediano
Emiliana Tapia

EQUIPO ASESOR

Félix Fuentenebro
Emiliana Tapia
José Félix Hoyo

EDITA

medicusmundi
Médicos del Mundo

TRABAJO DE EDICIÓN

Félix Fuentenebro
Mariasole Raimondi

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Estudio BLG

IMPRESIÓN

Advantia

PARA MÁS INFORMACIÓN:**FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MEDICUSMUNDI EN ESPAÑA**

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

MÉDICOS DEL MUNDO

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

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

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2022

medicusmundi
Médicos del Mundo

ÍNDICE

PRÓLOGO	10		
CAPÍTULO 1. LA SALUD EN EL MUNDO	12		
1. Introducción	14		
2. Evolución de la implementación de la Agenda 2030	16		
2.1. Análisis del ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”	17		
• Fortalecer los sistemas de salud... otra vez	31		
3. El tratado pandémico mundial: ¿la defensa de la salud global?	38		
El contenido	39		
• ¿Hay alguna posibilidad de que el “Tratado Pandémico” se base sobre los principios de los Derechos Humanos?	40		
4. La viruela del mono: ¿hemos aprendido algo en gestión de epidemias?	42		
• El desigual acceso a las vacunas contra la viruela del mono	45		
5. La digitalización de la salud: luces y sombras	47		
La digitalización en el acceso a los servicios de salud	47		
La brecha digital: ¿una nueva forma de inequidad?	48		
La digitalización y la comunicación en salud: cómo el relato afecta al dato	49		
Big data y salud	51		
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	54		
1. Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD	56		
1.1. Grant Equivalent: La nueva metodología de cómputo de la AOD	56		
1.2. La AOD del CAD	57		
• El caso del Reino Unido y el blindaje del 0,7 % en su Ley de Desarrollo Internacional	62		
1.3. Distribución de la AOD en 2021	64		
1.4. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes	67		
1.5. Conclusión	68		
2. Evolución de la AOD en salud	69		
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	73		
3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud	73		
3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud	76		
• ¿Se debe computar las donaciones de vacunas COVID-19 como AOD?	78		
Anexo	80		
CAPÍTULO 3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	84		
1. Consideraciones generales	86		
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	86		
2. Datos generales de la AOD en 2021	87		
3. AOD en salud en 2021	90		
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2021	90		
3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud	97		
3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud	100		
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales	104		
• Nota al análisis de los datos sobre cooperación autonómica	104		
		4.1. La AOD descentralizada	106
		4.2. La AOD descentralizada en salud	109
		4.2.1. La cooperación autonómica en salud	112
		4.2.2. La AOD de EE. LL. en salud	116
		5. Los ODS en España	117
		6. La pandemia de COVID-19	120
		• Éxitos y retos de la cooperación española. Examen de pares	123
		CAPÍTULO 4. ACCIÓN HUMANITARIA	126
		1. Introducción	128
		Continúa creciendo el número de personas refugiadas y desplazadas internas	129
		El hambre en el mundo sigue en aumento	130
		• Pandemia, guerra, crisis alimentaria	131
		Siguen creciendo las necesidades humanitarias en todas las regiones	134
		• Epidemias en 2021	135
		2. La acción humanitaria en la Agenda Internacional	138
		2.1. El abordaje de la Salud Mental en las crisis humanitarias	138
		Efectos psicológicos de las crisis humanitarias en el plano individual	138
		Tipologías de alteraciones y trastornos mentales consecuencia de crisis humanitarias	139
		La salud mental en la estrategia global de intervención de acción humanitaria	139
		Tipos de intervención psicosociales en contextos de ayuda humanitaria	140
		Protección de derechos de las personas con problemas de salud mental	141
		2.2. Lucha contra la violencia sexual en conflictos, la asignatura pendiente	142
		Recomendaciones al Consejo de Seguridad	143
		Recomendaciones a los Estados miembros, donantes y organizaciones regionales e intergubernamentales	143
		3. La Acción Humanitaria internacional	144
		4. La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas	145
		5. La Acción Humanitaria en España	149
		5.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2021	149
		5.2. Canalización de los fondos	150
		5.2.1. La acción humanitaria bilateral	150
		5.2.2. La acción humanitaria multilateral	150
		5.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria	151
		5.4. La Acción Humanitaria por sectores	152
		5.5. La Acción Humanitaria por agentes	152
		5.6. La Acción Humanitaria descentralizada	153
		6. En foco	156
		Ucrania: acceso a la salud cuando el derecho humanitario es amenazado	156
		República Democrática del Congo, más de 25 años de crisis humanitarias	158
		Campamentos de personas Refugiadas Saharauis: 47 años de crisis humanitaria y de vida en el exilio bajo la indiferencia de la comunidad internacional	161
		Salud mental y psicosocial de la población palestina bajo la ocupación israelí	162
		CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	166

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Diferencias entre regiones mundiales en mortalidad materna 2000-2017. Fuente: Elaboración propia, utilizando datos del informe de 2019 de la OMS “WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank, UNDP. Trends in maternal mortality: 2000 to 2017”	17
Gráfico 1.2.	Comparativa compromisos 2022/realizado en 2020 en la lucha contra la tuberculosis (TB). Fuente: elaboración propia, utilizando datos de la OMS	22
Gráfico 1.2.	Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal. Fuente: OMS	29
Gráfico 2.1.	Evolución de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2020). Fuente: OCDE, varios informes. En naranja, la aportación según Grant Equivalent	58
Gráfico 2.2.	AOD Grant Equivalent. 2021. En millardos de dólares. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE, 2022.	59
Gráfico 2.3.	AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE, 2022.	61
Gráfico 2.4.	Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2014-2020. Fuente: Datos OCDE-CAD	68
Gráfico 2.5.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	70
Gráfico 2.6.	Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares corrientes). Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	71
Gráfico 2.7.	Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-España. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	72
Gráfico 2.8.	Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total. Fuente: Creditor Reporting System	72
Gráfico 2.9.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2020 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	74
Gráfico 3.1.	Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2006-2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	88
Gráfico 3.2.	Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2021. Fuente: Elaboración propia	89
Gráfico 3.3.	Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	90

Gráfico 3.4.	Distribución AOD salud sectorial por canales, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	93
Gráfico 3.5.	Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	100
Gráfico 3.6.	Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA.+EE. LL.) en España 1994-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	106
Gráfico 3.7.	Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	107
Gráfico 3.8.	AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	114
Gráfico 3.9.	Nº casos y muertes por COVID-19 en España, 2020-2022.	120
Gráfico 4.1.	Mapa de crisis humanitarias por nivel de severidad en 2021. Fuente: Development Initiatives, Global Humanitarian Assistance Report 2022. Fuente crisis olvidadas: ECHO, UE. https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/what/humanitarian-aid/needs-assessment/forgotten-crises_en	136
Gráfico 4.2.	Principales donantes del CAD en 2021 (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE/CAD (datos preliminares abril 2021)	144
Gráfico 4.3.	Financiación llamamientos de NN. UU. 2012-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	146
Gráfico 4.4.	Porcentaje de financiación por sectores en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	147
Gráfico 4.5.	Principales donantes de fondos comunes (en millones de dólares) 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	148
Gráfico 4.6.	Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	148
Gráfico 4.7.	Evolución de la AOD española destinada a AH. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	149
Gráfico 4.8.	Asignación de fondos por sectores CRS 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	152
Gráfico 4.9.	Asignación de fondos por regiones. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	155

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.1.	Nº de casos/muertes por viruela del mono por regiones mundiales. Octubre 2022. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OMS, 2022	43
Tabla 2.1.	AOD neta de los países del CAD 2016-2020, desembolsos en millones de dólares corrientes. Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE – CAD	65
Tabla 2.2.	AOD de países no miembros del CAD. Fuente: OCDE – CAD	66
Tabla 2.3.	Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares). Fuente: Datos OCDE-CAD	67
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	75
Tabla 2.5.	Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	76
Tabla 2.6.	Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2019 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	77
Tabla 3.1.	Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2018-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	91
Tabla 3.2.	Resumen de la AOD española en salud, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2020 publicados por DGPOLDES-SECI	92
Tabla 3.3.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2018-2021, en euros. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	95
Tabla 3.4.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2018-2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	96
Tabla 3.5.	Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	98
Tabla 3.6.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	101
Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	102
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	102
Tabla 3.9.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	103
Tabla 3.10.	AOD total autonómica 2017-2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	108

Tabla 3.11.	% AOD Comunidades Autónomas 2021. Fuente: Elaboración propia	109
Tabla 3.12.	AOD descentralizada total en salud, 2017-2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES SECI	110
Tabla 3.13.	AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	111
Tabla 3.14.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	112
Tabla 3.15.	AOD en salud de las CC. AA., 2018-2021. Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES.	113
Tabla 3.16.	AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	115
Tabla 3.17.	EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	116
Tabla 3.18.	Desembolsos brutos de AOD 2021 clasificados en los metas del ODS 3 de salud. Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI.	118
Tabla 3.19.	Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2021 clasificados en los diferentes ODS. Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI.	119
Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	145
Tabla 4.2.	Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	145
Tabla 4.3.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	147
Tabla 4.4.	AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2020 y 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	150
Tabla 4.5.	AOD española destinada a AH por regiones. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	151
Tabla 4.6.	Principales receptores de AH española en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	151
Tabla 4.7.	AOD española para AH por agentes en 2021. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	152
Tabla 4.8.	AH por CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	154
Tabla 4.9.	AH por EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	154

Prólogo

Están siendo unos años de retos formidables para la salud pública. Los países de todo el mundo siguen combatiendo la COVID-19, confiando en que no aparezcan nuevas variantes con el efecto desestabilizador que conlleva, mientras luchan por mantener en funcionamiento el resto de los servicios sanitarios. La pandemia ha sido la gran protagonista del año 2021 hasta el punto de rescatar conceptos como el de “una sola salud” (One Health, en inglés), concepto que exige abordar la salud global con una visión única, holística e integral, que tenga en cuenta tres aspectos indisolubles para el bienestar general: la salud humana, la salud animal y la salud del planeta.

Los gobiernos y las empresas privadas financiaron la investigación y con ello llegaron las vacunas, las pruebas y los tratamientos para la COVID-19, pero la brecha de la inequidad aumentó por cómo se llevó a cabo la distribución de las vacunas, favoreciendo de manera vergonzosa a los países más ricos, dejando a los colectivos y poblaciones más vulnerables de países más pobres sin protección.

A pesar de los avances, la COVID-19 sigue siendo una amenaza a la salud mundial, en sí misma y por la implicación directa que tiene en el resto del sector de la salud. De ahí que la cooperación internacional se convirtiera en un instrumento importante a la hora de afrontar las numerosas crisis humanitarias abiertas, en unos casos apoyando los servicios sanita-

rios esenciales y los centros de alimentación terapéutica para tratar a los niños con malnutrición aguda; en otros entregando suministros médicos y prestando apoyo en materia de salud mental; pero también cubriendo necesidades en materia de combustible por la crisis energética, alimentos por la crisis alimentaria y medicamentos por las múltiples crisis sanitarias existentes que van desde la diarrea acuosa aguda, al dengue, pasando por el sarampión, la poliomielitis o el paludismo.

En estos años muchos indicadores de salud han mejorado y con ello la salud mundial, aunque sigue siendo inaceptable el poco avance en alguno de ellos como el de la mortalidad materna o el de la mortalidad de niños menores de 5 años. Además, las dificultades para conseguir la Cobertura Sanitaria Universal se acrecientan, cobrando especial importancia tras la pandemia el factor financiero. El número de personas con gastos de bolsillo en salud catastrófico pasó de 940 millones a 996 millones al año, impulsado por un aumento de la cantidad que las personas gastan de su propio bolsillo para su salud, sumado a un crecimiento del consumo de salud privada.

A lo largo de este tiempo hay aspectos que se mantienen invariables, como la incapacidad de generar una respuesta mundial, que anteponga la salud a otros intereses, o que se logre reducir la inequidad en salud de manera significativa.

Quizás influya en ello el incumplimiento permanente de los compromisos firmados, ya sean los ODM, ya sean los ODS, así como la incapacidad de muchos países para considerar la salud como un derecho y, en consecuencia, hacer todo lo posible por garantizarlo.

Para cubrir todas las necesidades existentes en el mundo, sanitarias y no sanitarias, los países del CAD destinaron 178.916 millones de dólares a cooperación, el 0,33 % del PIB, lo que supone un aumento del 10,3 % respecto a 2020. De esta cantidad, 18.786 millones de dólares se destinaron a acciones relacionadas con la COVID-19, lo que representa el 10,5 % del total de la AOD. La cooperación española aportó 3.123 millones de euros, un incremento del 15,2 % respecto al año anterior, alcanzando el 0,25 % de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje muy alejado del 0,5 % comprometido para final de legislatura, del 0,33 % de la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), del 0,49 % 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 7,5 % de AOD en 2020 al 16,8 % en 2021. El incremento de fondos en 324.677.453 euros sitúa el aporte a salud en 526.570.219 euros, la cifra más alta destinada por la cooperación española a salud en su historia. De este total consignado a salud, 312 millones (59 %) se destinaron directamente a la lucha contra la COVID-19. Y otro hecho a destacar es que por primera vez desde que se elabora este informe, el Ministerio de Sanidad es quien más aporta a la cooperación sanitaria, el 56,5 % del total.

La cooperación descentralizada, que sigue siendo un actor importante en la Coopera-

ción Española, crece en 2021, concretamente un 15 %, alcanzando los 340,5 millones de euros y situándose en su conjunto en el 0,106 % del presupuesto del conjunto de las CC. AA., un porcentaje que está por debajo probablemente de sus posibilidades.

La Acción humanitaria (AH) de la cooperación española también ha seguido creciendo sensiblemente en 2021, situándose en 107 millones de euros, 11 millones más que en 2020, lo que representa el 3,5 % del total de su AOD, un porcentaje que sigue muy lejos del 10,53 % 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 Natxo Oleaga por su fantástico artículo sobre “Fortalecer los sistemas de salud... otra vez”; a Ángela Bernardo, redactora sénior de sanidad y políticas públicas de la Fundación Ciudadana Civio por ayudarnos a entender con su artículo el problema de la Viruela del Mono, a Thomas Schwarz, Secretario Ejecutivo de Medicus Mundi Internacional por adentrarnos en el complicado equilibrio de los países para avanzar hacia un Tratado Pandémico; y a José María Medina, responsable de gestión del conocimiento de Enraiza Derechos por su habilidad para incluir en un mismo artículo tres de las crisis que más preocupan a las ONGD, la crisis de pandemia, la crisis alimentaria y la guerra de Ucrania.

1

La salud en el mundo



- Los efectos de la pandemia han sido demoledores en todo el mundo. Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta octubre de 2022, se han notificado 580 millones de casos en el mundo y más de 6,4 millones de muertos (14,9 millones si hablamos de muertes asociadas). Además, la pandemia ha tensionado los sistemas de salud, interrumpido la prestación de servicios de salud esenciales, no recuperados aún, y suspendido la recogida de datos, dejando a los sistemas de información de muchos países sin capacidad para monitorear el estado de salud de las personas. A pesar de los avances, la COVID-19, sigue siendo una amenaza a la salud mundial.
- En los últimos 20 años, muchos indicadores de salud han mejorado y con ello la salud mundial, aunque sigue siendo inaceptable el poco avance en alguno de ellos. La mortalidad materna ha disminuido un 37 % y aun así 810 mujeres siguen muriendo cada día debido a complicaciones del embarazo y el parto. A pesar de mejorar cada año, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en el mundo es de 37 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, 13.700 al día. Y algunos indicadores empeoran, como el de las Enfermedades no Transmisibles que matan a 41 millones de personas cada año, $\frac{3}{4}$ partes de las muertes mundiales.
- La COVID-19 ha exacerbado los problemas de salud mental. En 2021 más del 13 % de las y los adolescentes de 10 a 19 años han sufrido un trastorno mental diagnosticado, lo que equivale a que 116 millones de adolescentes estaban afectados por trastornos mentales. Solamente el 52 % de los países cumplieron la meta relacionada con los programas de prevención y promoción de la salud mental, porcentaje que está muy por debajo de la meta establecida del 80 %. Los datos previos a la pandemia ya mostraban la dejadez con la que estos problemas se afrontan en la mayoría de los países, a pesar de su relevancia.
- Las dificultades para conseguir la Cobertura sanitaria universal son multicausales, si bien el factor financiero cobra importancia tras la pandemia. El número de personas que gastan más del 10 % de su presupuesto familiar en salud, es decir gasto catastrófico en salud, pasó de 940 millones a 996 millones al año, impulsado por un aumento de la cantidad que las personas gastan de su propio bolsillo para su salud, sumado a un crecimiento del consumo de salud privada. Si queremos asegurar la CSU, el acceso equitativo a los servicios y la eficacia y calidad del sistema de salud debemos apostar por sistemas de salud con una APS integral fuerte. Además, sólo sistemas de salud de base financiera mayori-

tariamente pública y sólida pueden asegurar el derecho a la salud.

- La comunidad internacional está tomando decididos pasos para aprobar en 2024 un Tratado Pandémico que proteja a la humanidad de futuras pandemias. Pero la gestión de la viruela del mono se ha cruzado en el camino evidenciando que los países siguen sin creer de verdad en una gestión conjunta de problemas globales de salud, repitiendo los mismos errores que se cometieron con la pandemia de la COVID-19. Además, se muestran reticentes a reflexionar sobre los modelos sociales y económicos que aumentaron los efectos de la pandemia de la COVID-19, y que frenan una solución global. Este Tratado Pandémico podría llegar a ser un buen punto de inflexión para mejorar la salud global si se aprende de los errores cometidos con la COVID-19 y se analizan las causas profundas de los efectos de las pandemias.
- La digitalización de la salud supone una esperanza para mejorar el acceso y la calidad de los

servicios de salud en todo el mundo. Es necesario que tengamos en cuenta que la brecha digital puede ahondar la distancia existente entre la salud de las personas más empobrecidas y la del resto, generando “guetos digitales” de personas que no tiene acceso a sus potenciales ventajas. En estos momentos, 3.600 millones de personas o no tienen cobertura digital o no tiene internet para usarla. La digitalización tiene otros dos problemas que se deben resolver. Por una parte, se está usando para difundir fake news que dificultan la implementación de estrategias sanitarias, y confunden a la población, por lo que es necesario establecer estrategias que permitan que la población y las y los actores políticos estén bien informados. Por otra, la utilización de datos sensibles como los de salud por parte de las empresas privadas que gestionan los almacenes de datos de manera opaca, obliga a las instituciones públicas a regular el uso de estos datos, una tarea compleja, aunque se están dando los primeros pasos.

1 Introducción

Hace tres años desde que apareció la pandemia de la COVID-19. Durante este tiempo, muchas voces se han alzado en la comunidad internacional para denunciar la falta de previsión y preparación a nivel mundial y la necesidad de tomar medidas globales para que la humanidad no vuelva a pasar por una crisis de salud mundial como la que se ha vivido. Nuevas amenazas mundiales, como la denominada viruela del mono, nos han recordado que las enfermedades infecciosas siguen ahí y que se debe

estar preparados si se quiere evitar una nueva pandemia.

La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021 acordó desarrollar un “Tratado Pandémico” para 2024 que estableciera las normas que nos protegerán de futuras pandemias. Se trata de una respuesta multilateral adecuada cuyo desarrollo se enfrenta a dificultades estructurales, pero también a la falta de autocrítica de los países más poderosos por su acaparamiento de vacunas, a la dificul-

tad de cambiar los modelos socioeconómicos que han favorecido los efectos de la pandemia o a la sensación de menos urgencia que existe en el mundo por la COVID-19.

La aplicación de decisiones y medidas globales no se limitan exclusivamente a la salud global por la amenaza de futuras pandemias. Existen otros problemas globales muy importantes que hay que resolver, ya que afectan a toda la humanidad. La crisis climática sigue su curso, sin que las medidas que se toman sean suficientes para modificar la situación de urgencia en la que vivimos por este motivo. La crisis alimentaria por el cambio climático y el desabastecimiento de cereales por la guerra en Ucrania muestra cómo los países más empobrecidos sufren las consecuencias directas de un problema que no han generado. La crisis energética de Europa se está profundizando a medida que Rusia limita aún más las exportaciones de gas natural, lo que obliga a los gobiernos a gastar miles de millones de euros para proteger a empresas y consumidores de las facturas vertiginosas. Son momentos de extraordinaria complejidad e incertidumbre, consecuencia de la concurrencia de múltiples crisis, sanitaria, alimentaria, climática, económica, social, política y de gobernanza. Es el momento de decidir si se siguen poniendo tiritas a los problemas globales, o se plantea realmente un cambio de modelo social y económico que de soluciones reales y permanentes a estos problemas.

Centrándonos en el sector sanitario, se observa cómo los indicadores de salud se han visto

afectados negativamente por una pandemia que ha tensionado los sistemas de salud, incluso de aquellos países más desarrollados. La falta de recursos económicos, técnicos y sobre todo humanos, ponen en cuestión muchos de los avances conseguidos en los últimos años, y reabren el debate sobre cuál es el mejor modelo de sistema sanitario para que la población tenga la mayor salud posible.

Se está prácticamente en el ecuador de los ODS. Si se comparan algunos indicadores sanitarios con los del año 2000, se puede afirmar que la situación de la salud mundial ha mejorado sensiblemente desde principios de siglo. Es el caso de la salud reproductiva, materna e infantil, la cobertura de inmunización y el tratamiento de enfermedades transmisibles. Los problemas de salud han mejorado, pero no se han alcanzado los compromisos y metas pactados porque persiste el mayor problema al que debe hacer frente la salud, la inequidad y la desigualdad en el acceso, tanto entre las diferentes regiones mundiales, como entre los países y entre zonas de los propios países. Se necesitan políticas, recursos y estrategias adecuadas para superar un problema que es global y que en el mejor de los casos se intenta solucionar aisladamente, como si una enfermedad no tuviera relación con el resto de los problemas sanitarios, económicos, políticos o sociales. La salud en todas las políticas y todas las políticas en salud debería ser un mantra en cualquier estrategia sanitaria global.

2 Evolución de la implementación de la Agenda 2030

La Agenda 2030 es un plan de acción mundial a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que debía guiar las decisiones que adopten gobiernos y sociedad hasta 2030, y cuyos propósitos son fortalecer la paz dentro de un concepto más amplio de la libertad; erradicar la pobreza en todas sus formas y dimensiones; asegurar el progreso social y económico sostenible en todo el mundo, lo cual es indispensable para el desarrollo sostenible; además de garantizar los derechos humanos de todas las personas y alcanzar la equidad de género.

El próximo año, en 2023, se alcanzará el ecuador de la Agenda 2030 y de unos ODS que plantean una visión integral e indivisible del desarrollo, incorporando un delicado equilibrio entre las tres dimensiones del desarrollo sostenible: la económica, la social y la medioambiental¹. Este desarrollo, que tiene como idea fuerza “no dejar a nadie atrás”, debería sustentarse en la equidad, pero la pandemia de la COVID-19 ha modificado todas las previsiones que se podían haber hecho. Aun cuando es sabido que antes de la pandemia se veía difícil conseguir todos los ODS y sus metas, un mayor interés y empuje de la comunidad internacional podía haber reconducido la situación.

Una respuesta global e integral debería haber sido el primer paso para mitigar los efectos de la pandemia. Desgraciadamente no ha sido así. Las estrategias individuales de los países han primado sobre la respuesta global, como demuestra el acaparamiento de vacunas por parte de los países ricos. A ello se debe unir la debi-

lidad (cuando no ausencia) de una gobernanza global en salud, convincente y eficaz, y las limitaciones que los modelos económicos actuales provocan a la hora de aplicar posibles soluciones como por ejemplo la liberalización de patentes, lo que hubiera permitido ampliar la producción mundial de vacunas contra la COVID-19.

Los efectos de esta pandemia han sido devastadores en todo el mundo. Desde la confirmación de los primeros casos de COVID-19 hasta octubre de 2022, se han notificado casi 580 millones de casos en el mundo y más de 6,4 millones de muertos. A lo que se suman las consecuencias derivadas de la interrupción de programas de salud y las dificultades en el acceso a los sistemas sociosanitarios de todo el mundo. En su informe sobre los progresos en el cumplimiento de los ODS², Naciones Unidas estima que el número total de muertes asociadas directa o indirectamente a la pandemia de COVID-19, entre el 1 de enero de 2020 y el 31 de diciembre de 2021, fue aproximadamente de 14,9 millones. Además, por primera vez en 10 años ha disminuido la cobertura de vacunación infantil. A lo que hay que añadir el repunte de otros problemas de salud como es el caso de la malaria, el sida, la tuberculosis o los casos de enfermedades mentales. Estos datos no solo marcan el impacto de la pandemia, sino también la necesidad de que todos los países inviertan en sistemas de salud más resilientes que puedan mantener los servicios de salud esenciales durante las crisis, incluidos sistemas de información más fiables y fuertes.

¹ <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>
² <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/progress-report/>

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

El ODS 3 consta de 13 metas y 28 indicadores. Uno de los problemas que ha confirmado la pandemia ha sido que los sistemas de información en muchos países y regiones son demasiado frágiles para enfrentarse a problemas como la pandemia de la COVID-19, lo que unido a las dificultades de conseguir datos en un contexto pandémico ha provocado que no se disponga de datos actualizados para analizar 2020 y 2021.

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

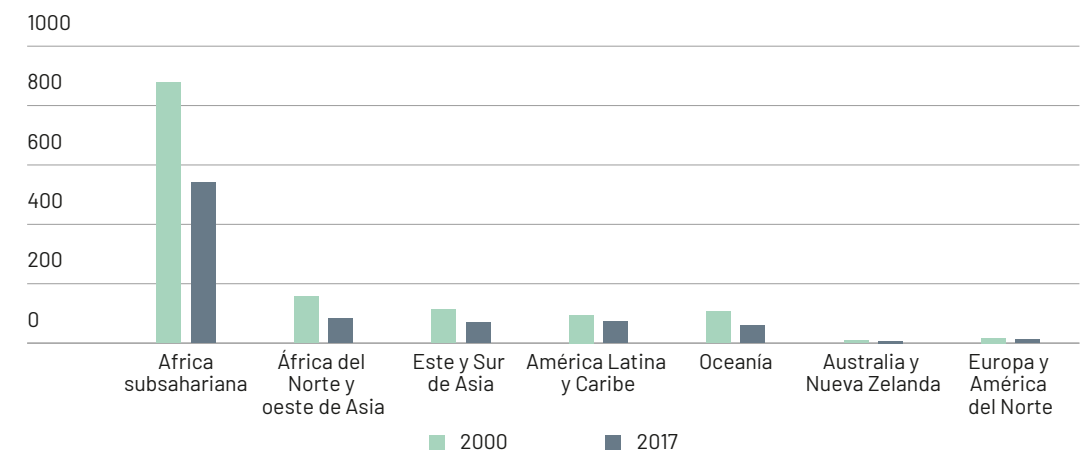
La mortalidad materna es solamente la punta del iceberg de un problema mucho mayor para la salud de las mujeres. Por cada caso de muerte materna hay muchos más de morbilidad, discapacidad o problemas crónicos en la salud de las mujeres.

Antes de la pandemia el indicador de mortalidad materna progresaba de manera positiva. Había descendido un 38 %, si se compara las

cifras de los años 2000 y 2017. Y el número de partos atendidos por personal cualificado en el mundo, que es un factor determinante para disminuir la mortalidad materna, seguía acelerándose, hasta alcanzar el 84 % del total de partos mundiales en el periodo comprendido entre 2015 y 2021.

Ahora bien, el alto número de muertes maternas en algunas zonas del mundo refleja las inequidades en el acceso a los servicios de salud y subraya las diferencias entre las personas ricas y pobres como muestra el gráfico 1. El 99 % de las muertes siguen estando en los países de renta baja y media y aunque todas las regiones mejoraron en cuanto a partos atendidos por personal cualificado, África Subsahariana sigue estando muy por debajo de la media, con un 20 % menos de partos atendidos por personal sanitario que el resto de las regiones mundiales. De los cinco países con mayor mortalidad materna del mundo (Etiopía, India, Nigeria, República Democrática del Congo y Tanzania)³, cuatro están en África Subsahariana.

GRÁFICO 1.1. Diferencias entre regiones mundiales en mortalidad materna 2000-2017⁴



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, UTILIZANDO DATOS DEL INFORME DE 2019 DE LA OMS “WHO, UNICEF, UNFPA, WORLD BANK, UNDP. TRENDS IN MATERNAL MORTALITY: 2000 TO 2017”

³ <https://ourworldindata.org/maternal-mortality#maternal-deaths-by-country>
⁴ https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Maternal_mortality_exec_summary.pdf

El caso de Estados Unidos es muy clarificador de cómo la pandemia de la COVID-19 ha afectado a la mortalidad materna en todos los países y en especial a las personas más desfavorecidas. Según un informe de la Oficina de Rendición de Cuentas del Gobierno de los Estados Unidos⁵, basándose en los datos del Centro para el Control y prevención de enfermedades (CDC en sus siglas en inglés), las muertes maternas en ese país aumentaron un 25 % debido a la COVID-19, alcanzando las 1.178. De hecho, las cifras crecieron con el paso del tiempo. Mientras que en 2020 la importancia de la pandemia en las muertes maternas era del 11,8 % del total, en 2021 era del 34 %. Las muertes de las mujeres afroamericanas, que ya eran de las más altas antes de la pandemia, aumentaron de forma desproporcionada en relación con el resto de las etnias, pasando de una tasa de 44 muertes por cada 100.000 nacimientos vivos en 2019 a 68,9/100.000 nacimientos vivos en 2021, un 56,5 % más. Este incremento es debido a las múltiples barreras que tienen estas mujeres para acceder a la atención médica, destacando el sesgo racial en el sistema de atención médica de los EE. UU. Si se hiciera este tipo de análisis en todos los países, los datos referidos a las poblaciones más marginadas o desfavorecidas se repetirían.

Los esfuerzos de la comunidad internacional no han sido suficientes para alcanzar las metas previstas para este objetivo. A pesar de los avances en las últimas décadas, 810 mujeres sigan muriendo cada día debido a complicaciones del embarazo y el parto, en su mayoría por causas prevenibles o tratables, como enfermedades infecciosas y complicaciones durante o después del embarazo y el parto. Si se mantiene la inercia actual, no se alcanzará la meta de reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos

de 70 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, lo que se traducirá en un millón más de muertes maternas durante el embarazo o en el parto, muertes evitables. Este es el motivo que llevó a la OMS y UNFPA a redactar en 2021 la iniciativa “Terminar con la Mortalidad Materna Prevenible” (EPMM en sus siglas en inglés)⁶, estableciendo 5 nuevos objetivos de cobertura que deben alcanzarse para 2025 si se quiere alcanzar los ODS a nivel mundial:

1. 90 % de mujeres embarazadas reciben cuatro o más visitas de atención prenatal (esperando aumentar hasta ocho visitas para 2030);
2. 90 % partos atendidos por personal de salud capacitado;
3. 80 % de las mujeres que acaban de dar a luz acceden a la atención posnatal dentro de los dos días posteriores al parto;
4. 60 % de las mujeres tengan acceso a atención obstétrica de emergencia dentro de un margen de dos horas;
5. 65 % de las mujeres puedan tomar decisiones informadas y empoderadas respecto a las relaciones sexuales, el uso de anticonceptivos y su salud reproductiva.

No obstante, hay que recordar, como asegura la propia OMS⁷, que la mortalidad materna no se debe solamente a una falta de cuidados sanitarios adecuados, sino que se debe incluir la ausencia de estrategias basadas en la evidencia que ayuden a los países a tomar sus decisiones o del establecimiento de un presupuesto o porcentaje tentativo de cuánto se deberían gastar en este ámbito. Por no hablar de un aspecto social mucho más difícil de cambiar como es la inequidad de género que impide muchas veces que las mujeres puedan tomar decisiones sobre

su propia salud en muchos lugares del planeta. En un artículo de 2017⁸, Hagues RJ, Bae DY, Wickrama KK establecieron una correlación entre el nivel de educación de la mujer, la edad de matrimonio y las altas tasas de mortalidad materna en los países empobrecidos, concluyendo que las mujeres que terminan la escuela antes del matrimonio pueden tener importantes ganancias de capital social y de salud.

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

La tasa de mortalidad de menores de 5 años en el mundo se redujo en un 14 % entre 2015 y 2020, pasando de 43 a 37 muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos. A pesar de mejorar cada año, en 2020 murieron 5 millones de menores de cinco años. Casi la mitad de esas muertes, 2,4 millones, se produjeron en el primer mes de vida, por lo que se trata de muertes muy relacionadas con la atención en el embarazo, parto y postparto. África Subsahariana continúa siendo la región con la mayor tasa de mortalidad de menores de 5 años del mundo, con 74 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, 14 veces más que Europa y América del Norte.

El impacto directo de la COVID-19 sobre la mortalidad de la población infantil y adolescente ha sido limitado al no ser una población con un elevado riesgo de padecer complicaciones provocadas por los efectos del virus. En septiembre de 2022 a la pregunta de cuántos niños y niñas han muerto por COVID-19, UNICEF afirmaba que, solamente el 0,6 %, 16.100 muertos, de las cuales

7.567 eran menores entre 0 y 9 años⁹. Sin embargo, y aunque no hay datos muy concretos sobre su impacto, hay autores que consideran que la gran cantidad de servicios sanitarios interrumpidos van a provocar un repunte de la mortalidad infantil. De hecho, se estima que 25 millones de menores de un año no recibieron las vacunas esenciales en 2021, una cifra que no se daba desde 2009. De 2019 a 2021 la cifra de menores que no tiene la pauta completa de vacunación aumentó en 5,9 millones. En 2021, 18,2 millones de bebés no recibieron una dosis inicial de la vacuna DTP. Y esta falta de acceso sigue visibilizando la inequidad existente entre los y las menores en el mundo. De los 25 millones de menores que no han recibido vacunación completa de DPT, más del 60 % viven en 10 países: Angola, Brasil, República Democrática del Congo, Etiopía, India, Indonesia, Myanmar, Nigeria, Pakistán y Filipinas.

Las muertes indirectas debidas a la pandemia no se han establecido, pero las proyecciones no son muy optimistas. En un blog del Banco Mundial¹⁰ se hacían eco de un artículo que relaciona un exceso de mortalidad de menores de cinco años debido a la recesión económica relacionada con COVID-19¹¹. En un escenario de una contracción del PIB per cápita del 5 %, pronostican un aumento de mortalidad infantil mundial de unas 280.000 muertes. Si la disminución del PIB per cápita es entre el 10 y el 15 %, entonces las muertes se incrementarían entre 585.000 y 911.000 respectivamente. El Fondo Monetario Internacional pronosticó para 2020 un descenso de la economía del 4,4 %. Y como sucede con la mortalidad materna, estos datos siempre afectan más a las poblaciones más vulnerables.

5 <https://www.gao.gov/assets/gao-23-105871.pdf>

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

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

8 Mediation pathways connecting secondary education and age at marriage to maternal mortality: a comparison between developing and developed countries. Hagues RJ, Bae DY, Wickrama KK. Women and Health. 2017; 57(2):189-207.

9 <https://data.unicef.org/topic/child-survival/covid-19/>

10 <https://blogs.worldbank.org/health/excess-under-five-mortality-due-covid-19-related-economic-downturn>

11 <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0263245#abstract0>

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

Las tres grandes enfermedades infecciosas, que fueron uno de los ejes principales de las estrategias de salud de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, continuaron teniendo una atención especial en los ODS. Los datos mostraron que los avances se ralentizaron bastante a partir de 2015 y se está muy lejos de alcanzar los compromisos adquiridos, a pesar de las mejoras en los indicadores.

VIH-SIDA

Para 2030 los líderes mundiales se comprometieron a acabar con la amenaza global que supone la pandemia del VIH-SIDA para el mundo. Como objetivo intermedio, en 2016 se firmó en la Asamblea de la OMS la “Declaración Política sobre el VIH y el SIDA: en la vía rápida para acelerar la lucha contra el VIH y poner fin a la epidemia del SIDA para 2030”¹². En su punto 56 los países se comprometieron a reducir la incidencia de las infecciones de VIH-SIDA en un 75 % para 2020; reducir el número de personas que contraen el VIH a menos de 500.000 al año; reducir el de personas que mueren por causas relacionadas con el SIDA a menos de 500.000 al año, así como eliminar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH. La realidad es que estos objetivos no se han alcanzado y el estigma y la discriminación siguen afectando a un gran número de personas que viven con el virus, mientras que los avances contra esta enfermedad en 2020 se quedaron en una reducción del 39 %, un poco más de la mitad de lo comprometido. Según el informe de UNAIDS “In Danger: UNAIDS Global AIDS Update 2022”¹³, en 2021 hubo un millón y medio de nue-

vas infecciones de VIH, un millón más de las que se hubieran alcanzado si se hubieran conseguido los objetivos globales de lucha contra esta enfermedad, y 650.000 muertes, una cada minuto, un 30 % más que el objetivo propuesto de bajar de 500.000. De hecho, el progreso global de lucha contra esta enfermedad se está decelerando: en 2021 las nuevas infecciones solo cayeron un 3,6 % respecto al año anterior, la menor bajada en una década.

Estamos ante una enfermedad que sigue teniendo mucha relevancia en el mundo, a pesar de que se ha avanzado mucho en las terapias y en la prevención en los últimos años. El VIH se ha cobrado 40,1 millones de vidas en su historia, 650.000 en 2021, año en el que contrajeron el virus 1,5 millones. En el mundo hay aproximadamente 38,7 millones de personas infectadas por el VIH, 10 millones sin acceso a tratamiento con antirretrovíricos.

Más allá del efecto que está teniendo los cierres de servicios debido a la pandemia, que se podrán analizar realmente en próximos años, la COVID-19 no ha hecho sino intensificar una tendencia que ya venía de años anteriores. Desde 2015, las infecciones por VIH-SIDA han crecido en 38 países. Si se habla de regiones mundiales, en Europa del Este y Asia central, Medio Oriente y África del Norte y América Latina han aumentado las infecciones anuales por el VIH durante la última década.

También se ha de considerar que esta enfermedad mantiene unas inequidades muy evidentes, siendo África Subsahariana la región más afectada. A pesar de ser la región con mayores avances en la lucha contra esta enfermedad, solamente el 78 % de las personas que viven con VIH-SIDA tienen acceso a tratamiento. Igual de preocupante es el aumento de los test que en 2020 y 2021 han salido positivos en esta región, lo que puede indicar un repunte de casos y muertes en próximos años.

Malaria

En cuanto a la malaria, al igual que con las otras dos grandes enfermedades infecciosas, si se observa su evolución con una perspectiva temporal amplia, se pueden ver los avances. Desde el año 2000 hasta 2020 se han evitado 1.700 millones de casos y 10,6 millones de muertes debidas a esta enfermedad, gracias al esfuerzo de la comunidad internacional.

Pero la situación parece estar cambiando en los últimos años y la pandemia no ha hecho sino acentuar ese cambio. En 2020 se registraron 241 millones de casos y 627.000 muertes en todo el mundo, lo que supone un incremento del 6,1 % y del 12,3 % respectivamente respecto a 2019. La “Estrategia Técnica Global de la OMS contra la malaria 2016-2030”¹⁴, tenía 4 objetivos finales y unos intermedios en 2020 y en 2025. El informe sobre malaria 2020¹⁵ advertía que dos de esas metas intermedias para 2020, disminución del 40 % de mortalidad y del número de casos de malaria respecto a los que había en 2015, no se habían cumplido. De hecho, estaban muy lejos de conseguirse, pues la mortalidad apenas había bajado un 18 % y el número de casos un 3 %. Las expectativas de la estrategia para 2030 están muy lejos de conseguirse, ya que plantean una incidencia de la malaria del 5,9 por cada 10.000 personas en riesgo, cuando la tendencia actual nos llevaría al 49,6, casi diez veces más.

Pero no es la COVID-19 la única explicación posible. En el informe sobre malaria 2021 de la OMS¹⁶, se señala que, como pasaba con el VIH-SIDA, la evolución de los últimos años en la lucha contra esta enfermedad se había estancado y, desde 2015, 24 países habían aumentado la mortalidad debido a esta enfermedad. Según este informe, si no se triplican

las inversiones en los próximos años, se corre el riesgo de un resurgimiento de esta enfermedad, sobre todo en África Subsahariana, que sufre el 90 % de la enfermedad y el 95 % de la mortalidad. A pesar de que las metas previstas para 2020 no se alcanzaron, y que están en riesgo las de 2030, si no hay una apuesta decidida para invertir en la lucha contra la malaria, los efectos pueden ser devastadores en los países más empobrecidos. Es cierto que también hay lecturas positivas. En 2021 tanto China como el Salvador han declarado la erradicación de la malaria, y otros 25 países están en la senda de conseguirlo en 2025.

La iniciativa más prometedora para poder controlar esta enfermedad, si se tiene en cuenta las resistencias al tratamiento con artemisina que están apareciendo en la región africana y a las resistencias a los insecticidas que se usan en las mosquiteras, es la vacuna RTS,S/AS01 contra el plasmodium falciparum, que es el tipo de plasmodium más mortal que causa malaria. La OMS está promoviendo su uso en la vacunación infantil en las regiones que tengan una carga media o alta de esta enfermedad, pero no hay datos suficientes para poder valorar esta medida. Se espera una vida salvada por cada 200 vacunas inoculadas, y una disminución del 40 % de los episodios de malaria. Según estas previsiones, está claro que no puede ser la única medida que se debe implementar, si se quiere controlar esta enfermedad aumentando el acceso a medias diagnósticas, preventivas y terapéuticas. Como se mencionaba en informes anteriores, hay más vacunas prometedoras que pueden ampliar la cobertura vacunal en el caso que se demuestren adecuadas, como es el caso de las vacunas PfSPZ¹⁷ o la R21¹⁸.

12 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-political-declaration-HIV-AIDS_es.pdf

13 IN DANGER: UNAIDS Global AIDS Update 2022. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

14 <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564991>

15 <https://www.who.int/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/world-malaria-report-2020-briefing-kit-eng.pdf>

16 World malaria report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

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

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

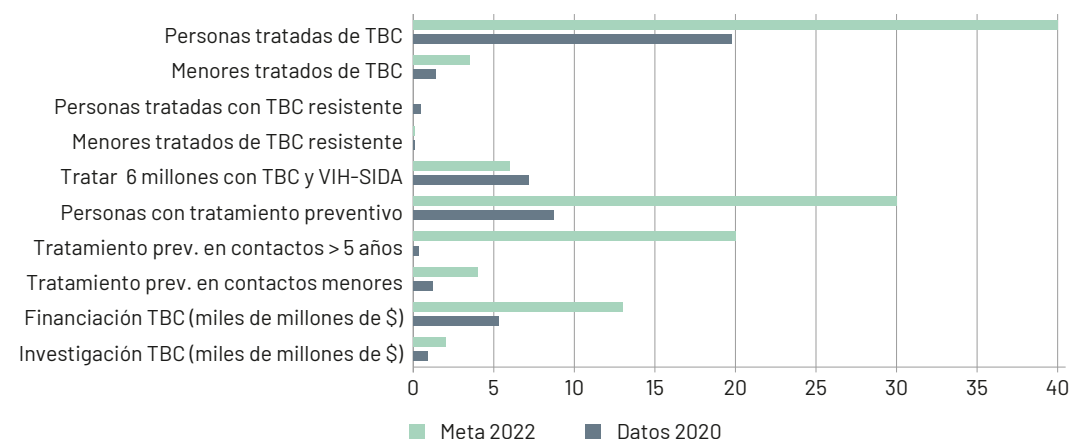
Tuberculosis

La OMS advierte en el “Informe 2021 sobre tuberculosis”¹⁹ que la COVID-19 ha revertido los avances alcanzados en la última década en la lucha contra la tuberculosis (TB), al igual que sucediera con el sida y la malaria. En este mismo informe, la OMS recuerda que en 2022 se debían de alcanzar una serie de metas que fueron aprobadas en la primera Reunión de Alto Nivel para la lucha contra la tuberculosis celebrada en Naciones Unidas en 2018²⁰, metas que en su mayoría se está lejos de conseguir. Hay una excepción. A nivel mundial, 7,2 millones de personas con VIH y TB habían recibido tratamiento en 2020, un 120 % de la meta esperada en 2022. En el otro lado, hay que indicar que el tratamiento preventivo de los contactos ha fracasado y en 2020 solamente había alcanzado un 1,6 % de lo esperado. La mayoría de las metas se mueven por debajo del 50 %, lo que indica claramente que, aunque los datos sean de hace 2 años, en 2022 no se van a alcanzar.

En esta situación, como se mencionaba, la pandemia de la COVID-19 ha supuesto un empeoramiento claro de la situación de esta

enfermedad. De los 7,1 millones de personas diagnosticadas de tuberculosis en 2019 se pasó a 5,8 millones en 2020, un descenso del 18,3 %, por el cierre de servicios. Esta cifra de diagnósticos es algo más de la mitad de los 9,9 millones de casos esperados. Un 15 % de personas con tuberculosis no tuvieron tratamiento, comparando las cifras de 2020 y 2019, cifra que aumenta hasta el 21 % si se habla de tratamiento preventivo. Como consecuencia, las muertes por esta enfermedad aumentaron en estos años. Las estimaciones más optimistas nos indican que en 2020 murieron 1,5 millones de personas, de ellas 214.000 tenían VIH, frente a 1,2 millones en 2019, aumentando la tasa de mortalidad por primera vez desde 2005. Se trata de muertes que son inevitables. Como se indicaba en el informe anterior, el 85 % de las personas que desarrollan la enfermedad pueden ser tratadas con éxito con un régimen de medicamentos de 6 meses. Por otro lado, la mayoría de los nuevos casos, según la OMS, son atribuibles a cinco factores de riesgo: desnutrición, infección por el VIH, trastornos por consumo de alcohol, tabaquismo y diabetes.

GRÁFICO 1.2. Comparativa compromisos 2022/realizado en 2020 en la lucha contra la tuberculosis (TB)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, UTILIZANDO DATOS DE LA OMS

19 Global tuberculosis report 2021. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
20 <https://www.who.int/news-room/events/un-general-assembly-high-level-meeting-on-ending-tb>

Estamos en un momento complicado, de luces y sombras, en la lucha contra estas tres enfermedades, malaria, sida y tuberculosis. No parece que se vayan a conseguir los objetivos marcados en el tiempo propuesto, falta mucho por hacer. Por otra parte, no se pueden olvidar todos los logros conseguidos y las posibilidades de mejora en el futuro. Tal y como explica el Informe 2022 de Resultados del Fondo Global de lucha contra la malaria, el sida y la tuberculosis²¹, solamente con sus programas, desde 2002 hasta 2021 se han salvado 50 millones de vidas. Además, en 2021 se ha recuperado la financiación de los programas de lucha contra estas enfermedades, y para el sida y la malaria, incluso se han superado los niveles de financiación de 2019.

Hepatitis

En cuanto a otras enfermedades infecciosas relevantes, la hepatitis sigue sobresaliendo negativamente. Provoca anualmente 1,1 millones de muertes por cirrosis y cáncer de hígado, sobre todo debido a la hepatitis B, C y D²². El objetivo de la OMS es acabar con las hepatitis víricas en 2030, pero la realidad es que se está muy lejos de conseguirlo. Solamente el 10 % de las personas con hepatitis B crónica han sido diagnosticadas, cuando se espera alcanzar para 2030 un 90 %. El 22 % de las personas infectadas recibe tratamiento, cuando se aspira a un 80 % dentro de 8 años. Para alcanzar estas metas, habrá que mejorar el acceso a diagnósticos y tratamientos, pero se está lejos de tener disponibles tratamientos que los sistemas sanitarios más frágiles puedan utilizar masivamente por la falta de una liberalización de patentes. Como se mencionaba el año pasado, los precios medios estándar del tratamiento con sofosbuvir, el

tratamiento para la hepatitis C, está por encima de los 40.000 dólares, mientras que el coste del mismo medicamento genérico sería de 28 dólares²³.

Además de las dificultades de acceso y precio, se debe prestar atención a su evolución. En abril de 2022 se observó un brote de hepatitis infantil que no estaba relacionada con ninguna de las cinco hepatitis conocidas: A, B, C, D o E. Comenzó en el Reino Unido, pero luego se ha extendido por Estados Unidos (los dos países más afectados en los primeros meses), Israel, Asia y otros países europeos²⁴, sin saber aún la causa de la aparición de esta nueva hepatitis. El 8 de julio de 2022 ya había afectado a más de 1.010 menores en 35 países, de los que 42 recibieron trasplante y 22 fallecieron. La incidencia parece que bajaba en septiembre, pero sigue necesitando vigilancia. Se han descartado diferentes causas potenciales, aunque una de las más probables es que estuviera relacionada con otros virus como el adenovirus, aunque no existen aún pruebas concluyentes²⁵.

La OMS aprobó en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo 2002, las estrategias de lucha contra el VIH-SIDA, hepatitis virales y enfermedades de transmisión sexual 2022-2030²⁶, donde se establecen las medidas más efectivas para luchar contra estos problemas de salud, que causan entre todas ellas 2,3 millones de muertes y 1,2 millones de casos de cáncer al año. Más de un millón de personas contraen infecciones de transmisión sexual cada día, mientras que cada año 4,5 millones de personas se infectan por el VIH y las hepatitis B y C. El objetivo final de estas estrategias es poner fin al sida, las hepatitis víricas B y C y las infecciones de transmisión sexual (ITS) en 2030, centrando estas medidas en los derechos de las personas, y no en las enfermedades.

21 https://www.theglobalfund.org/media/12264/corporate_2022resultsreport_summary_en.pdf

22 <https://www.who.int/es/campaigns/world-hepatitis-day/2022>

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

24 <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/acute-severe-hepatitis-of-unknown-origin-in-children-the-state-of-play/5511380/0>

25 <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON400>

26 <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240053779>

Enfermedades tropicales desatendidas

Las veinte enfermedades tropicales desatendidas (ETD) definidas por la OMS²⁷ siguen siendo un grave problema de salud mundial, a pesar de los avances que se han dado en los últimos años, donde 42 países han conseguido erradicar al menos una de estas enfermedades. En 2020 sigue afectando más o menos a las mismas personas que en 2019, 1.730 millones de personas, de las cuales solamente 757 millones recibieron tratamiento²⁸. Además, estas cifras podrían estar afectadas por la COVID-19, ya que, por ejemplo, se detectaron menos casos de dracunculosis o de tripanosomiasis africana, y no se sabe si es por una mejora en la atención o por una falta de diagnóstico debido a la afectación de los sistemas sanitarios por la pandemia.

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. Las ENT son responsables de la muerte de 41 millones de personas en el mundo; es decir, tres de cada cuatro muertes registradas anualmente²⁹. De estas muertes, el 41,5 % (17 millones), ocurren antes de los 70 años, la mayor parte en países de renta media y baja. Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo y, según estimaciones, se cobran 17,9 millones de vidas cada año. Si a estas enfermedades se añaden las enfermedades oncológicas, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes, sumarían el 80 % de todas las muertes debidas a las ENT.

La estrategia desarrollada por la OMS en 2017³⁰ para la prevención y el control de las ENT, proporciona a las instancias normativas una lista de las “mejores inversiones” y otras intervenciones recomendadas para abordar las enfermedades no transmisibles con una lista de opciones para cada uno de los cuatro factores de riesgo principales de las ENT (tabaquismo, uso nocivo del alcohol, dieta malsana e inactividad física) y para cuatro enfermedades (enfermedades cardiovasculares, diabetes, cáncer y neumoopatías crónicas). El plan tiene una base muy interesante al dar a la Atención primaria de salud un papel relevante en la lucha contra las ENT, sobre todo en actividades preventivas y comunitarias. Es fundamental proponer actividades de salud pública, como aumento de impuestos o restricciones de publicidad, que sobrepasan el nivel de atención sanitario y demandan un enfoque multisectorial que anteponga los intereses de la salud de las personas sobre los económicos.

La COVID-19 ha acentuado aún más los problemas derivados de las ENT. De hecho, según el informe de la Alianza de ENT “Invertir para proteger. La financiación de las ENT como base para sociedades y economías saludables”³¹, entre el 60 % y el 90 % de las muertes por COVID-19 sucedían en personas que sufrían al menos una ENT. Además, la gran mayoría de muertes debidas a la interrupción de los sistemas sanitarios también eran de personas que sufrían al menos una ENT. Por lo tanto, se puede concluir que los 1.700 millones de personas que conviven con una ENT han estado y están en riesgo de sufrir una COVID severa³².

Es evidente que hay que abordar los factores multisectoriales, más allá de los propios de la salud, si se quiere de verdad enfrentar el problema de las ENT. Una de las grandes causas que subyacen tras las ENT es la obesidad, de ahí que una

alimentación saludable sea uno de esos elementos que se deben promocionar. Algunos autores hablan de la “Sindemia Global”³³ para referirse a la interacción global entre obesidad, desnutrición y cambio climático, y que definen como la mayor amenaza para la salud humana y del planeta, pues afecta a la mayoría de las personas en todos los países y regiones. Una sindemia es una unión de pandemias, y en este caso, se denomina así porque coexisten en el tiempo y el lugar, interactúan entre sí para producir secuelas complejas y comparten factores impulsores sociales subyacentes comunes. En este caso, 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.

Si se habla de obesidad hay que hablar de dos elementos que son fundamentales: de grasas trans, que se utilizan en la elaboración y conservación de los alimentos ultra procesados y del consumo de azúcar³⁴, que puede acabar aumentando el riesgo de padecer diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares y ciertos tipos de cáncer, e incluso aumentar el riesgo de demencia³⁵. Las bebidas azucaradas son un elemento crucial en la lucha contra la ingesta excesiva de azúcar, sobre todo porque sucede en población muy joven. En algunos estudios se muestra cómo el consumo de estas bebidas es la principal fuente de ingesta de calorías de la dieta. En México³⁶, una persona bebe de promedio 163 litros de bebidas azucaradas al año, medio litro al día, lo que explica por qué este país tiene uno de los índices de obesidad infantil más altos del mundo³⁷. Pero no es un problema solo de México. No hay ni un solo país en el mundo que

no esté empeorando en salud alimentaria. ¿La causa? El excesivo consumo de alimentos procesados, cargados de sal, azúcares añadidos y grasas insalubres. En España plataformas como la “Alianza por una alimentación saludable”³⁸, de la que forma parte **medicums**mundi, llevan tiempo denunciando que el factor alimentario se ha convertido en el principal factor de riesgo que está reduciendo la salud y la calidad de vida en España, siendo causa de enfermedades como la obesidad, la diabetes y enfermedades cardiovasculares. Existe además una desigualdad en la incidencia y afectación de estas según la clase o el género.

Entre las posibles soluciones que propone la Alianza estaría³⁹:

- La formulación de políticas públicas que pongan freno a la alimentación insana.
- Un etiquetado obligatorio para todos los productos alimenticios que permita diferenciar claramente los alimentos que pueden considerarse insanos.
- Un control efectivo de la publicidad alimentaria, ya que actualmente la regulación existente es muy deficiente.
- Una política impositiva para modificar los hábitos de consumo: aplicar un tipo impositivo alto a los productos insanos y facilitar el acceso a una alimentación saludable.
- La eliminación de la alimentación malsana de los centros educativos y promover la comida saludable a través de la compra pública.
- Favorecer la agricultura familiar campesina y los mercados alimentarios locales como pieza clave en la lucha contra el hambre y la mala nutrición.

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

28 <https://www.who.int/campaigns/world-ntd-day/2022>

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

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

31 https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/NCD%20Financing_ES.pdf

32 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30264-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30264-3/fulltext)

33 [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)

34 <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnut/v44n3/0716-1549-rchnut-44-03-0276.pdf>

35 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1215740>

36 <https://www.redalyc.org/pdf/487/48731722006.pdf>

37 12. Harington S. The role of sugar-sweetened beverage consumption in adolescent obesity: a review of the literature. J Sch Nurs; 24(1):3-12. EEUU. 2008

38 <https://justiciaalimentaria.org/campana/dame-veneno/alianza-por-una-alimentacion-saludable/>

39 <https://justiciaalimentaria.org/campana/dame-veneno/accion/>

Salud mental

En lo que se refiere a la salud mental, los datos previos a la pandemia de la COVID-19 mostraban la dejadez con la que estos problemas se afrontan en la mayoría de los países, a pesar de su relevancia. Según los primeros datos disponibles, en 2019 se suicidaron más de 700.000 personas, es decir 1 de cada 100 muertes, lo que ha llevado a la OMS a elaborar nuevas orientaciones para ayudar a los países a mejorar la prevención del suicidio y los cuidados conexos. A nivel mundial, la mayoría de las muertes por suicidio se produjeron en países de medios y bajos ingresos (77 %), regiones en las que reside gran parte de la población del planeta.

En el informe de 2020 de la OMS “Mental Health Atlas”⁴⁰, aunque hay algunas mejoras en los datos globales, solamente el 52 % de los países cumplieron la meta relacionada con los programas de prevención y promoción de la salud mental, porcentaje que está muy por debajo de la meta establecida del 80 %. De los programas que se reportaron, el 31 % no contaba con recursos humanos y financieros suficientes, el 27 % no tenía un plan definido y el 39 % no tenía evidencia documentada de progreso y/o impacto. Es obvio que la pandemia de la COVID-19 ha exacerbado los problemas de la salud mental, la gran olvidada desde el punto de vista político, mediático y social, pero que ya afectaba a millones de personas antes de que la COVID-19 cambiara nuestras vidas. No es una sorpresa si se tiene en cuenta que, de los servicios esenciales de salud, los de salud mental y consumo de sustancias fueron los más afectados de todos.

En 2021 la prevalencia mundial de la ansiedad y la depresión aumentó aproximadamente en un 25 %, siendo la juventud y las mujeres los grupos más afectados. Se estima que más del 13 % de las y los adolescentes de 10 a 19 años han sufrido un trastorno mental diagnosticado según la definición de la OMS, lo que equivale

a que 116 millones de jóvenes de 10 a 19 años estaban afectados por trastornos mentales. El suicidio se posiciona como la cuarta causa de muerte en personas con edades comprendidas entre los 15 y los 29 años, solo superada por los accidentes de tráfico, la tuberculosis y la violencia interpersonal. Las brechas en atención en salud mental siguen ampliándose debido a que estas enfermedades son consideradas problemas de salud secundarios.

Un elemento importante que esta pandemia nos ha traído ha sido también la visibilización de la afectación de la salud mental del personal sanitario. Según un informe de Qatar Foundation y WISH “Our duty of Care: a global call to action to protect the mental health of health and care workers”⁴¹, entre el 23 % y el 46 % del personal sociosanitario informaron de síntomas de ansiedad durante la pandemia de COVID-19 y entre el 20 % y el 37 % experimentaron síntomas depresivos. Estos problemas afectan claramente a la capacidad del sistema sanitario de dar una respuesta adecuada a los problemas de salud a los que se debe enfrentar, más allá de la COVID-19, y puede explicar en parte la dificultad del propio sistema sanitario para una rápida recuperación.

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

Alcohol y tabaco

Como se ha mencionado, los servicios relacionados con sustancias adictivas junto con la de salud mental son los que se han visto más afectados por la COVID-19, ya que sus programas son los que han sufrido severas interrupciones durante la pandemia. En muchos países, el alcohol y el tabaco, al ser drogas legales, parece que no son tan relevantes como las ilegales a nivel de establecer normas estrictas para su consumo y

publicidad, a pesar de su importancia en la salud. Fumar, por ejemplo, sigue siendo uno de los factores de riesgo más importantes de mortalidad y morbilidad prematuras a nivel mundial. Se puede atribuir al tabaco una de cada seis muertes debidas a ENT⁴². En 2019 el número de personas fumadoras en el mundo alcanzaban los 1.000 millones, una cifra que sigue aumentando⁴³. Tampoco se puede obviar su importancia económica. Los programas de prevención de tabaco son mucho más baratos que asumir las consecuencias del mismo. El programa de control de tabaco de California ha evitado un gasto 61 veces mayor a la inversión realizada en ese programa⁴⁴. Tampoco es despreciable el coste económico individual del tabaco. En un análisis realizado en Bangladesh, se pudo concluir que, si la ciudadanía empobrecida de ese país dejase de consumir tabaco, y reasignaran el 69 % de su gasto en tabaco a alimentos, habría 10,5 millones menos de personas desnutridas y la tasa diaria de muertes infantiles por desnutrición se reduciría a la mitad⁴⁵.

Por otro lado, el uso nocivo de alcohol es causante del 5,3 % de todas las muertes de un año, y del 5,1 % de la carga mundial de enfermedades y lesiones⁴⁶. A pesar de la regulación existente, aprovechan las nuevas tecnologías, que se mueven en zonas grises, para favorecer su comercialización. La recopilación y el análisis de datos sobre los hábitos y preferencias de los usuarios, por parte de los proveedores globales

de internet, está siendo usado por los comercializadores de bebidas alcohólicas para dirigir mensajes a grupos específicos más allá de las fronteras nacionales. En el informe técnico de la OMS de 2022 “Reducción del daño causado por el alcohol mediante la regulación del marketing, la publicidad y la promoción transfronterizos del alcohol”⁴⁷ se asegura que, en 2019, más del 70 % del gasto en medios de los principales comercializadores de alcohol con sede en los EE. UU. se realizó a través de las redes sociales, como promociones, colocación de productos y anuncios en línea, evitando incluso las legislaciones locales sobre el uso del alcohol.

El uso del alcohol está profundamente arraigado en el paisaje social de muchas sociedades. A nivel individual los patrones y niveles de consumo de alcohol dependen de múltiples factores como son el sexo, la edad, los factores de vulnerabilidad socioeconómicos y biológicos individuales y el entorno normativo. El alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades embriagadoras y generadora de dependencia. Son necesarias medidas globales que promuevan una vida más saludable a la vez que una mayor regulación a nivel internacional de la publicidad y la comercialización de estos productos. Existe un “Plan de Acción Mundial sobre el Alcohol 2022-2030” cuyo fin es fortalecer la aplicación de la Estrategia Mundial para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol⁴⁸. Del éxito de su aplicación se hablará en próximos informes.

40 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703/>

41 <https://2022.wish.org.qa/wp-content/uploads/2022/10/QFJ9259-02-Our-Duty-Of-Care-WEB.pdf>

42 <https://ncdalliance.org/why-ncds/risk-factors-prevention/tobacco-use>

43 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01169-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01169-7/fulltext)

44 Lightwood JM, Dinno A, Glantz SA. Effect of the California tobacco control program on personal health care expenditures. PLoS Med. 2008;5:e178.

45 Efroymson D, Ahmed S, Townsend J, et al. Hungry for tobacco: an analysis of the economic impact of tobacco consumption on the poor in Bangladesh. Tob Control. 2001;10:212-17

46 [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol#:~:text=Worldwide%2C%203%20million%20deaths%20every,adjusted%20life%20years%20\(DALYs\).](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/alcohol#:~:text=Worldwide%2C%203%20million%20deaths%20every,adjusted%20life%20years%20(DALYs).)

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

48 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_es.pdf?sfvrsn=59817c21_5

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 1,3 millones de personas y entre 20 y 50 millones resultan heridas de diferente consideración⁴⁹, lo que sin duda supone un importante coste económico, hasta el 3 % del PIB, para algunos países. La mayoría de estos accidentes se dan en los países de renta baja y media, y la tasa de mortalidad más alta se da en África Subsahariana.

Las causas principales que provocan estos 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. Para afrontar estos problemas, la OMS presentó en 2017 un documento técnico denominado "Save LIVES"⁵⁰, que muestra las medidas que hay que tomar para disminuir los accidentes de tráfico. En la Asamblea de Naciones Unidas de septiembre de 2020⁵¹ se aprobó el "Plan global para la Década de Acción para la Seguridad Vial 2021-2030"⁵², 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.

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 meta 3.8, lograr la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), pero tiene unas especificidades que superan el ámbito sanitario. Una de cada diez muje-

res en edad reproductiva (270 millones según estimaciones de la OMS) tiene una necesidad insatisfecha de planificación familiar y más de 200 millones de mujeres que quieren evitar el embarazo no utilizan métodos anticonceptivos modernos debido a una serie de limitaciones⁵³. Existe una carencia de servicios de salud sexual y reproductiva en el mundo para atender todos estos problemas de salud. Las infecciones de transmisión sexual siguen estigmatizadas y ocultas, y las contraen 374 millones de personas cada año, pero la mayoría de ellas carece de acceso a los servicios de detección, diagnóstico y tratamiento.

Es evidente que existen múltiples barreras más allá de las sanitarias que impiden a muchas mujeres acceder a estos servicios, problema que se intensifica en los países de desarrollo bajo y medio. En un informe presentado en la Asamblea de Naciones Unidas en julio de 2021⁵⁴, la Relatora Especial de Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Tlaleng Mofokeng, afirmó que estas barreras se basan en los modelos patriarcales y colonialistas y en las desigualdades que existen en el mundo. Unas barreras que han aumentado con la COVID-19. En ese informe se muestra como en el primer año de pandemia, 14 millones de mujeres perdieron el acceso a los métodos anticonceptivos y a los servicios especializados para las víctimas de violencia de género, en un momento que estaba aumentando este problema. Además, en algunos países, aprovechando la pandemia, promulgaron leyes mucho más restrictivas para el acceso a un aborto seguro.

Por estos motivos la relatora asegura que es una prioridad restaurar los servicios esenciales de salud sexual y salud reproductiva. Para ga-

rantizar estos servicios, se debe trabajar a nivel legal, obligando a los Estados a respetar y proteger los principios de autonomía y orientación sexual, integridad corporal, dignidad y bienestar de las personas. A nivel social, hay que empezar a dar los primeros pasos para que todos los países se orienten hacia una sociedad más justa, más libre, y que respete las decisiones que tienen que ver con los derechos sexuales y los derechos reproductivos.

META 3.8. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

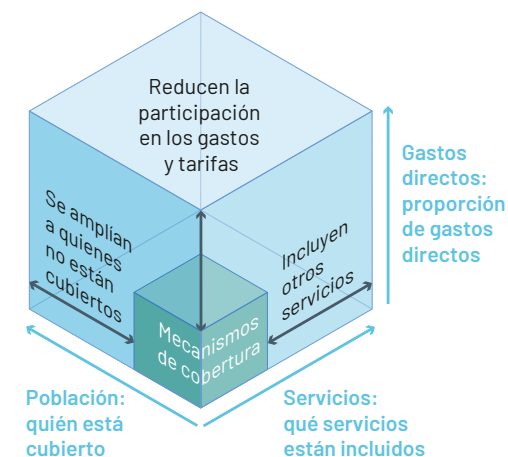
La Cobertura sanitaria universal (CSU) se logra cuando todas las personas pueden recibir los servicios de salud de buena calidad que necesitan sin tener que enfrentarse a dificultades económicas por tener que pagarlos. La CSU abarca toda la gama completa de servicios de salud esenciales, desde la promoción de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos⁵⁵. Se fundamenta en tres pilares: dar más servicios a la población, cubrir a más personas por el sistema sanitario y sustituir los gastos individuales sanitarios, que causa cada año la pobreza de millones de personas, por gastos mancomunados en salud.

Aunque la evidencia está limitada hasta el momento, parece demostrado que existe una relación entre la mejora de la Cobertura Universal y la salud de las personas, especialmente de las más empobrecidas⁵⁶. Pero es necesario más estudios para maximizar la efectividad de la CSU, incluidos los efectos de factores como la calidad de las instituciones y la gobernanza en salud, por no hablar de otros factores que determinan la salud como la economía o aspectos sociales, interrelaciones que se han visto muy claramente en la pandemia de la COVID-19. En otras palabras, la CSU mejora la salud de las personas, pero no

se sabe cuánto, y se precisa incorporar otras medidas como trabajar con los otros determinantes de salud, si de verdad se quiere conseguir la mejor salud posible para todas las personas.

Los datos previos a la pandemia mostraban una tendencia inquietante en la consecución de esta meta. Aunque el 75 % de los planes y estrategias nacionales de salud de todos los países se han dirigido a conseguir la CSU, esta decisión política no siempre se ha acompañado de un compromiso financiero suficiente. Si se analiza las tendencias previas a la pandemia, solamente entre el 39 % y el 63 % de la población mundial estaría cubierta en 2030. El movimiento global UHC 2030 (CSU 2030 en castellano), esperaba que en 2023 1.000 millones de personas más tuvieran acceso a los servicios esenciales de salud y no sufrieran gastos catastróficos. Pero la tendencia, sin contar la pandemia, indica que solamente 270 millones de personas lo conseguirán⁵⁷, una cuarta parte de lo esperado.

GRÁFICO 1.2. Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal



FUENTE: OMS

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

50 <https://www.who.int/publications/i/item/save-lives-a-road-safety-technical-package>

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

52 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

53 <https://www.ohchr.org/en/statements/2021/09/world-contraception-day-26-september-2021>

54 <https://www.ohchr.org/en/documents/thematic-reports/a76172-report-special-rapporteur-right-everyone-enjoyment-highest>

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

56 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61039-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61039-3/fulltext)

57 https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/State_of_UHC/Synthesis_2021_final_web_EN.pdf

Las dificultades para conseguirla son multi-causal. El primer problema es estructural. Quién define y cómo se definen los servicios esenciales de salud que debe cubrir la CSU. La ciudadanía no participa en estas decisiones, así que muchas de sus necesidades quedan fuera de las mediciones de la CSU. Por otra parte, como no se definen exactamente los resultados comunes que deberían alcanzar todos los países, se ha permitido hacer “paquetes básicos” de servicios de salud en muchos países para las personas empobrecidas, pero que no cubren ni de lejos sus necesidades de salud. Así, si se hace una política que se dedique exclusivamente a incorporar personas de rentas medias y medias bajas de un país, la CSU puede ir creciendo en los primeros años del desarrollo de la estrategia, pero no se alcanzaría totalmente para todas las personas. Por otra parte, está el déficit de financiación y recursos necesarios para alcanzar la CSU por parte de muchos gobiernos.

Tampoco se ha definido, basándose en la evidencia, cuál es la mejor forma de alcanzar la CSU en los países y se ha dejado autonomía a los países para que definan su propio modelo. Esto permite que muchos países asuman “progresos” que van a tener limitados resultados. Es fundamental que la política de salud del país se base en el derecho a la salud de todas las personas y que la responsabilidad recaiga en lo público, que es como se asegura la equidad. Otro aspecto relevante es el modelo de financiación de la salud que se utiliza en los países, y que han sido un impedimento en muchos de ellos para avanzar en la consecución de la CSU. En un artículo del Lancet de 2015⁵⁸, que analizaba las reformas de los sistemas sanitarios y la CSU en América Latina, se afirmaba que, salvo en Brasil, Cuba y Costa

Rica, el logro de la CSU se ha visto obstaculizado por la falta de equidad en el financiamiento de la salud y los esquemas de seguro social basados en el empleo, que han segmentado a la población en tres categorías: (i) las personas empobrecidas, desempleadas y empleadas sin seguridad social; (ii) la población trabajadora asalariada con seguridad social; y (iii) los ricos con seguro privado.

La pandemia de COVID-19 ha ampliado las dificultades para conseguir esta meta. En el informe de seguimiento 2021 “Monitorizando la Cobertura Sanitaria Universal”⁵⁹, realizado conjuntamente por la OMS y el Banco Mundial, se muestra claramente los déficits que existen. La cobertura del servicio se basa en el Índice de Servicios de Cobertura Sanitaria Universal⁶⁰, que utiliza 14 indicadores para generar ese índice. Este índice, cuyo valor máximo es 100, aumentó desde un valor de 45 en el año 2000 a 67 en el 2019, pero insuficiente para alcanzar el mínimo comprometido de 80 en 2030. Si se analiza el vector de financiación, entre 2015 y 2017, el número de personas con gastos de bolsillo en salud superior al 10 % de su presupuesto familiar (es decir, gasto catastrófico en salud⁶¹) pasó de 940 millones a 996 millones al año, impulsado por un aumento de la cantidad que las personas gastan de su propio bolsillo para su salud, sumado a un crecimiento del consumo de salud privada.

Y la situación después de la pandemia, a pesar de no tener datos concluyentes, muestra un empeoramiento de estos resultados. A finales de 2021 seguían interrumpidos o afectados muchos servicios de salud en todo el mundo. En el monitoreo que realiza la OMS sobre los servicios de salud interrumpidos⁶², muestra cómo, de 95 países, el 52 % de los servicios de atención primaria

están afectados, también el 58 % de los servicios de rehabilitación y de paliativos, e incluso el 37 % de las urgencias seguían con interrupciones de servicio. Como afirma la propia OMS, es necesario orientar los esfuerzos hacia el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en

sistemas orientados a la Atención primaria de salud para acelerar el progreso hacia la CSU y la seguridad sanitaria. Hay que añadir que este fortalecimiento debería ser público, y que se encaje dentro de una estrategia más amplia de mejora de los determinantes de la salud.

FORTALECER LOS SISTEMAS DE SALUD... OTRA VEZ

Natxo Oleaga

Investigador

Hace ya varias décadas comenzamos a oír, escribir y discutir sobre el necesario fortalecimiento de los sistemas sanitarios, con la aspiración de avanzar hacia una cobertura universal.

A pesar de indudables avances en resultados medidos en ámbitos como la mortalidad materna e infantil, inmunizaciones, control y tratamiento de VIH, malaria y tuberculosis, educación infantil..., y con mayor financiación disponible a nivel global hasta 2019, la pandemia COVID está teniendo consecuencias desastrosas en términos de salud y economía, de manera desigual según geografía y con efectos aún difíciles de cuantificar.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible deben ser revisados, sin duda. El retroceso en muchos países supone décadas de esfuerzo irrecuperable. De ahí que vuelva a tomar peso en la agenda global la necesidad de fortalecer los sistemas de salud. No es solo una cuestión técnica o financiera. Quizá no hemos aprendido suficientemente que la clave de la transformación de un sistema social complejo es esencialmente política.

Más allá de declaraciones institucionales bienintencionadas y de compromisos oficiales cuyo incumplimiento es la norma, las políticas nacionales rara vez establecen con claridad unos objetivos para el sistema que coloquen en lugar prioritario la salud para todos con igualdad, la cobertura universal sin diferencias. No es una prioridad, por mucho que se repitan mantras parecidos en el tiempo.

Hay restricciones y cierta contradicción entre determinados objetivos (“trade off”), pero repetimos listados de objetivos como si todos ellos fueran igualmente conseguibles a la vez. Rara vez encontramos una priorización clara establecida. Seguimos instalados en la estupidez, si no en la mentira. La explicación es sencilla y la sabemos. Cada grupo de actores ordena las metas a conseguir de acuerdo a sus legítimos intereses. Los gestores y los ciudadanos es seguro que no tienen las mismas prioridades. Ni todos los actores de distinta orientación ideológica harían la misma lista. Dichos intereses anclan en los principios y valores sociales del grupo al que representan o del que son partícipes.

Así, los objetivos que se definen realmente son el resultado del balance de poder que tienen los distintos actores. No debiera costar demasiado entender que objetivos de equidad universal no son del gusto de una mayoría suficiente de actores. Es obvio que, para avanzar en ese camino, con muchos años ya de discurso parecido, habrá que seguir promoviendo alianzas políticas, profesionales y económicas para fortalecer los servicios públicos. Pero no hay razones suficientes para creer que el sector salud vaya a comportarse de manera diferente a otros o a su propio pasado. El mercado y el capital siguen teniendo otros planes; y más fuerza.

Ciudadanía sigue siendo el actor que se viene anunciando como FUNDAMENTAL en las sociedades actuales, aunque hasta la fecha es poco relevan-

58 <https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/23552/Atun-2015-Health-system%20reform%20and%20universal%20h.pdf;sequence=1>

59 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>

60 <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4834>

61 <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection/GHO/financial-protection>

62 <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/global-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-COVID-19-pandemic>

te la participación social REAL de la población en la producción social de la salud y su promoción.

Respecto a las funciones del sistema sanitario, supongamos por un momento que en un determinado país existe la voluntad política, mantenida suficientemente en el tiempo, de garantizar el derecho a la salud y de disponer de un sistema de atención a la misma con las características que adornamos con palabras como eficiencia, calidad, rapidez, seguridad, acceso, calidad, resultados... Es una suposición.

En tal caso, no parecería tan fantasioso poder alcanzar acuerdos para diseñar una financiación basada en impuestos si se acordara seriamente entre los actores priorizar la equidad frente a otros fines de la política. Sigue sonando medio bien “paga más quien más gana y usa más quien más necesita”. Sería la señal de una política orientada a la inclusión social con equidad y combativa frente a las desigualdades en salud. Pero esa señal no se ve. Parece que *destinar al menos el 6 % del PIB a financiamiento público en salud es condición necesaria, aunque no suficiente, para poder alcanzar una cobertura de toda la población*. Aunque si así fuera, en países de renta baja el dinero per cápita resulta ridículo.

Una de las derivadas de la pandemia COVID es la recomendación por parte de OMS y otras instancias de NN. UU. de dedicar un 1,5 % adicional concentrado en Atención Primaria (llámese según gusto personal). No constan expresiones en contra de esta idea, lo que no significa que vayamos a verla puesta en acción en breve plazo, sobre todo en los países con mayores necesidades, que coinciden con los que tienen menores recursos y ha sufrido los peores efectos de la pandemia.

En cualquier caso, la clave seguirá siendo la modalidad de financiamiento de la Cobertura Universal de Salud. La propuesta de la OMS y el Banco Mundial recomienda el aseguramiento como la modalidad principal. En la práctica, lo que vemos es la expansión de la cobertura mediante la suma de muy distintos seguros, de forma más evidente en América Latina. En la con-

cepción oficial de CUS, la universalidad corresponde básicamente a la cobertura financiera por algún tipo de seguro público o privado, diferenciado por nivel económico o relación laboral, y el acceso a un paquete de servicios, diferenciado según capacidad de pago. Es decir, se da estatuto de política pública a la segmentación, que es una deformación estructural de los sistemas de salud existentes, claro reflejo de la desigualdad social y la inequidad distributiva, que disparan su ascenso.

Hay que volver a la política para preguntarnos, en cada caso, si este tipo de propuestas cuentan con apoyo suficiente en la mayoría de momentos históricos o en la mayor parte de los países. Formalmente se firman y acuerdan documentos y planes con esta orientación. La práctica de la acción política rara vez toma en serio este tipo de declaraciones; de ahí que debamos seguir manteniendo como actuales algunos antiguos objetivos por el simple hecho de que... no se han logrado.

Parece claro que el coronavirus ha ayudado a poner la salud pública y la atención sanitaria unos escalones más arriba que de costumbre en el imaginario colectivo, en los medios y redes sociales, en el discurso de los profesionales de la acción política...

Alguna reflexión sobre la maraña de modelos (solo mentales, en muchos casos) e intentos explicativos de la producción y provisión de servicios: toda sociedad aspira a disponer de capacidad suficiente de sus sistemas (infraestructura y competencias de recursos profesionales con visión de competencias que afectan a los determinantes de salud), garantizando que las agencias locales, regionales y nacionales dispongan del conocimiento y de los recursos necesarios para proveer servicios de salud pública desarrollando con efectividad las Funciones Esenciales, en el día a día y ante situaciones sobrevenidas de emergencia o catástrofe. La actualización continua de la cartera de servicios resulta obligada, por razones diversas y, cómo no, paradójicas. In-

novaciones a diario en el campo de los medicamentos y los procedimientos diagnósticos, con un ojo puesto en la digitalización y en la inteligencia artificial, es la tónica habitual. Por otro lado, pensar bien la (obligada, en muchos casos) limitación de catálogo de prestaciones a servicios realmente efectivos, con políticas efectivas de prevención de sobrediagnóstico y sobretratamiento, es necesario. El rango desde las prestaciones básicas hasta la medicina de precisión es demasiado amplio como para poder generalizar. Unos países y determinados actores fantasean con la inmediata personalización de la medicina al alcance de unos pocos mientras otros son capaces de poner el listado de servicios disponibles para su población en una página. La brecha seguirá creciendo.

Otro problema estructural de la provisión de los sistemas de salud es la fragmentación institucional y organizacional. La coexistencia sin ninguna o escasa relación de coordinación o complementación o colaboración entre organizaciones sanitarias pertenecientes a las diversas instituciones que conforman un sistema de salud: servicios públicos de los ministerios de salud, de la seguridad social (privatizada y no privatizada), privados de diverso nivel de concentración de capital, religiosos, comunitarios, filantrópicos, de las fuerzas armadas, etc. Todos con distintos niveles de resolutivez, información, capacidad de gestión y recursos instalados. No suelen ganar (casi) nada por colaborar más o mejor.

Esta fragmentación, que es consecuencia, pero también causa, de la debilidad de la APS, es uno de los factores de la falta de continuidad y de integralidad de la atención que a su vez determina la baja calidad de la atención y derro-

che de recursos. La experiencia de más de treinta años con la APS motivó a la OPS/OMS a promover desde el año 2007 la conformación de redes integradas de servicios de salud (RISS) para superar la fragmentación. Las RISS asumirían la responsabilidad de atención integral del sistema para con la población en un territorio, y pondrían en relación de colaboración y coordinación la atención de las diversas organizaciones y niveles de atención existentes en un territorio-población. Pero hay muy poca RISS funcionando y tampoco parece que nos vayamos a saturar a corto plazo.

Con redes o sin ellas, hay información suficiente para defender un buen desarrollo de la APS como puerta de entrada al sistema, con equipos multidisciplinares, orientación a la cronicidad y un buen desempeño de la enfermería. La experiencia histórica ha demostrado que *sólo los sistemas de salud con una APS integral fuerte pueden asegurar la CUS, el acceso equitativo a los servicios y la eficacia y calidad del sistema de salud. Sólo sistemas de salud de base financiera mayoritariamente pública y sólida pueden asegurar el derecho a la salud*.

Sin recursos humanos bien formados, en cantidad suficiente y en la combinación adecuada a cada situación, poco recorrido tiene cualquier sistema para desempeñarse con cierto éxito. Los estudios acerca de su disponibilidad numérica, distribución geográfica, migración profesional, calidad formativa y delirios competenciales no animan a tocar las campanas.

Desde cierto pesimismo informado, no hay duda de que hay mayor necesidad que nunca de seguir fortaleciendo los sistemas de salud. Y la seguirá habiendo. Toca seguir dando en el mismo clavo, aunque cambiando el martillo.

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

La Comisión de Lancet sobre contaminación y salud actualizó en 2019 su informe sobre la carga mundial de enfermedades, lesiones y factores de riesgo⁶³. En el informe se afirma que siguen muriendo prematuramente 9 millones de personas cada año debido a la contaminación⁶⁴, dato que se repite desde el informe de 2015. En las dos primeras décadas del siglo XXI se han incrementado un 66 % las muertes por contaminación industrial y por contaminación química del aire, debido a la industrialización, la urbanización descontrolada, el crecimiento demográfico, la quema de combustibles fósiles y la ausencia de una política química nacional o internacional adecuada. En sentido positivo, las muertes por contaminación de agua y por la contaminación del aire en los hogares, que se relacionan con la extrema pobreza, han disminuido. Aunque normalmente la contaminación es vista como un problema local, aparecen relaciones cada vez más estrechas entre la contaminación, el cambio climático y la pérdida de biodiversidad, lo que nos indica que se deben establecer políticas globales y multisectoriales basadas en la evidencia que intervengan conjuntamente ante estos problemas.

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

El consumo de tabaco es un problema de salud relevante a nivel mundial. En países de renta baja y media la población fumadora sigue

creciendo ya reúne el 80 % de las personas fumadoras. Desde 2005 existe el Convenio Marco de la OMS de lucha contra el tabaco, el primer tratado de salud global que se firmó por parte de todos los países donde se propusieron medidas para reducir la demanda y la oferta del tabaco en el mundo⁶⁵. Multitud de países ya prohíben la publicidad, patrocinio o promoción del tabaco, pero como pasaba con el alcohol, existe un agujero negro en la publicidad online, donde las plataformas digitales permiten saltar las leyes nacionales⁶⁶. En el informe de progreso 2021 de la implementación de este Convenio Marco, se muestra cómo las medidas de los artículos 8 (protección a la exposición del tabaco) y 11 (envasado y etiquetado de productos del tabaco) son los más implementados, mientras que las del artículo 13 (anuncios, promoción y esponsorización) son las menos implementadas, lo cual parece un sinsentido. Mientras que los países no asuman este Convenio Marco como un todo, los avances ante este problema de salud no se podrán resolver.

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 coste-efectivas en el sector de la salud, ya que disminuyen directamente los costes de la asistencia médica⁶⁷. Por ejemplo, el coste de un caso de sarampión cuesta 23 veces más que su vacunación. Y, sin embargo, el nivel de cobertura mundial para esta enfermedad es solamente del 70 % de la población

diana con dos dosis, insuficiente para prevenir los problemas y muertes derivadas de esta enfermedad. La inequidad imperante en el acceso de vacunas tiene que ver con las capacidades que actualmente tienen los países. Algunos países de África Central importan cerca del 100 % de sus necesidades⁶⁸.

Esta falta de acceso universal a vacunas, medicamentos y productos para la salud sigue siendo un problema muy grave, que es preciso abordar desde varios sectores y en todas las fases del ciclo del producto sanitario, desde la investigación a la eliminación, pasando por la fabricación, distribución, almacenamiento, prescripción y dispensación.

La vacunación para luchar contra la pandemia de la COVID-19 nos ha mostrado las deficiencias que se han tenido en todas estas fases:

- La falta de capacidad de generar alianzas entre las múltiples iniciativas de investigación para obtener vacunas mejores contra la COVID-19;
- La falta estructural para producir vacunas masivamente para todo el planeta, derivado de una estricta ley de patentes, de la falta de transferencia tecnológica y de conocimientos, y de dejar exclusivamente en manos privadas la producción de las vacunas;
- La negativa a participar en las herramientas de distribución global de vacunas que la OMS desarrolló;
- No fortalecer los sistemas sanitarios locales, sobre todo en aquellos países que tienen un sistema de distribución y almacenamiento frágil, que necesitan también mejorar las propias capacidades humanas, económicas y de gestión de esos sistemas sanitarios;

- Establecer planes de eliminación de esos productos farmacéuticos. En febrero de 2022 la UE desechó 55 millones de vacunas, 25 millones más que las que había donado a África⁶⁹, y Nigeria tuvo que eliminar un millón de dosis caducadas⁷⁰.

Estos problemas requieren de una acción política conjunta evidente, reforzando las capacidades locales en cada región del planeta, para que puedan gestionar autónomamente sus problemas de salud y un cambio del modelo de base, donde las entidades privadas no puedan supeditar los beneficios sociales a sus beneficios económicos.

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

El gasto en salud ya supone el 10 % del PIB mundial, 8,3 billones de dólares. La proporción del gasto individual de bolsillo respecto al gasto total en salud se está manteniendo por encima del 35 % en los países de ingresos bajos y medios, países que además suelen tener unos gastos per cápita en salud más bajos que los países más enriquecidos⁷¹. El gasto público de los países en salud es, de media, el 51 % del gasto total sanitario, un porcentaje que debe crecer claramente, ya que el sistema público es el que asegura una equidad en el acceso. La cooperación internacional en salud ha crecido con la aparición de la COVID-19, tal y como se ha visto en el capítulo 2, pero una vez acabe los efectos más intensos de esta pandemia, habrá que ver si se mantienen

63 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30925-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30925-9/fulltext)

64 [https://www.thelancet.com/journals/lanph/article/PIIS2542-5196\(22\)00090-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanph/article/PIIS2542-5196(22)00090-0/fulltext)

65 <https://www.paho.org/es/documentos/convenio-marco-oms-para-control-tabaco>

66 <https://tobaccocontrol.bmj.com/content/31/2/216>

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

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

69 <https://www.oxfamintermon.org/es/nota-de-prensa/union-europea-tira-basura-mas-vacunas-que-ha-donado-africa-2022>

70 <https://elpais.com/sociedad/2021-12-22/nigeria-destruye-un-millon-de-vacunas-que-donaron-a-punto-de-caducar-varios-paises-ricos.html>

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

estas cifras o disminuyen a las cantidades previas a la pandemia.

En cuanto al personal sanitario, hay que mencionar de nuevo la escasez que sufre el mundo. Según las proyecciones de la OMS, se estima que para 2030 habrá un déficit de 18 millones de trabajadores sanitarios, la mayoría de ellos en países de ingresos bajos y medios bajos⁷². Además, el personal se ha visto muy afectado por la pandemia de COVID-19. En apenas 16 meses, hasta mayo de 2021, la pandemia ha sido la causante de la muerte de 115.000 profesionales sociosanitarios. Esta dolorosa cifra es solamente la punta del iceberg de una morbilidad más elevada que, tanto en la salud física como en la salud mental de las y los profesionales sanitarios, ha exacerbado la situación preexistente de mala distribución de los recursos, su escasez y falta de preparación adecuada. Se necesita establecer unas acciones que se dirijan realmente a poner el foco en tener un personal sanitario suficiente, de calidad y satisfecho. En 2022 la OMS presentó el “Pacto mundial de trabajadores sociosanitarios”, que busca proporcionar orientación técnica a los Estados sobre cómo proteger y salvaguardar la salud, la seguridad y los derechos humanos del personal sociosanitario, y garantizar que tengan entornos de trabajo seguros y propicios⁷³. Porque un sistema sanitario debe establecer una relación entre dos colectivos que deben ser escuchados y tenidos en cuenta, como son la ciudadanía y el personal sanitario. Sin éstos últimos, es imposible que ningún sistema de salud funcione. Es el único elemento del sistema sanitario que tiene capacidad de pensar, de decisión y de emoción, y por lo tanto de impulsar o detener cualquier estrategia.

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

Esta pandemia ha mostrado las costuras de todos los sistemas sanitarios, incluyendo aquellos que se creían preparados ante las pandemias. Las estimaciones oficiales subestiman las consecuencias reales que ha supuesto esta enfermedad para la salud de las personas. Además de la falta de datos sólidos sobre las consecuencias sanitarias de esta enfermedad, los cerca de 6,4 millones de muertes directas o los más de 580 millones de personas diagnosticadas con SARS-CoV-2 a finales de octubre de 2022⁷⁴ se quedan muy cortas, ya que los registros en los primeros meses no fueron lo precisos que debieran haber sido.

La tasa de incidencia de la enfermedad es uno de los factores que explica la intensidad de los efectos de la pandemia que ha retrotraído en 4 años los avances en la erradicación de la pobreza. En 2020 las personas que vivían en pobreza extrema en el mundo se han incrementado en 93 millones y ya superan los 700 millones.

La respuesta que había para gestionar a nivel global una pandemia se ha mostrado claramente ineficaz, cuando no contraproducente, si de lo que se trataba era de evitar la expansión del virus SARS-CoV-2. La respuesta se basaba en el Reglamento Sanitario Internacional⁷⁵ (RSI) que desde 2007 debía servir a todos los países para poder prevenir, detectar, responder e informar contra posibles pandemias. Lo grave es que ya en 2011, después de la pandemia del virus H1N1,

se alertaba de que “el mundo no está preparado para responder a una pandemia de gripe grave o a cualquier emergencia similar que amenazase la salud pública global”⁷⁶. No se hizo ningún cambio relevante en la estrategia para contener pandemias, muy posiblemente porque aquellos países que podrían haber impulsado estos cambios se sentían seguros tras unos sistemas sanitarios que se les suponía capacidad para afrontar este tipo de problemas, algo que claramente no ha sucedido.

La gestión de la pandemia tampoco ha sido tan global como se esperaba. La OMS, la organización que podría asumir la respuesta global, ha sido muy criticada por la gestión de una pandemia que sobrepasó a todas las instituciones y sus potenciales soluciones globales se han visto rebajadas por el interés individual de los países enriquecidos. Al principio de la pandemia se acaparaban materiales de protección y diagnósticos. Posteriormente se hizo lo mismo con las vacunas, donde los países enriquecidos dieron una lección de opacidad en las negociaciones para adquirir esas vacunas, y un egoísmo irracional en la compra de un número de vacunas que superaban en mucho las que necesitaban para su población, a veces hasta 10 veces más, dejando a los países más empobrecidos sin capacidad de

proteger a su población. No importaban las tasas de mortalidad o la incidencia de la enfermedad, solamente contaba si tenían capacidad para acaparar o no más vacunas, sin actuar seriamente para poner en marcha otras opciones como era la posibilidad de liberar patentes, o de que la OMS hiciera una compra única de vacunas para todo el mundo. Solamente cuando consideraron que su propia población estaba cubierta, se decidieron a ser generosos con el resto del planeta, sin entender que esa postura podía provocar un rechazo de una población vulnerable a otras medidas globales, como la vacunación infantil, ya que esa población sabía lo que sucedía a través de unas redes de información que, éstas sí, eran globales.

Se ha visto como todos los indicadores y metas de salud se han visto afectados por una pandemia que no la hemos sabido usar para poner encima de la mesa cambios estructurales que son totalmente necesarios. Hay muchos compromisos y declaraciones que se dirigen en esa dirección, pero la realidad va por detrás de la teoría y el tiempo para actuar es limitado. Fortalecer los sistemas públicos sanitarios, priorizar la Atención primaria de salud e incorporar un enfoque multisectorial que incluya los determinantes de salud son absolutamente necesarios para mejorar los resultados del ODS 3.

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

73 <https://www.who.int/publications/m/item/carecompact>

74 <https://www.google.com/search?q=covid+19+en+el+mundo+hoy&aq=covid+19+en+el+mundo&aqs=chrome1.69i57j0i512l9.6922j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8>

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

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

3 El tratado pandémico mundial: ¿la defensa de la salud global?

En septiembre de 2020, unos meses después de la aparición del virus SARS-CoV-2, se creó un Comité independiente de 20 expertos, con el mandato de revisar el funcionamiento del Reglamento Sanitario Internacional durante la respuesta al COVID-19, cuyos resultados se presentaron en la Asamblea de la OMS de mayo 2021⁷⁷: Muchos países no cuentan todavía con la capacidad para poder dar una respuesta local y mundial a ninguna pandemia que afecte globalmente.

Fruto de esas reflexiones, y también de las críticas recibidas por la OMS, ésta decidió fortalecer su capacidad de preparación y respuesta ante emergencias sanitarias mundiales. En esa misma Asamblea de mayo de 2021, la OMS decidió establecer un Grupo de Trabajo de los Estados Miembros sobre el Fortalecimiento de la Preparación y Respuesta de la OMS ante Emergencias Sanitarias⁷⁸, con la intención de ser más proactivo en emergencias y poder gestionar mejor éstas, incluyendo potenciales pandemias.

En noviembre de 2021 este Grupo de Trabajo elaboró su primer informe para reforzar la capacidad de preparación y respuesta de la OMS⁷⁹, donde se mostraban los beneficios de un nuevo convenio, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS para reforzar la

capacidad de respuesta ante pandemias. 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 una convención, acuerdo u otro instrumento internacional de la OMS sobre prevención de pandemias⁸⁰, lo que se conoce como Tratado Pandémico.

La hoja de ruta de este Tratado Pandémico no es corta. En 2022 el objetivo es asentar los principios en los que este Órgano va a trabajar. En marzo de 2022 se celebró su primera reunión, con el fin de acordar formas de trabajo y plazos. La segunda reunión se realizó entre el 18 y el 21 de julio de 2022, para discutir el progreso de un borrador de trabajo, realizando audiencias públicas que alimentarán sus deliberaciones, y se tendrá otra reunión en diciembre de 2022. En la Asamblea de la OMS de 2023 se entregará un informe de progreso en la 76.ª Asamblea Mundial de la Salud; y presentará sus resultados finales para su consideración en la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2024. Una vez que el proyecto se encuentre listo, la Asamblea Mundial de la Salud está facultada, en virtud el artículo 19 de la Constitución de la OMS, para adoptarlo como tratado.

El contenido

En el borrador presentado en julio de 2022⁸¹, hay algunos elementos a destacar. En la visión propuesta, se pretende que este instrumento se base en la equidad, los derechos humanos y la solidaridad con todas las personas y países, pero a la vez reconoce los derechos soberanos de los países y el respeto a su contexto nacional. A veces puede existir una enorme contradicción entre ambos enfoques, algo ya visto en el acaparamiento de las vacunas de la COVID-19, donde los países que lo han hecho se escudaban en que tenían que hacerlo por la demanda social interna que tenían. De hecho, los países enriquecidos, salvaron en el primer año de vacunación el doble de personas que los países empobrecidos. Si hubiera habido una distribución más equitativa de las vacunas, se hubieran salvado otras 600.000 personas más⁸² y se hubiera evitado el desperdicio, según Airfinity, una compañía que realiza análisis predictivos de salud, la caducidad de aproximadamente 1.100 millones de vacunas contra la COVID-19 que han caducado hasta julio de 2022⁸³.

El objetivo de este nuevo instrumento es salvar vidas y proteger los medios de subsistencia, mediante la mejora de las capacidades del mundo para prevenir, prepararse y responder a las pandemias, en base a unos principios de derecho a la salud, cobertura universal, respecto a los derechos humanos, la multisectorialidad que supone las relaciones entre la salud humana, animal y medio ambiental, transparencia, equidad —incluyendo la de género—, participación comunitaria y rendición de cuentas, entre otras. También se establecen obligaciones generales y específicas, entre las que destaca la equidad, el fortalecimiento de los sistemas de salud, el incremento de transferencia de conocimiento y de tecnologías y de aumento de la producción local, la utilización del

enfoque One Health, o la necesidad de tener personal sanitario suficiente y capacitado. Muchos de estos problemas sobrepasan con mucho la capacidad que pueda tener un Tratado Pandémico, y obliga a unos cambios estructurales en los sistemas sanitarios, en las políticas y en los modelos económicos y sociales que difícilmente van a ser implementados si estas decisiones no superan el ámbito de los Ministerios de Salud.

Uno de los elementos a destacar es que, en esta segunda reunión, el Órgano de Negociación Intergubernamental llegó a una conclusión muy importante: el nuevo instrumento debe ser jurídicamente vinculante⁸⁴, lo que obligaría a los estados a cumplirlo, algo que solamente ha pasado antes con el Convenio Marco de lucha contra el tabaco. Se basaría en el artículo 19 de la Constitución de la OMS que afirma que “La Asamblea de la Salud tendrá autoridad para adoptar convenciones o acuerdos con respecto a cualquier asunto de la competencia de la Organización”⁸⁵. Pero es necesario que los países ratifiquen esta conclusión, algo que posiblemente encuentre oposición en el momento de la aprobación.

Hasta ahora es difícil saber en qué va a quedar este Tratado Pandémico, y queda mucho tiempo para saberlo. Pero lo que sí se sabe es que este Tratado, por sí solo, no va a poder resolver todos los problemas de la salud mundial, cada vez más complejos, cada vez más interconectados, como puede ser el cambio climático, el uso de la tecnología, los efectos de los conflictos bélicos o las migraciones, que exige repensar los modelos sociales y económicos imperantes, y establecer nuevas formas de actuar, innovando en políticas y nuevas estrategias, que deben ser más audaces que las que existen actualmente, y se centren en las personas y en la sostenibilidad del planeta.

77 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-sp.pdf

78 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_R7-en.pdf

79 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHASSA2/SSA2_3-en.pdf

80 [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)

81 https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb2/A_INB2_3-en.pdf

82 [https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(22\)00320-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(22)00320-6/fulltext)

83 <https://www.airfinity.com/articles/global-wastage-of-covid-19-vaccines-could-be-1-1-billion-doses>

84 <https://www.who.int/news/item/21-07-2022-pandemic-instrument-should-be-legally-binding--inb-meeting-concludes>

85 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/publications/basic-documents-constitution-of-who179f0d3d-a613-4760-8801-811dfce250af.pdf?sfvrsn=e8fb384f_1&download=true

¿HAY ALGUNA POSIBILIDAD DE QUE EL “TRATADO PANDÉMICO” SE BASE SOBRE LOS PRINCIPIOS DE LOS DERECHOS HUMANOS?

Thomas Schwarz

Secretario Ejecutivo de Medicus Mundi Internacional

Cuando el Secretario General de Naciones Unidas llamó a la COVID-19 una “pandemia de abusos de los derechos humanos”, se refería principalmente a algunas de las respuestas de salud pública que fueron abusivas y que violaban los derechos civiles y políticos individuales de muchas personas en muchos países. *Algunos gobiernos, utilizando la COVID-19 como excusa, han aplastado la disidencia, silenciado informes independientes y la libertad de prensa, o restringido las actividades de las ONG.* Pero muchas otras opiniones afirmaban que, mucho más allá de un “poder estatal” que podía afectar a los derechos de las personas, la pandemia también afectó los derechos sociales⁸⁶ de las personas de muchas otras maneras, amenazando sus vidas y sus medios de subsistencia. Por ejemplo, debido a las medidas de salud pública que se tomaron, hubo personas que se quedaron sin trabajo, o padecieron enfermedades que no fueron tratadas, o no se pudieron desplazar, etc. Esta vulneración de nuestros derechos sociales afectaba a casi todas las personas, no especialmente a las “más vulnerables”.

¿Qué se necesitaría para que los gobiernos, cuando trabajaran la preparación y respuesta ante una pandemia, respetaran y cumplieran con sus obligaciones en materia de derechos humanos? ¿Qué instrumentos jurídicos internacionales actuales y nuevos pueden o deben proporcionar una orientación en ese sentido?

Para intentar controlar estas respuestas abusivas ante pandemias como la COVID-19, el principal instrumento legal con el que se cuenta para regular la preparación y respuesta ante una pandemia es el “Reglamento Sanitario Internacional”

(RSI) que, hasta hace muy poco, había recibido muy poca atención. Pero en mayo de 2022, en la Asamblea Mundial de la Salud, se inició un proceso de “enmiendas específicas del RSI”, por lo que esta falta de atención podría cambiar. Hasta ahora, los aportes relacionados con el RSI de los abogados de derechos humanos se centraron en la aplicación y defensa de los Principios de Siracusa, que apuntan a “garantizar que la protección de los derechos humanos en las respuestas de emergencia se tome como un componente integral, en lugar de como un obstáculo”.

Sin embargo, desde el lanzamiento de la propuesta del llamado “Tratado Pandémico”, un nuevo instrumento legal internacional que debe servir para guiar a los estados miembros en los campos de prevención, preparación y respuesta ante pandemias, y con la creación en una Sesión Especial de la Asamblea Mundial de la Salud en 2021 de un “Órgano de Negociación Intergubernamental” relacionado con el Tratado Pandémico, todos los ojos de los defensores de los derechos humanos han estado puestos en esta propuesta del Tratado Pandémico y en su proceso.

Por este motivo, en los inicios del proceso de elaboración del Tratado Pandémico, un grupo mixto de defensores de los derechos humanos y de la salud mundial afirmaron que “los derechos humanos deben guiar cualquier tratado contra la pandemia” y comenzaron a difundir y promover un conjunto de diez “Principios de derechos humanos para un tratado contra la pandemia”. Más directamente relacionado con el Órgano de Negociación Intergubernamental, las organizaciones de la sociedad civil se han estado orga-

nizando y han creado la “Alianza de la Sociedad Civil por los Derechos Humanos en el Tratado Pandémico (CSA)”, con el objetivo de participar y tener una voz común en ese instrumento.

Desde entonces, diferentes grupos de la sociedad civil se han involucrado en un doble activismo que indague, por una parte, en que las soluciones busquen un “compromiso significativo con la sociedad civil” y, a la vez, que “los derechos humanos sean clave en el Tratado Pandémico”. Estos grupos han iniciado diferentes iniciativas públicas, y se comunicaron con el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos en busca de apoyo.

A primera vista, la defensa de los derechos humanos ha atraído una atención considerable en el Órgano de Negociación Intergubernamental de la OMS. Su informe sobre los resultados de una primera ronda de audiencias públicas en abril de 2022 señala que “la mayoría de las presentaciones solicitaban que se respetaran los derechos humanos en el proceso de redacción y negociación de una convención, acuerdo u otro instrumento internacional, incluyendo entre otros, el derecho a la autonomía corporal a través del consentimiento informado, la libertad de información, la ausencia de discriminación y la libertad de elegir intervenciones médicas”.

Desde entonces, “el respeto de los derechos humanos” junto con el “derecho a la salud” se han abierto camino en estos instrumentos, pero solamente como un principio vagamente definido y una obligación general en los dos documentos preliminares del Órgano de Negociación Intergubernamental: un “borrador preliminar anotado” (junio de 2022) y un primer “borrador de trabajo” (julio de 2022). Pero los derechos humanos aún no han llegado a la parte más operativa, la lista de 14 temas enumerados y descritos con más detalle en “disposiciones, áreas, elementos u obligaciones específicas” en el borrador de trabajo.

Por lo tanto, el Órgano de Negociación Intergubernamental está muy lejos aún de respetar el hecho de que un tratado internacional sobre la pandemia debe centrarse en los derechos humanos. No es muy sorprendente, si se observan las discusiones, e incluso la noción misma de “derechos humanos”, tal y como se expresa en muchos debates y decisiones sobre las instituciones de derechos humanos de la ONU. En general, hay pocas esperanzas de que se apliquen sistemática y explícitamente en las negociaciones del Tratado Pandémico, los diez principios propuestos bajo una perspectiva de derechos humanos.

86 Los derechos sociales son reglas morales, legales o sociales y una comprensión de lo que es necesario para satisfacer las necesidades sociales de las personas y promover la inclusión social y la solidaridad social.

4 La viruela del mono: ¿hemos aprendido algo en gestión de epidemias?

En mayo de 2022 otra zoonosis, la viruela del mono, nos recordó que los riesgos de sufrir otras epidemias o pandemias son reales. Esta enfermedad había tenido presencia desde 1970 solamente en 11 países africanos, pero en mayo de 2022 comenzaron a aparecer nuevos casos de esta enfermedad en países no endémicos, generando un brote epidémico que está afectando a muchos países y que obligó a la OMS en julio de 2022 a declarar esta enfermedad una emergencia de salud internacional. Para ello, se tuvieron en consideración 5 elementos⁸⁷:

- Que el virus se había propagado rápidamente a muchos países que antes no lo sufrían. En julio de 2022 habían reportado casos en 75 países.
- El cumplimiento de los tres criterios para declarar una emergencia de salud pública de importancia internacional según el Reglamento Sanitario Internacional.
- El asesoramiento del Comité de Emergencia, aunque no se llegó a un consenso, y fue el voto de calidad del director de la OMS quien decantó la balanza por la declaración.
- Los principios científicos, las pruebas y otra información pertinente, que con la que había en ese momento, dejaba muchas preguntas sin responder.
- El riesgo para la salud humana, la propagación internacional y el potencial de interferencia con el tráfico internacional.

En el último informe de progreso de la lucha contra esta enfermedad de la OMS, de 19 de octubre de 2022⁸⁸, se habían confirmado por laboratorio 73.437 casos, 29 personas habían fallecido y 109 países habían reportado casos. España se situaba en esas fechas a nivel mundial como el tercer país con más casos, 7.239, casi el 10 % del total, después de Brasil y de Estados Unidos, éste último acumulando el 37 % de los casos. Si bien tanto la morbilidad como la letalidad de esta enfermedad no es muy alta, desde luego mucho menor que la viruela humana que se erradicó en 1979, sigue generando muchas dudas, por lo que no se pueda perder de vista su evolución.

En octubre, el riesgo a nivel mundial seguía manteniéndose moderado, aunque la región americana se había sumado a Europa, en cuanto a tener una valoración de riesgo alto. En la semana del 9 al 16 de octubre, el 88,5 % de todos los casos venían de la región americana, incorporando países como México o Colombia, por un 9,5 % de los casos que provenían de Europa. La OMS solicitó a mediados de octubre 33,8 millones de dólares, con el fin de tomar medidas inmediatas para detener el brote de viruela símica, pero se desconoce si los países han cubierto esta demanda.

Después de la experiencia de la pandemia de la COVID-19, la gestión de amenazas mundiales por enfermedades infecciosas debería haber mejorado, o debería estar en camino de

mejorar. Desgraciadamente, se vuelve a mostrar la gran debilidad que existe para vertebrar una respuesta global.

Es llamativa la gran diferencia entre número de casos y muertes que se han dado en las diferentes regiones del mundo. De hecho, si se analiza solamente las regiones con más de 100 casos, se ven tasas similares en las regiones americanas y europea, y la enorme diferencia entre la tasa de letalidad en África y en la región europea, casi 100 veces más alta en la primera región.

La viruela del mono no se considera muy contagiosa porque requiere un contacto físico cercano con alguien que sea contagioso (por ejemplo, piel con piel o con mucosas). Casi todos los casos son varones (97,1 %), y respecto a la orientación sexual, el 87,9 % de los pacientes se consideran homosexuales, bisexuales u hombres que tiene relaciones con hombres. El 50,6 % de los casos son VIH positivos, que parece que tienen más riesgo de morir por esta enfermedad⁸⁹. Algo menos de la mitad de los contagios se realizaron en fiestas de índole sexual, lo que ha sido utilizado para estigmatizar a las personas que sufren esta enfermedad. Como se muestra en la Tabla 1, su tasa de letalidad es muy baja.

Existen tres vacunas diferentes que se pueden utilizar ante esta enfermedad, MVA-BN (Imvanex en su nombre comercial europeo) y LC16 (KM Biologics), que son de tercera generación, y ACAM 2000 de segunda generación⁹⁰. No se precisa vacunación masiva de toda la población, aunque se recomienda la vacunación preventiva primaria (PPV) para personas con alto riesgo de exposición, y para los contactos de los casos, se recomienda la vacunación preventiva posterior a la exposición (PEPV) con una de esas vacunas de segunda o tercera generación, idealmente dentro de los cuatro días posteriores a la primera exposición para prevenir la aparición de

TABLA 1.1. N° de casos/muertes por viruela del mono por regiones mundiales. Octubre 2022

Región OMS	Casos acumulados	Nº muertes	Muertes/casos x 1000
África	869	13	14,9
América	47.215	10	0,21
Este Mediterráneo	72	1	13,88
Europa	25.056	4	0,15
Sudeste Asia	23	1	173,9
Pacífico Oeste	202	0	0
Acumulado	73.437	29	0,39

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS OMS, 2022

la enfermedad. En cuanto a tratamiento, existe el Tecovirimat, que es una terapia antiviral oral contra los ortopoxvirus como la viruela símica, que ha sido aprobado en varios países⁹¹.

Sigue habiendo una gran diferencia entre las capacidades de los sistemas sanitarios de los países enriquecidos y las de los empobrecidos, mucho más frágiles, lo que explicaría en parte la mayor vulnerabilidad de las personas que viven en la región africana. Es cierto que no ha pasado tiempo suficiente para poder fortalecer a los sistemas sanitarios de todos los países, pero tampoco parece existir una tendencia que sugiera este cambio.

La OMS alertaba en junio de 2022 que el riesgo de esta enfermedad se debía a las dificultades que entrañaba la falta generalizada de pruebas diagnósticas de laboratorio, antivirales y vacunas disponibles⁹². Por lo tanto, tampoco la capacidad de respuesta global ante esta pandemia había sido suficiente. Imvanex se considera la mejor vacuna para esta enfermedad, pero su capacidad de producción es muy pequeña ya que depende de un laboratorio con capacidades limitadas, a pesar de haber buscado en un momento algún otro laboratorio para aumentar la producción.

87 <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-statement-on-the-press-conference-following-ihre-emergency-committee-regarding-the-multi-country-outbreak-of-monkeypox-23-july-2022>

88 <https://www.who.int/publications/m/item/multi-country-outbreak-of-monkeypox-external-situation-report-8-october-2022>

89 <https://laverdadnoticias.com/mundo/OMS-asegura-que-viruela-del-mono-afecta-mas-a-personas-con-vih-20221026-0211.html>

90 <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MPX-Immunization-2022.2-eng>

91 <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/Tecovirimat.html>

92 <https://www.who.int/es/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON396>

Cuando surgió este brote epidémico, solamente algunos países tenían reservas de esta vacuna, caso de Francia o Países Bajos, mientras que el resto de los países europeos debían comenzar a hacer acopio de reservas para tratar los casos y contactos que se presentaran. Alemania adquirió 40.000 vacunas en junio y 200.000 hasta finales de año, mientras que la Comisión Europea, a través de la recién creada Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias, solo pudo comprar de urgencia 163.620 dosis⁹³. Se vuelven a tomar decisiones individuales aun cuando se dispone de herramientas más globales para solucionar estos problemas que afectan a más de un país. Un caso diferente es el de Estados Unidos, cuyas reservas de vacuna se debían más a aspectos de seguridad nacional por el miedo a un ataque bioterrorista en su territorio, que a una estrategia de salud exclusivamente. En cuanto a transparencia, tampoco se ha mejorado. Muchas investigaciones desconocían los costes reales de cada vacuna, a pesar de preguntar directamente, lo que les impedía analizar el coste beneficio de la acción. Según un estudio de Lancet, cada una de las dosis de Imvanex costaba 100 dólares y se necesitan dos dosis por contacto, algo que complica su acceso a las personas de rentas más bajas que no tengan

protección financiera, como pasa en bastantes países de renta media y baja.

Y, ¿qué pasa en las regiones de más alta letalidad? Pues que siguen dependiendo de las donaciones de las regiones mundiales, Europa, Japón o Estados Unidos, donde se producen estas vacunas. No se ha planteado, al menos seriamente, realizar una transferencia de tecnología a los países más vulnerables que les permita solventar por sí mismos los problemas de salud, a pesar de que esta idea surgió en la pandemia de COVID-19, pero esta transferencia de conocimiento y tecnología sigue sin darse.

Por lo tanto, muchos de los errores que sucedieron en la gestión de la pandemia de la COVID-19 se han repetido con el brote de la viruela del mono, aunque haya sido a menor escala y con una menor atención mediática. Esta nueva epidemia nos advierte de la necesidad de avanzar en un Tratado Pandémico que muestre cómo gestionar este tipo de problemas de salud, sin necesidad de tener que esperar a 2024. Quizás se puedan dar pequeños pasos en campos como la transparencia en las negociaciones con las empresas farmacéuticas o la posibilidad de habilitar a la OMS, a través de varios de sus mecanismos, para que realice las compras conjuntas de vacunas o medicamentos para distribuir las necesidades en salud.

EL DESIGUAL ACCESO A LAS VACUNAS CONTRA LA VIRUELA DEL MONO

Ángela Bernardo

Redactora sénior de sanidad y políticas públicas
Fundación Ciudadana Cívica

En mayo de 2022, la detección de los primeros casos de **viruela del mono** fuera de sus regiones habituales no hacía presagiar la magnitud de la crisis que se avecinaba. Durante décadas, la circulación de este virus, emparentado con el que antaño causaba la **viruela humana**, se había limitado a África central y occidental, con la identificación excepcional de pequeños brotes en países como Estados Unidos, Singapur o Reino Unido. Esta vez, sin embargo, la situación ha resultado diametralmente opuesta.

A mediados de julio de 2022, la expansión de la enfermedad llevó a la OMS a **declarar** la viruela del mono como una “emergencia de salud pública de importancia internacional”. Pero los casos siguen en aumento: desde mayo y hasta principios de septiembre de 2022, en los países europeos se habían diagnosticado **más de 23.000 infecciones**. Sin duda, los problemas de acceso a las vacunas han constituido una importante barrera a la hora de prevenir y frenar la transmisión sin control de la viruela del mono.

Por un lado, sólo dos países de la Unión Europea (Francia y Países Bajos) confirman que, de forma previa a la crisis, contaban con reservas de las vacunas más seguras y eficaces contra el virus, según una **investigación** de la Fundación Cívica. Se trata de las **vacunas Imvanex**, desarrolladas por la compañía **Bavarian Nordic**. Esta es la razón por la que otros países, como Dinamarca y España, que no disponían de estos medicamentos, compraron en un inicio algunas dosis a Países Bajos.

Por otro lado, las **vacunas existentes** en otros países eran más antiguas, como ocurre en Bélgica, Eslovaquia, España, Polonia o Portugal. **Tras la erradicación de la viruela humana, la disponibilidad de estas reservas estratégicas, más desac-**

tualizadas, se debía a la preparación para hacer frente a un hipotético ataque bioterrorista con este virus, no con el de la viruela del mono. Esta potencial amenaza explica también por qué otros países, como Alemania, Italia, Irlanda, Luxemburgo o Suecia, **no dan información sobre estas vacunas** al considerarlas como una cuestión de **seguridad nacional**.

Ante este contexto, a nivel comunitario el grueso de las adquisiciones de vacunas contra la viruela humana ha recaído en la Autoridad Europea de Preparación y Respuesta ante Emergencias Sanitarias (**HERA**, por sus siglas en inglés). La estrategia es parecida a la que se empleó con la **COVID-19**: una **compra conjunta**, aunque esta vez sufragada en exclusiva a través de **fondos europeos**. En total, y hasta principios de septiembre de 2022, se han comprado 334.540 vacunas, donadas de forma gradual y gratuita por parte de la Unión Europea a los Estados miembros que así lo requieran.

No obstante, en el continente europeo la disponibilidad de estas vacunas no es completamente inmediata. De hecho, cerca de 170.000 dosis del total de vacunas adquiridas hasta principios de septiembre de 2022 **se irán suministrando** poco a poco hasta finales de este mismo año, según ha confirmado recientemente la Unión Europea. Estos problemas de acceso se deben, de acuerdo con el **Ministerio de Sanidad**, a la **elevada demanda de estas vacunas a nivel mundial** y a las **dificultades en la producción** por parte de un único laboratorio, la citada farmacéutica Bavarian Nordic.

La situación muestra que la mayoría de los países europeos carecían de medios suficientes para hacer frente a esta nueva **crisis de salud pú-**

93 <https://civio.es/medicamentalia/2022/07/21/viruela-mono-vacunas/>

blica. Aunque se cree que la inmunización contra la viruela humana ofrece un 85 % de protección frente a la viruela del mono, las personas menores de 50 años no están vacunadas frente a estos virus. Es ahí donde se concentran la mayoría de los casos de viruela del mono: del total de 22.603 casos analizados en Europa, el 88,78 % de los individuos no alcanza esta edad.

La falta de suficientes vacunas también ha limitado su administración hacia colectivos específicos. Por el momento, hasta principios de septiembre de 2022, se recomienda la profilaxis preexposición a quienes mantienen prácticas sexuales de alto riesgo (fundamentalmente, aunque no solo, hombres que mantienen sexo con otros hombres) y profesionales sanitarios y científicos que puedan estar potencialmente expuestos al virus. Además, la profilaxis postexposición se aconseja para los contactos estrechos de casos confirmados.

Otra cuestión importante es la **falta de transparencia** en torno a la compra conjunta realizada a nivel comunitario para adquirir estos medicamentos. Y es que *ni la Unión Europea ni los países receptores de las vacunas han desvelado por*

ahora el precio unitario que cuesta cada dosis de Imvanex o sus condiciones de financiación, según recoge la mencionada investigación de la Fundación Civio. Desafortunadamente, no nos encontramos ante algo novedoso ya que la opacidad suele ser habitual en una materia tan sensible y delicada como el **acceso a la salud**.

Por último, y no menos importante, la atención internacional hacia este problema de salud pública llega muy tarde y solo cuando este virus ha golpeado a los países occidentales. Aunque varios estudios habían alertado sobre la amenaza de la viruela del mono, durante décadas ha sido una **enfermedad desatendida**. El motivo es que su impacto se ha concentrado casi en exclusiva en países como República Democrática del Congo, Nigeria o Camerún. Es allí donde el acceso a las vacunas para prevenir la infección sigue siendo aún más limitado, un gran problema para controlar este tipo de virus olvidados.

Nota final: este artículo terminó de escribirse el 14 de septiembre de 2022, por lo que los datos de casos y vacunas, así como las recomendaciones sanitarias, datan de esa fecha.

5 La digitalización de la salud: luces y sombras

La digitalización en el acceso a los servicios de salud

La digitalización se define como el proceso de transformar procesos analógicos y objetos físicos en digitales⁹⁴, y su evolución es imparable en todas las esferas de la vida. La digitalización nos permite acceder a una enorme cantidad de información de la que antes era difícil de disponer y aumentar la conexión entre personas o instituciones que pueden estar muy alejadas entre sí, y por lo tanto un mejor aprovechamiento del tiempo, tanto a nivel personal como institucional. La transformación digital está dando paso a una nueva forma de proceder en economía y en las relaciones de poder, e incluso está llevando a una transformación cultural y social, donde las formas de interrelación de las personas, incluso en salud, están cambiando.

En estos momentos la información es un activo tan valioso o más que el dinero para algunas empresas, y es que el peso de la digitalización en la sociedad es también económico. En el Informe presentado en el Foro Económico Mundial de Davos en 2017⁹⁵ se afirmaba que la transformación digital podría generar 466.00 millones de euros de beneficio y 4,5 millones de puestos de trabajo en todo el mundo, si bien advertía que en los siguientes años se perderían millones de empleos rutinarios debido a la automatización de empresas. Otros estudios afirman que el saldo del empleo será positivo y lo que cambiará será el perfil de la persona empleada⁹⁶.

En el sector de la salud, la utilización de nuevas tecnologías se está viendo como una oportunidad, una nueva ventana que puede aumentar el acceso a los servicios de salud por parte sobre todo de personas que tienen dificultades de acceso, ya sea porque viven en zonas poco accesibles, ya sea porque vivan en países o zonas que no tienen acceso a todos los recursos en salud que se tiene en el mundo. También facilita el flujo de información, tanto de pacientes entre los diferentes niveles de atención, como aquella que pueda servir para la formación de profesionales.

Según un artículo de Deloitte⁹⁷, los dos elementos clave de la digitalización del sector de la salud en España (que se puede inferir al resto de países desarrollados, y que marca el camino para el resto) son:

- Revolución de datos: El uso de Analytics (el uso intensivo de datos, estadísticas y análisis cuantitativos, modelos predictivos y explicativos que sobre todo da soporte al proceso de toma de decisiones⁹⁸), y Big Data facilitan el procesamiento y análisis de enormes cantidades de información generada por los pacientes. Su uso va a transformar la forma de diagnosticar, tratar, y mejorará los resultados y la productividad del sector salud.
- Cambios en los hábitos de los y las pacientes: La facilidad de acceder a información y una

94 <https://experience.dropbox.com/es-la/resources/what-is-digitization>

95 <https://www.weforum.org/reports/digital-transformation-of-industries/>

96 <https://www.randstadresearch.es/la-digitalizacion-crea-o-destruye-empleos/>

97 <https://www2.deloitte.com/es/es/pages/operations/articles/digitalizacion-sector-salud.html>

98 <http://agenciachan.com/que-es-analytics/>

mayor proactividad de cada uno de nosotros en el cuidado de nuestra propia salud, va a conseguir personas mucho más informadas en asuntos de salud y, en muchos casos, en mayores consumidores de salud.

En un futuro bastante cercano, en 2025, Deloitte pronostica que el hogar sea el lugar habitual para el cuidado/seguimiento rutinario de la salud en España, y que los hospitales serán reservados para el tratamiento especializado, traumatología y emergencias. Muchos de los contactos médico-paciente se realizarán de manera virtual y las personas estarán mejor informadas sobre su perfil genético, su salud y posibles enfermedades futuras.

La revolución tecnológica, además de poder cambiar la forma de relacionarse con pacientes, va a tener una influencia muy relevante en

los procesos de formación para las y los profesionales sanitarios y en sus capacidades de intervención. Por ejemplo, aplicando la telemedicina se facilita que especialistas guíen a otras personas con menos conocimiento en algunas intervenciones, lo que puede en el futuro traer nuevos perfiles profesionales al sector. También puede disminuir los errores médicos, al disponer el personal sanitario de suficiente información del paciente. Por último, los análisis predictivos esperan que ayuden a los especialistas a anticiparse a lo que necesitan las y los pacientes y, los algoritmos, en teoría, van a permitir mejorar la capacidad diagnóstica.

La transformación digital en salud también tiene algunas debilidades que es preciso mencionar: la brecha digital, el uso de la comunicación en salud, y la utilización de los datos personales sanitarios de las personas y a quien pertenecen.

La brecha digital: ¿una nueva forma de inequidad?

La brecha digital se refiere a la desigualdad en el acceso, uso o impacto de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) entre grupos sociales⁹⁹. Las dos brechas más frecuentes son la brecha en el acceso, que se suele dar en las personas más empobrecidas y en los países más frágiles, y la brecha de uso, que se refiere a la falta de competencias para poder usar las nuevas tecnologías.

En el informe “The State of Mobile Internet Connectivity Report 2022”¹⁰⁰ del Groupe Speciale Mobile Association (GSMA), se afirma que el 55 % de la población mundial usa internet, 300 millones personas más que en 2020. Y aunque la cobertura de banda ancha cubre el 95 % de la población mundial, se quedan fuera 400 millones de personas. Además 3.200 millones de personas tienen esa cobertura, pero no usan internet.

La ausencia de uso de internet tiene que ver con diferentes desigualdades. Por una parte, los países de renta media y baja son los que acogen al 94 % de las personas no conectadas, y dentro de ellos, los 46 Países Menos Avanzados (PMA), solo tienen un 20 % de población que usan internet, por el 55 % de la población del resto de países de renta media y baja. Dentro de estos últimos países, el 20 % de la población más pobre en términos de ingresos tiene un 49 % menos de probabilidades de acceder a Internet que el 20 % más rico. El informe del GSMA también muestra otras dos grandes inequidades en el acceso a internet que es preciso mencionar. La brecha digital de género es relevante. Las mujeres en los países de ingresos bajos y medianos tienen un 16 % menos de probabilidades de usar Internet que los hombres y el progreso en la reducción de la brecha

de género se ha detenido. Y en las zonas rurales de esos países se usa internet un 33 % menos que en las zonas urbanas.

Pobreza y mala salud están muy relacionados. Y si no toman medidas para reducir estas

desigualdades, aumentará la brecha en salud, entre aquellas personas que se pueden beneficiar de las nuevas tecnologías para mejorar su salud y aquellas que no, que son las mismas que ahora tienen la peor salud.

La digitalización y la comunicación en salud: cómo el relato afecta al dato

Estamos viviendo en una sociedad de comunicación global, donde, gracias a los medios de comunicación y redes sociales, cualquier tipo de información se puede extender en apenas unos segundos por todo el planeta. Esa globalización de cualquier tipo de información nos debe hacer reflexionar sobre la importancia de la calidad de la información en cualquier ámbito de la vida, incluyendo la salud. De hecho, en la pandemia de la COVID-19 se ha comprobado cómo una gran cantidad de información, muchas veces contradictoria, llegaba a la población, generando confusión y fomentando muchas resistencias a una estrategia común de lucha contra la pandemia. La digitalización de la salud ha tenido como efecto colateral la difusión de mucha información falsa.

Hay autores que hablan de 7 tipos de noticias falsas¹⁰¹, pero en realidad se podrían clasificar en dos grupos: (i) información errónea que sería la difusión involuntaria de información falsa, e (ii) información falsa que sería la difusión voluntaria debido a diferentes intereses. La difusión de información falsa (fake news) está teniendo cada vez un papel más importante en el éxito o fracaso de las estrategias de salud, ya sean locales o globales. Pero la aparición de noticias falsas no es nueva, siendo el campo de la salud uno en los que más se utiliza como se puede ver al buscar noticias relacionadas con la vacunación, el cáncer o las terapias alternativas. La gran

diferencia es la intensidad con la que se está utilizando actualmente, gracias a las nuevas formas de comunicación. Antes se debía tener un medio de comunicación para difundir noticias falsas de forma masiva, ahora las redes sociales digitales permiten casi a cada persona ser una potencial fuente de información y de difusión de la misma, sea falsa o no. Y un relato falso escuchado diez veces puede ser etiquetado por la mente humana como una realidad¹⁰².

Uno de los graves problemas que aparecen como consecuencia de las fake news en salud es el aumento de la desconfianza de la población en lo que le dice el personal sanitario, cuando la confianza es un elemento clave en la relación médico-paciente. En el “II Estudio sobre bulos en salud”¹⁰³ se realizó una encuesta a diferentes profesionales sanitarios en España y el 63 % afirmaba haber atendido en su consulta pacientes preocupados por algún bulo de salud durante el último año, un aumento en las consultas por terapias sin evidencia científica y, sobre todo, un 65 % consideraban que, debido a la sobreinformación existente en la red, los pacientes ponían más en duda la información que los profesionales les facilitaban. En ese estudio se consideraba al whatsapp (seguida de twitter y Facebook) la fuente más utilizada para propagar esos bulos, ya que proviene de una fuente de confianza y además es difícil de intervenir ya que no se sabe con quién se comparte esa in-

99 <https://www2.cruzroja.es/web/ahora/brecha-digital>

100 <https://www.gsma.com/r/wp-content/uploads/2022/10/The-State-of-Mobile-Internet-Connectivity-Report-2022.pdf>

101 <https://www.merca20.com/7-tipos-de-fake-news-que-debes-comprender/>

102 <http://juancarlosasco.emprendedorex.com/el-poder-del-relato/>

103 <https://saludsinbulos.com/wp-content/uploads/2019/11/es-II-estudio-bulos-salud.pdf>

formación. En otro estudio sobre la información relativa a las vacunas en el Reino Unido¹⁰⁴, se observó que las personas tenían más probabilidades de ver mensajes negativos en las redes sociales que mensajes positivos. En general, dos de cada cinco padres con hijos e hijas menores de 18 años dijeron que estaban “a menudo o a veces” expuestos a mensajes negativos sobre las vacunas en las redes sociales.

En un estudio de caso sobre la epidemia del virus Zika de 2015¹⁰⁵, y publicado por la American Journal of Health Education en 2018¹⁰⁶, se analizaron un total de 120 noticias de las que 27 se catalogaron como rumores, una como parodia/sátira y las otras 92 como nuevas noticias sobre el Zika. De esos rumores, las noticias falsas representaron la mayor parte (81 %), seguido del contenido engañoso (16 %), y de establecer conexiones falsas (3 %). De media, todos los rumores se compartieron tres veces más que las historias reales. De entre todas las temáticas falsas, tres destacaban sobre las demás: (i) que se trataba de una conspiración contra las personas (20 %), (ii) que era una enfermedad sin importancia (15 %) y (iii) el rol de los pesticidas en la aparición de la enfermedad (10 %). El artículo termina considerando que para los educadores en salud, el conocimiento de los rumores que circulan representa información clave para saber qué información se debe incorporar y a quién debe dirigirse cuando se realicen el desarrollo de mensajes a la población.

La motivación que lleva a las personas a compartir noticias falsas es amplia como mues-

tra un artículo de 2021¹⁰⁷, donde los autores analizan la relación entre la psicología humana, su interacción con las redes sociales y porqué se causa el fallo en el discernimiento sobre cuál es una noticia falsa y cuál verdadera. Afirman que la evidencia reciente contradice la narrativa común de que el partidismo y el razonamiento motivado políticamente explican por qué la gente se cree y comparte las noticias falsas. Es cierto que es más probable que las personas creen contenido de noticias que es concordante (frente a discordante) con su partidismo político¹⁰⁸. Pero, según los autores, el motivo más importante es que las personas a menudo no logran distinguir la verdad de la ficción, porque no se detienen a reflexionar sobre la precisión de lo que ven en las redes sociales.

Es necesario profundizar en mejorar la relación de la comunicación veraz en salud y la ciudadanía. Una comunicación que debe basarse en una evidencia científica y una neutralidad que no siempre ha existido, cuando la elaboración de estas noticias falsas recae en los que presumiblemente generan la evidencia científica, por ejemplo, manipulando ensayos clínicos¹⁰⁹, lo que dificulta la confianza de la población en la ciencia. Además, como parte de su trabajo, y especialmente durante las crisis de salud pública, el personal de salud y las personas que definen las estrategias sanitarias deberían considerar trabajar con expertos en comunicación para señalar y reducir el alcance del contenido falso en las redes sociales, y saber aconsejar sobre fuentes de información fiables y mejorar la capacidad de comunicación con la ciudadanía.

Big data y salud

El término IoT, o la internet de las cosas, se refiere a la red colectiva de dispositivos conectados y a la tecnología que facilita la comunicación entre los dispositivos y la nube, así como entre los propios dispositivos. Esto significa que los dispositivos de uso diario, como los cepillos de dientes, las aspiradoras, los coches y las máquinas, pueden utilizar sensores para recopilar datos y responder de forma inteligente a los usuarios¹¹⁰. En salud se utiliza el internet de las cosas médicas o IoMT (Internet of Medical Things), que es la red de internet que conecta dispositivos médicos, infraestructura de hardware y aplicaciones de software para conectar la tecnología de la información sanitaria¹¹¹. El IoMT se divide en diferentes apartados: la telemedicina, los wearables, que son dispositivos que llevan los pacientes encima y que miden sus constantes de salud, los drones que se utilizan para mejorar el suministro de material sanitario, los elementos de realidad aumentada, que permite mejorar los diagnósticos y la formación, y el uso del Big Data¹¹².

La utilización de este último supone un nuevo campo de actuación ya que existen muchas zonas grises en cuanto a su responsabilidad y pertenencia. El Big Data es un conjunto de datos más grandes, complejos y tan voluminosos que el software de procesamiento de datos tradicional no puede administrarlos¹¹³. El sector de la salud es uno en los que más se está viendo su utilidad y las técnicas de Big Data permiten la aplicación de modelos predictivos que ayudan a anticiparse a las necesidades sanitarias y que ofrezcan un mejor servicio de salud a la ciudadanía¹¹⁴. Las principales oportunidades del Big

Data serían la mejora de la calidad, la gestión y la salud de la población, la detección temprana de enfermedades, la calidad, la estructura y la accesibilidad de los datos, la mejora de la toma de decisiones y la reducción de costos¹¹⁵.

En la industria de la salud se utilizan varias fuentes de Big Data incluyendo registros hospitalarios, registros médicos de pacientes, resultados de exámenes médicos y dispositivos que forman parte de Internet de las cosas. La investigación biomédica también genera una cantidad significativa de grandes datos relevantes para la salud. Otras fuentes de información pueden venir de la genómica, la biología molecular, la epidemiología y la salud pública, entre otras. Pero se necesita una gestión y un análisis adecuados para obtener información significativa que pueda servir para mejorar la salud de la población¹¹⁶.

Uno de los problemas que se presenta para la utilización del Big Data es tener una infraestructura apropiada para generar y analizar el Big Data, así como la formación adecuada para poder gestionarla. Tener capacidad de proveer de datos es esencial, y la calidad de estos datos también. Las plataformas de Big Data se nutren de multitud de datos, y buscan cuanta más información mejor, incluso información que no se sabe si se va a utilizar, o el grado de calidad de la misma.

La situación en los países de renta media y baja es compleja a la hora de utilizar el Big Data en salud. Por una parte, la falta de infraestructura y de sistemas de información fiables en muchos países impiden nutrir las fuentes de las que bebe el Big Data. Tampoco las capacidades

104 <https://www.rsph.org.uk/static/uploaded/3b82db00-a7ef-494c-85451e78ce18a779.pdf>

105 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>

106 https://www.researchgate.net/publication/325640668_Spreading_the_Fake_News_Exploring_Health_Messages_on_Social_Media_and_the_Implications_for_Health_Professionals_Using_a_Case_Study

107 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1364661321000516>

108 <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/13684302211030004>

109 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4340084/#:~:text=Data%20fraud%2C%20the%20deliberate%20fabrication%20of%20falsification%20of,its%20nature%2C%20this%20incidence%20is%20difficult%20to%20estimate.>

110 <https://aws.amazon.com/es/what-is/iot/>

111 <https://ordr.net/article/what-is-iot/#:~:text=The%20Internet%20of%20Medical%20Things,to%20connect%20healthcare%20information%20technology.>

112 <https://www.ambit-bst.com/blog/internet-de-las-cosas-m%C3%A9dicas-iomt-tecnolog%C3%ADa-aplicada-a-la-salud>

113 <https://www.oracle.com/big-data/what-is-big-data/>

114 <https://www.iic.uam.es/soluciones/salud/>

115 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5138448/>

116 <https://link.springer.com/article/10.1186/s40537-019-0217-0>

para asegurar la privacidad de los datos son muy altas, e incluso algunas personas la pueden considerar una distracción a los problemas reales¹¹⁷, pues ya se conocen las causas, que se basan en una falta de recursos económicos, humanos y técnicos, que son más urgentes de solventar que generar una estructura eficiente para el Big Data.

En cuanto al uso de los algoritmos que se utilizan en la toma de decisiones en salud no deberían de generar inequidades. Pero estos algoritmos se basan en los datos que se recolectan y las poblaciones más vulnerables suelen estar fuera de los sistemas de información.

Otro de los mayores retos que tiene la gestión del Big Data se refiere a la seguridad de los datos, a quien los usa y a quien pertenecen. Porque el desafío más importante que se tiene en la gestión del Big Data se refiere a la gobernanza de los datos. Todas las bases de datos son administradas por empresas privadas y los consentimientos que se generan para el uso de datos de salud que pueden ser muy sensibles no son todo lo transparentes que debieran. Además, no existe por parte de las instituciones públicas capacidad para poder auditar la forma en que esa información sensible sobre la salud es utilizada por esas bases de datos privadas.

Esta preocupación a nivel mundial provocó que, en noviembre de 2021, los 193 Estados miembros de la Conferencia General de la UNESCO adoptaran la “Recomendación sobre la Ética de la Inteligencia Artificial (IA)”¹¹⁸, que es el primer instrumento normativo mundial sobre este asunto. Se basa en 4 valores: respeto de los derechos humanos, tener en cuenta al medio ambiente y los ecosistemas, asegurar la diversidad y la inclusión, y trabajar para conseguir sociedades más pacíficas y justas. Básicamente lo que pretende es que los gobiernos asuman un papel regulador, y que las instituciones públicas puedan establecer evaluaciones del impacto ético de la utilización de

la Inteligencia artificial, que determinen y analicen los beneficios, los problemas y los riesgos de los sistemas de IA. También los estados deberán de establecer salvaguardas adecuadas para proteger el derecho a la privacidad de las personas. De alguna forma, esta recomendación viene a cubrir un vacío que existía sobre el papel de lo público respecto al Big Data. No obstante, su aplicación es voluntaria, lo que seguramente le restará bastante eficacia a su implementación, y hay que saber qué respuesta van a tener las empresas privadas que gestionan esta información. Además, las nubes que almacenan los datos no están físicamente en ningún país, lo que puede generar controversias sobre la capacidad de un gobierno de influir en ellos o regular su funcionamiento.

En el sector de la salud existe una iniciativa específica que pretende también establecer unos principios éticos en la gobernanza de los datos de salud, a través de unos Principios para el uso de datos de salud¹¹⁹, que se basa en 3 elementos:

- **Proteger a las personas:** se debe garantizar la protección de personas, grupos y comunidades contra daños y violaciones relacionados con los datos, y específicamente en salud, porque son datos mucho más sensibles. Considera que una gobernanza de datos de salud bien desarrollada debería reforzar la confianza en los sistemas de datos. Pero establecer esa confianza requiere salvaguardar los datos de forma segura, preservar la privacidad y establecer procesos transparentes e inclusivos de recopilación, procesamiento, almacenamiento, análisis, uso, intercambio y eliminación de datos. Por último, se debe de reforzar la seguridad de los datos, tanto en los aspectos técnicos como de procedimiento, mitigando los riesgos y amenazas a la seguridad de los datos.

- **Promover valores relacionados con la salud:**

La gobernanza de datos de salud debe maximizar el valor obtenido del uso y análisis de datos para mejorar los resultados de salud tanto para las personas como para la sociedad. La agregación y el intercambio de datos de salud deben realizarse de manera que se protejan los derechos individuales, grupales y comunitarios, pero deben existir formas de compartir la información, para aumentar la eficacia de los datos.

- **Priorizar la equidad:** el uso de los datos debe beneficiar equitativamente a todas las personas y comunidades. La gobernanza de los datos de salud debe garantizar una representación equitativa en los datos de todas las

personas, grupos y comunidades, independientemente de sus características sociales o económicas, así como un acceso equitativo al valor sanitario generado por los datos, incluyendo la participación significativa de todos los grupos en la toma de decisiones relevantes sobre los sistemas de datos de salud.

En resumen, la digitalización de la salud puede ser una gran oportunidad que nos permita mejorar la salud mundial, pero no se puede olvidar que es solamente una herramienta, no un fin en sí mismo y que, como herramienta, tiene que estar al servicio de las personas, sobre todo de las más vulnerables, que son quienes peores indicadores de salud tienen.

117 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339829/>

118 https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000381137_spa

119 <https://www.healthdataprinciples.org/principles>

2

Perspectiva internacional

- La AOD del conjunto de países donantes del CAD alcanzó en 2021 la cifra récord de 178.916 millones de dólares, lo que supone un aumento del 10,3 % respecto a 2020, cuando lo esperado era un incremento del 5,9 %. Y es que 23 de los 29 países que integran el CAD incrementaron su aportación a cooperación.
- La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,33 % de la renta nacional bruta (RNB), manteniéndose casi estable en la tendencia de los últimos 10 años, muy lejos del compromiso del 0,7 %. Sólo 5 países, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Alemania y Suecia cumplieron con el objetivo del 0,7 %.
- La Unión Europea (UE) y sus Estados miembros son en conjunto el principal donante mundial con 81.250 millones de euros, lo que equivale al 0,49 %. Los países del G-7 (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido) destinaron 135.711 millones de euros, lo que supone el 75,8 % de toda la AOD.
- España se coloca en el en el puesto duodécimo de 29 países en cuanto a volumen de AOD, pero en el puesto vigésimo porcentualmente, manteniéndose aún en el vagón trasero de los donantes tradicionales.
- Los donantes del CAD destinaron en 2021 un total de 18.786 millones de dólares a acciones relacionadas con la COVID-19, lo que representa el 10,5 % del total de su AOD, si bien al menos el 10,4 % de estos fondos fueron redirigidos desde otros programas de desarrollo.
- 6.300 millones de USD se dedicaron a proporcionar vacunas contra la COVID-19. Un 36,6 % de este monto fueron dosis donadas sobrantes de las vacunas adquiridas por los países del CAD, algo que provoca dudas sobre si se pueden computar como AOD.
- Los países del CAD destinaron a salud en 2020 un total de 28.453 millones de dólares, lo que representa el 17,54 % del total de su AOD, el 40 % gestionado por canales multilaterales o multilaterales.
- El presupuesto total para la OMS, institución que debería liderar la respuesta global a esta pandemia, es insignificante respecto al dinero gastado, lo que debería provocar una profunda reflexión sobre cómo se ha gestionado la lucha contra la COVID 19.

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 2021 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2020.

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 período 2016-2021 en dólares constantes de 2020 (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 cada año a hacer pequeñas modificaciones en las cifras de cada año.

1 Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD

1.1. Grant Equivalent: La nueva 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. La nueva métrica se basa en el *Grant Equivalent* —“donación equivalente”—, una fórmula más compleja que consiste en computar el elemento de donación implícito en cada una de las operaciones como reflejo del esfuerzo del donante, contabilizando tanto el principal como los intereses, pero descontándose del valor que representan en el año de reporte. El razonamiento es que el dinero de hoy vale más que la perspectiva de la misma cantidad en el futuro y, por consiguiente, esa suma de dinero en el futuro puede ser reducida a su valor actual aplicando una tasa de descuento. Es decir, se aplica el valor de mañana al dinero de hoy. Si el valor de los reembolsos que esperamos recibir en el dinero de hoy es inferior a la cantidad extendida hoy, entonces la diferencia representa una “donación” que se denomina “grant equivalent” si se expresa como un valor monetario, o “grant element” si se expresa como un porcentaje del valor del préstamo.

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

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

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

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

1.2. La AOD del CAD

La ayuda oficial al desarrollo (AOD) del CAD siguió en 2021 la tendencia de crecimiento que comenzó en 2019, si bien este crecimiento es relativamente suave, tal y como se observa en el gráfico 2.1., si tenemos en cuenta que todos los países se comprometieron a destinar recursos adicionales a cooperación internacional para la lucha contra la COVID-19. La AOD del CAD alcanzó en 2021 la cifra récord de 178.916 millones de dólares corrientes², lo que supone un incremento del 10,32 % respecto a 2020, siendo éste un porcentaje de crecimiento mayor de lo que esperaba la OCDE que, en sus previsiones, lo cifró en un 5,9 %. En términos absolutos el crecimiento ha sido de 16.743 millones de dólares. Esta AOD representa el 0,33 % del ingreso nacional bruto (INB) del conjunto de los países CAD, porcentaje igual al destinado en 2020.

Un dato positivo a destacar es que la mayoría de los miembros del CAD han incrementado sus presupuestos de cooperación, concretamente 23 de los 29 países, incluyendo España. Debemos estar atentos y observar si este incremento es algo coyuntural, debido a la pandemia de la COVID-19, o consolida el compromiso de crecimiento de la AOD realizada por todos los países. En 2021 los países destinaron 6.300 millones de dólares en proporcionar vacunas contra el COVID-19 a los países en desarrollo, lo que equivale al 3,5 % de la AOD total. Según el CAD, de estos 6 300 millones de USD, 2 309 millones refieren a las dosis donadas sobrantes de las vacunas adquiridas por los países del CAD, unos 357 millones de dosis valoradas cada una de ellas en 6,72 USD; 3 500 millones de USD se destinaron a dosis compradas específicamente para países en desarrollo y 500 millones de USD se destinaron a financiar otros costes secundarios.

El informe de la OCDE sobre AOD también recoge algunas aportaciones que se hacen a entidades privadas. En concreto 1.100 millones de dólares destinados a “instrumentos del sector privado” (PSI en sus abreviaturas en inglés) y 3.000 millones de dólares en forma de préstamos netos o inversiones en empresas privadas que operan en países elegibles para recibir AOD. De esta manera, la OCDE visibiliza la participación que quiere tener el sector privado en el desarrollo³, si bien finalmente no la computa como AOD ya que entiende que hay intereses comerciales y por ese motivo genera dudas sobre si debe computarse realmente como cooperación.

La AOD debe tener como elemento principal y exclusivo el desarrollo de las poblaciones y la reducción de las inequidades existentes en el planeta, habiendo otros instrumentos e instituciones donde tiene cabida la iniciativa privada y los acuerdos comerciales, que no pocas veces van en contra de los intereses legítimos de las personas más vulnerables. Si el CAD pretende incluir los análisis de apoyo a las iniciativas privadas como parte de la respuesta ante los retos de los ODS y la cooperación internacional, sería muy interesante, en contraprestación, incluir también los análisis de los acuerdos comerciales internacionales y las instituciones que los dirigen bajo el prisma de la equidad y la justicia mundial.

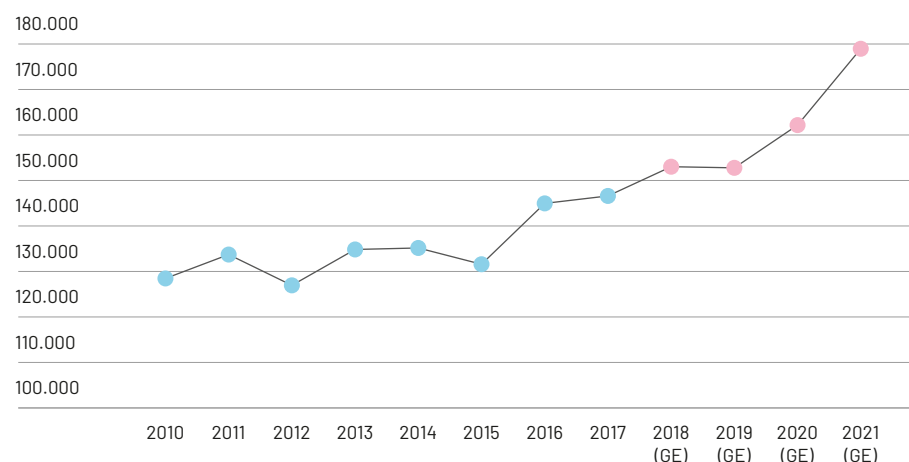
Si se analiza la AOD neta del CAD desde el año 2000, año en el que se aprobaron los Objetivos del Milenio, vemos que la AOD ha crecido de manera importante, en concreto ha aumentado un 118 %. Si acotamos el análisis a partir de 2015, año en el que se aprueban los ODS, la AOD neta ha aumentado un 20 %, si bien se debe tener en cuenta la influencia que la COVID-19 ha

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

2 En dólares constantes 2020, la cifra de AOD sería de 169.240 millones de dólares, lo que equivale a un incremento del 4,4 %. Los datos en dólares constantes significan que están ajustados tanto por la inflación como por las fluctuaciones del tipo de cambio.

3 <https://www.oecd.org/dac/Private%20Sector%20Instruments%20Flyer%20DAC%20HLM%202017.pdf>

GRÁFICO 2.1. Evolución de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2020)



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

tenido en 2020 y 2021. Como ya se mencionó en el informe de 2021, desde 2010 este crecimiento no ha sido constante, lo que hace pensar que los incrementos se han dado más por situaciones coyunturales como la crisis económica de 2012, la llegada de personas refugiadas de Siria, o la pandemia de la COVID-19, que por un mayor compromiso con la cooperación. Así, desde 2000 hasta 2010 la AOD neta creció un 69 %, mientras que en los siguientes 11 años —incluyendo el factor de la pandemia de la COVID-19— la AOD creció un 49 % (si se toma como referencia al año 2000).

Vaya por delante que cualquier crecimiento de la AOD siempre es bienvenido, no obstante, el contexto internacional exige un mayor compromiso de los países del CAD con las sucesivas crisis que estamos viviendo, crisis de personas refugiadas, la pandemia de la COVID-19, compromiso que pasa por aplicar fondos adicionales a los recursos que se destinan a la cooperación internacional, ya que el resto de los problemas mundiales no desaparecen, sino que se suman.

Los países que integran el CAD destinaron 18.700 millones de dólares⁴ a actividades relacionadas con COVID-19, 2.505 millones de dólares más que en 2020, lo que ha supuesto el 10,5 % del total de fondos destinados en 2021, mientras que, como ya se ha mencionado, el crecimiento de la AOD fue del 10,32 %, 16.743 millones de dólares. Estas cifras significan que al menos el 10,46 % de los fondos destinados a actividades relacionadas con la COVID-19, 1.957 millones de dólares, fueron redirigidos desde otros programas de desarrollo. En 2020 los países donantes afirmaban que esta reorientación no había paralizado programas que estuvieran en marcha⁵, pero después de dos años se hace difícil creer que no haya habido programas de cooperación que no se hayan visto afectados. Si se hace el ejercicio de restar todos los fondos destinados a actividades COVID-19 de los fondos destinados por el CAD a AOD, ésta se habría reducido en un 1,2 % en 2021, lo que sugiere que este crecimiento es coyuntural, debido a la aparición de

4 Según el informe del CAD, los datos de inversión en COVID-19 son aún preliminares y parciales. No se dispondrá de las cifras finales hasta finales de año.

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

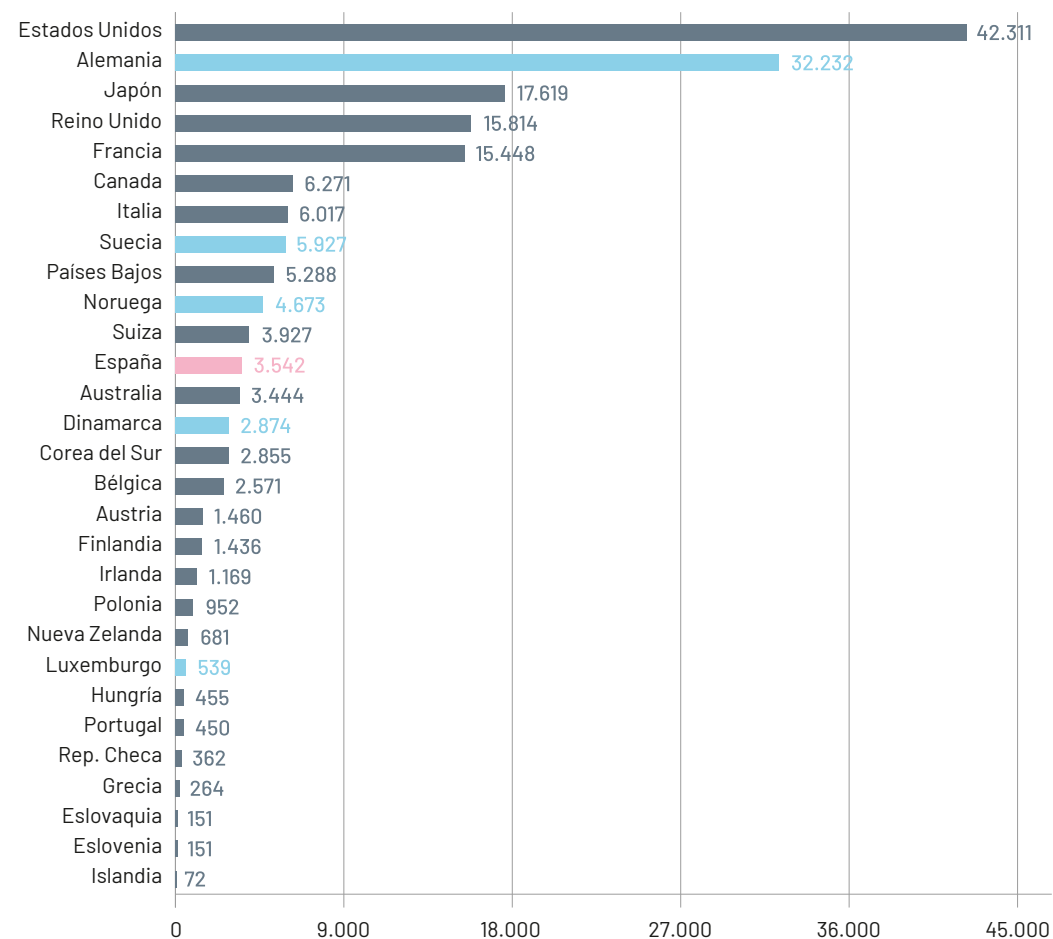
la pandemia, y no a una apuesta más decidida por la cooperación.

Los cinco principales donantes del CAD —Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Japón y Francia—, siguen aumentando su peso en el conjunto de la AOD, hasta representar el 72,8 % de toda la ayuda del CAD, 2,8 puntos porcentuales más que en 2020. En términos absolutos, EE. UU. lidera el ranking con un aporte de 42.300 millones de dólares, 6.800 millones más que en 2020, aportando el 25 % de toda la AOD del CAD. Le sigue Alemania con 32.200 millones (3.800 millones más que en 2020). Japón supera a Reino Unido y se sitúa como el tercer donante, con

17.600 millones de dólares. Reino Unido es el único de los cinco grandes donantes que disminuye su aportación, pasando de 18.600 millones de dólares a 15.800 millones de dólares, una disminución del 15 %, de la que se hablará más adelante en este capítulo. Finalmente, Francia aporta 15.400 millones, 1.300 millones más que el año anterior.

Estas cifras absolutas, aunque importantes, no recogen adecuadamente el esfuerzo que en materia de cooperación realizan los diferentes países. De los cinco grandes donantes, solamente Alemania supera el objetivo del 0,7 % en 2021 (destina el 0,74 % de su RNB a AOD) Francia destina

GRÁFICO 2.2. AOD Grant Equivalent. 2021. En millardos de dólares



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS OCDE, 2022.

el 0,52 %, Reino Unido pasa del 0,7 % al 0,50 %, mientras que Japón destina el 0,34 % y Estados Unidos, el mayor donante en cifras absolutas, apenas alcanza el 0,18 %.

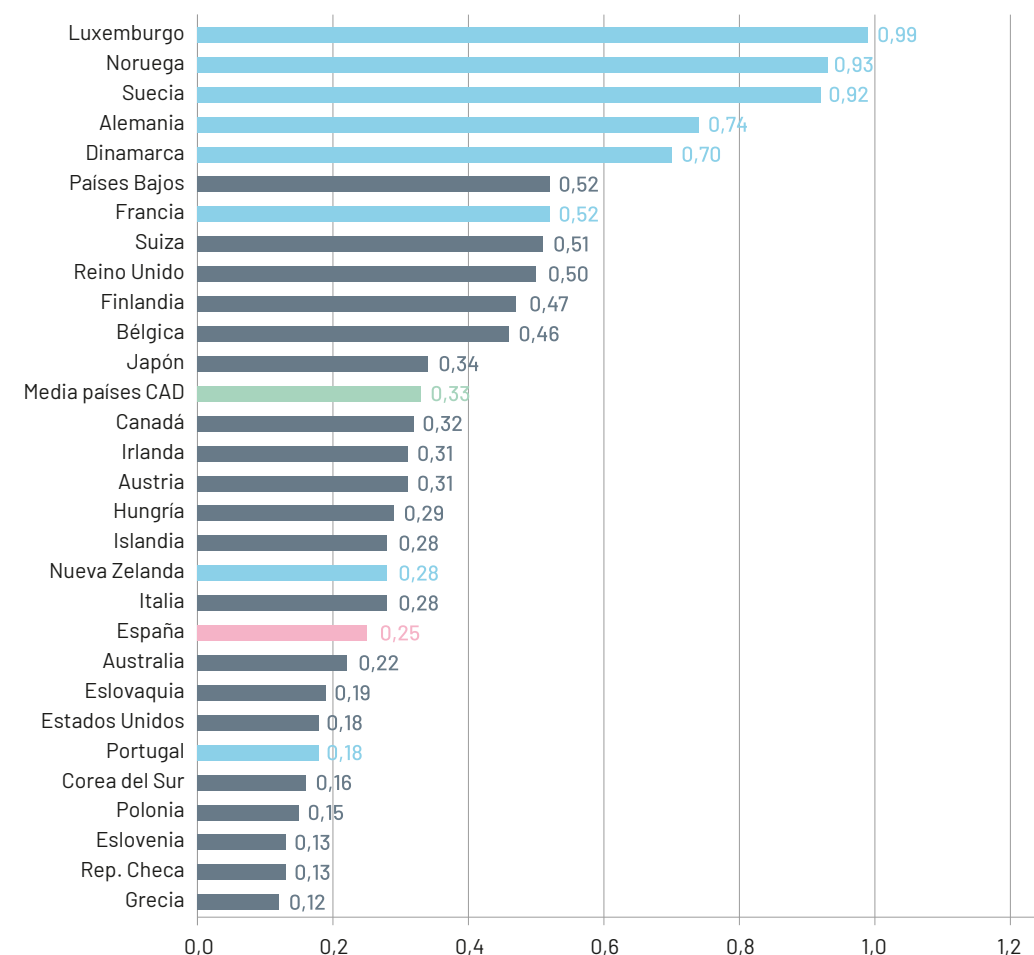
Es lógico que los países más enriquecidos hayan querido priorizar en su AOD la pandemia de la COVID-19, como la mayor amenaza mundial a la que nos hemos enfrentado en 2021, tal y como se comprometieron en abril de 2020 en una declaración sobre la COVID-19⁶. Pero es necesario ver más allá de la urgencia que está suponiendo la COVID-19, cuya gestión nos debe llevar a reflexionar sobre la necesidad de aplicar la coherencia de políticas si queremos afrontar los problemas de desarrollo de manera comprensiva a escala global. Hay que integrar la perspectiva del desarrollo en el conjunto de la acción gubernamental para garantizar una mayor eficacia a la hora de abordar los retos globales, que tienen su base estructural en unos modelos sociales y económicos injustos, y donde la cooperación sigue siendo una de las políticas que intentan reequilibrar estas desigualdades, mientras se espera que se establezcan nuevos modelos de convivencia más equilibrados. La pobreza estructural, los problemas medioambientales reflejados en la crisis climática, o la falta de equidad en el acceso a servicios sanitarios no pueden esperar a que se solucione la pandemia.

La meta 17.2 de los ODS procura “Velar por que los países desarrollados cumplan plenamente sus compromisos en relación con la asistencia oficial para el desarrollo, incluido el compromiso de numerosos países desarrollados de alcanzar el objetivo de destinar el 0,7 % del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo de los países en desarrollo y entre el 0,15 % y el 0,20 % del ingreso nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo de los

países menos adelantados (PMA)”⁷. Como ya se ha mencionado, el total de la AOD de 2021 equivale al 0,33 % del ingreso nacional bruto de los donantes del CAD, aún muy lejos del objetivo de la ONU y del compromiso de los países de destinar el 0,7 %. Si se analiza su evolución en los últimos años, se puede observar que desde 2010 no ha habido grandes variaciones, y el porcentaje destinado a AOD se mueve en una horquilla entre el 0,29 % y 0,33 %. Desde 2010 se han venido haciendo declaraciones públicas y firmados compromisos por parte de líderes políticos que, siguen sin cumplir, entre otras cosas, porque se ve la cooperación como una cuestión de caridad de los países enriquecidos, y no de justicia social que beneficia a todas las personas del planeta. Si los países cumplieran sus compromisos y los países del CAD destinaran el 0,7 % a cooperación al desarrollo, el desembolso en 2021 hubiera sido de 359.000 millones de dólares, 189.000 millones más que los consignados en ese año.

Han pasado 52 años desde que los países asumieran el compromiso de NN. UU de destinar el 0,7 % de su RNB a AOD⁸, fijando como fecha para alcanzar este objetivo el año 1975. En 2021 solamente cinco países de los 29 que son parte del CAD alcanzaron o superaron el objetivo del 0,7 %, Dinamarca (0,70 %), Alemania (0,74 %), Luxemburgo (0,99 %), Noruega (0,93 %) y Suecia (0,92 %), 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. Todos ellos lo mantienen. Reino Unido se sumó en 2013 y a pesar de que se trata de un compromiso recogido en sus leyes, se ha descolgado. Durante estos años la ayuda ha crecido considerablemente en cifras absolutas si bien porcentualmente está por debajo de lo destinado en 1975. A 8 años de la fecha prevista para alcan-

GRÁFICO 2.3. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2021



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS OCDE, 2022.

zar los ODS es necesario que todos los países donantes pongan en marcha medidas concretas para, esta vez sí, cumplir con el compromiso de destinar el 0,7 % de la RNB a AOD en 2030.

Los 5 países que alcanzaron o superaron el 0,7 %, son los mismos países que lo hicieron en 2020 y años anteriores, lo que muestra claramente que el compromiso político es fundamental, más que la propia situación económica del país. Por encima del 0,5 %, pero por debajo del 0,7 %, se sitúan Países Bajos (0,52 %), que si bien llegó

a tiempo la meta del 0,7 % (junto con Suecia), se descolgó en 2016, Francia (0,52 %), Suiza (0,51 %) y Reino Unido (0,50 %) que como hemos comentado alcanza el objetivo del 0,7 % en 2013 y se descuelga en 2021. Por encima de la media que los países del CAD destinan a cooperación (0,33 %) están Finlandia (0,47 %) y Japón (0,34 %). Es decir, al igual que sucediera en 2020, un total de 11 países, de los 29 que integran el CAD, superan la media de lo que el conjunto de países destina a cooperación. Por debajo de la media

6 <https://www.oecd.org/dac/development-assistance-committee/DAC-Joint-Statement-COVID-19.pdf>
7 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/globalpartnerships/>
8 <https://www.oecd.org/dac/financing-sustainable-development/development-finance-standards/the07odagnitarget-ahistory.htm>

se sitúan el resto de los países, 18, entre los que se encuentran algunos tan importantes como Estados Unidos (0,18 %), España (0,25 %), Italia (0,28 %) o Canadá (0,32 %). Fuera del conjunto de donantes del CAD, solamente Turquía con un 0,95 % supera el compromiso del 0,7 %.

Estos datos indican que se mantiene la brecha en el seno de los países CAD entre los que están comprometidos con la AOD y los que no lo están tanto, y que siempre encuentran excusas para no cumplir con su compromiso. Es de esperar que de la experiencia con la pandemia de la COVID-19 hayamos aprendido lo importante que es la cooperación como herramienta de prevención de las amenazas globales que sufrimos y sufriremos en el futuro y, por lo tanto, la importancia de establecer una estrategia orientada a alcanzar el objetivo del 0,7 % en AOD, una AOD que debe estar orientada a la lucha contra la inequidad, por encima de intereses individuales de los países donantes. Las tendencias actuales nos muestran un crecimiento insuficiente,

muy sesgado en estos últimos años por la aparición de la pandemia de COVID-19. Se necesita un impulso muy decidido a nivel internacional, no solamente en cuanto a incremento de los recursos económicos destinados a este sector, sino también en cuanto a recursos humanos y técnicos, priorizando las acciones de mayor impacto en la lucha contra las inequidades mundiales, y estableciendo políticas y estrategias globales coherentes con este objetivo.

Respecto a España, la AOD en 2021, según el cómputo de gran equivalent (GE), ascendió a 3.542 millones de dólares, lo que equivale al 0,25 % de su RNB, un porcentaje muy similar al de 2020 que sitúan a España muy lejos tanto de la media del CAD (0,33 %), como de la media de la UE que es del 0,49 %, y por supuesto del compromiso del 0,7 %. Con estos datos, España se mantiene en el puesto duodécimo en cuanto a volumen de AOD GE y en el vigésimo puesto en cuanto al porcentaje de AOD sobre la RNB con respecto a los países miembros del CAD.

EL CASO DEL REINO UNIDO Y EL BLINDAJE DEL 0,7 % EN SU LEY DE DESARROLLO INTERNACIONAL

Desde 2015, el Reino Unido era un ejemplo que se ha utilizado en varios informes para visibilizar la importancia de consolidar el compromiso con el sector de la cooperación a través de un marco legal. Ya desde 2013, el Reino Unido decidió asumir el compromiso de destinar el 0,7 % a la cooperación, pero no fue hasta 2015 cuando ese compromiso se fundamentó a través de una ley⁹ que evitaba los posibles cambios que la alternancia política pudiera traer en el futuro.

La tarea no fue fácil, pues igual que es difícil gestionar escasos recursos económicos en el

sector de la cooperación internacional, un incremento muy importante de los mismos tiene que ir acompañado de una buena gestión financiera y técnica que asegure la eficacia e impacto de las acciones. En 2020, la Comisión Independiente para el Impacto de la Ayuda, organismo público encargado de controlar el gasto de la ayuda internacional, elaboró un informe¹⁰ donde se afirmaba que la cooperación del Reino Unido había aumentado de forma muy consistente su eficacia, a través sobre todo de una mejor colaboración entre los diferentes Departamentos que trabaja-

ban en cooperación y el funcionariado, y en una mejor adaptación de los procesos a los objetivos de la cooperación.

Sin embargo, días después de la publicación de este informe, el Canciller de Hacienda Rishi Sunak, anunció que en 2021 no se destinaría el 0,7 % a cooperación debido a las consecuencias de la pandemia de la COVID-19. Según sus palabras, esta medida se justificaba porque “en una emergencia fiscal interna, cuando necesitamos priorizar nuestros limitados recursos en empleos y servicios públicos, es difícil justificar ante el pueblo británico apearse rigidamente al gasto del 0,7 % de nuestro ingreso nacional en ayuda al extranjero”¹¹. Y aunque prometió volver a la senda del 0,7 %, esto se haría bajo unas ciertas condiciones que son muy vagas, tales como “cuando la situación fiscal lo permita”, lo que equivale a dejar la decisión expuesta a interpretaciones subjetivas.

Las reacciones no se hicieron esperar. En respuesta a esta decisión, Elizabeth Sugg, ministra de Relaciones Exteriores, Commonwealth y Desarrollo, presentó su dimisión poco después. La sociedad civil también alzó su voz contra esta medida, ya que luchar contra una pandemia global reduciendo los recursos en cooperación era un contrasentido. Romilly Greenhill, directora de la campaña en el Reino Unido de The ONE, que apoyó con fuerza la ley del 0,7 %, comparó el momento de la medida en medio de la pandemia con “quitar fondos a la RAF [Royal Air Force] en el punto álgido de la Batalla de Gran Bretaña”.

Todas estas movilizaciones no consiguieron cambiar la decisión del Gobierno británico. La consecuencia directa fue que la AOD británica bajó del 0,7 % destinado en 2020 a 0,5 % en 2021, lo que supuso una reducción de 5.000 millones de libras. Multitud de proyectos que estaban en marcha se vieron afectados por estos recortes.

Más allá del incumplimiento de promesas y compromisos, o incluso de incoherencias políti-

cas, esta situación tiene un elemento especialmente perturbador que merece la pena destacar. Durante estos años, se ha considerado al Reino Unido como el ejemplo a seguir por conseguir blindar por ley el compromiso del 0,7 %. La realidad es que ni siquiera estar bajo el amparo de la ley impide cambiar las reglas del juego cuando el gobierno de turno así lo considere. No ha habido sanción legal, porque según la ley aprobada en 2015 solo se necesitaba que la Secretaría de Estado responsable informara de por qué no se había conseguido ese 0,7 %, ya que es el único mecanismo de rendición de cuentas que se aprobó en la ley¹². Es cierto que no han propuesto ninguna legislación adicional para gestionar estos presupuestos a la baja, lo que parece indicar que esta situación puede ser temporal. En el debate sobre los presupuestos de cooperación de 2022 el Canciller afirmaba que se irá revisando el presupuesto, de conformidad con la Ley de 2015, para ver si sería posible volver a gastar el 0,7 % de la RNB en AOD. Para ello, habría que cumplir unos requisitos frente a la última previsión fiscal. Se debe confirmar de manera sostenible, que hay superávit presupuestario y no se están pidiendo préstamos para pagar los gastos diarios, y que la deuda neta del sector público esté cayendo. O sea, que el cumplimiento del 0,7 % se realizaría cuando las condiciones económicas fueran positivas, lo que deja a la cooperación como una política de segundo nivel y sujeta a la decisión que el gobierno tome en relación a otras políticas. Por ejemplo, si el Gobierno decide duplicar su gasto en armamento, esto podría repercutir en el presupuesto de AOD.

Aceptando que las leyes no pueden ser inmutables, y que hay momentos excepcionales en los que hay que tomar decisiones complejas, lo cierto es que esta ley no tenía las suficientes salvaguardas como para impedir su aplicación por parte del gobierno.

9 <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/2015/12/contents/enacted>

10 <https://icai.independent.gov.uk/review/management-of-0-7-spending-target/review/>

11 <https://www.devex.com/news/breaking-uk-cuts-aid-budget-to-0-5-of-gni-98640>

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

La Unión Europea (UE) y sus Estados miembros son en conjunto el principal donante mundial, responsables del 46 % de toda la AOD del CAD. En 2021 la UE y sus Estados Miembros incrementaron su AOD hasta alcanzar los 81.300 millones de dólares, 8.600 millones de euros más que en 2020, un aumento del 11,8 %¹³. Sin embargo, este aumento no se ve reflejado en el porcentaje que supone la AOD sobre la RNB. De hecho, pasa del 0,5 % de 2020 al 0,49 % de 2021, aunque sigue estando por encima de la media del CAD que se situaba en 0,33 %. Si analizamos la aportación que realizan los países del G7 (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, Italia, Canadá y Japón), observamos que en su conjunto son responsables de 3 de cada 4 dólares que se destinan a AOD dentro de los países del CAD, un 76 % del total de la ayuda.

En 2021, contrariamente a lo que pasó el año anterior, los préstamos bilaterales soberanos del conjunto de los países del CAD disminuyeron un 4,6 %, aunque estos préstamos siguen siendo el 10 % de toda la AOD bilateral. Los países que más

utilizaron esta herramienta en su cooperación fueron Francia (23 %), Japón (55 %) y Corea (36 %). A destacar también que los préstamos soberanos de las instituciones de la UE aumentaron un 2 % en términos reales y representaron el 15 % de su AOD bilateral en 2021. Utilizar préstamos en cooperación supone que se tenga menos impacto positivo en las poblaciones más vulnerables, y que el objetivo principal de luchar contra la inequidad en el mundo se vea ralentizado por la aparición de intereses económicos o sociopolíticos de los donantes que determinan las prioridades de la cooperación. Además, en momentos donde una crisis sanitaria se ha vuelto global y donde los países más vulnerables sufren más las consecuencias económicas de la misma, no parece que los préstamos sean la mejor solución para países ya tremendamente endeudados, más bien habría que realizar una refinanciación de esa deuda para que los países tengan más recursos que puedan usar en servicios básicos como la salud.

1.3. Distribución de la AOD en 2021

Si se analiza el comportamiento de los 29 países del CAD, se observa el crónico comportamiento desigual entre ellos, si bien este año, debido sobre todo a las inversiones en COVID-19, hay un mayor número de países que incrementan su AOD. En 2021 son 23 los países que han aumentado su AOD (7 más que en 2020), mientras que solamente 6 la han disminuido. Entre los países que incrementaron porcentualmente su AOD destaca Italia, que la incrementa un 34,5 % a través de tres mecanismos: cancelación de deuda, gasto en personas refugiadas en su propio país y apoyo multilateral para luchar contra la pandemia (incluyendo las donaciones de vacunas). Corea del Sur incrementó su AOD en un 20 %, de-

bido al aumento de ayuda bilateral y el apoyo a organizaciones multilaterales. Le sigue Eslovenia, que incrementó su AOD un 19 %, mediante los mismos mecanismos que Corea. Irlanda es el único donante de los que más crecen, un 14,8 %, que incrementa su AOD general, y la mayoría de este incremento no parece que sea por aspectos relacionados con la pandemia. Estados Unidos, primer donante mundial (42.300 millones de dólares) es el quinto país que más crece al aumentar su AOD en un 14,4 %, sobre todo por el apoyo a organizaciones multilaterales y por la compra de vacunas (por un valor de 3.500 millones de dólares) para donarlas a los países más empobrecidos. Le sigue Nueva Zelanda con un

incremento del 13,8 %, y en la séptima posición de los países que más incremento porcentual tuvieron en su AOD se sitúa España con un 12,5 %, principalmente por un aumento de los fondos bilaterales, incluyendo donaciones de vacunas. Cierran la lista de los países que más incrementan su AOD Japón (12,1 %) e Islandia (+11,7 %).

Los 6 países del CAD que disminuyeron su AOD son: Grecia (-23,9 %) por la fuerte reducción de la partida destinada a gastos por acogida a personas refugiadas en su propio país , Reino Unido (-21,2 %) por su decisión de disminuir su

AOD, Suecia (-15,7 %), sobre todo porque en 2020 incluyó toda la contribución plurianual para el Fondo Verde para el Clima, Noruega (-11,6 %), con una disminución general de su cooperación, aunque incrementó la AOD en salud por el control de la pandemia, Holanda (-7,2 %) que desde hace varios años está disminuyendo sus fondos de cooperación, y finalmente Hungría, que con un descenso del 0,1 % prácticamente se queda como estaba, algo que ya es positivo, pues hay que tener en cuenta que en 2020 fue el país que porcentualmente más incrementó su AOD.

TABLA 2.1. AOD neta de los países del CAD 2016-2020, desembolsos en millones de dólares corrientes¹⁴

AOD	2017		2018 GE		2019 GE		2020 GE		2021 GE	
Neta	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Australia	2.957	0,23	3.119	0,23	2.949	0,22	2.869	0,21	3.444	0,22
Austria	1.230	0,3	1.178	0,26	1.211	0,27	1.273	0,30	1.460	0,31
Bélgica	2.204	0,45	2.294	0,43	2.177	0,42	2.344	0,48	2.571	0,46
Canadá	4.277	0,26	4.655	0,28	4.673	0,27	5.052	0,31	6.271	0,32
Rep. Checa	272	0,13	323	0,14	306	0,13	299	0,13	362	0,13
Dinamarca	2.401	0,72	2.582	0,72	2.546	0,71	2.652	0,72	2.874	0,70
Finlandia	1.054	0,41	983	0,36	1.126	0,42	1.278	0,47	1.436	0,47
Francia	11.363	0,43	12.155	0,43	12.176	0,44	14.125	0,53	15.448	0,52
Alemania	24.681	0,66	24.985	0,61	23.806	0,60	28.680	0,73	32.232	0,74
Grecia	317	0,16	28.226	0,13	308	0,14	325	0,17	264	0,12
Hungría	149	0,11	190	0,14	317	0,22	418	0,27	455	0,29
Islandia	69	0,29	81	0,31	67	0,27	58	0,27	72	0,28
Irlanda	808	0,3	928	0,31	935	0,31	988	0,31	1.169	0,31
Italia	5.734	0,29	5.005	0,24	4.900	0,24	4.248	0,22	6.017	0,28
Japón	11.475	0,23	14.167	0,28	15.507	0,29	16.260	0,31	17.619	0,34
Corea del Sur	2.205	0,14	2.351	0,15	2.521	0,15	2.250	0,14	2.855	0,16
Luxemburgo	424	1	473	0,98	474	1,05	452	1,03	539	0,99
Países Bajos	4.955	0,6	5.616	0,61	5.292	0,59	5.359	0,59	5.288	0,52
Nueva Zelanda	436	0,23	556	0,28	559	0,28	530	0,26	681	0,28
Noruega	4.123	0,99	4.257	0,94	4.292	1,02	4.196	1,11	4.673	0,93
Polonia	674	0,13	763	0,14	684	0,12	829	0,14	952	0,15
Portugal	378	0,17	390	0,17	373	0,16	413	0,18	450	0,18
Eslovaquia	113	0,12	133	0,13	129	0,12	141	0,14	151	0,13
Eslovenia	76	0,16	83	0,16	86	0,16	91	0,17	115	0,19
España	2.415	0,19	2.874	0,20	2.896	0,21	2.987	0,23	3.542	0,25
Suecia	5.512	1,01	5.844	1,04	5.397	0,99	6.349	1,14	5.927	0,92
Suiza	3.097	0,46	3.094	0,44	3.093	0,44	3.563	0,49	3.927	0,51
Reino Unido	17.940	0,7	19.403	0,70	19.365	0,70	18.568	0,70	15.814	0,50
EE UU	35.261	0,18	34.261	0,17	34.615	0,16	35.576	0,17	42.311	0,18
Total países CAD	146.600	0,31	153.025	0,31	152.780	0,30	162.173	0,33	178.916	0,33

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS OCDE – CAD

13 Utilizando los dólares constantes 2020,el crecimiento se quedaría en un 4,4 % esto es, teniendo en cuenta la inflación y los tipos de cambio

14 Desde 2018, los años se analizan en base al gran equivalent-ge-, la nueva forma de medición

Los datos preliminares del análisis de la cooperación de los miembros del CAD muestran a nivel geográfico que la AOD neta bilateral para África sigue creciendo, concretamente un 3,4 %, alcanzando los 35.000 millones de dólares. 33.000 millones de dólares se destinan a la región de África Subsahariana, que es donde mayores problemas existen, aunque aquí el crecimiento alcanzó solamente un 2 %. Los países de bajos ingresos recibieron 28.000 millones de dólares, lo que supone un incremento del 1 % que modifica la dinámica negativa de 2020. También se incrementaron los flujos destinados a los países menos adelantados (PMA), en este caso un 2,5 %, alcanzando los 33.000 millones de dólares. Los países de renta media también aumentaron su AOD. Mientras que los países de renta media baja aumentaron hasta un 7 %, recibiendo 38.000 millones de dólares, los países de renta media alta aumentaron un 6 %, alcanzando los 21.000 millones de dólares.

Como en el año 2020 se repite la contradicción de que el aumento del peso de la AOD de los países del CAD haya beneficiado más a los países de renta media, aunque en 2021 es cierto que muchos países de renta media se vieron especialmente afectados por la pandemia. No

obstante, la COVID-19 ha mostrado claramente cómo los más vulnerables sufrían más, y que el continente africano no haya sufrido con tanta intensidad los efectos de la pandemia no exime de que la cooperación internacional ha llegado tarde y mal a muchos países, y que ese retraso haya supuesto una gran cantidad de muertes y sufrimientos evitables. Todo ello, pone de nuevo sobre la palestra la necesidad de reflexionar sobre el papel que debe jugar la cooperación en este mundo globalizado, y los pilares en los que se debe sustentar.

En cuanto al esfuerzo que realizan los países que no son miembros del CAD en materia de cooperación, hay varios países de los cuales no disponemos información para poder analizar su AOD, y, por lo tanto, tampoco podemos saber su peso en el sector de la cooperación internacional, como México, Chile o Colombia, pero que seguramente no tienen una gran relevancia en el cómputo total de la AOD. Sin embargo, otros países, que son claves en el desarrollo mundial como China, y que fomenta nuevos modelos de desarrollo utilizando una gran cantidad de recursos económicos en cooperación, son claves para entender el sector de la cooperación en su conjunto. Igualmente, India o Brasil deberían de

poder ser analizados, por sus impactos regionales, sobre todo.

Entre los países donantes que no son miembros del CAD de los que sí disponemos de información, cabe mencionar a Turquía que, desde 2017 destina casi el 1 % de su RNB a AOD. En 2021, concretamente destina el 0,95 %, y aunque disminuye su AOD un 23,3 % respecto a 2020, si-

gue manteniéndose como el segundo país del mundo que mayor porcentaje de RNB destina a cooperación, tras Luxemburgo. Otros países que no son del CAD y que en el pasado eran grandes donantes como los Emiratos Árabes Unidos, siguen disminuyendo su aportación a cooperación, concretamente un 24 %, por la reducción de su ayuda bilateral.

1.4. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

La ayuda a personas refugiadas en países donantes permaneció en 2021 prácticamente sin cambios respecto a 2020. Se destinaron 9.300 millones de dólares, representando un 5,2 % del total de la AOD del CAD. Desde 2016, cuando se destinaron más de 16.000 millones de dólares las aportaciones han bajado casi a la mitad.

Seguimos considerando que este gasto no se puede considerar AOD genuina, a pesar de ser un gasto absolutamente necesario. No solo son fondos que permanecen en los países donantes, si no que, muchas veces, 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. Es cierto que no todos los países donantes financian ese tipo de gastos con AOD. Mientras en países como Islandia este gasto representa el 12,2 % de su AOD o el 9 % para Italia o los Países Bajos. Otros países como Japón o Corea del Sur no destinan ningún dinero a este capítulo. Un caso excepcional es Grecia, cuya AOD destinada a personas refugiadas en su país alcanza solamente un 0,4 %, cuando en 2019 supuso el 36,6 % de su AOD.

Como podemos observar en la tabla 2.3., fue entre 2015 y 2017 cuando estos fondos alcanzaron su tope, ligados muy estrechamente al éxodo de personas refugiadas debido al conflicto sirio. En 2021 ha habido solamente un ligero incremento del 3,3 %, pero en 2022 estas partidas crecerán enormemente en muchos países por la llegada de personas refugiadas de Ucrania debido a la invasión rusa del País.

La Unión Europea destinó 5.600 millones de dólares a esta partida, lo que representa el 6,9 % de su cooperación, y aunque descendió un 0,4 % con respecto a 2020, sigue dedicando más porcentaje de su AOD a personas refugiadas en sus propios países que la media del conjunto de donantes, tal y como podemos ver en la tabla 2.4.

Aunque es cierto que la proximidad con los países de origen de la mayoría de las personas refugiadas puede explicar esta situación, no es ni ético ni aceptable que los fondos que deberían ir a los países más empobrecidos se queden en los propios países donantes.

TABLA 2.2. AOD de países no miembros del CAD

	2017		2018		2019		2020		2021	
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Croacia	50	0,09	55	0,10			84	0,15	94	0,15
Estonia	42	0,17	49	0,16	42	0,13	49	0,16	60	0,17
Israel	342	0,10	434	0,12	278	0,07	288	0,07	394	0,08
Letonia	32	0,11	34	0,10	34	0,10	40	0,12	47	0,12
Lituania	59	0,13	59	0,11	58	0,11	67	0,12	83	0,13
Malta	26	0,22	31	0,23	40	0,29	58	0,44		
Rusia	1.194	0,08	1.036	0,06						
Turquia	8.143	0,95	8.562	1,10	8.652	1,15	8.003	1,12	7.643	0,95
Emiratos Árabes	4.595	1,31	4.188	1,03	2.236	0,55	1.695	0,48	1.489	0,40
Arabia Saudi									2.124	0,30
Bulgaria	62	0,11	69	0,11	65	0,10	84	0,13	91	0,12
Rumania	220	0,11	252	0,11	251	0,10	306	0,13	327	0,12
Taiwan	319	0,06	337	0,06	302	0,05	403	0,06	334	0,04
Chipre					45	0,21	20	0,08		

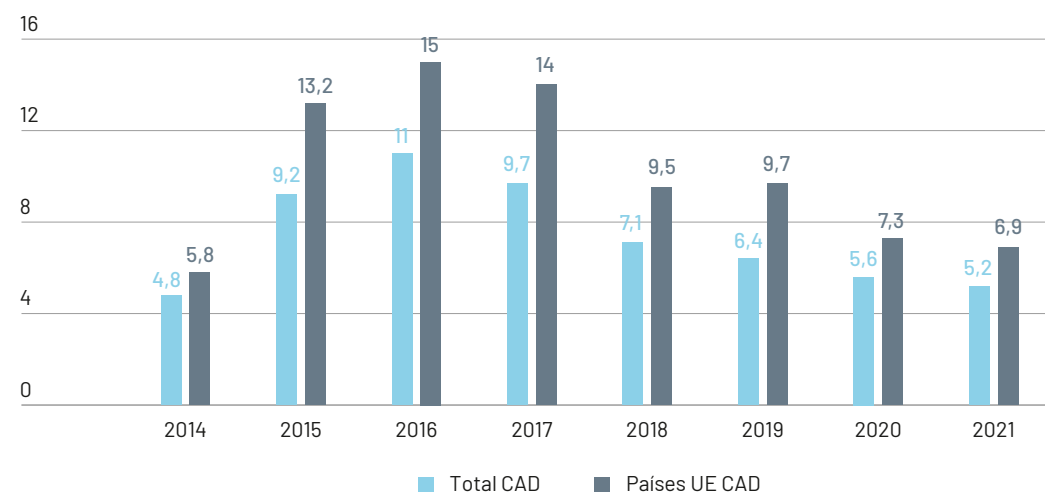
FUENTE: OCDE – CAD

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

	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
Total CAD	5.950	12.428	16.416	14.111	10.769	9.635	8.980	9.285
Países UE del CAD	4.382	9.718	12.343	11.565	8.228	6.301	5.287	5.641
% UE	73,65	78,19	75,19	81,96	76,40	65,40	58,88	60,75

FUENTE: DATOS OCDE-CAD

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



FUENTE: DATOS OCDE-CAD

1.5. Conclusión

Si bien es cierto que la mayor parte de los países del CAD han hecho un esfuerzo, tanto en 2020 como en 2021, para intentar cumplir con el compromiso de abril de 2020 de proteger los presupuestos de AOD, a pesar del aumento de las presiones fiscales en todos los países¹⁵, aquellos países en los que ha crecido la AOD se ha debido sobre todo a la pandemia de la COVID-19, que debería financiarse con fondos adicionales.

Una pandemia la de la COVID-19 de la que el mundo aún no se ha recuperado, aunque en muchos países, especialmente del mundo rico, la crisis sanitaria parece en vías de superación, con cada vez menos hospitalizaciones y víctimas mortales. No obstante, la amenaza de posibles nuevas variantes del virus es un hecho debido a que la vacunación aún esté en marcha en los países más empobrecidos del planeta. Al mismo tiempo en el contexto internacional la invasión de Ucrania por Rusia en febrero de 2022 ha abierto un sinfín de inseguridades de toda índole. A las propias que podemos asociar a un

conflicto bélico de estas dimensiones, debemos añadir las derivadas que están surgiendo como son la crisis humanitaria, la crisis de las materias primas que se han encarecido enormemente y han disparado la inflación, las trabas en el comercio internacional, una crisis alimentaria sin precedentes que puede afectar especialmente a los países más pobres y el agravamiento de la crisis climática por el parón cuando no retroceso en el cumplimiento de los compromisos medioambientales.

En diciembre de 2021, la OCDE proyectó un crecimiento del PIB mundial del 4,5 % para 2022 y del 3,2 % en 2023, lo que apuntaba en ese momento a lo que podía ser una recuperación mundial que repercutiría positivamente en que aumentaran los flujos de cooperación. Pero el estallido de la guerra en Ucrania ha provocado una crisis del costo de la vida, que afecta a personas de todo el mundo. La guerra está llevando a la economía mundial a una senda de menor crecimiento y mayor inflación provocada en gran

medida por las fuertes subidas de los precios de la energía y los alimentos, lo que está causando privaciones a las personas de bajos ingresos y plantea graves riesgos para la seguridad alimentaria en las economías más pobres del mundo. Ahora la OCDE prevé que el crecimiento del PIB mundial se ralentice bruscamente en 2022, hasta situarse en torno al 3 %, y que se mantenga a una tasa similar en 2023. Este ritmo de recuperación está muy por debajo del proyectado el pasado mes de diciembre¹⁶. En cuanto a las previsiones inflacionistas para 2022, estas se han disparado y parece descontrolada lo que podría provocar fuertes subidas de los tipos de interés, amenazando una recuperación económica que de por sí ya se tambalea.

La experiencia de la pandemia de la COVID-19 nos debería haber enseñado que la cooperación internacional es una política absolutamente necesaria y básica para paliar algunas de las consecuencias de los retos globales presentes

y futuros. La cooperación no puede ser considerada una expresión de caridad hacia las personas más vulnerables, sino un instrumento para reequilibrar algunas de las inequidades que existen en el mundo, que son consecuencia de las relaciones de poder que se establecen entre países y grupos de personas a nivel económico, político y social.

La Ayuda al Desarrollo se debe transformar en una verdadera cooperación internacional, donde no existen “ni donantes ni receptores” sino que todos los países trabajan en el mismo nivel de igualdad, con el objetivo común del bienestar de todas las personas. Se debe también fomentar la coherencia de otras políticas globales económicas y sociales hacia el objetivo de conseguir un mundo más justo y equitativo, donde se fomente la participación como elemento indispensable para la elaboración, implementación y desarrollo de esas políticas globales, incluyendo la salud.

2 Evolución de la AOD en salud

Como sucede todos los años, las cifras definitivas de 2021 no estarán disponibles hasta finales de diciembre de 2022, por lo que los datos aquí presentados responden al análisis de la AOD de 2020, año en el que comenzó la pandemia de la COVID-19, y que causó grandes cambios en la financiación de la salud mundial.

En 2020 se destinaron a salud 28.453 millones de dólares, 7.157 millones más que en 2019, lo que supone un incremento del 33,6 %. Este aumento se debe principalmente al in-

cremento de las partidas de la ayuda bilateral, con 4.853 millones de dólares más que en 2019, mientras que la multilateral creció en 2.304 millones. Por lo tanto, sigue predominado la ayuda bilateral sobre la multilateral, ya que supone más del 60 % del total de la AOD. En un contexto de crisis global debido a la COVID-19, llama poderosamente la atención que en 2020 la ayuda multilateral en salud, que se supone que es el instrumento más eficaz para la lucha contra los retos globales, disminuyera su peso respec-

¹⁵ <https://www.oecd.org/dac/development-assistance-committee/daccovid19statement.htm>

¹⁶ <https://www.oecd.org/perspectivas-economicas/>

to a 2019 en un 2 %, aunque aumentara en cifras absolutas. Estos datos indican lo lejos que estamos de desarrollar estrategias conjuntas de salud mundial que nos permitan afrontar los retos globales en salud.

El aumento global de la AOD sanitaria explica el notable incremento que sufre el peso de la salud en relación con la AOD total, que se sitúa en el 17,54 % en 2020, mientras que en el año anterior apenas llegaba al 12,09 %. La pandemia ha vuelto a demostrar que este sector es esencial, y no puede recortarse a la ligera, si se quiere avanzar en el fortalecimiento de los sistemas sanitarios públicos de todos los países como herramienta para afrontar los retos de la salud global.

La aportación a actividades relacionadas con la COVID-19 en 2020 por parte de los países del CAD ascendió a 16.195 millones de dólares, de los cuales solamente 3.685 millones se destinaron al control de la enfermedad (prevención tratamientos y cuidados), lo que indica claramente el efecto que esta pandemia ha tenido en todas las políticas, y el escaso peso que tuvo en el primer año la respuesta sanitaria global, algo que

claramente cambió en 2021, ya que las actividades relacionadas con el control de la pandemia alcanzaron el 58,8 % del total de los recursos destinados al control de la COVID-19.

El presupuesto para el bienio 2020-2021 de la OMS, que es quien debería liderar la respuesta a esta pandemia era de 4.840 millones de dólares, a los que se debe sumar 1.000 millones para llamamientos de emergencias¹⁷; es decir, menos de 2.500 millones por año más la partida extraordinaria de emergencias. Uno de los temas más destacados de su presupuesto es el apartado que destinado a “Mejorar la protección frente a emergencias sanitarias para 1000 millones más de personas”, que incluirían las acciones derivadas de la pandemia de la COVID-19. Para este apartado se presupuestaron 889 millones de euros para los dos años, menos de 450 millones por año, una cifra insignificante si la comparamos con el dinero que se ha gastado en el control de la enfermedad. Sería importante que la única institución global de salud que existe canalizara la mayor parte de los recursos en la lucha contra la pandemia (compra de vacunas, por ejemplo), sin condicionalidades más

allá de las derivadas de las prioridades en salud, y poder evitar que existan duplicidades y otros intereses en las respuestas globales de salud.

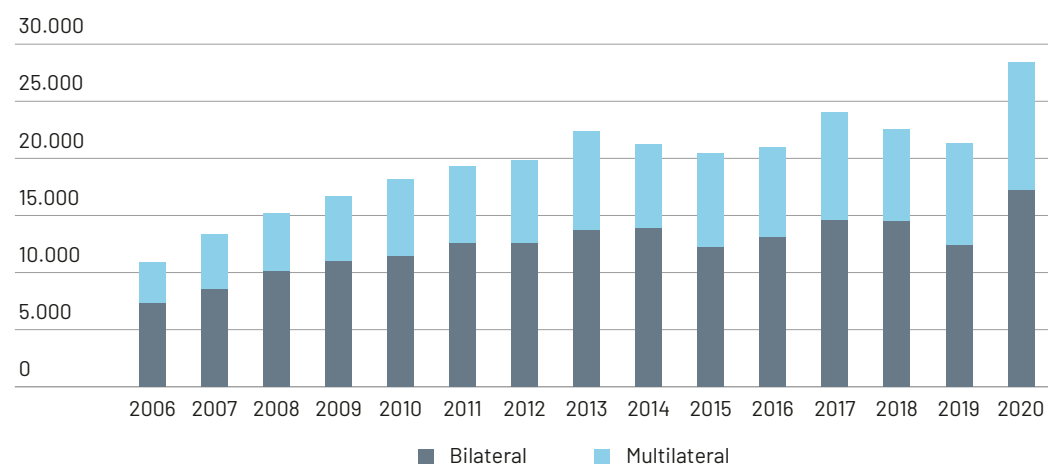
Si analizamos la AOD bilateral distribuible destinada al sector salud, es decir la ayuda que los países donantes pueden elegir donde enviarla, vemos que en cifras absolutas existe en 2020 un aumento del 39 % con respecto a 2019, situándose en 17.219 millones de dólares lo que supone un incremento de 4.853 millones de dólares. Porcentualmente la ayuda destinada a salud también aumenta, y representa en 2020 el 19,67 %, casi 4 puntos porcentuales más que en 2019, el porcentaje más alto en los últimos 20 años. La ayuda multilateral también se incrementa en un 20,5 %, alcanzando los 11.238 millones de dólares. Si bien es una buena noticia, ya que cambia la tendencia decreciente de los últimos años, habrá que esperar a los próximos años para saber si estas cifras se explican solamente por la pandemia o realmente la comunidad internacional va a hacer un esfuerzo relevante y constante para intentar alcanzar las metas del ODS 3 en salud, y no solamente limitar los efectos de la COVID-19.

Si comparamos la cooperación española con el CAD, lo primero que llama la atención es el enorme incremento del porcentaje que España destina en 2020 a la AOD bilateral distribuible en salud, que pasa del 8,9 % en 2019 a 16,76 % en 2020, lo que equivale a 7,86 puntos porcentuales más en un solo año. Este es el mayor porcentaje alcanzado por España en los últimos 20 años, y acerca a la cooperación española a la media del CAD, que en 2020 se situó en el 19,67 %.

Con estas cifras España, tal y como se ve en el siguiente gráfico, España reduce de manera significativa la brecha que tiene con el conjunto de los países donantes del CAD en cuanto a cooperación en salud distribuible se refiere, superando la referencia del 15 % que se consiguió en 2014. El desafío para la cooperación española será mantener este esfuerzo en los próximos años, más allá de la pandemia de la COVID-19.

Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, destinaron 23.997 millones de dólares, lo que supone un incremento del 35,4 % respecto a 2019, cuando se destinaron 17.719 millones de dólares.

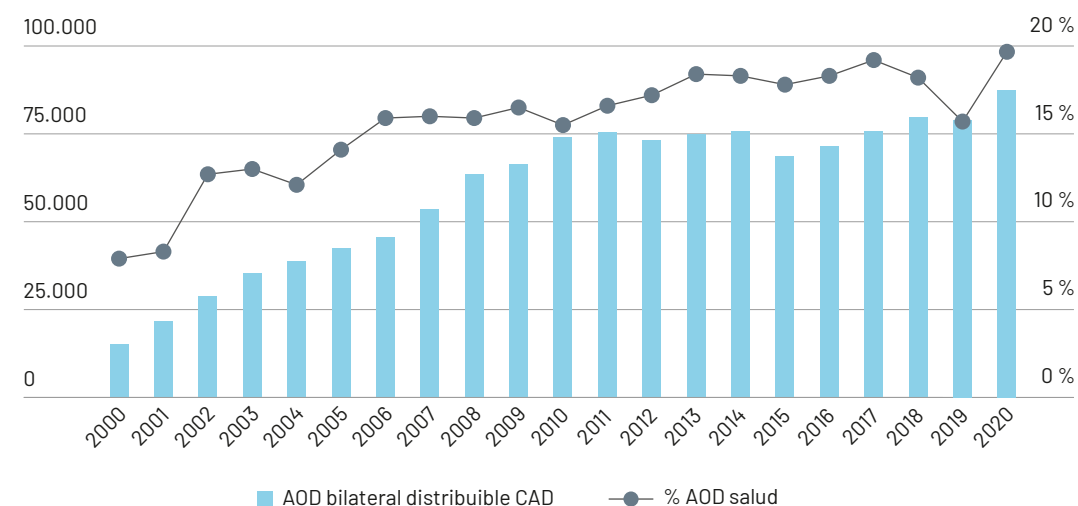
GRÁFICO 2.5. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares corrientes)



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

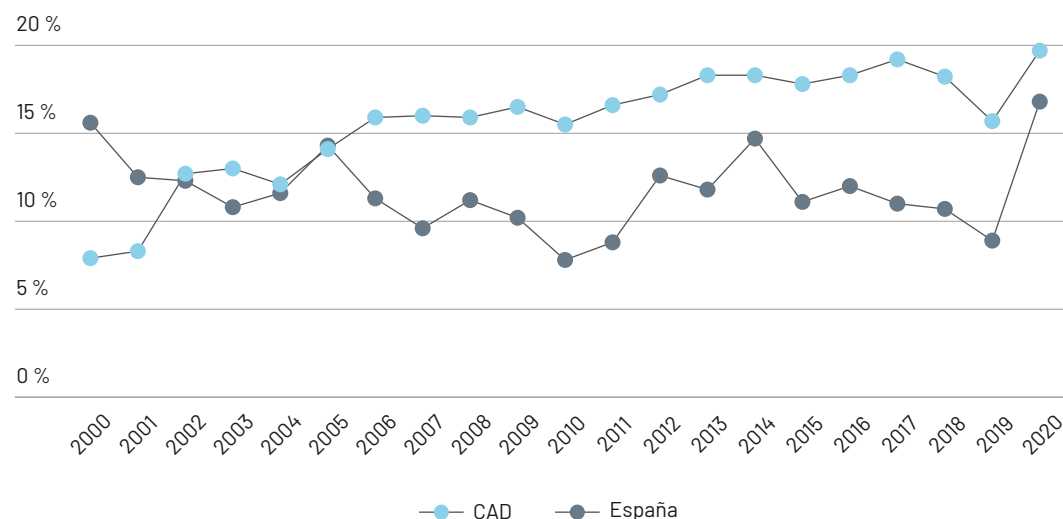
17 <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330077/WHO-PRP-19.1-spa.pdf>

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



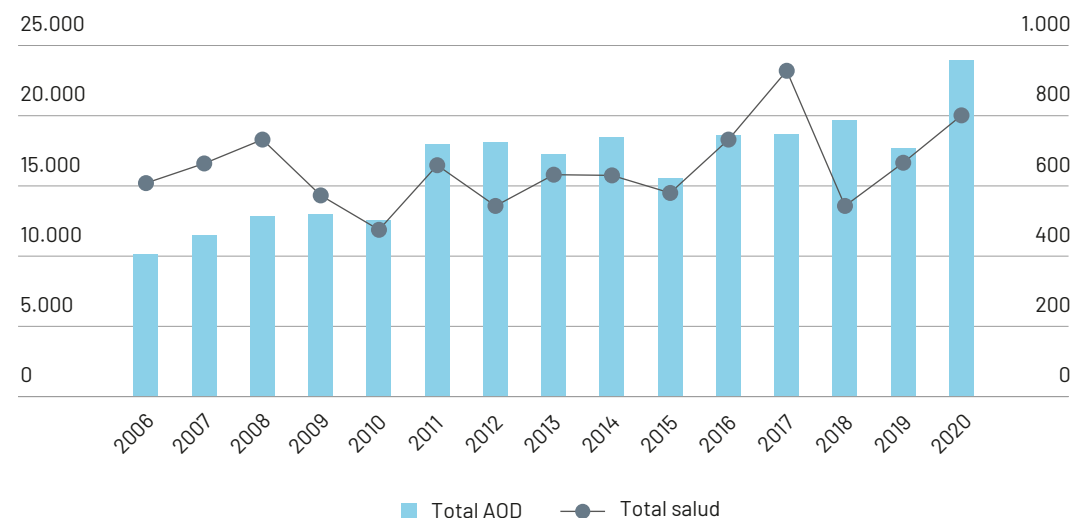
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

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



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

GRÁFICO 2.8. Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total



FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

En lo que respecta a los datos específicos de salud de las instituciones europeas, tal y como se observa en el gráfico 2.8., en 2020 se produce un aumento del 20,2 %, lo que sumado al incremento del 2019 nos hace pensar que podríamos estar consolidando un cambio de tendencia. Los 801,3 millones de dólares destinados a salud, 71 millones más de lo previsto inicialmente, confirman el incremento que pronosticamos en el informe anterior, lo que no tiene mucho mérito si tenemos presente las necesidades que plantea la pandemia del SARS-CoV-2. Que la UE incremente en un 17 % los presupuestos en salud son importante, si bien será necesario que en el futuro exista una política programada de aumento del peso de la cooperación en salud y que la acerque a la

importancia que tiene la salud en el desarrollo humano.

El porcentaje que las instituciones europeas destinan a la salud pasó del 3,76 % en 2019 al 3,34 % en 2020, a pesar del aumento de fondos, un porcentaje muy pequeño y claramente insuficiente en un momento en el que la pandemia de la COVID-19 estaba afectando al mundo entero. La brecha con la media de lo que destinan los países del CAD es enorme, casi 16 puntos porcentuales, lo que cuestiona el supuesto interés de las instituciones europeas por el sector de la salud, incluso en momentos cuando la salud global se ve amenazada, y se pone en riesgo todos los potenciales avances en el cumplimiento de los ODS, objetivos con los que la Unión Europea afirma estar firmemente comprometida¹⁸.

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

3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

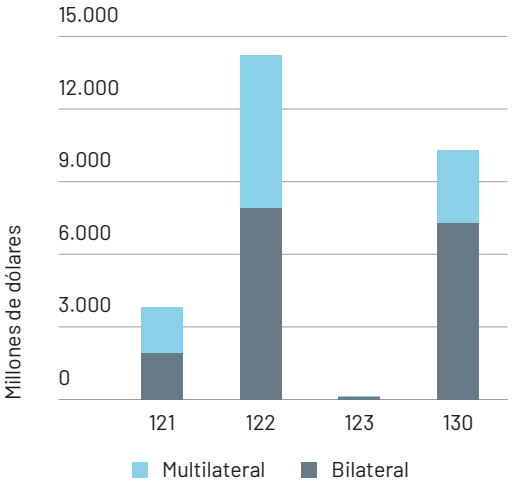
Respecto a los cuatro subsectores de salud que computa el CAD, salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122), enfermedades no transmisibles (código CRS 123), y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130), es la salud básica, como se puede observar en el gráfico 2.9, el sector más financiado con 14.219 millones de dólares, el 50 % del total destinado a salud. Esta cifra supone un aumento del 39,1 %; es decir, 3.998 millones más respecto a 2019. El 55,5 % de todos los fondos consignados a salud básica se destinan por la vía multilateral. Las partidas destinadas a salud sexual y reproduc-

tiva también se incrementan en 2.458 millones de dólares, alcanzado los 10.275 millones de dólares, un 36,11 % del total de la ayuda en salud, porcentaje muy similar al de 2019. Como viene siendo habitual, la salud sexual y reproductiva recibió casi todas sus aportaciones por la vía bilateral, el 71 % del total. En tercer lugar, se mantiene la salud general con 3.816 millones de dólares, el sector que menos crece en cifras absolutas, 698 millones de dólares, pero que supone un aumento del 22 %. Por último, las enfermedades no transmisibles (ENT) reciben solamente el 0,50 % de la AOD sanitaria, apenas 142 millones de dólares, un in-

¹⁸ https://ec.europa.eu/info/strategy/international-strategies/sustainable-development-goals/eu-and-united-nations-global-framework_es

cremento del 3 %. 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 unos determinados subsectores y componentes.

GRÁFICO 2.9. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2020 por canales (en millones de dólares corrientes)¹⁹



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 describimos en 2019, donde las diferentes partidas, a pesar del aumento global de presupuesto, mantienen una cierta continuidad en cuanto a la diferencia que hay entre ellas en los últimos años. La excepción en 2020 es la incorporación del subsector 12264 “control COVID-19”, que evidentemente tiene un gran peso debido a los fondos destinados a la luchar contra la pandemia. 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 56,6 % de los fondos siendo el componente más financiado de toda la salud general, igual que en 2019. Las cifras absolutas enmascaran la enorme variabilidad que ha habido en este subsector por parte de los países del CAD. En 2020 se ha visto una disminución significativa de Australia, Canadá, Francia, EE. UU., Reino Unido y Japón, pero se ha compensado con el incremento en AOD multilateral, así como con el aumento en las asignaciones de Suiza y Países Bajos. Si vemos el conjunto de la AOD en salud, el componente de política sanitaria y gestión administrativa sigue su tendencia bajista recibiendo apenas el 7,6 % del total de la ayuda, 0,5 puntos porcentuales menos que en 2019. En salud básica la AOD está bastante más repartida, aunque el subsector más financiado en 2020 es el *control COVID-19* (12264), que recibe más de 4.000 millones, el 14,2 % de toda la AOD sanitaria, siendo el segundo componente más financiado de toda la salud. Después aparecen tres de los componentes que tradicionalmente acaparan gran parte de la salud básica. El primero de estos componentes tradicionales es el *control de enfermedades infecciosas* (12250) que tiene un incremento del 34 %, alcanzando los 3.056 millones de dólares. Estas cifras suponen el 10,71 % de todos los fondos destinados a la salud, y le coloca como el tercer componente más financiado de todos los componentes de salud. Le sigue la *atención sanitaria básica* (12220), que en 2019 fue el componente más financiado. En 2020 recibió 2.247 millones de dólares, con un descenso muy acusado de 1.071 millones con relación al año anterior. Por último, el tercer componente, la *lucha contra la malaria* prácticamente se mantiene

respecto a 2019, con 2.173 millones de dólares. La AOD total para el control de enfermedades infecciosas (incluida la malaria y la tuberculosis) ascendió a algo más de 7.700 millones de dólares. Los programas/políticas sobre población y salud reproductiva mantiene un importante peso en el conjunto del sector salud. El 73,8 % de todo este subsector se destina a la *lucha contra enfermedades de transmisión sexual*, que incluye el vih/sida (13040), siendo el componente de toda la AOD sanitaria más financiado con 7.586 millones de dólares, aumentando respecto a 2019 en 2.647 millones de euros, principalmente por vía multilateral. La *atención en salud reproductiva* (13020) también tiene un peso relevante, aunque des-

ciende su financiación en un 11 %, quedándose en 1.472 millones de euros. El tercer componente de este subsector, la *planificación familiar* (13030) también disminuye en 2020 acumulando un descenso del 10,9 %.

El subsector de las ENT se incorporó en 2018 y sigue teniendo una importancia relativa si atendemos a lo consignado por los países, que apenas supera en su conjunto los 142 millones de dólares. Observamos pequeñas variaciones en la financiación de sus componentes lo que modifica el peso de los mismos dentro del subsector. En 2020 podemos destacar el descenso del *control general de las ENT* (12310), que disminuye a la

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)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
121	2.407,70	2.736,02	2.175,35	2.605,69	2.881,13	3.376,75	3.118,57	3.816,67
12110	1.610,12	1.916,83	1.388,15	1.765,67	1.766,05	2.021,28	1.745,95	2.161,90
12181	95,03	110,09	81,37	116,98	130,55	117,07	85,42	73,50
12182	328,05	306,12	284,93	288,22	496,93	680,11	650,00	649,00
12191	374,51	402,98	420,90	434,82	487,60	558,29	637,20	932,27
122	9.205,11	8.374,66	9.057,39	8.932,69	10.507,98	9.062,78	10.369,18	14.219,67
12220	3.225,67	2.884,73	2.823,76	2.646,05	3.062,67	2.854,87	3.317,87	2.247,72
12230	388,99	329,93	360,32	468,82	653,49	420,65	547,93	566,31
12240	939,36	934,95	861,69	856,11	986,13	972,18	928,00	886,92
12250	1.325,57	1.297,79	2.250,83	1.983,68	2.385,83	1.934,93	2.280,47	3.056,04
12261	166,58	130,82	81,99	100,58	166,34	136,85	140,20	172,16
12262	1.965,95	1.894,38	1.775,26	1.888,41	2.061,20	1.759,72	2.201,00	2.172,84
12263	1.086,10	779,92	754,40	870,61	1.065,14	877,48	827,41	916,64
12264								4.058,73
12281	106,88	122,14	149,15	118,43	127,20	106,10	126,30	142,31
123						15,31	138,97	142,20
12310						3,25	82,85	41,66
12320						0,87	1,46	7,00
12330						2,52	0,84	2,74
12340						2,14	9,88	30,38
12350						4,14	17,39	31,58
12382						2,40	26,55	28,85
130	10.773,59	10.124,53	9.217,28	9.481,78	10.702,69	10.078,97	7.817,63	10.275,24
13010	356,87	432,94	289,90	234,84	331,75	290,55	254,56	303,97
13020	1.689,60	1.787,51	1.763,73	1.684,66	1.730,88	1.700,62	1.602,85	1.472,87
13030	753,27	893,25	858,07	668,40	808,28	1.045,05	929,67	829,06
13040	7.904,25	6.927,29	6.193,88	6.783,99	7.685,12	6.914,43	4.939,90	7.586,31
13081	69,60	83,54	111,71	109,89	146,66	128,32	90,65	83,04

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

19 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

mitad respecto a 2019, aunque se mantiene como el componente más financiado del subsector.

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. Aunque el subsector más financiado en 2020 también sigue siendo la salud básica, con el 53,4 %, el segundo subsector pasa a ser la salud general, que recibe el 38,8 % de los fondos. Los programas/políticas sobre población y salud reproductiva apenas suponen un 5,8 %

de los fondos destinados a salud, si bien en 2020 no ha sido superado por las ENT como en 2019.

Además de seguir aumentando los fondos destinados a salud, 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 que tiene el componente de programas/políticas sobre población y salud reproductiva si se toma en cuenta la importancia que tiene este sector en los problemas de salud global, así como en su contribución a la equidad de género.

TABLA 2.5. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes)

	2016	2017	2018	2019	2020
Total AOD	18.627,54	18.706,09	19.664,05	17.719,56	23.997,10
AOD 121	140,48	180,73	140,23	206,67	311,78
AOD 122	483,41	597,35	377,97	414,15	428,40
AOD 123			1,32	26,63	13,65
AOD 130	108,42	150,16	23,54	18,84	47,51
Total Salud	732,31	928,24	543,06	666,29	801,34
%Salud/Total	3,93 %	4,96 %	2,76 %	3,76 %	3,34 %

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

Si se analiza la distribución geográfica de la AOD en salud, se observa de nuevo un aumento importante del volumen de ayuda no asignada geográficamente a un país; , concretamente el 21,33 %, 0,9 puntos porcentuales más que en 2019. Este porcentaje es bastante similar al peso que tiene este tipo de ayuda en la AOD general. Se presupone que este porcentaje debe incorporar gran parte de la ayuda multilateral. Entre las teorías plausibles que justificarían estos datos tenemos, por un lado, que a pesar de financiar organismos multilaterales, algunos de éstos hubieran tenido un componente regional; por otro, que no se estuviera haciendo todo el esfuerzo posible para desglosar correctamente este tipo de ayuda. El hecho de que no se precise el des-

tino de una quinta parte de toda la AOD en salud hace que las conclusiones de este tipo de análisis deban ser tomadas con prudencia. África, el continente que alberga las mayores carencias en salud, recibe casi un 31,4 % de la AOD total, lo que equivale a 66.605 millones de dólares, un incremento de 4.807 millones de dólares, aunque baja su peso en el conjunto de la AOD en 3,7 puntos porcentuales. En lo que respecta a salud, África vuelve a ser el continente que más dinero recibe, 14.451 millones de dólares. De esta ayuda, 13.516 millones va hacia África Subsahariana, el 60,1 % del total de AOD para salud, casi 8 puntos porcentuales más que en 2019. Por lo tanto, se concluye 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, 59.984 millones de dólares, ve incrementar los fondos en 7.758 millones de dólares. En salud también incrementa su financiación, alcanzando los 5.964 millones de dólares, 1.960 millones más que en 2019.

La AOD destinada a América aumentó un 45 %, pasando de 10.457 millones de dólares a 15.242 millones, algo positivo, ya que se venía de una reducción de la financiación de este continente en 2019. Si analizamos el peso de esta región, que tiene las mayores inequidades del planeta, vemos que apenas recibe el 7,2 % del total de la ayuda. La AOD destinada a salud también creció, concretamente 419 millones de dólares, situándose en 1.097 millones, lo que rompe la tendencia a disminuir que venía arrastrando en los últimos años; no obstante, conviene advertir que estas cantidades suponen apenas el 3,8 % del total de la ayuda en salud. Si lo comparamos con el peso que tiene la AOD general de este continente, podemos 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 destina a Europa crece 2.741 millones de euros, un 25,96 % y alcanza los 10.559 millones de dólares. Cabe destacar de nuevo que los 385 millones de dólares consignados a salud (120 millones más que en 2019), superan los 290 millones de dólares consignados a América del Sur, cuando esta última región tiene que afrontar grandes desigualdades en salud.

Es evidente que la pandemia de la COVID-19 ha hecho que los fondos destinados a salud se incrementen considerablemente. Paralelamente sería conveniente una reflexión profunda sobre la relevancia de tener una política de cooperación común, basada en los derechos de las personas, y donde la cooperación en salud incluya los elementos fundamentales que aseguren su eficacia e impacto para así asegurar la in-

TABLA 2.6. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2019 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes)

	TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África	78.597,07	37,06	14.451,95	50,79
Norte de África	7.428,41		508,93	
África Subsahariana	66.605,18		13.516,71	
África, regional	4.563,48		426,31	
América	15.242,43	7,19	1.096,98	3,86
América Central y del Norte	8.195,42		756,89	
América del Sur	6.095,12		290,41	
América, regional	951,88		49,68	
Asia	59.984,35	28,2	5.964,43	20,96
Lejano Oriente	13.414,30		1.472,73	
Asia central y del sur	30.733,26		3.512,55	
Oriente Medio	14.480,89		872,28	
Asia, regional	1.355,90		106,86	
Europa	10.559,58	4,98	385,20	1,35
Oceanía	3.187,33	1,50	487,06	1,71
No especificado	44.506,08	20,99	6.068,18	21,33

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

clusión del resto de los problemas globales de salud. 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 pues no hay demasiados indicios para que esta reflexión vaya más lejos que establecer una seguridad sanitaria internacional más consistente.

¿SE DEBE COMPUTAR LAS DONACIONES DE VACUNAS COVID-19 COMO AOD?

Tras varios meses de negociaciones, el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE llegó a un consenso para reportar como AOD la donación del excedente de dosis de vacunas contra la COVID-19 que fueron compradas para uso doméstico solamente, y que, una vez asegurado que no las iban a necesitar, les sobraban a los países donantes, que tenían dos opciones: o eliminarlas o donarlas.

Los principales elementos del acuerdo alcanzado en el CAD son²⁰:

- El valor de cada dosis de vacuna donada se estableció en un máximo de 6,72 dólares (el precio medio ponderado de las dosis donadas que se han entregado a los países a través del COVAX antes del 18 de octubre de 2021.)
- El precio de valoración acordado se aplicará solo en 2021. En 2022 se revisará para establecer un precio de valoración para ese año.
- Solo se pueden reportar las donaciones de vacunas como desembolso de AOD cuando el país receptor haya recibido las dosis.
- Solo puede computarse como AOD las donaciones de las vacunas incluidas en la lista de la OMS o aprobadas por una Autoridad reguladora competente y eficiente.
- Las dosis que se donan deben tener una vida útil de al menos 10 semanas a partir del momento en el que llegan al país de destino.
- Los costes adicionales, como envío y jeringuillas, pueden reportarse como AOD bajo un epígrafe propio.

La realidad es que este acuerdo recompensa a los países donantes por un comportamiento que probablemente ha agravado el impacto de la COVID-19 en los países más empobrecidos. La falta de acceso a vacunas en muchos países está directamente relacionada con el acaparamiento de vacunas por parte de los países más ricos, con su negativa a reconocer las vacunas contra la COVID-19 como un bien público mundial y con su negativa a aprobar la exención de las patentes sobre dichas vacunas.

Algunos países, entre ellos España, compraron el triple o más de las vacunas que necesitaban para vacunar a toda su población, por lo que se encontraron con un problema importante sobre qué hacer con los enormes excedentes de vacunas que tenían, con una fecha de caducidad no muy lejana. De hecho, en mayo de 2022 España ya había destruido 1,4 millones de dosis de vacunas para la COVID-19²¹, que, aunque representa solamente el 1,43 % del total de dosis de vacunas compradas, supuso un gasto de 9 millones de euros, y da una idea del problema que ha supuesto a nivel global si sumamos a todos los países donantes. Solamente Estados Unidos desechó 82 millones de dosis de vacunas hasta mediados de mayo de 2022²².

La solución que encontraron los gobiernos para, por una parte, dar salida a ese excedente, y por otra, evitar dar explicaciones de por qué se fue tan ineficiente y acaparador en esta pandemia, fue donar dicho excedente de vacunas a aquellos países que carecían de ellas. Intentaban así cambiar una imagen de egoísmo y avaricia por otra solidaria, computando dichas donaciones

como AOD. Como señalan las ONG del DAC-CSO Reference Group²³, las vacunas que ahora se donan, nunca se compraron pensando en el interés de los países socios por lo que, recompensar estas donaciones socava la integridad, el carácter y la calidad de la AOD. Sobre todo, cuando esos mismos países habían sido los responsables de la falta de distribución equitativa de las mismas vacunas.

El precio acordado de 6,72 dólares por dosis para la AOD reportada en 2021 es, cuanto menos, discutible, ya que en algunos casos es superior, al precio pagado. Por ejemplo, una dosis de la vacuna AstraZeneca tiene un precio medio de 4 dólares, 2,72 dólares menos que el precio que computa como AOD.

Aunque es cierto que otras vacunas tienen un precio superior, habrá que analizar los datos finales de 2021 para conocer cuáles son las vacunas más donadas y ver finalmente si se ha computado como AOD lo que se pagó realmente por las vacunas. Por ejemplo, según el Center for Global Development, el Reino Unido²⁴ pagó 4,4 dólares por cada dosis que ahora dona, es decir 2,32 dólares por debajo del precio acordado por el CAD, que es el precio que va a reportar como AOD. Eso quiere decir que la AOD computada del Reino Unido para 2021, como tal vez pase en otros países, estará inflada artificialmente, y el descenso de su AOD sería incluso más relevante que lo que las cifras oficiales muestran para 2021.

A esto se suma que el precio de 6,72 dólares se basa en un coste de referencia de GAVI para la compra de dosis y costes adicionales, como envío o jeringuillas. Sin embargo, el acuerdo del CAD permite computar de manera separada estos costes adicionales por lo que, de nuevo, podríamos ver aumentado artificialmente la AOD de algunos de los países. De ahí la importancia

de establecer criterios muy precisos sobre cómo informar de estos costes adicionales, que eviten duplicidades contables.

Finalmente, que las dosis fueran recibidas por el país receptor no asegura tampoco que se hayan podido utilizar. Muchos de estos países tienen sistemas sanitarios frágiles, a lo que se suman problemas logísticos que pueden impedir la distribución local de esas vacunas. En Nigeria, se tuvieron que eliminar más de un millón de vacunas de COVID-19 a finales de 2021²⁵.

Por todo ello, desde la sociedad civil se pedía²⁶ que el precio acordado debía ser lo más bajo posible para garantizar que las donaciones de dosis no se sobrevaloren y, así, evitar la inflación artificial de los presupuestos de la AOD. Además, deberían establecerse mecanismos para garantizar que los miembros del CAD no declaren como AOD un importe superior al coste original de las dosis de vacunas que donan; Lamentablemente, el acuerdo del CAD no recoge ninguna de estas propuestas.

Dada la probable variabilidad en la calidad y los tipos de vacunas contabilizadas como AOD, desde el DAC-CSO Reference Group se propone que la OCDE elabore un informe anual, dentro de los tres meses siguientes al final del año natural, en el que los miembros del CAD y otros informadores proporcionen información adicional, como el desglose de las dosis compartidas, el tipo, el destinatario, los costes atribuidos y su fecha de caducidad. Para asegurar, al menos, la mayor transparencia posible, debería seguir computarse como una partida adicional externa, que pueda separarse del análisis de la AOD propiamente dicho.

Utilizar el presupuesto de AOD para pagar dosis de vacunas que se compraron para el país

20 [https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT\(2021\)29/REV1/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DCD/DAC/STAT(2021)29/REV1/en/pdf)

21 <https://www.datadista.com/coronavirus/espana-ha-destruido-ya-1-4-millones-de-dosis-de-las-vacunas-contra-la-covid-19/>

22 <https://www.elmundo.es/ciencia-y-salud/salud/2022/06/07/629eb40621efa0610c8b45cd.html>

23 <https://www.dac-csoreferencgroup.com/post/csos-call-for-entire-plan-to-count-donated-excess-covid-19-vaccines-as-aid-to-bescrapped-following>

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

25 <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-59769957>

26 <https://www.dac-csoreferencgroup.com/post/csos-call-for-entire-plan-to-count-donated-excess-covid-19-vaccines-as-aid-to-bescrapped-following>

donante y no para los países empobrecidos, además de ser poco ético, puede llevar a que se desvíen fondos de AOD que inicialmente se pensaron para otras necesidades humanitarias. Por lo tanto, las donaciones de vacunas deben primero estar dentro de una estrategia conjunta y global entre países donantes y receptores, y no ser una política unidireccional de hechos consumados, aprovechando las debilidades de los países receptores. Deben tener en cuenta qué medidas aseguran su eficacia, eficiencia e impacto y deben sumarse a los planes de AOD existentes y en ningún caso sustituir la AOD que debería

haberse destinado a programas y proyectos nuevos o existentes.

Por último, esta propuesta de donaciones de vacunas ha puesto de nuevo en la palestra el tema de las ayudas en especie (ayudas en las que se transfieren directamente bienes, como alimentos, o servicios), a menudo criticada porque en ocasiones se utiliza como una forma de transferir bienes no deseados a los países en desarrollo, o de vincular su ayuda al beneficio de las empresas del país donante. Y es que muchas veces las donaciones son un freno para la cooperación.

Anexo

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.
123		ENFERMEADES 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).

CAD	CRS	DENOMINACIÓN	DESCRIPCIÓN
123		ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES (ENT)	
	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/POLITICAS SOBRE POBLACION Y SALUD REPRODUCTIVA	
	13010	Política sobre población y gestión administrativa	Políticas demográficas/desarrollo; trabajos de censo, registro de nacimientos y fallecimientos; datos inmigración y emigración; análisis/investigación demográfica; investigación salud reproductiva; actividades de población sin especificar.
	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 2021, la AOD española se incrementó un 15,2 % respecto al año anterior, alcanzando el 0,25 % de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje muy alejado del 0,5 % comprometido para final de legislatura, del 0,33 % de la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), del 0,49 % 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 afectó claramente a la distribución sectorial de la ayuda en 2021, priorizando el sector salud que pasa del 7,5 % de AOD en 2020 al 16,8 % en 2021. El incremento de fondos en 324.677.453 euros sitúa el total destinado a salud en 526.570.219 euros, la cifra más alta destinada por la cooperación española a salud en su historia. Del total destinado a salud, 312 millones (59 %) se destinaron directamente a la lucha contra la COVID-19.
- Por primera vez desde que se elabora este informe, el Ministerio de Sanidad es quien más aporta a la cooperación sanitaria, el 56,5 % del total.
- El conjunto de la cooperación descentralizada incrementó en 2021 su AOD en 26,5 millones de euros, alcanzando los 340,5 millones. Este aumento se debe al incremento de la cooperación autonómica que creció un 8,4 %, no así a la cooperación procedente de las Entidades Locales (EE. LL.) que disminuyó un 10 %.
- La cooperación sanitaria descentralizada supone un 11,4 % del total de la AOD descentralizada. Pero, mientras la cooperación autonómica sanitaria aumentó 7,3 millones de euros, la cooperación sanitaria local disminuyó un 10,2 %. La suma de ambas supone el 7,4 % de toda la AOD sanitaria española, la mitad del porcentaje que había en 2020, debido a la enorme influencia que ha tenido la lucha contra la COVID-19 de la cooperación estatal.
- En el tercer año de la pandemia de la COVID-19, y gracias a conseguir la vacunación masiva de la población, a una gestión más adecuada de los casos graves y también a la aparición de unas variantes menos mortales, se ha conseguido en España disminuir enormemente su letalidad. Entre enero y finales de septiembre de 2022 se han diagnosticado casi 4 veces más casos que en todo 2020, mientras que su mortalidad se ha reducido a la mitad. No obstante, más de 24.700 personas han fallecido por esta enfermedad entre enero y octubre de 2022, lo que indica que aún es un grave problema de salud que es necesario seguir afrontando, sobre todo para proteger a la población más vulnerable.

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”, 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 2021

La cooperación española siguió en 2021 fuertemente condicionada por la crisis global que ha supuesto la pandemia de la COVID-19. Una pandemia que ha castigado de forma muy relevante a España, lo que ha estimulado el interés por luchar contra esta pandemia y sus consecuencias, tanto en el propio país como fuera. Ante una crisis mundial que ha superado cualquier frontera, las soluciones exclusivamente internas en los países no pueden ser la única respuesta que se deben implementar si se quiere realmente acabar con una crisis de esta magnitud. A nivel práctico, esta postura ha supuesto un incremento de las cantidades destinadas a cooperación por parte del conjunto de los actores de la cooperación española, aunque quizás no tanto como se podía esperar.

En cifras absolutas la AOD total desembolsada por España en 2021 alcanzó los 3.123.562.000 euros, lo que representa un incremento del 15,2 % respecto a 2020, es decir 476 millones de euros más. Este incremento sitúa la cooperación

española en el 0,25 % de la RNB, un punto más que el año anterior. Todo aumento es bienvenido, aunque hay que decir que este porcentaje es claramente insuficiente y no está cerca ni de la media europea ni de la media de los países del CAD. Y si se ve históricamente lo que España ha destinado a cooperación, se puede observar que esta cifra está aún muy alejada del 0,46 % que se destinó en 2009. Aplaudimos que en un momento donde la crisis económica derivada de la pandemia podía haber dado como consecuencia una reducción de la AOD, ésta crezca, pero hay que recordar que el gobierno ha asumido diferentes acuerdos comprometiéndose a destinar a AOD el 0,5 % al final de la legislatura y el 0,7 % para 2030. Estos compromisos ameritan una hoja de ruta clara para garantizar que España realmente cumpla sus compromisos y pueda contribuir a superar 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.

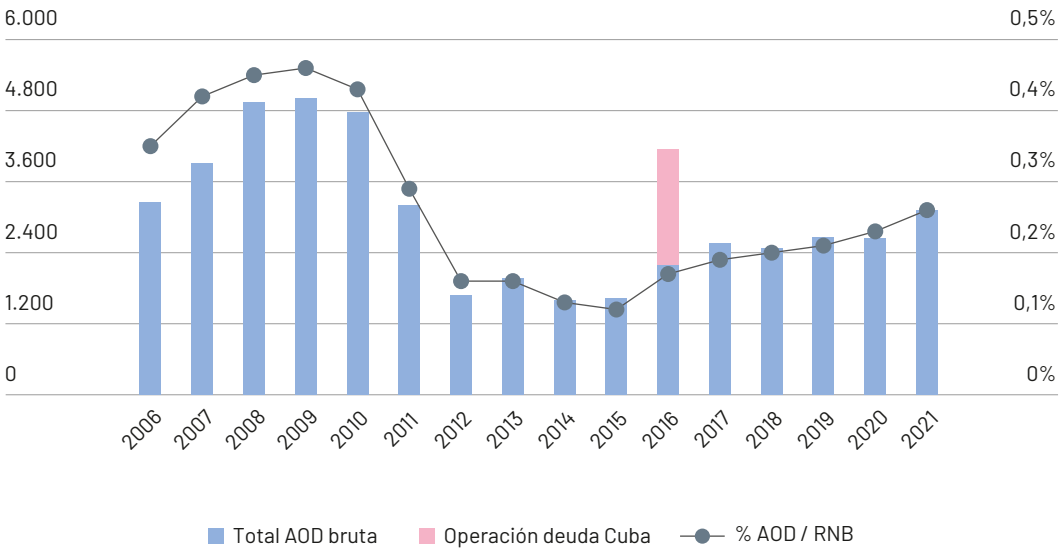
Como en años anteriores, se siguen recibiendo devoluciones de préstamos antiguos que se computaban como AOD. El monto por reembolsos en 2021 fue de 51.225.153, el 1,6 % de toda la AOD, lo que supone un importante descenso respecto al 10 % alcanzado en 2020 (263.472.088 euros). Como se viene repitiendo en los últimos informes, se valora de manera muy positiva que los reembolsos aparezcan en los presupuestos, si bien deberían computarse como partidas extraordinarias y asignarse a aquellos sectores para los que habían sido concebidos cuando se concedieron.

Observando el gráfico que nos muestra la evolución de la Cooperación Española, valoramos que el futuro se puede ver con cierto optimismo. Desde 2016 hay un crecimiento 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 y del 0,5 % al final de la legislatura en 2023. En los últimos diez años, solamente en 2016, y por una operación puntual y extraor-

dinaria de cancelación de deuda con Cuba que no debiera haberse computado como AOD, la Cooperación Española tuvo un crecimiento notable. Por hacer una lectura optimista, respecto a 2015 —año en el que la AOD toca suelo con un 0,12 %—, este porcentaje se ha duplicado. Pero es necesario un impulso más decidido para alcanzar el compromiso internacional del 0,7 %, ratificado multitud de veces por España, la última vez dentro de las metas propuestas en la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030, que luego se analizará.

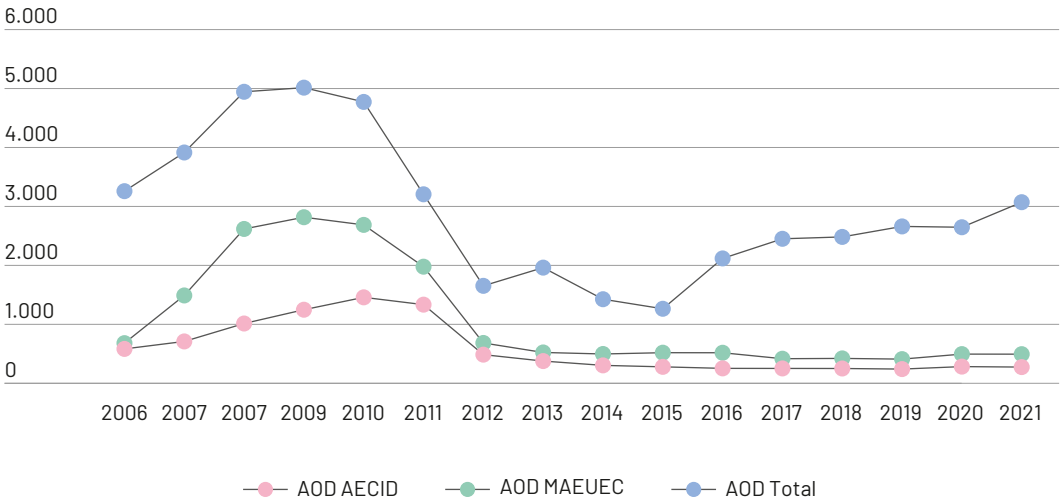
La AOD ha estado una década en una prolongada crisis, sin apenas acercarse al 0,20 % (con la excepción de 2020 y 2021, cuando se sitúa en el 0,23 % y 0,25 % respectivamente), prolongando y persistiendo en la agonía del sistema de cooperación. En 2021, a pesar del leve incremento de la AOD total, el monto gestionado por MAEUEC se mantiene igual, 494 millones de euros, y el de la AECID disminuye levemente, pasando de 283 millones de euros en 2020 a 275 millones en 2021, por lo que su peso también disminuye. No

GRÁFICO 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2006-2021



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

GRÁFICO 3.2. Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2021



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

es muy lógico que la cooperación española aumente, aunque sea levemente, y no lo haga el presupuesto de la institución responsable de su gestión, la AECID. Como ya se mencionó en 2020, no es solamente una cuestión de recursos económicos, sino que es necesario 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.

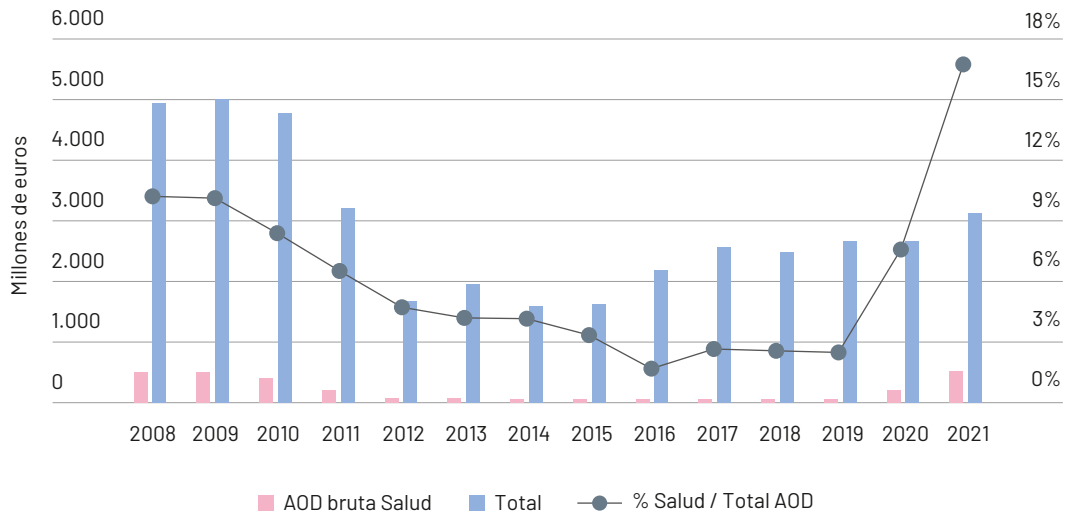
Lo mismo se podría decir del MAEUEC; las políticas se defienden peleando los presupuestos y la política de cooperación ha estado huérfana demasiado tiempo. De ahí que ilusione de nuevo el discurso de un gobierno de coalición, que se declara competente para llevar a cabo la reforma que el sistema de cooperación requiere y para dotarla con un presupuesto del 0,7 % de la RNB en 2030.

3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2021

La pandemia de COVID-19 afectó claramente a la distribución sectorial de la ayuda en 2021. De los 3.123.562.000 euros destinados a AOD, a salud se consignaron 526.570.219 euros, el 16,8 % del total de la AOD, cuando en 2020 fue el 7,5 %. Este incremento de más de 324,6 millones de euros supone un aumento del 260 % de la AOD destinada al sector salud y el 68 % del incremento total de la AOD española, que sin los fondos asignados a salud apenas habría crecido un 4,8 %. El incremento de fondos, más que justificado al tratar de abordar una crisis sanitaria global, ha permitido a la Cooperación Española acercarse, después de muchos años,

a la media que el conjunto de países donantes del CAD destina a salud, el 17,54 %⁴. Los 526,5 millones suponen la mayor cantidad de fondos destinados a salud en la historia de la cooperación española. Porcentualmente, el 16,8 % de 2021 solo ha sido superado por el 19,8 % destinado en 1999. Es obvio que se trata de un momento coyuntural, justificado por la necesidad de luchar contra una crisis de salud global provocada por la COVID-19. No obstante, la focalización del trabajo en esta pandemia ha dejado en precario un sinnúmero de programas que deberán recuperar músculo financiero si no se quiere ver cómo empeora la salud en el mundo de manera vertiginosa.

GRÁFICO 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2021



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 2020, por lo que esta diferencia puede variar

TABLA 3.1. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2018-2021

Sectores CAD	2018		2019 (GE)		2020 (GE)		2021 (GE)	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	50.752.582,52	12,57	49.785.793	11,01	52.975.214	11,11	64.429.573	7,93
120+130 Salud	43.791.500,86	10,85	43.334.935	9,59	88.605.398	18,59	386.500.867	47,54
140 Agua y saneamiento	45.613.481,27	11,30	19.422.577	4,30	24.057.947	5,05	22.253.401	2,74
150 Gobernabilidad y sociedad civil	113.244.812,19	28,05	128.871.451	28,51	126.543.231	26,55	170.347.982	20,95
160 Otros servicios e infraest. sociales	22.406.133,06	5,55	21.704.928	4,80	18.502.151	3,88	22.327.172	2,75
210 Transporte y almacenamiento	6.687.179,71	1,66	4.692.388	1,04	2.887.211	0,61	5.091.466	0,63
220 Comunicaciones	593.565,72	0,15	426.859	0,09	243.779	0,05	491.432	0,06
230 Generación y suministro de energía	5.182.468,32	1,28	2.776.850	0,61	1.738.631	0,36	1.743.700	0,21
240 Servicios financieros	3.565.660,85	0,88	12.386.133	2,74	20.482.071	4,30	8.892.567	1,09
250 Empresas y otros servicios	2.102.624,52	0,52	1.975.792	0,44	1.674.404	0,35	1.028.587	0,13
311 Agricultura y ganadería	34.319.467,24	8,50	36.374.457	8,05	42.101.620	8,83	55.715.711	6,85
312 Bosques	479.366,53	0,12	1.095.297	0,24	777.973	0,16	500.327	0,06
313 Pesca	1.068.646,19	0,26	1.109.464	0,24	1.355.576	0,28	1.524.999	0,19
321 Industria	4.445.376,03	1,10	3.524.072	0,78	3.121.142	0,65	3.330.339	0,41
322 Minería y recursos minerales	6.400,00	0,00	9.154	0,00	21.475	0,00	72.270	0,01
323 Construcción	25.512,48	0,01	149.450	0,03	125.000	0,03	103.497	0,01
331 Políticas y regulaciones comerciales	734.027,09	0,18	811.481	0,18	392.945	0,08	1.109.146	0,14
332 Turismo	975.471,81	0,24	751.665	0,17	500.831	0,11	994.675	0,12
410 Medioambiente	7.389.458,24	1,83	6.111.745	1,35	6.104.551	1,28	8.153.367	1,00
430 Multisectorial	60.376.792,95	14,95	116.678.843	25,81	84.496.930	17,73	58.322.255	7,17
Total AOD bilateral distribuible	403.760.527,58	100	451.993.334	100	476.708.080	100	812.933.331	100
Total AOD bilateral	887.183.136,82		938.194.799		890.801.379		1.273.586.278	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	2.483.376.673,91		2.659.878.746		2.646.820.189		3.123.562.267	

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

Para conocer realmente cuál es la importancia del sector de la salud en el conjunto de la AOD es necesario compararlo con el resto de los sectores. Este ejercicio se realiza mediante el análisis de la ayuda bilateral distribuible, que es aquella en la que el donante decide el destino de los fondos y, por lo tanto, expresa mejor su voluntad respecto a la distribución sectorial. En los últimos años la AOD distribuible española ha disminuido enormemente, tanto en sus cifras absolutas como en su peso en el total de la ayuda española. En 2009 representaba el 50 % del total de la AOD, mientras que en 2021 su peso

apenas alcanza el 26 % del total de la ayuda, lejos de las cifras de 2009, pero con una clara tendencia al cambio.

En la tabla 3.1 se puede observar cómo la ayuda distribuible en salud supuso el 47,5 % de toda la ayuda distribuible, 386,5 millones, convirtiéndose en el sector que más AOD distribuible recibe. El peso del resto de sectores se ven influidos enormemente por el comportamiento del sector salud. Gobernabilidad, tradicionalmente el primer sector, se coloca en segunda posición con un 21 % del total, aumentando sus cifras globales en 43,8 millones de euros. Multisectorial disminu-

ye más de 10 puntos porcentuales su peso, y baja al cuarto lugar por detrás de Educación. Estos 4 sectores concentran el 83,6 % de toda la ayuda distribuible. Refiriéndonos específicamente al sector salud, se observa que los 386,5 millones destinados en 2021 cuadruplican las cifras de 2020, lo que si no fuera coyuntural indicaría que la cooperación española apuesta por la salud.

En momentos donde las soluciones globales debieran descansar en estrategias multisectoriales, tal y como recoge la Estrategia de Desarrollo Sostenible, es una anomalía el comportamiento de la acción multisectorial que en los últimos años no hace sino perder presencia hasta el punto de destinar en 2021 la mitad de los recursos (58 millones) que se destinaron en 2019 (116,6 millones).

También es necesario conocer los actores que conforman la cooperación sanitaria y su implicación con ella. En la tabla 3.2. se muestra la desagregación por canales y actores de la AOD en salud. El primer hecho destacable es que en 2021 no ha habido ayuda reembolsable en el sector salud, algo que se viene reclamando desde

hace tiempo, pues, como cualquier otro servicio social básico, no parece una herramienta eficaz para mejorar la eficacia, eficiencia, impacto y sostenibilidad del sector.

En 2021 el 12,64 % de los fondos son canalizados a través de la ayuda bilateral, 23,1 puntos porcentuales menos que en 2020 si bien en cifras absolutas apenas alcanza los 3,3 millones de euros. En apenas 2 años la ayuda bilateral ha perdido 51 puntos porcentuales, lo que puede interpretarse como una apuesta por trabajar salud desde el canal multilateral, algo lógico si se piensa en problemas globales como puede ser la pandemia. De hecho, la ayuda multilateral crece enormemente, representando el 60,7 % de toda la ayuda en salud, más de 320 millones de euros, cuando en 2020 apenas supuso 16,4 millones. La ayuda multilateral reduce a la mitad su peso porcentual, quedándose en el 26,6 %, aunque sus cifras absolutas crecen en 27 millones.

Si se suman todos los mecanismos de financiación: multilateral, multilateral y bilateral, por primera vez, en más de 20 años que se lleva realizando este informe, el Ministerio de Sanidad

TABLA 3.2. Resumen de la AOD española en salud, 2021

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud Bruta: 526.570.219 € 100 % Neta: 526.570.219 €	AOD bilateral	No reembolsable 66.493.302 €	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	17.920.184
			Ministerio Sanidad	4.871.097
			Ministerio de Ciencia e Innovación	8.781.318
			CC. AA.	31.374.181
			EE. LL.	7.584.132
			Universidades	266.084
	AOD multilateral	Reembolsable 0 €		
	AOD multilateral 320.007.564 € 60,77 %		Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	23.227.075
			Ministerio Sanidad	292.976.796
			CC. AA.	3.803.693
	AOD multilateral 140.069.353 € 26,60 %		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	50.418.005
			Ministerio de Hacienda	89.151.348
			CC. AA.	500.000
Contribuciones obligatorias: 105.569.353 €				
Contribuciones voluntarias: 34.500.000 €				

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

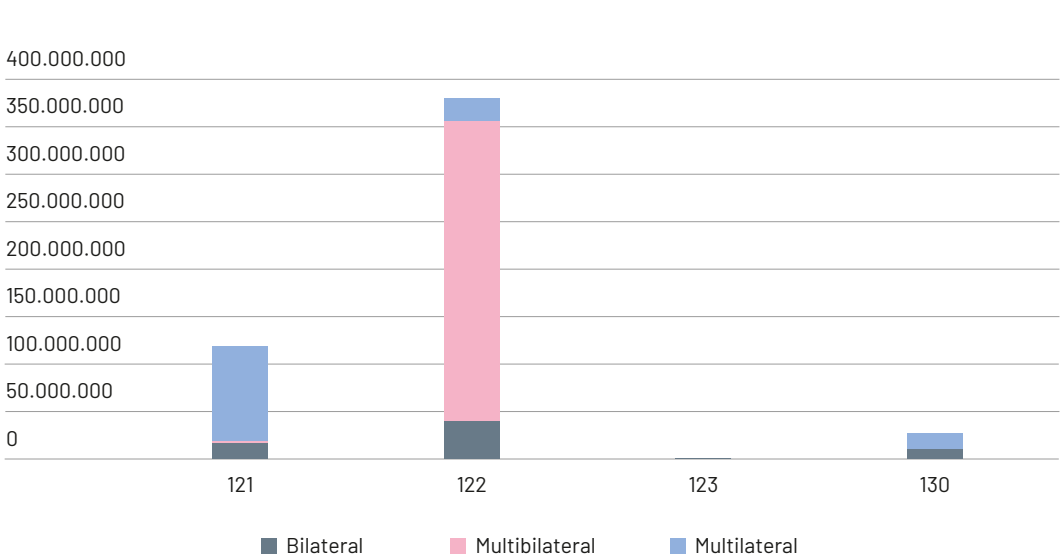
aparece como el principal financiador con 297,8 millones de euros, lo que supone el 56,56 % de toda la AOD sanitaria española. Le sigue el MAEU-EC, que tradicionalmente suele ocupar el primer lugar, con 91,5 millones de euros, y en tercer lugar el Ministerio de Hacienda con 89,1 millones de euros. Las CC. AA. ocupan el cuarto puesto con 35,6 millones, 12,1 millones más que en 2020. En quinto lugar, el Ministerio de Ciencia e Innovación con 8,8 millones de euros, y las EE. LL. aparecen en sexto lugar con 7,5 millones de euros, seguido con una presencia residual por las Universidades, con 266 mil euros. EE. LL. y Universidades son los únicos actores que disminuyen sus cifras absolutas en cooperación sanitaria.

Es evidente que estas cifras están muy influenciadas por la pandemia, pero podría ser una buena oportunidad para que el Ministerio de Sanidad se implique de forma más relevante 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.

Esta integración del Ministerio de Sanidad en la cooperación española debe partir de una mayor participación en el sector, tanto financiera como técnica, apoyando las políticas y estrategias multilaterales que promuevan una gobernanza global en salud equitativa y eficaz. Tenemos un sistema sanitario, que, a pesar de sus múltiples defectos, es uno de los más equitativos y accesibles en el mundo y puede ayudar a que otros lo sean. 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.

GRÁFICO 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2021



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

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 2021 destaca la salud básica, especialmente a través del canal multilateral, que supone el 83 % de los 380 millones de euros que se destinaron a este subsector. Después aparece el subsector de salud general, con 119 millones de euros, donde, al igual que en el subsector de salud reproductiva (26,6 millones de euros), el canal que más destaca con diferencia es el multilateral, seguido del canal 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 (menos de un millón de euros) que no tienen mucha relevancia en el conjunto de la ayuda sanitaria.

Si en 2020 destacaba el enorme incremento de la ayuda multilateral, en 2021 sigue creciendo, pero de forma más moderada. Este crecimiento, y el de la multilateral, está muy condicionado por la pandemia de la COVID-19, y habrá que comprobar en futuros informes si esta apuesta por la ayuda multilateral y multilateral en salud se mantiene.

Respecto a la desagregación por agentes y destino, de los 140 millones canalizados por la ayuda multilateral, el Ministerio de Hacienda canaliza el 63,5 % (88,9 millones) de toda la ayuda. Como en 2020, este dinero se ha utilizado para financiar dos organismos europeos: la cooperación internacional de la Comisión Europea y el Fondo Europeo de Desarrollo, que es el instrumento principal de la ayuda comunitaria para la cooperación al desarrollo prestada a los Estados ACP y a los países y territorios de ultramar, y que la UE ha utilizado para financiar la estrategia COVAX⁵.

Los 50,4 millones de euros de aportación del MAEUEC al canal multilateral casi duplica la cantidad destinada en 2020, y sigue centrándose exclusivamente en financiar tres agentes: (i) 30 millones de euros para el Fondo Global de lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis; (ii) 10,8 millones de euros para la OMS, 3 millones más que en 2020, pero aún muy lejos de los 23,3 millones entregados en 2009; y (iii) 9,5 millones para el Fondo Financiero Internacional para la Inmunización —IFFIm⁶ en sus siglas en inglés—, una cifra muy similar a la de años anteriores.

Finalmente, la ayuda multilateral de salud se completa con una pequeña aportación de 500.000 euros por parte de las CC. AA. a GAVI.

Es una buena noticia la apuesta que la cooperación española hace por la ayuda multilateral siempre que no se olvide, aun con la pandemia muy presente, que hay otros problemas de salud como VIH/sida, malaria o tuberculosis que merecen nuestra atención. Se necesita más y mejor coherencia de políticas si de verdad se quiere una respuesta eficaz y con impacto que asegure la equidad en el derecho a la mejor salud posible. La estrategia COVAX parece haberse quedado exclusivamente en un mecanismo de reparto de vacunas para los países más empobrecidos, pero esa no es la única ni la mejor respuesta que se puede dar a la pandemia. La actitud de España y muchos otros donantes de rechazar en noviembre de 2020 la propuesta de India y Sudáfrica para suprimir las patentes para todas las tecnologías frente a la COVID-19⁷, que fue revertida parcialmente en junio de 2022 al acordar la OMC la suspensión temporal de las patentes de las vacunas desarrolladas contra el coronavirus⁸, 2 años después de que esa medida fuera necesaria, o el secretismo que hubo sobre los acuerdos comerciales firmados a la hora de acaparar vacunas, muestra que aún

TABLA 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2018-2021, en euros

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2018	2019	2020	2021
MAEUEC	NACIONES UNIDAS	6.171.762	8.846.383	7.862.462	10.848.255
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola				
	UNFPA - Fondo de Población de NNUU		500.000		
	OMS - Organización Mundial de la Salud	6.171.762	8.346.383	7.862.462	10.848.255
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA				
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo				
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia				
	PMA - Programa Mundial de Alimentos				
	UNRWA				
	OTROS ORGANISMOS	9.475.000	9.475.000	19.475.000	39.569.750
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas				
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis			10.000.000	30.000.000
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida				
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000	9.475.000	9.475.000	9.569.750
	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
M Hacienda	INSTITUCIONES FINANCIERAS				
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial				
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo				
	BAfD - Banco Asiático de Desarrollo				
	UNION EUROPEA			85.506.206	89.151.348
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo			57.090.946	65.951.816
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo			28.415.260	23.199.532
	SUBTOTAL M Hacienda			85.506.206	89.151.348
M Sanidad	OMS - Organización Mundial de la Salud				
MCIN	SUBTOTAL M Sanidad				
	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
	SUBTOTAL CC. AA.	1.933.846	1.784.141		500.000
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		17.580.608	20.105.524	113.287.368	140.069.353

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

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

6 The International Finance Facility for Immunization.

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

8 <https://docs.wto.org/dol2fe/Pages/SS/directdoc.aspx?filename=s:/WT/MIN22/W15R1.pdf&Open=True>

queda mucho por hacer para que la apuesta multilateral sea de verdad una estrategia basada en la equidad, la transparencia y la eficacia. En ese sentido, además de una apuesta financiera, España debe participar más activamente en los 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, la eficacia sean los elementos que determinen

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

La ayuda multilateral es la que crece exponencialmente, pasando de 16,4 millones en 2020 a 320 millones en 2021, casi 20 veces más. Este enorme incremento se justifica por la aportación a la OMS de 310 millones de euros, el 97,7 % de todo el presupuesto multilateral, una cifra jamás alcanzada y que muestra una vez más la influencia que ha tenido la pandemia de la COVID-19 en las

TABLA 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2018-2021

ORGANISMOS RECEPTORES	2018	%	2019	%	2020	%	2021	%
GFATM								
UNFPA	600.000	21,07	200.000	7,86	900.000	5,47	2.450.000	0,77
OPS	297.000	10,43	300.000	11,79	1.081.650	6,57	750.000	0,23
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
OIEA								
PNUD								
CEDEAO								
ONUSIDA								
Banco Mundial								
OEA - Organización de Estados Americanos								
ACNUR							700.000	0,22
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito			500.000	19,65				
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos								
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
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		
TOTAL	2.847.000	100	2.544.554	100	16.451.460	100	320.007.564	100

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

aportaciones y en la distribución de la ayuda. El resto de las aportaciones pueden considerarse residuales, 3,5 millones se destinaron a UNITAID, que incrementa su financiación en 2 millones respecto al año anterior y 2,4 millones a UNFPA, incrementando 1,3 millones. UNICEF pasa de 530.400 euros a 889.500; y UNRWA de 250.000 a 761.000 euros. ACNUR tras muchos años vuelve a recibir financiación, concretamente 700.000 euros y la OPS recibe 750.000 euros. Si se sigue con la comparación con 2020, se ve que muchas instituciones se quedan en 2021 sin financiación, destacando el BID, que en 2020 recibió 5 millones. 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. El presupuesto de la OMS para el bienio 2020-2021 era de 3.945 millones de dólares⁹ (antes de la pandemia de COVID-19). La aportación española a este presupuesto en 2021, sumando los aportes bilaterales y multilaterales, ha sido de 321 millones, el 16 % del total. Ahora bien, la mayor parte de este dinero va a programas, concretamente a la gestión de la COVID-19, no a fortalecer estructuralmente la OMS. Muchos países han hecho contribuciones extraordinarias a la OMS, la mayoría en la línea de las aportaciones realizadas por España; es decir, a luchar contra la COVID. Y eso está bien si, paralelamente, se realizan contribuciones que fortalezcan su estructura operativa. Una financiación suficiente de la OMS pasa por un incremento muy importante de las contribuciones obligatorias de los países, que siguen congeladas después de muchos años, y hace que la OMS dependa de las contribuciones voluntarias de países y otras instituciones.

3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud

En el cuarto año en el que se incorporan las ENT como subsector del CAD referido a salud, éstas siguen sin tener una presencia relevante en la AOD española, a pesar de ser el grupo de enfermedades que provoca la mayor carga de mortalidad en el mundo, como se ha visto en el capítulo 1. De hecho, la cooperación española disminuye las aportaciones para este grupo de enfermedades, pasando de 1,1 millones en 2020 a 863.331 euros en 2021, representando a penas un 0,16 % del total de la AOD sanitaria.

Con respecto a los otros tres sectores tradicionales, vuelve el orden que era tendencia en los últimos años, pero que en 2020 varió. La sa-

lud básica vuelve a ser el sector más financiado, a mucha distancia del resto. Se destinó a salud básica el 72,19 % de toda la AOD sanitaria, 38 puntos porcentuales más que en 2020. La salud general, la más financiada en 2020, pasa al segundo puesto con el 22,6 %. Y aunque sigue creciendo en términos absolutos, la salud sexual y reproductiva sigue disminuyendo su peso porcentual pasando del 8,8 % al 5 %, algo normal si se tiene en cuenta el enorme incremento habido en salud básica.

Si se desglosan los componentes CRS de la salud general, se observa que la política sanitaria (código CRS 12110) incrementa ligeramente

9 <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49634/CD56-INF-4-s.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

sus cantidades, pasando de 102,5 millones en 2020 a 108,2 millones en 2021, siendo el segundo componente más financiado de toda la salud, después de la financiación específica para la COVID-19. Muy lejos de esas cifras, el segundo componente CRS más financiado de la salud general son los servicios médicos (código CRS 12191), que no alcanza los 5 millones de euros. En tercer lugar, se mantiene la investigación médica (código CRS 12182), con 3,7 millones, seguido de la enseñanza y formación médicas (código CRS 12181) con 1,8 millones. Cierra la lista de los componentes CRS de la

salud general, con una aportación casi simbólica de 200.000 euros, el nuevo componente CRS creado en 2020 de Estadísticas y datos de salud (código CRS 12196).

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 capítulo se destinaron 29,3 millones en 2020 y más de 312 millones de euros en 2021. Supone el 96 % de todo el aumento habido en el sector salud en 2021. La gran mayoría de esta partida usó el canal multilateral.

TABLA 3.5. Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2021

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	16.245.273	2.713.193	99.999.603	118.958.069	22,59
12110	5.835.087	2.413.193	99.999.603	108.247.883	20,56
12181	1.892.426			1.892.426	0,36
12182	3.607.666	100.000		3.707.666	0,70
12191	4.910.094			4.910.094	0,93
12196		200.000		200.000	0,04
122	39.809.246	316.144.371	24.169.750	380.123.368	72,19
12220	7.687.409	2.361.000	9.569.750	19.618.159	3,73
12230	1.578.568			1.578.568	0,30
12240	7.028.941	900.000		7.928.941	1,51
12250	9.341.953	805.000		10.146.953	1,93
12261	1.740.614	105.000		1.845.614	0,35
12262		11.017.075	9.000.000	20.017.075	3,80
12263			5.100.000	5.100.000	0,97
12264	10.841.812	300.956.296	500.000	312.298.108	59,31
12281	1.589.949			1.589.949	0,30
123	663.811	200.000	0	863.811	0,16
12310	66.621			66.621	0,01
12330	157.854	200.000		357.854	0,07
12340	421.914			421.914	0,08
12350	17.422			17.422	0,00
12382				0	0,00
130	9.774.971	950.000	15.900.000	26.624.971	5,06
13010	504.818			504.818	0,10
13020	8.360.896	450.000		8.810.896	1,67
13030	149.535	500.000		649.535	0,12
13040	293.289		15.900.000	16.193.289	3,08
13081	466.434			466.434	0,09
13096				0	
TOTAL	66.493.302	320.007.564	140.069.353	526.570.219	100

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

Evidentemente se trata del componente CRS de salud más financiado con un 59,3 %. También es oportuno destacar el fuerte crecimiento de la lucha contra la malaria (código CRS 12262), que recibe 20 millones de euros, cuando en 2020 recibió solamente 4,3 millones. Estas cantidades hacen que sea el segundo componente CRS más financiado dentro de la salud básica, si bien su peso en el conjunto del sector de la salud, debido al fuerte incremento de la financiación del control de COVID-19, es bastante bajo, un 3,8 %. La atención sanitaria básica (código CRS 12220), sigue creciendo ligeramente, recibiendo 19,6 millones de euros, 2 millones más que en 2020. El control de enfermedades infecciosas (código CRS 12250), también crece sensiblemente, pasando de 2,1 millones en 2020 a más de 10 millones en 2021, seguido de la nutrición básica (código CRS 12240), con 7,9 millones de euros. El resto de los componentes CRS de la salud básica no alcanzan el 1 % del total de salud. El único que se acerca es el control de la tuberculosis (código CRS 12263), que, con 5 millones de euros, se sitúa en el 0,97 % del total de la ayuda sanitaria.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, el componente de más peso dentro de este subsector fue la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, donde se incluye el VIH/SIDA (código 13040), con 16,2 millones de euros, seguido de la atención salud reproductiva (código 13040), con 8 millones de euros. El resto de los componentes de este sector (planificación familiar, políticas de población y formación de personal en salud reproductiva) tienen una financiación residual, de alrededor del 0,1 % del total de salud cada uno de ellos.

Como se puede ver, 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 2021, algo que es lógico, dado el momento de crisis sanitaria en el que estamos actualmente. Seguimos manteniendo que es positivo que la Cooperación Española concentre sus esfuerzos en unos pocos componentes para buscar

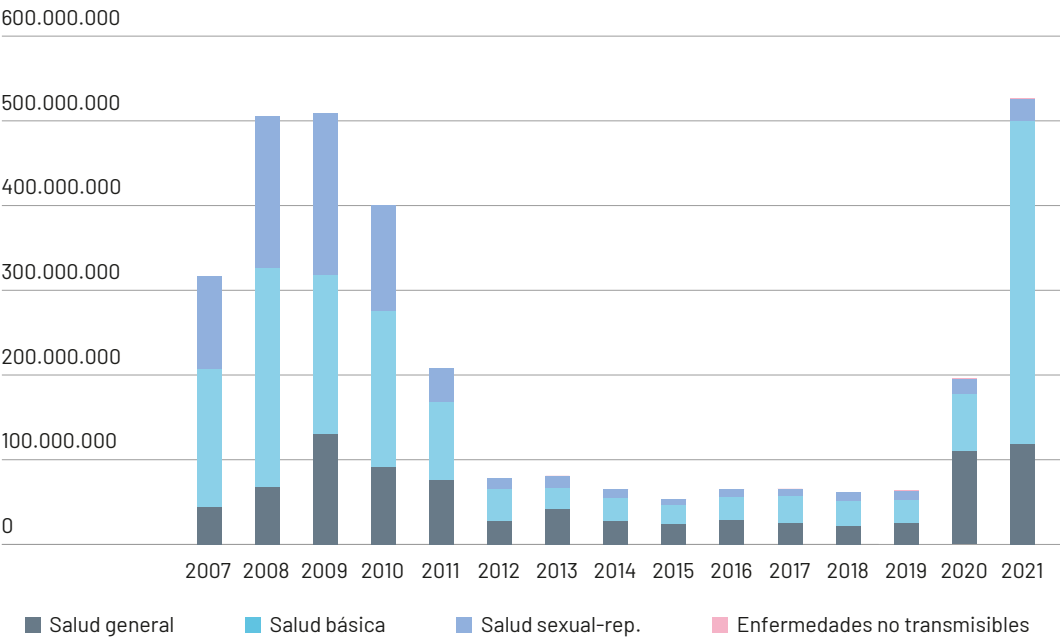
una mayor eficacia, impacto y previsibilidad de su ayuda. Pero la cooperación sanitaria no puede pretender alcanzar solamente una seguridad sanitaria global para futuras pandemias, sino que debe tratar de cumplir con los compromisos de la Agenda 2030. Que nadie se quede atrás a la hora de obtener su mejor nivel de salud es posible. Para ello, una vez que la pandemia disminuya su importancia, debe realizarse una reorientación de esta financiación, priorizando el refuerzo de los sistemas públicos sanitarios en su conjunto, con especial interés en la atención primaria. La experiencia ha mostrado en el pasado que los programas verticales de luchas individuales contra una determinada enfermedad tienen mucho menos impacto si no se produce dentro de un sistema público sanitario fuerte, que garantice la equidad, la eficacia, y la eficiencia.

El gráfico 3.5. nos muestra la evolución a lo largo de los últimos 15 años de los subsectores de la salud. Llama la atención que tras los enormes recortes que han sufrido todos los subsectores sanitarios desde 2010, y tras la insuficiente recuperación de los últimos años previos a la pandemia, en 2021 se han superado supe las cifras máximas que se destinaron a salud en 2008 y 2009. Aunque se ha recuperado la relevancia económica que tenía la salud durante esos años, se sabe que es debido a una situación extraordinaria. La tendencia real nos hace sospechar que, una vez acabada la pandemia, estas cifras disminuirán también de manera abrupta. Porque antes de la COVID-19 había una tendencia a la estabilización en los escasos recursos destinados a salud, algo que cambia en 2020 y 2021 con la COVID-19. No obstante, es de esperar que esta pandemia haya mostrado claramente a las instituciones públicas lo importante que es trabajar en este sector a nivel global, y que nuestra salud está directamente interconectada con la salud del resto de las personas, más allá de que debiéramos conseguir el derecho a la mejor salud posible de todas ellas, como un derecho básico y fundamental para la humanidad.

Aunque las cifras totales son similares, 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.

GRÁFICO 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2021



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

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 se debe advertir que la gran cantidad de AOD en salud que no tiene asignación geográfica puede distorsionar el análisis final. En 2021 es relevante, pues la ayuda multilateral en salud representa el 45,7 %, disminuyendo sensiblemente las cifras de 2020 que situaron esta ayuda en el 71,84 % (Esto hizo que tres de cada cuatro euros no pudieran ser incluidos en un análisis analítico).

En 2021 la AOD distribuida geográficamente aumentó considerablemente, hasta alcanzar los 285,4 millones de euros, 228,5 millones más que en 2020. Todas las regiones del mundo, salvo Oceanía, que nunca ha sido objeto prioritario de la cooperación española, y Europa, crecen. En cifras absolutas, el mayor incremento se da en la región africana, que aumenta en 115 millones de euros, situándose en 141,5 millones, siendo la región que más financiación recibe de la cooperación española en salud. Le sigue América, con

un aumento de 105 millones de euros para una asignación total de 131,7, y Oriente Medio que duplica sus cifras y se instala en los 6,4 millones. Asia crece 4,7 millones de euros, y aunque son cifras modestas, porcentualmente es la región mundial que más crece alcanzando los 5,6 millones. Hay que destacar que en 2021 Europa prácticamente desaparece, quedándose en una aportación simbólica de 8.703 euros.

Si se desglosa por subregiones, la partida destinada a África Subsahariana sigue siendo la más importante, con 103,4 millones de euros, y continúa siendo el área geográfica específica más financiada en salud. El Norte de África también crece hasta alcanzar casi los 38 millones de euros. Sin embargo, la partida no especificada regional casi desaparece, ya que no se repite el apoyo de un millón de euros a la estrategia conjunta continental de la Unión Africana frente a la pandemia por COVID-19.

En la región americana el crecimiento se da principalmente en América del Sur, que pasa de 14 millones de euros en 2020 a 93 millones en 2021, y continúa siendo la segunda subregión mundial que más dinero recibe de la cooperación sanitaria española. América central triplica sus cifras, alcanzando los 38,2 millones de euros. Al igual que en África, la partida de “No especificado” en la región disminuye, aunque proporcionalmente bastante menos, apenas 155.000 euros.

Asia, como ya se ha comentado, aumenta su presupuesto, pero de una manera más modesta en cuanto a sus cifras absolutas. Sus tres regiones crecen, Asia Central recibe 1,7 millones, Asia del Sur tiene un crecimiento modesto de 315.000 euros y es Asia Oriental quien más crece, 2,7 millones de euros respecto a 2020.

A pesar de la situación de excepcionalidad de 2021 debido a la pandemia, las prioridades geográficas españolas se siguen manteniendo estables en los últimos años, algo que siempre se ha considerado muy positivo, al igual que el hecho de que la región de África Subsahariana, que es donde mayores problemas de salud

TABLA 3.6. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2021

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2021	%
ÁFRICA	141.574.311	26,89
Norte de África	37.995.452	
África Subsahariana	103.398.359	
No especificado	180.500	
AMÉRICA	131.727.578	25,02
América Central y Caribe	38.229.544	
América del Sur	93.200.179	
No especificado	297.854	
ASIA	5.673.721	1,08
Asia Oriental	2.856.206	
Asia Central	1.700.000	
Sur de Asia	1.117.516	
No especificado		
OCEANIA		0,00
ORIENTE MEDIO	6.476.414	1,23
EUROPA	8.703	0,00
PVD No Esp.	241.109.492	45,79
TOTAL	526.570.219	

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

existen, sea la subregión más prioritaria para la Cooperación Española.

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 2018-2021. Existen 21 países definidos como prioritarios para la acción de la Cooperación Española, que deberían ser los que más peso deberían tener en la cooperación sanitaria, siempre teniendo en cuenta que más del 45 % de la ayuda sanitaria no está especificada geográficamente.

En 2021 se rompe la tendencia de concentrar cada vez más la cooperación sanitaria si se tiene en cuenta que solo el 69,42 % del total de ayuda sanitaria especificada geográficamente se ha destinado al conjunto de los países prioritarios, incluidos todos los países de asociación y los países de cooperación avanzada. Este porcentaje disminuye más de 10 puntos porcentuales respecto a 2020. La cooperación sanitaria que se destina al conjunto de paí-

TABLA 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2021

PRIORIDADES V PD	AOD SALUD 2021	%
Países de asociación renta media	118.674.534	41,66
Países de asociación menos avanzados	24.017.122	8,43
Países de cooperación avanzada	55.049.403	19,33
Otros países	87.090.232	30,58
TOTAL Especificada	284.831.290	100
No Especificada	241.738.929	

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

ses que no son prioritarios supera el 30,5 %. Es cierto que la situación singular debido a la pandemia puede explicar esta situación, pero sigue siendo necesario realizar un análisis profundo sobre cuáles son los motivos por los que se interviene en países no prioritarios. Es necesario saber si se debe a motivos estrictamente sanitarios, como la colaboración con países con una especial situación sanitaria, o para incorporar políticas sanitarias innovadoras que puedan tener un beneficio futuro global, o si, por el contrario, es debido a una falla en la planificación, como por ejemplo la falta de una inclusión real en los procesos de planificación de los actores descentralizados.

Si se analizan los niveles de renta de los países receptores, se observa que en 2021, del presupuesto asignado geográficamente, son los países de renta media baja los que siguen recibiendo más cooperación en salud, con 103,6 millones de euros, creciendo más de 82 millones de euros. El segundo grupo de países son los PMA (países menos avanzados), con 94 millones de euros, y un crecimiento de 74,6 millones respecto a 2020. En tercer lugar, se mantienen los países de renta media alta, que reciben unos 87,1 millones de euros, 73,8 millones más que el año anterior. Si bien estos últimos países cuentan con una mayor capacidad para responder a sus retos en salud, la situación de la pandemia ha mostrado grandes vulnerabilidades en los siste-

mas sanitarios de todo el mundo, por lo que en 2021 puede tener un cierto sentido este apoyo, algo menos lógico en anteriores análisis.

El 17,87 % de AOD destinada a los PMA se sitúa muy cerca del compromiso de destinar el 20 % del total de la ayuda sanitaria hacia estos países. Si solo se analiza la AOD distribuida geográficamente, el porcentaje destinado a los PMA se sitúa en torno al 33 %, superando con creces el 20 %. Mantener la apuesta por priorizar los PMA es algo que se valora de forma muy positiva, pues son los países que se enfrentan a mayores retos en el sector de la salud. Y entre los países de renta media, esa apuesta por los países de renta media alta debería de tener una explicación relacionada con avanzar hacia la cobertura sanitaria universal y no con otros intereses, ya sean políticos o económicos. A pesar de ello, en su conjunto se considera a la Cooperación Española bien orientada geográficamente.

En el análisis de los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2021, solamente repiten 3 respecto a 2020, Colombia, Bolivia y Ecuador. Hay cuatro países que aparecen en esta lista que no son países prioritarios para la cooperación española: Angola, Sudán, Uganda y Costa de Marfil, todos ellos pertenecen a África Subsahariana, la región mundial con mayores problemas de salud del mundo. Entre los cuatro países han recibido 60,1 millones de euros.

La predictibilidad de la cooperación sanitaria española permite a los países receptores

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	94.079.876	17,87
Otros de renta baja	15.000	0,00
Renta media baja	103.629.352	19,68
Renta media alta	87.107.062	16,54
No especificado	241.738.929	45,91
TOTAL	526.570.219	

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

tener una mejor, más eficaz y más eficiente gestión de los recursos destinados a salud, pues se pueden elaborar planificaciones a medio plazo, impulsando sinergias entre los recursos desembolsados por la cooperación y los recursos propios del país. Para ello, es importante mantener un apoyo constante en el tiempo. Que varíen cada año los países receptores de ayuda sanitaria no ayuda a esa predictibilidad. Si se suma

el monto total de los 10 países que más AOD sanitaria reciben, éste supone el 68 % del total de esta ayuda distribuida geográficamente, una vez se ha separado del análisis la ayuda no especificada, subiendo 12 puntos porcentuales respecto a 2020, lo que indica una mayor concentración de la cooperación sanitaria española en 2021, algo que favorece el impacto, pero solamente si se mantiene en los próximos años.

TABLA 3.9. Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2021

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2021	CATEGORÍA V PD
Colombia	43.176.538	País de Asociación de Renta Media
Egipto	34.559.415	Coop. Avanzada
Angola	19.420.279	Otros países y territorios
Uganda	18.268.013	Otros países y territorios
Nicaragua	16.851.954	País de Asociación de Renta Media
Bolivia	16.441.233	País de Asociación de Renta Media
Sudán	13.215.063	Otros países y territorios
Argentina	12.532.261	Coop. Avanzada
Ecuador	10.239.002	País de Asociación de Renta Media
Costa de Marfil	9.200.642	Otros países y territorios

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

NOTA AL ANÁLISIS DE LOS DATOS SOBRE COOPERACIÓN AUTONÓMICA

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.

La reforma del sistema de cooperación emprendida por el gobierno debe servir para repensar el encaje que la cooperación descentralizada debe tener en una política de estado como es la cooperación para el desarrollo. Hablamos de definir un marco normativo adecuado, de establecer espacios institucionales apropiados, de concretar mecanismos de coordinación que permitan la complementariedad, de fomentar su reconocimiento haciéndoles partícipes de la construcción de una política que es expresión solidaria de la ciudadanía y que debe caracterizarse por ser inclusiva.

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, 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.

Agencia Vasca de Cooperación (AVCD).

En nuestro análisis de los datos proporcionados por la AVCD a DGPOLDES, se observa que en año de crisis pandémica las cantidades consignadas a salud eran muy bajas, apenas 913.125 euros de un presupuesto global en cooperación que se aproxima a los 53 millones de euros. El análisis es correcto si bien la AVCD considera importante añadir una explicación que ayude a contextualizar este dato.

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, 15150, 15160, 15170 o 15180).

Tomando como referencia únicamente las iniciativas con CRS de salud, como se muestra en la tabla, el Gobierno Vasco desembolsó en 2021 en ese sector un total de 913.125 euros. Sin embargo, a esa cantidad se le podrían sumar

785.548,70 euros provenientes de iniciativas que no tienen CRS de salud, pero que sí contribuyen a los derechos sexuales y reproductivos. Se trata de iniciativas 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 1.698.673,70 euros —lo que supondría que el Gobierno Vasco ha destinado finalmente al sector de la salud un 3,2 % del total de su AOD en 2021—.

Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AACID)

En 2021 la AACID (Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo) reporta a través de la herramienta de información sobre AOD de DGPOLDES (info@od), que ha destinado 6.721.701 euros de AOD al sector salud, lo que supone un incremento de 3.428.055 euros (104 %) respecto a los datos de 2020. Al mismo tiempo se ve que en AH ha reportado cero euros, mientras que en 2020 informó de 900.000 euros. Ambos datos nos llaman poderosamente la atención por lo que contactamos con la AACID en busca de una explicación.

Desde la AACID nos comentan que tienen un problema con las diferentes codificaciones que existen para analizar la AOD (PACI, códigos CRS, ODS), y más concretamente a la hora de catalogar la ayuda humanitaria. Cuando envías la información a través de la herramienta info@od, debes reportar utilizando los tradicionales códigos CRS-CAD (AH son todos los códigos 700) y utilizando criterio Metas-ODS. Sucede que la AH en la herramienta no se clasifica por criterio ODS, y si priorizas este criterio, no pueden dar de alta intervenciones de AH. Dada la situación, la AACID decidió priorizar clasificar por ODS pues consideran que es la tendencia y, en consecuen-

cia, utilizar la información vía Metas-ODS en vez de CRS-CAD. Y como hemos apuntado, el criterio Metas-ODS no está pensado para la AH, es mala herramienta de información.

Desde el informe “la salud en la cooperación para el desarrollo y la ayuda humanitaria”, defendemos que la ayuda humanitaria es una modalidad de cooperación, no un sector, y una posible solución sería que 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.

Si se utilizara esta metodología, desde la AACID hubieran reportado 3.809.761 euros de AH en 2021; Y la salud hubieran consignado la cifra de 3.921.751 euros.

Agencia Asturiana de Cooperación Internacional para el Desarrollo

En su memoria de 2021 indican que se destinaron 1.447.821 euros a proyectos de Acción Humanitaria y de emergencias, sin embargo, los datos que tiene DGPOLDES son que se destinaron 50.000 euros.

Según la Agencia asturiana la discrepancia surge porque en los formularios que hay que rellenar, se hace referencia a un ODS. En consecuencia, los proyectos de acción humanitaria los meten en el ODS relacionado con la materia de la que tratan.

Direcció General de Cooperació de Illes Balears

La dirección general de cooperación de Illes Balears si bien no discrepan de los datos que salen del análisis, si apuntan ciertas limitaciones de la codificación del programa Info@od en lo que hace referencia a la sectorialización.

Dirección General Acción Social y Cooperación Internacional de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha

Desde la Dirección General Acción Social y Cooperación Internacional de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, una vez cotejada

la información y afirmar que los totales son correctos, admiten que se pierde información de intervenciones calificadas como ayudas de emergencia o proyectos de EpD focalizados en salud ya que no se pueden marcar los códigos seleccionados por vosotros. Las cuantías totales de

AOD AH tanto en 2020 como en 2021 ha sido de 255.400 €, aunque efectivamente en 2020 no toda se marcó como tal al incluirla en otro sector CAD. Esta forma de registro ha sido modificada en 2021 para que la información se ajuste al presupuesto total de la convocatoria.

4.1. La AOD descentralizada

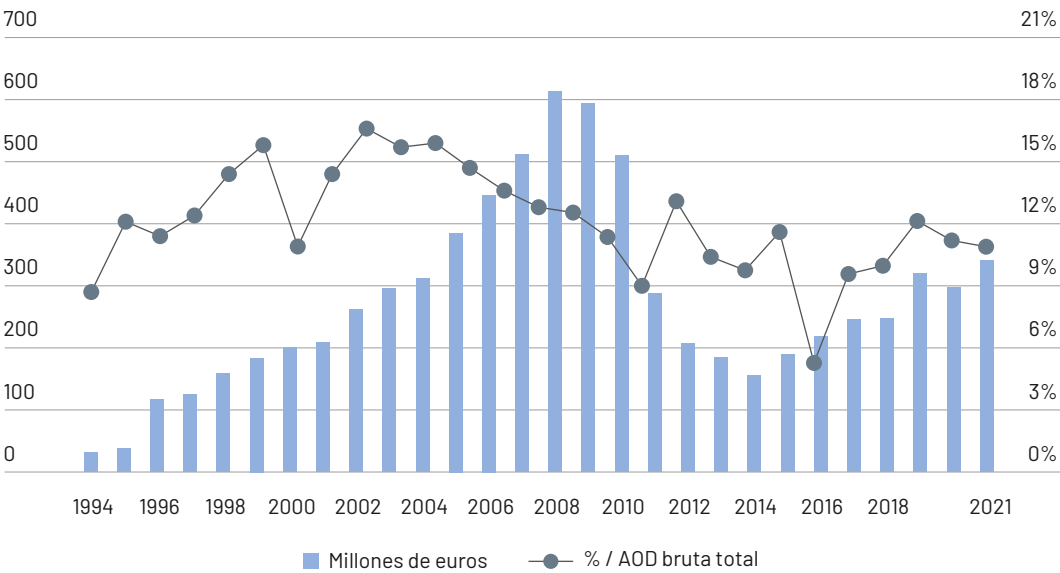
La cooperación descentralizada se mantiene como un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan el resto de los países donantes y cuyas ventajas no siempre se han sabido poner en valor, como su flexibilidad para poder asumir necesidades de poblaciones —que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

do. Este tipo de cooperación engloba la que se realiza tanto desde los gobiernos autonómicos como desde las EE. LL. En 2021 la cooperación descentralizada incrementa sus cifras, algo que en 2020 no ocurrió, a pesar de estar en un contexto similar, con una pandemia global que requiere de más y mejor cooperación. A pesar del aumento global, se sigue muy lejos de las cifras alcanzadas en 2009 y se observa con preocupación como hay algunas

comunidades autónomas donde la cooperación no acaba de despegar o se reduce, como es el caso de Andalucía. La evolución del conjunto de la cooperación descentralizada se puede observar en el gráfico 3.6. Hasta 2008 tuvo un crecimiento espectacular, sostenido en el tiempo. A partir de 2009 y hasta 2014, la AOD descentralizada experimentó un drástico retroceso, que la situó en ese último año por debajo incluso de 1998. A partir de ese momento, la AOD descentralizada comienza una tendencia al crecimiento, si bien con algunos altibajos puntuales. Si se observa en la misma gráfica el porcentaje que suponía la cooperación descentralizada respecto del total, se ve que su comportamiento es mucho más irregular, y que su mayor relevancia dentro de la AOD española fue en 2004 y tocó fondo 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

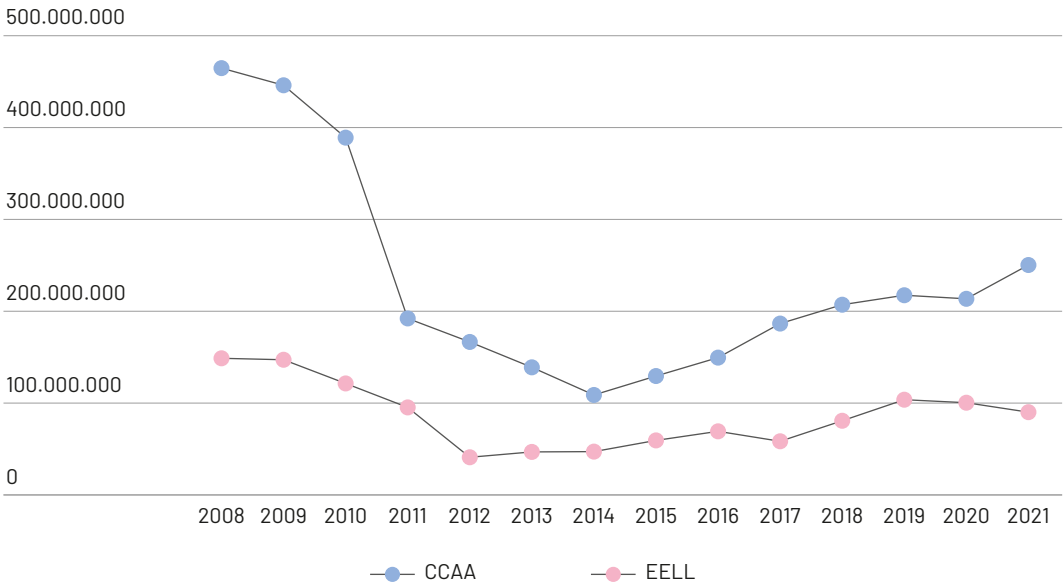
autonómica si esta no crece proporcionalmente al mismo ritmo que la de la AGE. En los últimos años, el peso de la AOD descentralizada se mueve en una horquilla que va del 10 % al 14 %, algo que debe ser valorado. En 2021 la AOD descentralizada aumenta en un 15 %, alcanzando los 340,5 millones de euros, 26,5 millones más que en 2020. La cooperación descentralizada supone el 10,9 % del total de la AOD española, apenas unas décimas inferiores al 11,1 % del 2020, consolidando la tendencia al decrecimiento que tanto se ha criticado en años anteriores. Si se analiza la cooperación autonómica y la de las entidades locales por separado, se puede ver que la tendencia en la evolución desde 2008 no tiene grandes diferencias. No obstante, en 2021 ambas cooperaciones siguen trayectorias diferentes. La cooperación autonómica creció en 36,8 millones de euros, un 8,4 %, mientras que la cooperación local disminuyó en ese mismo año más de 10 millones de euros, un 10 %, continuando la tendencia a la baja que co-

GRÁFICO 3.6. Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA.+EE. LL.) en España 1994-2021



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

GRÁFICO 3.7. Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2021



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

TABLA 3.10. AOD total autonómica 2017-2021

CC. AA.	AOD 2018	AOD 2019	AOD 2020	AOD 2021	Diferencia 2021-2020
Andalucía	54.228.518	57.436.328	30.789.020	30.260.440	-528.580
Aragón	1.235.256	3.634.699	4.177.323	6.038.023	1.860.700
Asturias	3.499.046	4.513.744	4.129.794	4.727.749	597.954
Baleares	6.534.420	5.530.712	5.316.891	6.428.807	1.111.916
Canarias		969.157	2.209.442	2.688.727	479.285
Cantabria	1.941.871	2.060.468	1.608.717	2.593.217	984.500
Castilla y León	4.659.442	4.414.390	4.384.650	5.037.110	652.460
Castilla-La Mancha	3.021.434	2.835.819	517.612	3.199.661	2.682.049
Cataluña	33.436.862	29.511.448	45.420.681	48.040.651	2.619.970
C. Valenciana	19.834.861	28.606.109	32.093.436	46.929.238	14.835.802
Extremadura	9.624.107	8.194.952	8.343.899	11.606.945	3.263.046
Galicia	5.486.107	6.606.027	6.978.818	8.079.526	1.100.708
La Rioja	1.620.431	1.546.639	2.055.866	2.973.838	917.971
Madrid	3.638.530	4.042.719	4.567.238	4.685.194	117.955
Murcia	360.044	30.743	475.000	431.144	-43.856
Navarra	8.408.642	9.376.553	13.234.922	13.620.562	385.640
País Vasco	49.578.803	48.115.948	47.234.466	52.997.561	5.763.095
TOTAL	207.108.374	217.426.454	213.537.775	250.338.391	36.800.616

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

menzó en 2020. Gestionar las consecuencias de la pandemia puede estar entre las causas que expliquen el recorte que algunas entidades locales han llevado a cabo en sus presupuestos de cooperación.

En la tabla 3.10. se puede ver el desglose de la cooperación autonómica que en su conjunto equivale al 73,5 % del total de la cooperación descentralizada. En 2021, al igual que en años anteriores, todas las CC. AA. han destinado fondos a cooperación. En cifras absolutas, el País Vasco es quien más dinero destina a cooperación, casi 53 millones, seguida de Cataluña con 48 millones, Comunidad Valenciana con cerca de 47 millones y Andalucía, que había liderado la cooperación autonómica durante muchos años, con 30,7 millones de euros. El conjunto de estas 4 CC. AA. suponen el 71 % de toda la AOD autonómica.

La heterogeneidad en la evolución entre las CC. AA. es un elemento que se repite todos los años si bien en 2021 es de destacar el hecho de que prácticamente todas las CC. AA. aumentan sus presupuestos de AOD. Únicamente dos comunidades aplican recortes. Andalucía es la

que más reduce su cooperación, 528.580 euros, un 1,7 %, continuando con la tendencia negativa que empezó en 2020. Murcia también reduce su AOD, en 43.856 euros, una cantidad muy pequeña, pero que supone un descenso del 9,2 %, dado su bajo presupuesto en cooperación. En cuanto a las CC. AA. que más han crecido, hay que destacar la Comunidad Valenciana, con 14,8 millones de euros, País Vasco con 5,7 millones de euros y Extremadura con 3,2 millones de euros. Por encima del millón de euros crecen también Castilla la Mancha, Cataluña, Aragón, Galicia y Baleares, y muy cerca del millón se sitúan Cantabria y la Rioja.

Si el análisis se realiza por el porcentaje de crecimiento respecto al año 2020, destaca Castilla-La Mancha, que incrementa su AOD un 82 %, y Cantabria con un 37,9 %, seguidas de 3 CC. AA. con un aumento del porcentaje similar: la Comunidad Valenciana, con un 31,6 %, la Rioja y Aragón, ambas con un 30,8 %, y Extremadura con un 28,1 %.

Parecería obvio que la cuantía de los presupuestos de AOD dependiese en buena medida

TABLA 3.11. % AOD Comunidades Autónomas 2021

CC. AA.	AOD 2021 (desembolsada)	Presupuesto CC. AA.	% AOD
Andalucía	30.260.440	40.188.042.635	0,075
Aragón	6.038.023	7.454.031.859	0,081
Asturias	4.727.749	5.237.551.819	0,090
Baleares	6.428.807	5.881.551.715	0,109
Canarias	2.688.727	9.531.472.032	0,028
Cantabria	2.593.217	3.078.036.808	0,084
Castilla y León	5.037.110	12.291.444.522	0,041
Castilla-La Mancha	3.199.661	12.051.090.090	0,027
Cataluña	48.040.651	42.322.990.970	0,114
C. Valenciana	46.929.238	26.138.651.984	0,180
Extremadura	11.606.945	6.423.894.820	0,181
Galicia	8.079.526	13.396.505.623	0,060
La Rioja	2.973.838	1.891.434.677	0,157
Madrid	4.685.194	25.231.240.972	0,019
Murcia	431.144	6.753.606.724	0,006
Navarra	13.620.562	4.870.520.378	0,280
País Vasco	52.997.561	12.522.062.107	0,423
TOTAL	250.338.391	235.264.129.737	0,106

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

de la dimensión económica de cada comunidad autónoma, pero no es así. Al calcular el porcentaje que las comunidades autónomas destinan a cooperación al desarrollo respecto a su presupuesto¹⁰ total, se observa que los datos oscilan entre el 0,42 % del País Vasco y el 0,02 de Madrid, pasando por el 0,28 de Navarra, el 0,18 % de Ex-

tremadura y C. Valenciana o el 0,06 % de Galicia y el 0,07 de Andalucía.

A nivel agregado el porcentaje de AOD que las comunidades autónomas destinan a cooperación, 0,106 %, está muy lejos del 0,25 % aportado por la AGE. Por encima de este dato únicamente estarían País Vasco y Navarra.

4.2. La AOD descentralizada en salud

La suma de la cooperación sanitaria de comunidades autónomas y entidades locales se incrementa en 7,5 millones de euros, alcanzando los 38,9 millones, un 23,8 % más que en 2020, algo lógico en un año afectado claramente por la emergencia de la COVID-19.

Sin embargo, este crecimiento no ha sido tan pronunciado como lo ha sido en otros financiadores. Las cifras de AOD sanitaria suponen el 11,4 % del total de la AOD conjunta entre CC.

AA. y EE. LL., cuando en 2020 era del 10 %. A pesar de este incremento, el porcentaje se queda muy lejos de la media del conjunto de donantes del CAD y por debajo del dato que arroja la cooperación española. 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. No deja de ser contradictorio que en año de pandemia el

10 <https://serviciostelematicosexthacienda.gob.es/SGCIEF/PublicacionPresupuestos.aspx/inicio.aspx>

TABLA 3.12. AOD descentralizada total en salud, 2017-2021

CC. AA.+EE. LL.	AOD salud 2017	AOD salud 2018	AOD salud 2019	AOD salud 2020	AOD salud 2021
Andalucía	2.895.000	4.148.621	8.328.935	4.752.483	7.878.774
Aragón	540.910	911.630	663.338	1.252.482	1.391.783
Asturias	649.761	67.743	426.231	859.813	841.334
Baleares	704.091	612.093	824.607	880.667	1.212.856
Canarias		439.520	225.925	3.071.963	1.787.226
Cantabria	60.000	320.639	153.796	139.257	473.267
Castilla y León	536.112	783.637	567.207	760.541	659.772
Castilla-La Mancha	401.953	377.632	659.579	381.468	1.314.985
Cataluña	5.363.773	9.576.623	6.603.509	6.361.865	5.649.874
C. Valenciana	1.188.569	3.750.008	2.325.832	4.348.987	7.313.747
Extremadura	1.891.586	1.266.381	491.831	1.181.736	1.290.204
Galicia	503.458	732.712	1.061.898	1.224.558	1.401.464
La Rioja	177.201	174.624	280.897	100.000	462.449
Madrid	565.243	1.027.047	1.022.862	1.220.725	715.515
Murcia	122.361	87.632	20.000	56.390	158.463
Navarra	2.175.552	2.684.548	2.705.500	3.818.184	4.187.804
País Vasco	3.358.706	2.499.596	1.812.515	1.041.815	2.218.793
TOTAL	21.134.276	29.460.687	28.174.464	31.452.935	38.958.312

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

presupuesto designado a salud porcentualmente este por debajo de la media de los últimos años. La cooperación descentralizada en general, y la autonómica en particular, debería moverse porcentualmente en un intervalo que estuviera entre el 12 % y 15 % para poder contribuir a cumplir los retos internacionales que nos demanda el sector de la salud.

En cuanto al peso que tiene la AOD sanitaria descentralizada respecto a la AOD sanitaria estatal, éste sigue disminuyendo debido al incremento de la AOD sanitaria estatal. En 2021 supone el 7,4 % de la AOD sanitaria española, cuando en 2020 era del 15,8 %.

Si se analizan las cantidades destinadas a cooperación sanitaria descentralizada en su conjunto, uniendo las cantidades destinadas por cada gobierno autonómico y las cantidades de sus instituciones locales (Ayuntamientos, Diputaciones, etc.), en 2021 son el conjunto de las instituciones andaluzas quienes destinan más recursos a salud con 7,8 millones de euros, mejorando un puesto respecto a 2020. La Comunidad Valenciana mantiene el segundo lugar con 7,3

millones de euros. El conjunto de las instituciones catalanas, que en 2020 se colocaban en primer puesto, se sitúan en tercer lugar con 5,6 millones, disminuyendo en 700.000 euros respecto a 2020. En cuarto lugar, se mantienen las instituciones navarras con 4,1 millones de euros, creciendo casi un 10 % respecto a 2020. Hay que destacar que las instituciones del País Vasco, que sitúan en quinto lugar, vuelven a crecer, duplicando las cantidades destinadas a salud en 2020, revertiendo la tendencia a la baja de los últimos años.

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 57,9 % de la AOD sanitaria, 3,8 puntos porcentuales más que en 2020, 22,5 millones de euros, mientras que en el conjunto de las instituciones españolas superaba el 72 %. La salud general, con 10,1 millones de euros, representa

TABLA 3.13. AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2021

CAD	CRS		AOD 2021
121		Salud general	10.146.467
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	4.718.599
	12181	Enseñanza y Formación médicas	257.969
	12182	Investigación médica	1.342.600
	12191	Servicios médicos	3.827.299
122		Salud básica	22.570.185
	12220	Atención sanitaria Básica	5.316.643
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.430.043
	12240	Nutrición básica	6.042.073
	12250	Control enfermedades infecciosas	1.925.578
	12261	Educación sanitaria	1.534.598
	12262	Control de la malaria	
	12263	Control de la Tuberculosis	
	12264	Control COVID	5.144.660
	12281	Formación personal sanitario	1.176.591
123		Enfermedades no transmisibles	551.707
	12310	Control ENT general	52.371
	12320	Control consumo de tabaco	
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	60.000
	12340	Promoción de la salud mental	421.914
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	17.422
	12382	Investigación en prevención y control ENT	
130		Salud sexual y reproductiva	5.689.953
	13010	Pol. Población y gestión admva	98.568
	13020	Atención en SR	5.037.965
	13030	Planificación Familiar	118.285
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	98.289
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	336.846
TOTAL			38.958.312

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

el 26 % del total. La salud sexual y reproductiva ocupa el tercer lugar con 5,7 millones de euros, el 14,6 % del total, si bien en 2020 era el segundo componente más financiado. Las enfermedades no transmisibles (ENT), al igual que en la cooperación estatal, apenas tiene presencia representando el 1,42 %.

En cuanto a los componentes CRS, su distribución es más dispersa, diferente a la estatal. Nutrición básica, el quinto componente CRS más financiado a nivel estatal, es el primer componente de la salud descentralizada con un 15,5 %. La atención sanitaria básica se coloca en segundo lugar con un 13,6 % y en tercer lugar estaría

el nuevo código CRS de control de COVID con el 13,2 %. El cuarto componente es la salud reproductiva, con un 12,9 % del total de la AOD sanitaria descentralizada, cuando en los últimos años era el componente más financiado por el conjunto de estas instituciones. En quinto lugar, se sitúan las políticas sanitarias, con el 12,11 %. Estos 5 componentes CRS suman el 67,4 % del total de la cooperación en salud descentralizada.

Si se analiza la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, se observa que en 2021 la partida no especificada geográficamente crece un 58 % respecto a 2020, hasta situarse en 4,9 millones de euros. Este dato su-

TABLA 3.14. AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2021

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2020	%
ÁFRICA	12.954.106	33,25
Norte de África	1.265.781	
África Subsahariana	11.513.325	
No especificado	175.000	
AMÉRICA	15.233.815	39,10
América Central y Caribe	8.352.361	
América del Sur	6.881.455	
No especificado		
ASIA	1.365.410	3,50
Asia Oriental	47.894	
Asia Central	200.000	
Sur de Asia	1.117.516	
No especificado		
OCEANÍA		0,00
ORIENTE MEDIO	4.453.452	11,43
EUROPA	8.703	0,02
PVD No Esp.	4.942.826	12,69
TOTAL	38.958.312	

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

pone que no es posible definir las orientaciones geográficas del 12,7 % de la cooperación descentralizada, lo que dificulta el análisis geográfico si bien tiene sentido por el aporte que ha habido a organismos multilaterales para la lucha contra la COVID-19. La distribución de la cooperación sanitaria especificada geográficamente es diferente a la AOD estatal, con una priorización de la región americana sobre la africana.

Si se analizan las subregiones, África Subsahariana sigue siendo la región que más dinero recibe para salud, concretamente 11,5 millones de euros, un millón más que en 2020. Aquí el segundo puesto lo mantiene América Central, con 8,3 millones de euros incrementando un 31 % respecto a 2020, seguida por América del Sur, con 6,8 millones de euros. Oriente Medio crece hasta los 4,4 millones de euros y, a pesar de este cuarto lugar, es la que más crece proporcionalmente, un 76 % respecto al año anterior. De Asia, que recibe el 3,5 % de toda la AOD sanitaria de estas instituciones destaca el Sur de Asia, que recibe 1,1 millones de euros.

4.2.1. LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

En 2021 la cooperación autonómica ha financiado 1.924 acciones de cooperación, 342 más que en 2020, un incremento del 21 %. De estas acciones 192, el 10 % del total de acciones, son de salud. Las CC. AA. han desembolsado 31.374.181 euros en cooperación sanitaria, lo que supone el 80,5 % de toda la AOD en salud descentralizada, seis puntos porcentuales más que en 2020. Si se compara con 2020, el monto se ha incrementado en 7,8 millones, un 33,5 %. De este incremento solamente 4,6 millones de euros fueron destinados directamente hacia la lucha contra la COVID-19 a través de 32 acciones. Estos datos quizás no recojan aquellos fondos destinados a proyectos relacionados indirectamente con la COVID-19 como son los que buscan fortalecer los sistemas sanitarios con el propósito de prevenir, recuperar o paliar los efectos de la pandemia en el sector sanitario.

A pesar de este crecimiento, el peso de la salud respecto al resto de sectores baja 3,5 puntos

porcentuales, quedándose en un 12,5 % en 2021 por un 16 % el año anterior. Este descenso hace que, después de muchos años, el peso de la salud en la cooperación descentralizada quede por debajo tanto de la media del peso de la salud en la AOD de la cooperación española, como del conjunto de donantes del CAD. No obstante, se mantiene en el intervalo considerado adecuado para contribuir a los compromisos de salud global, al mantenerse 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 concentran el 82,5 % de toda la ayuda que se destina a salud. Destacan la Comunidad Valenciana, con más de 7 millones de euros, seguida de Andalucía con 6,7 millones de euros, Cataluña con 4,8 millones y Navarra con 3,6 millones de euros. Más lejos se sitúan Baleares, Extremadura y Galicia.

En 2021 la variabilidad también sigue siendo la norma. Solamente 4 CC. AA. bajan sus presupuestos, destacando, por su importancia en el conjunto de su AOD sanitaria la Comunidad de

Madrid que disminuye un 49 % respecto al año anterior, y la reducción de Canarias, de 586.404 euros, la mayor en cifras absolutas. Cabe destacar también por su relevancia el descenso de la AOD sanitaria en Cataluña que, aunque no son grandes cantidades respecto a lo que destinaba en 2020, mantiene una preocupante tendencia a la baja en los últimos años. De hecho, lo destinado en 2021 representa el 53 %, un poco más de la mitad de los montos que destinó en 2018, año en el que no había pandemia. Hay otras CC.AA. que mantienen una cierta tendencia a incrementar sus presupuestos en cooperación sanitaria como Navarra que, al contrario que Cataluña, destina en 2021 un 69 % más de recursos a salud que en 2018, con un incremento constante.

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

TABLA 3.15. AOD en salud de las CC. AA., 2018-2021

CC. AA.	AOD salud 2018	AOD salud 2019	AOD salud 2020	AOD salud 2021	% AOD a salud
Andalucía	3.722.232	7.250.697	3.293.646	6.721.701	22,21
Aragón	296.934	603.388	590.828	670.009	11,10
Asturias		261.000	530.884	691.617	14,63
Baleares	276.847	824.607	817.106	1.017.211	15,82
Canarias		181.933	1.354.914	768.511	28,58
Cantabria	320.639	139.379	139.257	446.117	17,20
Castilla y León	628.099	435.108	271.324	181.589	3,61
Castilla-La Mancha	169.733	424.396	87.000	827.943	25,88
Cataluña	9.239.499	6.339.830	5.192.702	4.895.905	10,19
C. Valenciana	3.388.811	1.937.348	3.998.893	7.073.253	15,07
Extremadura	1.149.367	351.831	910.228	1.114.407	9,60
Galicia	689.069	1.010.226	1.212.558	1.374.816	17,02
La Rioja	160.594	280.897	100.000	462.449	15,55
Madrid	807.821	905.802	962.308	490.733	10,47
Murcia			21.900	30.000	6,96
Navarra	2.305.491	2.416.075	3.397.405	3.694.796	27,13
País Vasco	2.187.711	1.435.808	613.633	913.125	1,72
TOTAL	25.342.847	24.798.325	23.494.586	31.374.181	12,53

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

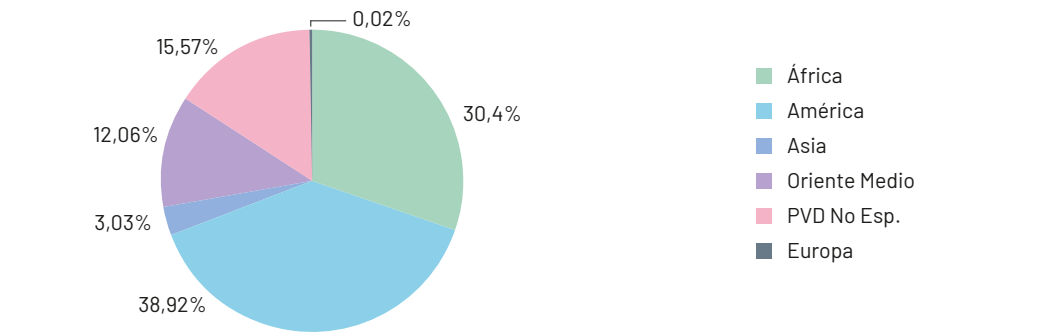
dificulta la rendición de cuentas, la sostenibilidad o el impacto de las acciones en los países receptores, así como los objetivos de desarrollo que se proponen las propias instituciones donantes.

10 de las 17 CC.AA. destinan al menos el 12 % de su AOD a salud y 9 de ellas superan el 15 %. Porcentualmente destaca de nuevo Canarias que, pese a su descenso en cifras absolutas, destina un 28,58 % de su AOD a salud. En segundo lugar, estaría Navarra que destina un 27,13 %, casi un punto porcentual más que en 2020, y Castilla la Mancha con un 25,88 %. Andalucía alcanza el 22,2 % y Galicia mantiene su peso con un 17,37 %. Llama la atención el poco peso que tradicionalmente tiene la salud en el País Vasco, la comunidad que cuenta con el mayor presupuesto de cooperación autonómica y que más ha puesto en valor su sistema público de salud, Osakidetza. La cooperación cobra sentido cuando 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 2021 la cooperación en salud del País Vasco apenas representó el 1,72 %¹¹.

Dado el peso que tiene la salud en el conjunto de la cooperación descentralizada, no es de extrañar que en el análisis geográfico de la AOD sea similar al conjunto de la cooperación descentralizada. En 2021, África pasa a ser el segundo continente que más AOD sanitaria recibe, con un 30,40 %, 8 puntos porcentuales menos que en 2020, siendo superada por América que aumenta dos puntos y se sitúa en el 38,9 %. En tercera posición estarían los países no especificados con un 15,5 % y Oriente Medio con un 12 %. Asia tiene este año una presencia menor y la de Europa es residual. Estas cifras pueden tener su explicación en la relevancia que ha tenido en América la pandemia, mientras que el continente africano no la ha sufrido tanto. Pero no se puede olvidar que sigue siendo África subsahariana la subregión que mayores problemas de salud hay, por lo tanto, donde se debe priorizar la atención en salud.

GRÁFICO 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2021



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

11 Si bien no se puede incluir otro tipo de análisis en la tabla por la necesidad de homogenizar las cifras, si se analizara la salud de la cooperación del Gobierno Vasco a través de los ODS, se observa que hay 6 acciones que están incorporados a la meta 5.6 de los ODS, “Asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos”, y que en el análisis por códigos CRS están asignados al código de gobernabilidad y no de salud. La suma desembolsada de estos 6 proyectos da un total de 785.548 euros, que sumados a los 913.125 euros desembolsados en los diferentes códigos CRS de salud daría un total de AOD en salud de 1.698.673 euros, lo que supondría que, si tuviéramos en cuenta esta singularidad, el Gobierno Vasco habría destinado finalmente al sector de la salud en 2021 un 3,2 % del total de su AOD, un porcentaje que le seguiría colocando a la cola entre las diferentes CC. AA.

TABLA 3.16. AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2021

CAD	CRS		AOD 2021
121		Salud general	7.820.298
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	3.964.904
	12181	Enseñanza y Formación médicas	
	12182	Investigación médica	849.000
	12191	Servicios médicos	3.006.393
122		Salud básica	16.287.414
	12220	Atención sanitaria Básica	3.623.351
	12230	Infraestructura sanitaria básica	634.330
	12240	Nutrición básica	3.862.582
	12250	Control enfermedades infecciosas	1.312.637
	12261	Educación sanitaria	1.194.813
	12262	Control de la malaria	
	12263	Control de la Tuberculosis	
	12264	Control del COVID-19	4.564.489
	12281	Formación personal sanitario	1.095.210
123		Enfermedades no transmisibles	60.000
	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	
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	
	12382	Investigación en prevención y control ENT	
130		Salud sexual y reproductiva	4.406.519
	13010	Pol. Población y gestión admva	30.217
	13020	Atención en SR	4.032.228
	13030	Planificación Familiar	44.850
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	
	13081	Formación de personal para población y salud reproductiva	299.224
TOTAL			28.574.231

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

La salud básica sigue siendo el subsector que más financiación recibe, 18 millones de euros, el 57,3 % del total, seguida de la salud general con 8,6 millones de euros, un 65 % más que en 2020. La salud sexual y reproductiva con 4,4 millones de euros disminuye un 38,3 % respecto del año anterior, lo que muestra cómo la prioridad de la COVID-19 ha afectado y reorientado las prioridades de la salud autonómica. Por último, las enfermedades no transmisibles siguen siendo un subsector residual con apenas 60.000 euros.

Si se analizan los componentes CRS de la cooperación autonómica en salud, se observa que 5 componentes de los 24 que cubren los subsectores de salud suponen el 70,3 % de

toda la inversión en salud, lo que indica una concentración de la misma. Estos cinco componentes tienen unos porcentajes muy similares pero, curiosamente, el sector más financiado no ha sido el control de COVID-19, que ha recibido un 14,55 %, sino el de nutrición básica, con el 15,38 %. Los otros 3 componentes son el de política sanitaria, que recibe el 14,23 % del total, la atención en salud reproductiva, el sector más financiado en 2020, con un 13,81 % y la atención sanitaria básica, con un 12,51 %. La priorización de estos componentes CRS, salvando el nuevo sector del control de COVID-19, supone una cierta continuidad respecto de 2020 ya que, en ese año, cambiando el orden de prioridades, eran

también los componentes más financiados de salud. Habrá que esperar a ver si se mantiene esta tendencia, pero si se mantuviera en el tiempo pudiera indicar una cierta concentración de la ayuda en salud, algo que puede mejorar su impacto y previsibilidad.

4.2.2. LA AOD DE EE. LL. EN SALUD

En 2021 el conjunto de las EE. LL. españolas financiaron 2.724 acciones de cooperación, un 11 % más que en 2020, 343 de estas acciones se destinaron a salud, mientras que en 2020 fueron 368, lo que supone un descenso del 6,8 %. En cuanto a cifras absolutas, en 2021 se destinaron 90,1 millones de euros, un descenso del 10,2 % respecto al año anterior.

Las EE. LL. destinaron a la AOD sanitaria 7.584.132 euros, un 4,7 % menos que en 2020. Es verdad que en ese año la cooperación sanitaria había crecido de manera muy relevante, pero en un año donde la pandemia de COVID-19 seguía afectando a todos los sistemas de salud del mundo, no parece un descenso muy lógico. Al igual que en años anteriores, los datos de 2021 están condicionados por la dificultad de desagregar las aportaciones de todos los municipios de menos de 100.000 habitantes. En 2021 la cifra que no se ha podido desagregar por sectores o zonas geográficas asciende a 15,6 millones de euros, un 17,3 % del total de la AOD local.

Asumiendo únicamente las cantidades que están desagregadas, el peso de la salud en el conjunto de la AOD alcanza el 8,3 % del total de la AOD local, porcentaje ligeramente superior al 7,93 % del año 2020. No obstante, a pesar de este crecimiento, 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 solicita para salud a todas las instituciones.

La ayuda que las EE. LL. destinan a salud sigue siendo muy heterogénea, ya que se dedica a iniciativas pequeñas y muy locales. En 2021 la media de estas acciones apenas alcanzó los

22.111 euros, 485 euros más por acción en salud que en 2020. Se trata de una cooperación que dada su volatilidad es poco previsible pues se dirige hacia acciones puntuales que no tienen continuidad, y que suelen estar fuera de las grandes políticas internacionales. Por ese motivo existen muchas variaciones en cuanto a las EE. LL. que más dinero destinan a salud cada año. No obstante, en 2021 parece darse cierta continuidad si se analiza el comportamiento de las 10 EE. LL. que más se comprometieron con la salud. De las 10 EE. LL. seis repiten y únicamente cuatro, las Diputaciones Forales de Bizkaia, y Gipuzkoa y los Ayuntamientos de Sevilla y Donostia, no aparecen en ese listado. En 2021 repite en el primer puesto el Cabildo Insular de Gran Canaria y se mantiene el Ayuntamiento de Pamplona, que lleva muchos años visibilizando su apuesta por la salud.

La suma de las partidas destinadas por las 10 EE. LL. que más dinero destinaron a salud alcanzan los 4.227.956 euros, 600.000 euros menos que en 2020, lo que equivale al 64,3 % del total de la cooperación sanitaria local. Estas cifras pudieran indicar una cierta concentración de la ayuda local en salud, aunque la disminución tan importante de la AOD local general pudiera estar también detrás de esta explicación. El 35,7 % restante lo aportan otras 76 EE. LL, 4 más que en 2020. Es cierto que supone una gran atomización

TABLA 3.17. EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2021

EE. LL.	AOD salud 2021
CI Gran Canaria	906.500
Ayto Zaragoza	628.481
Dip. Foral Bizkaia	484.820
Ayto Pamplona	433.895
Ayto Barcelona	376.411
Ayto Sevilla	355.471
Dip. Foral Gipuzkoa	321.301
Ayto Málaga	250.594
Ayto Córdoba	240.529
Ayto Donostia	229.955

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

de la ayuda sanitaria, aunque es muy positivo 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. Como se solicita desde hace años, se deberían de promover estas iniciativas locales de forma más constante en el tiempo, que ayudaría a la previsibilidad de esa ayuda, sin perder su esencia de apostar por una cooperación más cercana a lo local que la que puede realizar la estatal.

La cooperación descentralizada, tanto autonómica como local, sigue teniendo unas cualidades que aumenta las capacidades del conjunto de la cooperación española. 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.

5 Los ODS en España

En 2017 España creó el Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030 y en junio de 2018 el Consejo de ministros aprobó el “Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030”¹², con participación de todos los Ministerios, de las CC. AA., las EE. LL. y las organizaciones sociales. Este Plan recogía los mecanismos de gobernanza que se necesitaban desarrollar, así como una descripción de la situación de cada uno de los ODS en España, los actores involucrados y la relevancia de la evaluación y la rendición de cuentas. También desarrollaba las denominadas políticas “palanca”, políticas con capacidad de acelerar la implementación de los ODS, como se vio en el Informe de 2018. En 2020 se realizó el primer “informe de progreso para alcanzar los objetivos de desarrollo”, muy condicionado por la aparición de la COVID-19. En 2021, España elabora dos documentos relevantes, la Estrategia de Desarrollo Sostenible 2030, y su segundo informe de progreso.

Esta Estrategia identifica ocho retos país, cuyo abordaje debería articularse a través de ocho políticas aceleradoras específicas del desarrollo sostenible, que a su vez definirían las metas a alcanzar en 2030. Si bien muchos de ellos tienen relación con la salud, las metas específicas para el sector sanitario están incluidas en el reto 6 “revertir la crisis de los servicios públicos”, donde destaca la consolidación de la Cobertura Sanitaria Universal. Las específicas de cooperación están en el reto 7, “Poner fin a la injusticia global y a las amenazas a los derechos humanos, a los principios democráticos y a la sostenibilidad del planeta”. Y sus metas más destacadas serían el cumplimiento del 0,7 %, alcanzando en 2023 el 0,5 %, el desarrollo de una nueva ley de cooperación para el Desarrollo Sostenible que modificaría la arquitectura institucional de cooperación actual, dar valor y consistencia a la cooperación descentralizada y

12 <https://transparencia.gob.es/transparencia/dam/jcr:6e0f06b9-a2e0-44c0-955a-dad1f66c11d7/PLAN%20DE%20ACCI%C3%93N%20PARA%20LA%20IMPLEMENTACI%C3%93N%20DE%20LA%20AGENDA%202030.pdf>

TABLA 3.18. Desembolsos brutos de AOD 2021 clasificados en los metas del ODS 3 de salud

ODS 3	
Meta 3.1: reducir la tasa mundial de mortalidad materna	8.031.103
Meta 3.2: poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	2.387.958
Meta 3.3: poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir otras enfermedades transmisibles	50.368.250
Meta 3.4: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisible	4.033.897
Meta 3.5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas	527.246
Meta 3.6: reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico	288.650
Meta 3.7: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	8.131.894
Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal	441.914.184
Meta 3.9: reducir número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo	774.509
Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	2.770
Meta 3.b: Apoyar la investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales	16.374.898
Meta 3.c: Aumentar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario	1.990.659
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	12.837.443
Total AOD asignada al ODS 3	547.663.461

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

la alineación de toda la cooperación, incluida la financiera, con la Agenda 2030 y los Derechos Humanos.

La práctica no parece orientar a estos resultados. Los presupuestos para 2023 sitúan la cooperación en el 0,34 %, y las medidas que se han venido tomando dentro del conjunto de la UE de acaparar vacunas COVID-19 más allá de las necesarias en un momento de necesidades mundiales globales, no casa con la alineación con una Agenda 2030 con un enfoque global.

Para conocer el comportamiento de la cooperación española en salud utilizando las metas de los ODS de la Agenda 2030, hay que realizar dos tipos de análisis. En la tabla 3.17 se puede comprobar cómo se distribuyen los desembolsos de la AOD 2021 que, aunque pertenezca a otro sector que no es salud, se clasifican dentro de las metas del ODS 3. Como se puede comprobar, las cifras no coinciden exactamente con las desembolsadas según los códigos CRS (hay una diferencia de más de 21 millones de euros), e indica la dificultad que existe en clasificar la ayuda en salud según dos conceptos tan diferen-

tes, lo que explica algunos de los problemas de asignación sectorial de la ayuda que indicados anteriormente. El otro análisis que se puede realizar es más a lo interno del sector salud, como se puede ver en la tabla 3.18, que nos permite conocer cómo los desembolsos del sector salud se relacionan con los 17 ODS.

En cuanto a los desembolsos clasificados por las metas del ODS 3, la meta más financiada de nuevo es la 3.8, que se refiere a lograr la cobertura sanitaria universal, con casi 442 millones de euros, el 80,7 % del total del monto destinado al ODS 3, un 15,8 % más que en 2020. Le sigue con 50,3 millones de euros, un 9,2 % del total, la lucha contra enfermedades transmisibles, cantidades algo inferiores a las esperadas. La lucha contra la COVID-19, que es una enfermedad transmisible, según esta codificación por metas ODS debería en gran medida computarse en este espacio específico. Es cierto que le siguen 2 metas que pueden estar relacionadas con la COVID-19, como el apoyo a la investigación y acceso de medicamentos y vacunas, con 16,3 millones de euros, y el refuerzo de alertas tem-

pranas y reducción de riesgos de los problemas de salud mundiales, con 12,8 millones de euros. Pero esas 3 metas no cubren todo el presupuesto visto previamente que se destinó a la lucha contra la COVID-19. Y aunque esta distribución, priorizando la cobertura sanitaria universal (CSU) nos parece adecuada, pues la CSU es el paraguas para fortalecer los sistemas públicos de salud, esta forma de clasificar es relativamente nueva, se lleva haciendo dos años, y es posible que la CSU sea la meta más fácil de utilizar para la clasificación, pues caben dentro de ellas casi todas las demás metas. En futuros análisis, con un conocimiento más exhaustivo de esta forma de clasificación, habrá que comprobar si realmente la meta de la CSU es tan relevante dentro de la cooperación española.

Si se analiza cómo los desembolsos en salud se distribuyen entre los diferentes ODS, se observa que la mayor parte del dinero del sector se relaciona exclusivamente con el ODS 3 de salud y bienestar, 513,2 millones de euros, el

TABLA 3.19. Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2021 clasificados en los diferentes ODS

ODS 1: fin de la pobreza	1.106.775
ODS 2: hambre cero	7.921.239
ODS 3: salud y bienestar	513.229.774
ODS 4: educación de calidad	144.538
ODS 5: igualdad de género	2.655.206
ODS 6: agua limpia y saneamiento	618.530
ODS 7: energía asequible y no contaminante	
ODS 8: trabajo decente y crecimiento económico	
ODS 9: industria, innovación e infraestructuras	20.070
ODS 10: reducción de desigualdades	253.772
ODS 11: ciudades y comunidades sostenibles	
ODS 12: producción y consumo responsables	69.756
ODS 13: acción por el clima	
ODS 14: vida submarina	
ODS 15: vida de ecosistemas terrestres	
ODS 16: paz, justicia e instituciones sólidas	550.559
ODS 17: alianzas	
TOTAL	526.570.219

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

97,5 % del total, 7,5 puntos porcentuales más que en 2020. Los únicos ODS que destacan mínimamente son los mismos que en 2020. Superan el millón de euros el ODS 2 hambre cero, con 7,9 millones de euros, un 1,5 % del total; el ODS 5, de igualdad de género con 2,6 millones de euros, y la erradicación de la pobreza (ODS 1), con 1,1 millones de euros. Estos datos nos muestran cómo la cooperación en salud española tiene un elevado componente sanitario, y muy poco multisectorial, como pretende la Agenda 2030. Pero como se ha indicado anteriormente, es posible que en próximos años el efecto que puede tener la pandemia de la COVID-19 se diluya, y se afine más el análisis y muestre una mayor tendencia a la multisectorialidad.

Dentro de las carencias que se observan en este análisis destaca la inexistencia de iniciativas de salud relacionadas con un problema global como es el cambio climático, uno de los mayores retos a los que la humanidad y el sector salud se va a enfrentar en los próximos años, tanto para mitigar las consecuencias del cambio climático como para adaptar los sistemas sanitarios.

Es complicado que el sector de la salud se relacione de una manera relevante con todos los demás ODS. Pero sí es necesaria una reflexión profunda en la cooperación española en salud que consiga un consenso y una planificación adecuada que oriente su implementación futura hacia aquellos ODS que considere más prioritarios. Para ello, sería fundamental el desarrollo de una nueva estrategia de cooperación en salud global, con unos compromisos firmes, tanto en términos económicos como de recursos y de gestión, con el objetivo de mejorar de la salud a través de los conceptos derivados de la visión de los ODS en cuanto a coherencia, multisectorialidad y equidad, para poder avanzar hacia una mejor salud mundial.

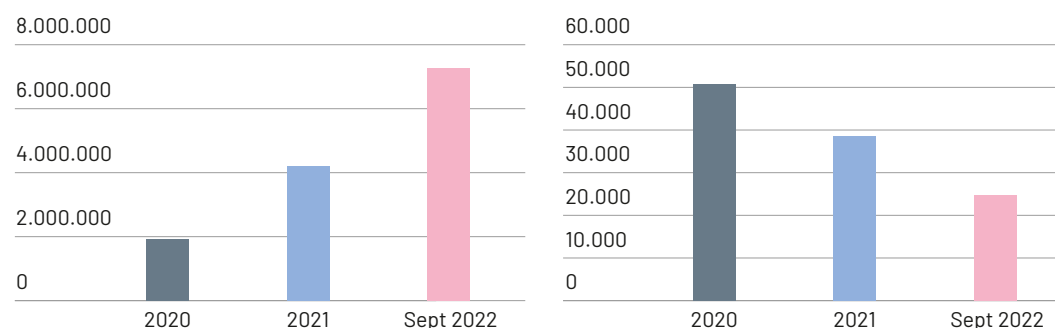
6 La pandemia de COVID-19

España fue uno de los países más afectados por la pandemia de la COVID-19. El 31 de enero de 2020 se detectó el primer caso de COVID-19 en las islas Canarias, y el 24 de febrero se reveló el primer caso en la península. Rápidamente la pandemia se fue extendiendo por todo el territorio español, y se pasa por diferentes niveles de contención, hasta que el 14 de marzo se declara el estado de alarma¹³, se establece un confinamiento general de la población y la suspensión de las actividades no esenciales para intentar controlar la pandemia en España, siendo el primer país en tomar medidas tan drásticas. A finales de junio termina el confinamiento, una vez pasada la fase crítica de la pandemia, donde se unieron la falta de medios diagnósticos y de protección con la falta de un discurso único por parte de la clase política dirigente sobre la respuesta a esta pandemia, lo que provocó confusión en la ciudadanía y una difi-

cultad añadida e innecesaria para poder salir de la crisis provocada por la COVID-19. A partir de la aparición y distribución de las vacunas a finales de 2020 se empezaron a reducir las consecuencias sanitarias de la crisis pandémica. A finales de septiembre de 2022, los datos oficiales nos muestran que, desde el comienzo de esta crisis, se han confirmado 13.412.263 casos en España, se han notificado 114.084 fallecimientos, se han administrado 95.763.061 vacunas, y 40.649.086 de personas, el 85,6 % del total de la población española, tenían en ese momento la vacunación completa¹⁴.

Durante ese tiempo, España ha sufrido diferentes olas pandémicas, pero ninguna tan grave como la primera. En julio de 2022 aparecía la octava ola pandémica¹⁵, y parece muy probable que sigan surgiendo nuevas olas, ya que la pandemia aún no se ha controlado, ni en España, ni en el mundo.

GRÁFICO 3.9. N° casos y muertes por COVID-19 en España, 2020-2022



13 <https://www.redaccionmedica.com/secciones/sanidad-hoy/coronavirus-espana-declara-estado-alarma-por-covid-1823>

14 <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>

15 <https://gacetamedica.com/investigacion/covid-19-en-espana-ya-podemos-empezar-a-hablar-de-una-octava-ola/>

Si se analiza las diferencias que han existido anualmente en estos años entre la relación del número de casos diagnosticados y el número de fallecimientos por la COVID-19, se observa que la letalidad por esta enfermedad en España ha disminuido enormemente. En 2020 se diagnosticaron 1.928.265 casos de COVID-19, mientras que en los primeros 9 meses de 2022 se diagnosticaron 7.279.206 casos, casi 4 veces más. La mortalidad en el primer año de pandemia superó las 50.000 muertes, mientras que hasta septiembre de 2022 fallecieron alrededor de 25.000 personas, la mitad que las que murieron en 2020, con muchos más casos. Si se mantiene la proyección de mortalidad durante el resto de 2022, se podría esperar que murieran alrededor de 31.500 personas.

No hay una única razón que explique estos datos. Por una parte, durante este tiempo se ha vacunado a la gran parte de la población, sobre todo a la más vulnerable, como es la población mayor de 65 años. De diciembre de 2020 a febrero de 2021 se priorizaron los grupos más vulnerables, personas alojadas en residencias, personal sanitario y grandes dependientes. A partir de febrero de 2021, a medida que había más disponibilidad de vacunas, se incluyeron progresivamente a las personas más mayores, con edad límite hasta los 50 años, y a los trabajadores esenciales. En septiembre de 2021 la disponibilidad de vacunas era mucho mayor y se comenzó a vacunar al resto de la población, concretamente a los menores de 50 años¹⁶. El número de vacunas que se pueden utilizar en España ha seguido creciendo, y en septiembre de 2022 había 5 vacunas autorizadas: Comirnaty (Biotech/Pfizer), Spikevax (Moderna), Vaxzevria (AstraZeneca), Jcovden (Janssen) y Nuvaxovid (Novavax). La vacuna desarrollada en España, Hipra, en agosto de 2022 aún no estaba aproba-

da por la Agencia Europea del Medicamento, al igual que la de Sanofi/Pasteur¹⁷.

A medida que ha ido pasando el tiempo se han ido ajustando los diagnósticos y los tratamientos de las complicaciones de la COVID-19, lo que aumentaba la supervivencia de las personas más graves, y también mejoraba la capacidad para conocer el número de casos reales, algo que al principio de la pandemia no se podía hacer por la escasez de medios diagnósticos y el desconocimiento de la enfermedad.

Por último, la aparición de nuevas cepas, como las nuevas subvariantes de ómicron (linajes BA.2.12.1, BA.4 y la BA.5¹⁸) que están sustituyendo a las antiguas variantes, tienen una mayor transmisibilidad, pero menor letalidad. De hecho, es esperable que las nuevas variantes sean cada vez menos letales, aunque no se puede asegurar todavía.

No obstante, y a pesar de los avances que ha habido para frenar esta pandemia, aún se está muy lejos de decir que está controlada, y sigue siendo necesario establecer medidas de protección, especialmente para las personas más vulnerables. Para ver su relevancia actual se puede hacer una comparativa con las causas de muerte en 2019, antes de la pandemia. En ese año, la enfermedad infecciosa con mayor mortalidad en España fue la neumonía, que provocó 10.843 defunciones, la tercera parte de las muertes previstas por la COVID-19 en 2022. De hecho, con la proyección de mortalidad por COVID-19 en 2022, las más de 31.500 muertes hubieran sido en 2019, la tercera causa de muerte en España¹⁹.

La crisis que ha supuesto y supone la pandemia de la COVID-19 exige una profunda reflexión sobre las debilidades del sistema sanitario español, ya que se puede poner en cuestión hasta el propio modelo sanitario. Hay voces que ya plantean que el sistema sanitario está en

16 <https://www.vacunacovid.gob.es/>

17 <https://www.vacunacovid.gob.es/preguntas-y-respuestas/que-vacunas-tendremos-disponibles-en-espana>

18 <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/20220628-ERR.pdf>

19 https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/PatronesMortalidad_2019.pdf

crisis²⁰, con una Atención Primaria debilitada, con una gran escasez, ya crónica, de recursos humanos sanitarios y financieros para poder atender las demandas de atención de la población²¹, y con unas listas de espera inacabables. Más de 700.000 personas estaban esperando una intervención en la sanidad pública en España en mayo de 2022²², algo que puede provocar una desafección de la población hacia su sistema público sanitario. Una de las consecuencias es que la sanidad privada sigue creciendo en España, y en 2021 la facturación a clientes privados puros registró un crecimiento del 6,5 %, un total de 1.150 millones de euros²³. Según la Central Sindical Independiente y de funcionarios (CSIF) harían falta 4.000 millones de euros para solventar exclusivamente las carencias de la APS en España²⁴, a lo que habría que añadir los problemas de la atención especializada.

Pero, además de estos problemas estructurales, la pandemia nos ha mostrado claramente la necesidad de actuar de manera mucho más unificada ante una emergencia como la pandemia. Mensajes contradictorios de las diferentes instituciones, que se han traducido en estrategias y medidas diferentes para afrontar la crisis pandémica, son solamente un reflejo de la falta de cohesión que existen entre las diversas autonomías a la hora de tomar decisiones sanitarias, que deberían estar basadas en el consenso y, sobre todo, en la evidencia científica. Porque

esta diversidad se traduce en medidas más allá de la propia gestión de la pandemia. Por ejemplo, no es lógico que en España haya diferentes pautas de vacunación infantil²⁵, o de acceso a algunas vacunas dependiendo de la Comunidad Autónoma en la que vivas, pues no hay ninguna explicación basada en la ciencia que sustente esta diferencia.

En cuanto a la cooperación española, en julio de 2020, pocos meses después de la aparición de la pandemia en España, se publicó la “Estrategia de respuesta conjunta de la cooperación española a la crisis de la COVID-19”²⁶, que ha sido el marco en el que se han desarrollado las acciones de la cooperación española respecto a esta pandemia.

Ya se ha visto en los apartados anteriores la importancia que ha tenido la pandemia en cuanto a recursos destinados para la lucha contra la COVID-19, sobre todo a las iniciativas multilaterales. Pero también esta estrategia parece haber sido un elemento revitalizador de un cambio en la forma de entender la cooperación. En mayo de 2022, el CAD felicitó a la cooperación española por los progresos realizados en los últimos años en “el triple nexo entre ayuda humanitaria, desarrollo y construcción de la paz trabajando en contextos frágiles”, aunque también le trasladó 10 recomendaciones para la mejora de la cooperación española²⁷, algo que seguro que influye en su estrategia COVID-19.

20 <https://www.semes.org/urgencias-y-emergencias-istan-a-todos-los-gobiernos-autonomicos-a-tomar-medidas-estatales-inminentes-para-solucionar-la-crisis-de-la-sanidad-espanola/>

21 <https://pap.es/articulo/13678/la-atencion-primaria-se-muere-y-no-parece-importar-a-casi-nadie-convertir-la-crisis-actual-en-la-oportunidad-para-una-nueva-y-potente-atencion-primaria>

22 https://www.eldiario.es/sociedad/550-dias-fecha-operarse-peor-pico-listas-espera_1_8969536.html

23 <https://www.plantadoce.com/entorno/el-mercado-hospitalario-privado-crece-un-5-en-2021-y-alcanza-11500-millones-de-euros.html#:~:text=La%20sanidad%20privada%20gana%20adeptos,Observatorio%20Sectorial%20DBK%20de%20Informa.>

24 <https://isanidad.com/214323/csif-denuncia-la-falta-de-4-000-millones-de-euros-para-paliar-el-deficit-de-personal-e-infraestructuras-de-atencion-primaria/>

25 <https://www.aepap.org/vacunas/calendarios-espanoles>

26 https://www.exteriores.gob.es/es/PoliticaExterior/Documents/Estrategia_de_respuesta.pdf

27 https://www.aecid.es/ES/Paginas/Sala%20de%20Prensa/Noticias/2022/2022_05/19_peerreview.aspx

ÉXITOS Y RETOS DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA. EXAMEN DE PARES²⁸

En 2021 la OCDE llevó a cabo el “examen de pares” de la cooperación española y elaboró un informe donde evalúa el progreso realizado desde la última revisión que fue en 2016. El informe destaca los éxitos y desafíos y hace recomendaciones para el futuro. Los países que examinaron la cooperación española fueron la República Checa y Japón.

En 2021 España ocupaba por volumen de fondos el puesto 13e entre los países donantes, con un 0,25 % de AOD, sin duda un gran avance respecto al 0,17 % de 2016 pero muy por debajo de lo que se espera de España, quinta economía de Europa. El informe resalta también el proceso de reformas emprendido y que debería concluir con la reforma del marco legislativo y normativo, la definición de nuevas prioridades y objetivos para la cooperación española y el aumento del presupuesto de la AOD hasta alcanzar el 0,7 % en 2030.

En la presentación del informe la presidenta del CAD de la OCDE, Susanna Moorehead, señaló como algo muy positivo el compromiso de España con la implementación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, así como el trabajo que la CE lleva a cabo en América Latina y África en ámbitos como la igualdad de género, la construcción de alianzas inclusivas y en la inversión en paz con una más que estimable aplicación del nexo entre lo humanitario, el desarrollo y la paz. Susanna Moorehead también destacó la importancia que España concede a la colaboración con las instituciones de la Unión Europea (UE) y otros socios, poniendo en valor el gran activo que suponen las ONG, implementadoras del 86 % de la AOFD en contextos frágiles, lo que permite a España actuar a un nivel muy local, fortaleciendo así la confianza y la participación.

Se reconocen los esfuerzos que se han realizado en los últimos años para fortalecer el per-

fil de la cooperación, intentando mantener las capacidades y la presencia internacional, reforzando la apuesta por un sistema abierto y descentralizado, definiendo estrategias, mejorando el diálogo de políticas, dando cabida a nuevos actores, incrementando los recursos y el vínculo con la ciudadanía. Todo ello en un contexto de incertidumbre y de inestabilidad política, si bien el informe añade que no se ha avanzado lo suficiente con las recomendaciones que el CAD realizó en 2016.

Aun cuando los esfuerzos realizados son relevantes, el informe añade que en algunos casos resultan a todas luces insuficientes y plantea una serie de recomendaciones que pretenden mejorar su dirección estratégica, racionalizar su marco administrativo, fortalecer sus recursos humanos y movilizar íntegramente su cooperación financiera.

El CAD considera que para que la cooperación al desarrollo fuera más eficaz, se debería reforzar el centro político del sistema y el papel rector de la SECI, sobre la base de su mandato específico sobre el área. De forma adicional, España también debe continuar el esfuerzo para aclarar la división del trabajo entre MAEUEC y AECID, en particular en lo que respecta a la planificación estratégica y la presupuestación, la formación de alianzas y la gestión de las contribuciones multilaterales.

Es urgente desarrollar una estrategia que integre en los objetivos del sistema de cooperación todos los instrumentos, con los mismos estándares de gestión, diligencia, riesgos, transparencia y capacidad de aprendizaje, así como las entidades de cooperación y enfoques regionales y locales.

El CAD recuerda la necesidad de avanzar en la mejora de los recursos económicos y humanos.

28 <https://www.oecd.org/dac/peer-reviews/Espana-2022-Resumen-y-recomendaciones.pdf>

Los compromisos presupuestarios recientes no se han cumplido, no se ha conseguido cumplir con el 0,4 % a 2020 y difícilmente se cumplirá el 0,5 % prometido para final de esta legislatura. En 2021 nos hemos quedado en un 0,25 %, la mitad de la media de lo que aportan los países de la UE, y para 2022 la previsión es llegar al 0,28 %. Adicionalmente la CE debe cumplir con otras metas presupuestarias, como es el caso de destinar el 10 % de la AOD a la AH, y elaborar una hoja de ruta con metas intermedias en el camino al 0,7 %.

Las políticas de recursos humanos es otro de los retos que menciona el CAD. Se trata de un reto recurrente, no resuelto, y de vital importancia para mejorar el sistema. La falta de oportunidades de desarrollo profesional, las malas condiciones de empleo, la complejidad de los acuerdos contractuales, así como el uso limitado de la reserva de talento local son factores que pesan sobre la capacidad de España para atraer y retener talento, pero también para explotar el conocimiento interno. Las recomendaciones del CAD, similares a las expresadas por el Consejo de Cooperación, pasan por (i) velar por que el número y la composición del personal a todos los niveles y en todas las instituciones permitan a cada institución cumplir su mandato; (ii) crear oportunidades de desarrollo profesional que eliminen la distinción entre Madrid y las oficinas de cooperación técnica; (iii) mejorar las condiciones de empleo para retener el talento, incluso para el personal expatriado; y (iv) dar un mayor papel al personal de contratación local.

El informe dedica un espacio importante a la planificación y a la gestión del conocimiento. A

pesar de los esfuerzos realizados, la capacidad del sistema es muy limitada a la hora de recopilar resultados y convertir estos en aprendizaje institucional. Falta una visión estratégica sostenible, basada en sistematización de datos y la supervisión de los resultados de todos y cada uno de los actores que integran el sistema.

Otro de los retos que menciona el CAD, trabajado ampliamente en el Consejo de Cooperación, tiene que ver con las limitaciones de la política para la cooperación financiera. El proceso de aprobación para las operaciones es extremadamente engorroso. España debe simplificar sus actuales disposiciones institucionales, hacer más eficientes sus operaciones y acompañarlas con medidas de control y garantías, en línea con su nueva política y planes de ampliación de la cooperación financiera.

Respecto a la acción humanitaria el CAD pone en valor la política humanitaria, su ambición y visión global, pero de difícil implementación debido a que los instrumentos desarrollados tienen un alcance limitado. Pone como ejemplo el nuevo Fondo Humanitario para la Recuperación Temprana, que cubre la asistencia humanitaria inicial, más seis meses de financiación. Sin embargo, esto a menudo no refleja la realidad de contextos frágiles en los que la transición al desarrollo temprano requiere enfoques más flexibles y menos fragmentados, que forman parte de un continuo más amplio desde la gestión de crisis hasta el desarrollo.

Finalmente destacar que el informe también se centra en los aspectos burocráticos de la cooperación (carga administrativa) que considera excesivos, poco flexibles y nada sostenibles.

Como una medida específica a destacar este año en referencia a la pandemia, el 7 de abril de 2022, la cooperación española lanzó su programa SALUD COVID²⁹, que pretende, a través de unas acciones específicas, fortalecer los sistemas sanitarios de 9 países (Bolivia, Colombia, Etiopía,

Guinea Ecuatorial, Mali, Mauritania, Mozambique, México y Paraguay) reforzando el acceso a servicios esenciales que hayan quedado debilitados por la pandemia, utilizando, si es necesario, el valor añadido del Sistema Público de Salud español. El presupuesto es de 4 millones de euros,

y si bien los recursos no parecen suficientes para poder establecer grandes mejoras en el acceso de las personas a sus sistemas sanitarios, es una iniciativa interesante que puede desarrollarse en el futuro con un mayor presupuesto y en más países.

Como se señalaba en anteriores informes, el papel de la cooperación española en la gestión de esta pandemia ha sido bipolar, con un silencio cómplice en el acaparamiento de vacunas y negándose en un primer momento a la liberación de patentes, para después apostar por la respuesta multilateral, el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y el acceso universal a medios diagnósticos y terapéuticos. La forma en la que los países donantes —incluyendo España— respondieron en un primer momento a la gestión de las vacunas contra la COVID-19 ha estado creando recelos en la población de muchos países, y puede tener consecuencias no solo para la pandemia, sino para el resto de las vacunaciones, algo fundamental para mejorar la salud mundial, sobre todo la infantil. La coherencia de políticas de cooperación, basadas en los derechos humanos, es uno de los grandes retos de la cooperación española que debe de asumir a la mayor brevedad posible.

La pandemia de la COVID-19 sigue afectando a la salud mundial, y ha mostrado la importancia de trabajar por una salud global. En ese sentido, la cooperación española debe reforzarse con los medios técnicos, humanos, económicos y de gestión suficientes para poder contribuir a esa mejora de la salud global, y para que la cooperación española tenga un espacio en las discusiones donde se deciden las grandes estrategias globales de salud.

Una seguridad global para evitar las consecuencias de nuevas pandemias debe ser uno de los elementos clave del futuro de la cooperación sanitaria, pero no puede ser el único eje en el que pivote esta cooperación, ya que existen muchos otros retos en el sector que deben de afrontarse. Esta pandemia ha mostrado la debilidad de las instituciones que debían de organizar

las respuestas globales en salud, y la dificultad de conseguir una respuesta común basada en un enfoque de derechos, que priorice la equidad, el impacto en la salud de las personas y la transparencia, y no respuestas individuales de los países o intereses comerciales o económicos de empresas y países.

Habrà que ver si los cambios tan positivos vistos en este capítulo sobre algunos aspectos de la cooperación en salud española se mantienen en los próximos años o si solo es una respuesta puntual como reacción a una crisis pandémica. El peso de la salud en el conjunto de la AOD, la apuesta por el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, o el desarrollo de una Estrategia de Desarrollo sostenible que enmarca el trabajo de la cooperación en salud, son elementos muy positivos que destacar. Pero es cierto que sería deseable contar con una estrategia específica del sector salud, que pudiera establecer las prioridades de una forma mucho más precisa. No se puede olvidar que el papel de la cooperación española, y la sanitaria en particular, puede ser muy importante en el panorama internacional, donde se necesitan ideas y políticas innovadoras para poder hacer frente a las amenazas globales a las que nos debemos enfrentar.

Porque en un mundo globalizado existen muchos otros retos muy diversos que deben tener respuesta y que están interrelacionados con la salud, como pueden ser los efectos del cambio climático en la salud, las resistencias antimicrobianas, la digitalización y la comunicación sobre la salud, el refuerzo de los sistemas de salud públicos como garantes de la equidad, y la multidisciplinariedad de la salud, tanto a nivel de políticas globales como locales. La Estrategia de Desarrollo Sostenible elaborada por la Cooperación Española puede orientar la respuesta para muchos de estos retos, pero es necesario establecer una hoja de ruta creíble y con recursos, donde la salud y los determinantes de la salud tengan el peso específico que se merece y los efectos en la salud se tengan en cuenta en todas las políticas.

29 https://www.aecid.es/ES/Paginas/Sala%20de%20Prensa/Noticias/2022/2022_04/SALUDCOVID.aspx

4

Acción humanitaria



- 235 millones de personas necesitaron ayuda y protección humanitaria en 2021; es decir, 1 de cada 33 personas que habitan el planeta. Mientras las necesidades aumentan, la financiación apenas lo hace. El llamamiento humanitario de Naciones Unidas (NN. UU.) para 2021, que ascendía a 37.637 millones de dólares, sólo ha sido financiado en 29.182 millones, el 53 %.
- En 2021, se calcula que 2.300 millones de personas vivieron inseguridad alimentaria moderada o grave, es decir el 11,7 % de la población mundial.
- En el plano individual las crisis humanitarias afectan al equilibrio psicológico de las personas. Según datos de estudios realizados por la OMS, los casos de trastornos de salud mental que en contextos normalizados aparecen entre el 10 % y 15 % de la población, en estos escenarios humanitarios se suelen duplicar alcanzando el 22 %.
- La ayuda humanitaria internacional en su conjunto ascendió a 29.632 millones de dólares, es decir, 2.058 millones de dólares más que en 2020, pero sigue siendo insuficiente para responder a las crecientes necesidades humanitarias.
- En 2021, el total destinado por la Cooperación Española (Administración General del Estado —AGE—, Comunidades Autónomas —CC. AA.—, Entidades Locales —EE. LL.— y universidades) a acción humanitaria (AH) ha seguido creciendo, aunque menos que en 2020, situándose en 107 millones de euros, 11 millones más que en 2020.
- En porcentaje, se mantiene una ligera tendencia alcista (3,5 % de AOD destinado a AH), aunque insuficiente para cumplir el compromiso establecido por la Cooperación Española en la Estrategia de Acción Humanitaria de destinar al menos el 10 % de su AOD a AH en 2026.
- La AGE continúa siendo el principal financiador de AH, con 81.916.660 euros lo que representa el 76 % de los fondos destinados a AH, porcentaje que supone un ligero descenso con respecto a 2020 por el importante incremento en la financiación de la cooperación descentralizada. Las CC. AA. la han aumentado en 4 millones, alcanzando los 19.818.571 euros, mientras que las EE. LL. la incrementan en 1,5 millones de euros situándola en 5.835.876 euros.
- Sectorialmente se prioriza la “Ayuda y servicios materiales de emergencia”, la “Coordinación de los servicios de protección de la ayuda”, “Ayuda alimentaria de emergencia” y los “Servicios básicos de salud en emergencias”, que suman 94.988.674 euros del total.
- El mayor porcentaje de ayuda humanitaria lo recibe África con el 25,82 %, seguida de América 22 % y de Oriente Medio con el 21 %. Aunque en apariencia se trata de una orientación equilibrada, África Subsahariana, la región que suporta el mayor número de crisis humanitarias tan solo recibe el 16,5 % de la financiación por lo que un año más está infrafinanciada.

1 Introducción

2021 ha sido un año de grandes desafíos para la acción humanitaria por el agudizamiento de las crisis, cada vez más interconectadas entre sí. Según los datos proporcionados por la Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas (OCHA, por sus siglas en inglés)¹, 235 millones de personas necesitaron ayuda y protección humanitaria en 2021, lo cual implica que 1 de cada 33 personas en el mundo precisó de ayuda, lo que se traduce en un amento vertiginoso con relación a las cifras de 2020 (una de cada 45 personas).

Sobre este total, el objetivo de la comunidad internacional ha sido ayudar a 160 millones de personas consideradas como más necesitadas, en un total de 56 países, para lo que se requerirían 38.000 millones de dólares. Si bien a lo largo de 2021 se ha asistido a un ligero incremento en los fondos destinados a la acción humanitaria, las necesidades que se han generado como consecuencia de desastres, conflictos, hambre y la crisis global desencadenada por la pandemia de la COVID-19 desde 2020, superan con creces el actual nivel de financiación del sistema humanitario internacional. Según el sistema de seguimiento financiero Financial Tracking Service (FTS por sus siglas en inglés)², en 2021 tanto la ayuda humanitaria internacional como los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU. aumentaron, la primera asignó 2.000 millones de dólares más que en 2020, hasta situarse en 29.362 millones de dólares, mientras que el segundo recibió 20.182 millones de dólares, 963 millones de dólares más que en 2020, lo que ha supuesto un ligero crecimiento del porcentaje

de financiación que pasa del 49,80 % en 2020 al 53,6 % en 2021.

Pese a lo logros conseguidos en 2021, los datos de la financiación resultan insuficientes para hacer frente al número, la complejidad y profundidad de las crisis humanitarias que han tenido lugar este año. En 2021 hemos asistido al recrudecimiento de los conflictos y la violencia que han provocado un número sin precedentes de desplazamientos internos y externos. Por otro lado, se vuelven cada vez más palpables los efectos de la crisis climática, con un incremento en los desastres naturales que conllevan ulteriores desplazamientos, hambre y desprotección, que golpean con especial fuerza a los colectivos más vulnerables (niñas y niños, mujeres y personas mayores) y a las personas que viven en situación de pobreza y exclusión social. Además, continúan extendiéndose los efectos de la pandemia de la COVID-19 que sigue impactando de forma muy desigual a los países y que ha conllevado una recesión económica mundial. Recesión que, por otro lado, se está agudizando en 2022, como consecuencia del estallido de la guerra en Ucrania (conflicto olvidado que había empezado ya en 2014) y las repercusiones en los precios de la energía y de los alimentos básicos a nivel mundial que impactan mucho más en los contextos más frágiles. Las crisis humanitarias se caracterizan cada vez más por el nivel de multidimensionalidad de los factores que la generan, perpetúan en el tiempo y profundizan. Y cuantas más necesidades interconectadas surgen, mayor es la brecha que se genera con las posibilidades reales de financiación de la ayuda humanitaria para atender

a la multiplicidad y profundidad de necesidades que van emergiendo año tras año. No se pueden obviar, además, dos importantes repercusiones transversales en la salud que se generan en estos contextos de extrema vulnerabilidad: las

violencias sexuales que se producen con especial frecuencia en situación de conflicto o desplazamiento forzoso, y las múltiples repercusiones en la salud mental de las personas que viven situaciones de crisis humanitarias.

Continúa creciendo el número de personas refugiadas y desplazadas internas

Conforme a los datos 2021 proporcionados por el Alto Comisionado de las NN. UU. para los Refugiados (ACNUR)³, 89,3 millones de personas en todo el mundo fueron desplazadas⁴ de forma forzosa por conflictos, persecuciones, violencias y violaciones de DDHH. Esta cifra supone un aumento de 7 millones de personas desplazadas en relación con 2020. Si se analiza la procedencia de los desplazados, más de dos tercios del total de las personas refugiadas proviene de cinco países que viven en la actualidad situaciones de guerra y conflictos: Siria, Venezuela, Afganistán, Sudán del Sur y Myanmar. Por otro lado, si se analiza el número de personas desplazadas internamente (IDP por sus siglas en inglés), en 2021 había 53,2 millones⁵ de las cuales 38 millones habían tenido que abandonar sus hogares en 2021 debido a conflictos, violencia y desastres naturales en 141 países y territorios.

En este contexto, igual que en años anteriores los desplazamientos internos han sido provocados principalmente por los conflictos surgidos en 59 países y territorios, provocando un alarmante aumento de 5,8 millones de personas que se enfrentan a esta realidad en comparación con 2020. Los países más afectados son: Afganistán, Burkina Faso, Etiopía y Yemen. Siria también sigue manteniendo cifras muy altas de desplazamientos

así como la República Democrática del Congo y Colombia (representando entre los tres un tercio del total mundial de IDP). Cabe señalar que estas cifras incluyen también a las personas desplazadas en años o incluso décadas anteriores, puesto que muchas personas desplazadas internas tienen esta condición desde hace muchos años como en Nigeria o Mozambique.

Especialmente alarmante es la situación de los desplazamientos en los países que viven un conflicto armado. Según los datos registrados únicamente en 2021⁶, 12,5 millones de personas tuvieron que abandonar sus casas y sus tierras para huir de los conflictos armados. Entre los países más afectados están Irak y Siria. Ambos países vienen acumulando reiterados movimientos de desplazamientos internos para huir de las zonas de conflictos que iban cambiando con el tiempo. Se calcula que solo la violencia entre comunidades ha provocado 1,3 millones de desplazamientos internos en 24 países, siendo África Subsahariana la más afectada, aunque no la única, porque, no hay que olvidar que varios países del continente americano, incluidos El Salvador, México y Haití viven anualmente desplazamientos asociados con la violencia, aunque no siempre se disponga de datos suficientes para contabilizarlo de forma rigurosa.

1 Global Humanitarian Overview 2021. OCHA.

2 Appeals and response plans 2021 | Financial Tracking Service (unocha.org)

3 Global Trends. Forced Displacement in 2021. UNHCR.

4 Este dato incluye las siguientes categorías de personas de desplazadas: 27,1 millones de refugiados, 53,2 millones de desplazados internamente, 4,6 millones de solicitantes de asilo, 4,4 millones de venezolanos desplazados al extranjero.

5 Global Report on Internal Displacement 2021. UNHCR

6 Global Humanitarian Overview 2021. OCHA.

Por otro lado, en cuanto a los desplazamientos internos por desastres naturales en 2021, si bien la cifra global decreció en relación con 2020, sigue situándose en 23,6 millones de personas. Sobre el total de los desplazamientos, se calcula que más del 94 % fueron provocados por acontecimientos vinculados con el cambio climático, como huracanes, tormentas, inundaciones o sequías. Se están haciendo cada año más evidentes las consecuencias de la crisis climática que afecta directamente a la supervivencia de millones de personas que viven en situación de mayor vulnerabilidad. Entre los países más afectados por crisis climáticas están: Afganistán, Etiopía o Madagascar. En este sentido, es funda-

mental evidenciar que los efectos del cambio climático impactan con mucha más fuerza en las poblaciones que se encuentran en una situación de mayor vulnerabilidad estructural, puesto que afecta directamente a la escasez de recursos básicos como son: el agua potable y la seguridad alimentaria. El acceso a estos recursos se ve comprometido por el aumento de los ciclos de sequía, del régimen de lluvias y la subida de las temperaturas, causados en parte por el calentamiento global, son las causas de los desastres naturales que tienen repercusiones directas en la vida de familias y comunidades provocando no solo desplazamientos, si no niveles de inseguridad alimentaria sin precedentes.

El hambre en el mundo sigue en aumento

Según la FAO⁷, entre 702 y 828 millones de personas padecen hambre en 2021 y 193 millones de personas tienen inseguridad alimentaria aguda y necesitan asistencia urgente en 53 países/territorios (un aumento de casi 40 millones de personas en comparación con 2020).

Si bien desde el inicio de la pandemia de la COVID-19 se ha asistido a un fuerte incremento de la subalimentación en el mundo, cabe señalar que el aumento en 2021 ha sido inferior al de años anteriores (103 millones de personas más entre 2019 y 2020 y 46 millones de personas más en 2021). Aun así, las previsiones para 2022 indican que alrededor de 670 millones de personas seguirán padeciendo hambre, es decir, el 8 % de la población mundial, un porcentaje muy alejado del objetivo 2 de los ODS de poner fin al hambre del mundo en 2030.

En 2021, se calcula que 2.300 millones de personas vivieron inseguridad alimentaria moderada o grave, es decir el 11,7 % de la población mundial. Aunque la inseguridad alimentaria

moderada permaneció estable, la inseguridad alimentaria grave alcanzó niveles más elevados, reflejando un empeoramiento de la situación de muchas personas que se encontraban ya en una situación de gran vulnerabilidad alimentaria.

Conforme a los datos proporcionados por la FAO⁸, casi el 70 % de la población que se encuentra en situación de inseguridad alimentaria aguda (Fase 3 o peor de la escala de la Clasificación Integrada de las Fases de la Seguridad Alimentaria, IPC/CH), viven en diez países/territorios: la República Democrática del Congo, Afganistán, Etiopía, Yemen, norte de Nigeria, Siria, Sudán, Sudán del Sur, Pakistán y Haití. En siete de éstos, la situación de conflicto que vive el país o la región conlleva niveles de violencia, inseguridad y desprotección que fueron la principal razón del nivel de inseguridad alimentaria vivida por la población.

Por otro lado, si se analizan los datos relativos a condiciones de Emergencia o peores (IPC/CH Fase 4 o superior), en 2021 se calcula que casi 40

millones de personas se enfrentaban a esta gravísima situación en 36 países mientras que más de medio millón de personas (570.000) se enfrentaban a catástrofes y hambrunas (Fase 5 del IPC/CH) de gran alcance en cuatro países: Etiopía, Sudán del Sur, el sur de Madagascar y Yemen.

Por último, en términos globales, África es la región con el porcentaje más elevado de población que se enfrenta al hambre (20,2 % de la

población) seguida por Asia (9,1 %), América Latina y el Caribe (8,6 %), Oceanía (5,8 %) y menos del 2,5 % en América septentrional y Europa.

Como se ha mencionado anteriormente la agudización de las crisis humanitarias en determinadas regiones está cada vez más vinculada a un conjunto de factores desencadenantes que coinciden en un mismo territorio país, región o grupo de personas afectadas.

PANDEMIA, GUERRA, CRISIS ALIMENTARIA

José María Medina Rey

Responsable de gestión del conocimiento

Enraíza Derechos

En 2016, por iniciativa de la Unión Europea, la FAO y el PMA, se creó la Red Global contra las Crisis Alimentarias y esta red comenzó a elaborar un informe anual titulado “Global Report on Food Crises”. La edición de 2021 señalaba que la pandemia de COVID-19 fue en 2020 el principal impulsor de la inseguridad alimentaria aguda para más de 40 millones de personas en situaciones de crisis, emergencia o hambruna (IPC⁹ Fase 3 o superior) en 17 países, frente a alrededor de 24 millones de personas en ocho países en 2019. El impacto socioeconómico de COVID-19 agregó más dificultades en algunas de las peores crisis alimentarias. En 2021 las crisis económicas, incluyendo el impacto de la pandemia de COVID-19, fueron factor primario, secundario o terciario de inseguridad alimentaria en 48 de los 53 países/territorios cubiertos en la edición 2022 del informe.

La situación de partida previa a la pandemia de COVID-19 no era buena; durante varios años se habían incrementado las cifras de personas en

situación de hambre, inseguridad alimentaria y malnutrición. No se estaba en camino de cumplir los compromisos del ODS 2. Pero la pandemia complicó considerablemente este objetivo. En 2020 padecieron hambre en todo el mundo entre 720 y 811 millones de personas, es decir, entre 118 y 161 millones de personas más que en 2019. La prevalencia de la subalimentación creció en apenas un año del 8,4 % a cerca del 9,9 %. Además, casi una de cada tres personas en el mundo careció de acceso a alimentos adecuados, lo que supuso un aumento en solo un año de casi 320 millones de personas sin acceso a una alimentación adecuada.

La crisis de la pandemia afectó a los sistemas alimentarios y limitó el acceso de las personas a los alimentos a través de múltiples dinámicas, en unos casos por la interrupción de las cadenas de suministro de alimentos a raíz de los bloqueos provocados por las medidas adoptadas para prevenir y paliar los brotes de COVID-19; en otros por la desaceleración económica mundial, la desigual

7 El estado de la seguridad alimentaria y la nutrición en el mundo 2022. FAO.

8 Ibidem.

9 La Clasificación Integrada de Fases de Seguridad Alimentaria (IPC por sus siglas en inglés) clasifica las situaciones de inseguridad alimentaria aguda (es decir, situaciones de privación de alimentos que amenaza vidas o medios de subsistencia, independientemente de las causas, el contexto o la duración) en cinco fases: mínima, estrés, crisis, emergencia y hambruna. Se pueden ver detalles al respecto en la web <https://www.ipcinfo.org>

recuperación a medida que circulaban nuevas variantes del virus y causaban más amenazas a la salud pública y seguridad alimentaria y la pérdidas de ingresos por parte de muchas personas.

La pandemia ha supuesto una situación de recesión global. El PIB mundial decreció un 3,3 % en 2020 como resultado de la desaceleración económica causada por esta crisis sanitaria global. Para muchas personas la pandemia y las medidas para atajarla se tradujeron en desempleo, pérdida de ingresos y dificultades para comprar alimentos, en un contexto de subidas de precios. Según el índice de precios que maneja el Banco Mundial, los precios mundiales de los alimentos subieron un 14 % en 2020, lo que se tradujo en que un número considerable de personas se quedara sin alimentos o redujera su consumo.

Muchas personas que trabajan informalmente, en servicios, restaurantes y comercio minorista, perdieron sus medios de subsistencia; también, las personas que trabajan en la agricultura, como temporeros, y que, para completar sus ingresos, necesitan migrar temporalmente y dedicarse a actividades no agrícolas, tanto a nivel nacional como internacional, para apoyar sus medios de vida y obtener capital para invertir en su terreno. Las poblaciones más pobres y vulnerables que tienen menos recursos para hacer frente a la pérdida de empleos e ingresos y, por lo tanto, tienen menos capacidad para adaptarse a la crisis, son las más afectadas. Muchas de estas personas han tenido que optar por reducir raciones o por una alimentación de menos calidad y menos nutritiva.

Por si el impacto de la pandemia sobre la crisis alimentaria hubiera sido poco, en 2022 se ha sumado el impacto de la guerra en Ucrania. Es conocido el efecto que tienen las situaciones de conflicto sobre las crisis alimentarias. Se estima que más del 60 % de la población en situación de hambre vive en países en situación de conflicto. Las poblaciones que viven en un contexto de conflicto estén más expuestas a situaciones

de inseguridad alimentaria, porque estas situaciones pueden hacer perder cosechas o impedir que se cultiven los campos; pueden romper los mercados e impedir un adecuado abastecimiento alimentario para la población; pueden destruir otros bienes e infraestructuras, empobrecer a la población y dificultar su acceso económico a los alimentos; pueden desplazar a la población que, de esta manera, pierde sus medios de vida; puede dificultar el acceso de la ayuda humanitaria, incluyendo la ayuda alimentaria de emergencia, generando riesgo de hambruna; la población puede quedar paralizada por el miedo y sin capacidad para desarrollar medios de subsistencia alternativos.

Pero la guerra de Ucrania ha puesto de relieve otra conexión entre los conflictos y la crisis alimentaria. El peso de Rusia y Ucrania en el comercio internacional de algunos productos agrícolas básicos llevó a la FAO a prever desde el inicio un negativo impacto de la guerra en el sistema alimentario y en la crisis alimentaria global. Hay que tener presente que ambos países suponen el 40 % de las exportaciones del gas mundial, el 30 % de los fertilizantes, el 30 % de las exportaciones de trigo, el 50 % de las de aceite de girasol y el 23 % de las de cebada mundial. Por todo ello, la mezcla entre una coyuntura alimentaria compleja, con motivo de la pandemia, junto a la situación provocada por la invasión, supone una combinación muy peligrosa para la economía mundial que va a afectar sobre todo a la población más vulnerable del planeta. El economista jefe de la FAO, Máximo Torero, ha señalado que en 2023 podemos tener un problema de abastecimiento de alimentos básicos a nivel global, un problema de disponibilidad; esto podrá hacer subir aún más los precios y generará graves problemas para los países más vulnerables, que ya han visto encarecerse enormemente sus importaciones de alimentos.

Algunos países —especialmente países menos avanzados y países de bajos ingresos con dé-

ficit alimentario— tienen una gran dependencia de los suministros de alimentos de Ucrania y Rusia para satisfacer sus necesidades de consumo. Algunos ya venían sufriendo los efectos negativos de los altos precios internacionales de alimentos y fertilizantes antes del conflicto. Hasta 47 países tienen una dependencia mayor del 30 % de las importaciones de trigo proveniente de Ucrania y Rusia; y de ellos, 27 tienen una dependencia mayor del 50 %, entre los que están Eritrea, Somalia, Armenia, Georgia, Líbano, Egipto, Congo, Tanzania, Ruanda, Namibia, Senegal o Mauritania. Algunos, como Benín, tienen una dependencia total de las importaciones de trigo de Ucrania y Rusia. Esos 47 países, en conjunto, representan una población de más de 1.300 millones de habitantes.

Por tanto, este conflicto no solamente conlleva un riesgo de inseguridad alimentaria de algunos sectores de la población ucraniana afectada por la guerra, sino que, por el papel de los dos países en el sistema alimentario global, supone un riesgo de crisis alimentaria para muchos países.

A pesar de que las existencias mundiales de arroz, trigo y maíz —los tres principales alimentos básicos— siguen siendo históricamente altas, la confluencia sobre los sistemas alimentarios de los impactos de la pandemia, el cambio climático, las devaluaciones monetarias y el encarecimiento del petróleo, junto con el impacto de la guerra de Ucrania, están afectando a la disponibilidad y accesibilidad económica a los alimentos, dado su efecto sobre la formación de precios.

Para hacer seguimiento de los precios mundiales de los alimentos, la FAO calcula desde 1990 el índice de precio de los alimentos. Es un índice complejo, compuesto por los precios de los 55 alimentos más básicos, organizados en cinco

grupos (cereales, aceites y grasas, azúcar, carnes y productos lácteos). En marzo 2020, con datos prepandemia, el índice FAO de precio de los alimentos era 95,2; en marzo 2022, con el impacto de la pandemia y de la guerra en Ucrania, el índice alcanzaba un récord histórico: 159,7 puntos.

En resumen, tenemos un sistema alimentario que no cumple con su finalidad primordial, que es alimentar de forma suficiente y adecuada a todas las personas; que además está generando un negativo impacto ambiental que se traduce en enormes emisiones de gases de efecto invernadero, sobreexplotación de acuíferos, degradación de suelos, pérdida de biodiversidad, agotamiento de los bancos de peces, etc.; que también está provocando una enorme carga de enfermedad (diabetes, hipertensión, determinados tipos de cáncer, etc.) hasta el punto que se estima que cada año se producen en el mundo 11 millones de muertes por causas asociadas a la mala alimentación; que tiene el enorme desafío de incrementar la producción de alimentos para una humanidad creciente en un contexto de cambio climático y reduciendo significativamente su huella ambiental; y que, además de todo eso, está tensionado por los impactos acumulados de la pandemia de COVID-19 y de la guerra en Ucrania.

Tenemos crisis alimentaria y crisis del sistema alimentario. Las soluciones que busquemos, aunque respondan a las necesidades de corto plazo (a los millones de personas en situación de inseguridad alimentaria aguda), tienen que tener una mirada de largo plazo. El sistema alimentario global necesita una reforma profunda, con cambios radicales tanto en la forma en que producimos alimentos como en la forma en que los consumimos. Y el tiempo se nos va acabando.

Siguen creciendo las necesidades humanitarias en todas las regiones

A nivel global, en los últimos dos años se asiste a un fuerte aumento en las necesidades humanitarias en las regiones de Asia y el Pacífico, América Latina y el Caribe y África Meridional y Oriental, reflejado en el aumento notable en el número de Planes de respuesta humanitarias para los países de estas regiones.

Las dos regiones que siguen teniendo las mayores necesidades humanitarias son: África (en especial el Norte de África y África Occidental y Central) y Oriente Medio, debido a las prolongadas y múltiples crisis que afectan a muchos de sus países.

En Etiopía, 25,9 millones de personas necesitan ayuda humanitaria como consecuencia de la crisis climática, el aumento del conflicto interno en el país y la inseguridad, así como los brotes de enfermedades y el deterioro global de la economía con sus dramáticas repercusiones en la vida de millones de personas.

En Afganistán se requiere asistencia diaria para más de 24 millones de personas que se encuentran en una situación de vulnerabilidad sin precedentes causada por la grave inseguridad alimentaria provocada por la peor sequía en 27 años, las repetidas crisis económicas y la situación política del país.

Sudán del Sur sigue expuesto a los niveles más altos de inseguridad alimentaria y desnutrición en 10 años, situación que se ha agudizado como consecuencia de tres años consecutivos de inundaciones, las crisis macroeconómicas, los brotes de enfermedades y el aumento de la violencia.

En Myanmar 14,4 millones de personas necesitan asistencia humanitaria urgentemente. El país está viviendo un momento de fuerte crisis política, que está generando una crisis humanitaria y una violación de derechos humanos sin precedentes, junto con una tercera ola grave de COVID-19 en 2021.

Haití sigue siendo el país con mayores necesidades de ayuda humanitaria ya que el 43 % de la población vive en situación de grave vulne-

rabilidad como consecuencia del deterioro del contexto socioeconómico, político y de seguridad junto con los efectos de la pandemia de la COVID-19 y el terremoto de magnitud 7,2 que afectó a más de 800.000 personas.

En Oriente Medio, la hambruna sigue afectando a 16,2 millones de personas en Yemen, pese a los esfuerzos de las organizaciones humanitarias en los últimos años, que sigue siendo insuficiente. Mientras que Siria, tras una década de crisis sigue enfrentándose a desplazamientos masivos de su población provocados por el conflicto, la sequía, las grandes pérdidas de cosechas, así como por la falta de servicios básicos, de suministros y la crisis económica que sufre el país.

2022 presenta escenarios de mayor complejidad que 2021. La guerra en Ucrania, el aumento de los precios de productos básicos, la escasez de la distribución de cereales procedentes de los mayores productores mundiales y la profundización de la recesión mundial están impactando a múltiples niveles el alcance de la ayuda humanitaria. Además, no hay que olvidar que la persistencia de la pandemia de la COVID-19 sigue teniendo fuertes repercusiones en los sistemas de salud en todo el mundo, reduciendo en gran parte los fondos destinados a la asistencia sanitaria y debilitando los sistemas de salud. Por otro lado, el panorama mundial de crisis humanitarias y sus efectos sobre la salud de las poblaciones más vulnerables sigue ampliándose y complejizándose por la interconexión cada vez más evidente de factores multiplicadores (inseguridad alimentaria, conflictos, desplazamientos, desastres naturales, falta de acceso a los suministros básicos) que perjudican de forma irreversible el derecho a la salud para todos y todas. Para los años venideros el gran reto de la acción humanitaria consistirá en procurar revertir esta tendencia e implementar medidas que restablezcan, consoliden y/o refuercen el derecho a la salud incluso en los contextos de mayores crisis humanitarias.

EPIDEMIAS EN 2021

Las principales epidemias que se han generado en 2021 en los países que reciben ayuda humanitaria, han sido provocadas por causas atribuibles a sistemas nacionales de salud frágiles, falta de prevención, de acceso a medicamentos y vacunas o el limitado alcance de los sistemas de suministros básicos como agua y saneamiento. Sin olvidar por supuesto el factor de mayor vulnerabilidad estructural que viven millones de personas que viven en una situación de inseguridad alimentaria lo que provoca una mayor fragilidad estructural.

Los brotes de cólera, sarampión, meningitis o ébola, por poner solo algunos ejemplos pueden tener consecuencias devastadoras cuando se superponen a otras crisis tanto si están motivadas por conflictos y violencia, hambrunas, sequías etc. En estos contextos, la capacidad de los sistemas de salud y las organizaciones humanitarias para responder adecuadamente es todo un reto.

Cólera en Níger

El cólera es una enfermedad que se transmite a través del agua contaminada y que se propaga con gran facilidad cuando las personas viven en condiciones de hacinamiento y/o infravivienda que no garantizan los niveles mínimos de agua y saneamiento. Si a esto se suma un sistema sanitario frágil como en Níger resulta muy difícil detener el brote.

En 2021 se han registrado en el país un total de 5.572 casos de cólera y 166 muertes relacionadas, con una tasa de letalidad del 3 %¹⁰. El ministro de Salud Pública de Níger alertó en septiembre que hasta la mitad del mes de agosto se habían producidos ya 845 casos sospecho-

sos de cóleras y 35 muertes¹¹. Inicialmente, los casos aparecieron únicamente en dos zonas del país (Zinder y Maradi), sin embargo, al cabo de unos pocos días la epidemia se expandió rápidamente y llegó a afectar 6 de las 8 regiones del país (Tahoua, Dosso, Niamey y Tillabery). No se logró detener la propagación de la epidemia hasta enero de 2022¹², 4 meses después.

Sarampión en Afganistán

El sarampión es una enfermedad altamente contagiosa que afecta en su mayoría a menores de entre 1 y 3 años y que sigue representando una de las principales causas de muerte en menores en todo el mundo, pese a la existencia de una vacuna que puede prevenirlo. En poblaciones con altos niveles de malnutrición y falta de atención sanitaria adecuada, el sarampión puede llegar a matar al 10 % de los casos¹³.

Entre los países que sufren crisis humanitarias prolongadas, Afganistán destaca por un conjunto de factores alarmantes: el alto nivel de inseguridad alimentaria, los largos periodos de sequías y el debilitamiento del sistema sanitario como consecuencia de las repetidas crisis económicas y políticas del país.

En este contexto, a finales de marzo de 2022, el brote de sarampión ha provocado 62.185 contagios y 330 muertes reportadas en todo el país desde enero de 2021 (80 % eran menores de cinco años)¹⁴. Si bien se ha puesto en marcha una campaña masiva de vacunación contra el sarampión, en mayo de 2022 la epidemia seguía aumentando con 41.085 nuevos casos de sarampión y 270 muertes registradas solo desde el comienzo de 2022¹⁵.

10 [Niger: Cholera Outbreak 2021 - Operation Update Report n° 1 DREF Operation n° MDRNE025 \(14/12/2021\)](#)

11 [Niger / cholera epidemic outbreak 2021 Emergency Plan of Action \(EPoA\) DREF Operation n° MDRNE025 \(04/09/2021\)](#)

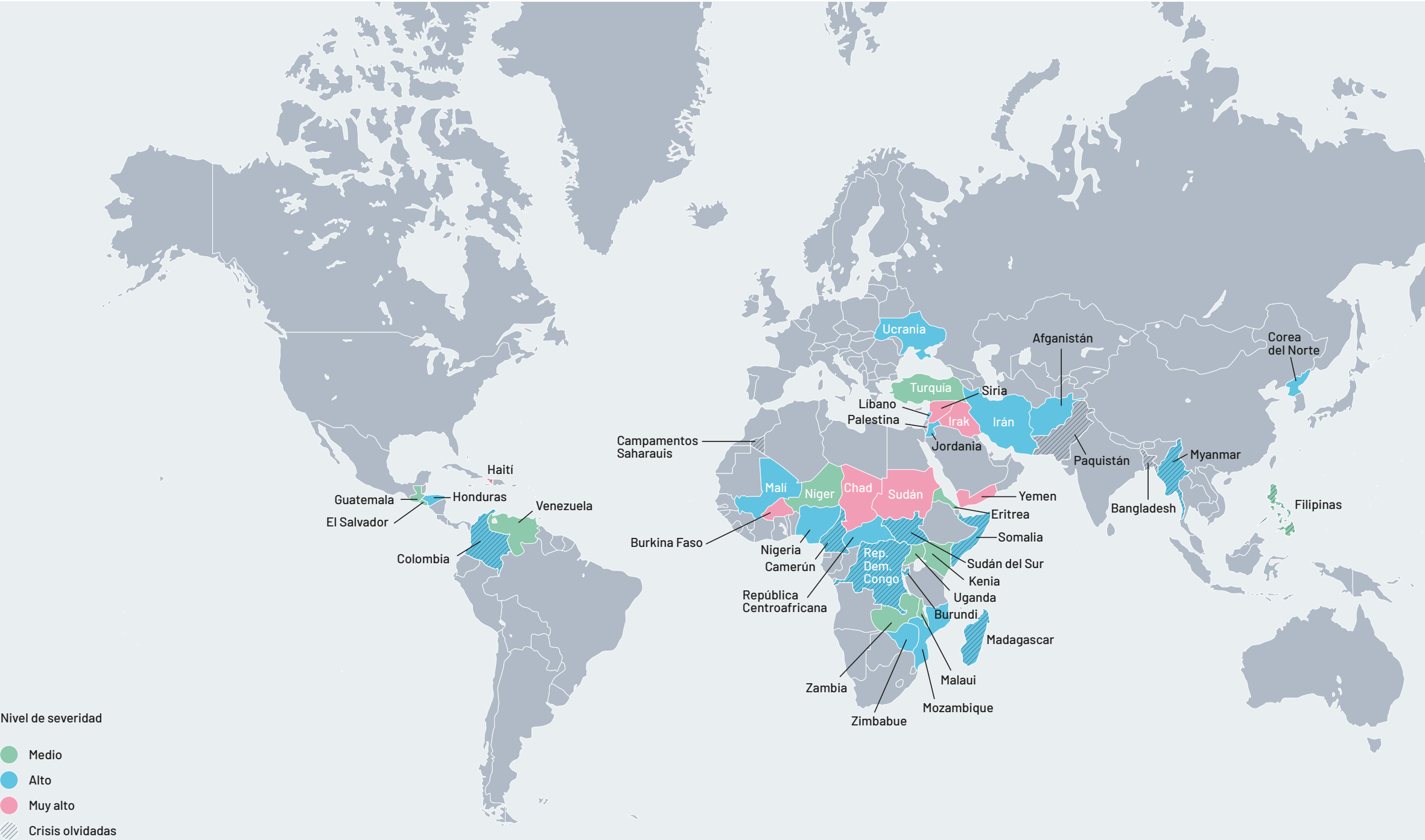
12 [Niger: Cholera Outbreak 2021 - Operation Update Report n° 2 DREF Operation n° MDRNE025. \(21/01/2022\)](#)

13 [Sarampión, OPS. \(consultado el 21/10/22\)](#)

14 [UNICEF Afghanistan Humanitarian Situation Report #4. \(31/03/2022\)](#)

15 [Afghanistan Humanitarian Situation Report #5. \(26/05/2022\)](#)

GRÁFICO 4.1. Mapa de crisis humanitarias por nivel de severidad en 2021



FUENTE: DEVELOPMENT INITIATIVES, GLOBAL HUMANITARIAN ASSISTANCE REPORT 2022
FUENTE CRISIS OLVIDADAS: ECHO, UE. [HTTPS://CIVIL-PROTECTION-HUMANITARIAN-AID.EC.EUROPA.EU/WHAT/HUMANITARIAN-AID/NEEDS-ASSESSMENT/FORGOTTEN-CRISES_EN](https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/what/humanitarian-aid/needs-assessment/forgotten-crises_en)

2 La acción humanitaria en la Agenda Internacional

2.1. El abordaje de la Salud Mental en las crisis humanitarias

La respuesta de la mayoría de las agencias y organizaciones internacionales a las crisis humanitarias ha incorporado en los últimos años los componentes de salud mental y apoyo psicosocial. Ambos componentes que están estrechamente relacionados y se consideran complementarios, son considerados imprescindibles de implementar en las emergencias por la mayor parte de actores humanitarios.

Las emergencias humanitarias ocasionadas por violencia social, por conflictos armados, por eventos climáticos extremos que llegan a producir catástrofes naturales, o por brotes epidémicos no solo producen una asoladora destrucción en las zonas afectadas, también causan un gran número de víctimas. Independientemente de la naturaleza de la crisis, estas suelen provocar importantes desplazamientos forzados de población, que a su vez son condicionantes de crisis sociales en las comunidades que las sufren. Estas situaciones no solo ponen en riesgo la dignidad de las personas, sino que llegan a propiciar situaciones donde se pueden producir violaciones de los derechos. Pero el impacto a nivel individual es incluso mayor generando en las personas afectadas un intenso sufrimiento psicológico.

El modo en que las emergencias humanitarias afectan a las comunidades y a las personas va a depender entre otros factores del tipo de evento que se haya producido. En términos generales se produce desestructuración social y quebranto de los proyectos de desarrollo de la comunidad afectada. También se altera el funcionamiento de los grupos sociales y el papel catalizador que las redes sociales desempe-

ñan en la comunidad. Además, hay que tener en cuenta el contagio del sufrimiento emocional que se produce en una comunidad afectada por una crisis, que hace que se transmitan rápidamente el malestar psicológico, la ansiedad y la desesperanza entre el colectivo.

EFFECTOS PSICOLÓGICOS DE LAS CRISIS HUMANITARIAS EN EL PLANO INDIVIDUAL

En el plano individual las crisis humanitarias afectan al equilibrio psicológico de las personas e incluso a su salud mental. Mientras que en los casos de personas con trastorno mental previo se suele producir incremento en la sintomatología o descompensación de estos procesos. Sin embargo, existen además diferentes factores biológicos, psicológicos y ambientales que interactúan para hacer que las personas acaben desarrollando alteraciones psicológicas o por el contrario se muestran resistentes a estas. Por esto, aunque toda la población en el contexto de una crisis puede verse afectada psicológicamente, existen subgrupos más susceptibles. Entre estos se encuentran las personas refugiadas, minorías étnicas, personas con enfermedades crónicas, con trastornos mentales, con discapacidad intelectual, personas de edad avanzada, mujeres sin apoyo familiar, menores no acompañados, o colectivo en exclusión social.

En su conjunto todo esto supone un notable incremento en la carga de problemas psicológicos y psicosociales en los contextos de crisis humanitarias. La amplia gama de estos es difícil de cuantificar, pero según datos de estudios realizados por la OMS los casos de trastornos

de salud mental que en contextos normalizados ascienden entre el 10 % y 15 % de la población, en estos escenarios humanitarios se suelen duplicar alcanzando el 22 % de la población. Esto supone una prevalencia de trastornos de salud mental notablemente elevada.

TIPOLOGÍAS DE ALTERACIONES Y TRASTORNOS MENTALES CONSECUENCIA DE CRISIS HUMANITARIAS

Un análisis más detallado de las alteraciones de salud mental en las situaciones de crisis humanitarias, evidencia que los casos encontrados con más frecuencia son las alteraciones emocionales por el evento y las crisis psicológicas por las amenazas a la supervivencia. También es habitual el estrés situacional derivado de las difíciles condiciones de vida en estos contextos. Sin embargo, es bastante impreciso el límite entre estas reacciones emocionales comprensibles y que suelen ser transitorias, y la alteración psicológica. Se puede decir que esta se produce en el caso de reacciones traumáticas de acontecimientos altamente impactantes vividos, en las reacciones de duelo por la pérdida de seres queridos, o entre otras, en las somatizaciones ante retos difíciles de afrontar. Estos cuadros que pueden llevar a la quiebra psicológica afectan en torno al 13 % de la población en estos escenarios.

En los menores afectados, se puede llegar a apreciar desde pérdida de interés por el juego y la interacción con otros menores, hasta alteraciones del sueño o la alimentación, o regresiones en el desarrollo como la enuresis nocturna. En los adolescentes también se pueden apreciar pérdida de interés por los estudios y alteraciones de conducta que afectan al entorno familiar.

De mayor relevancia en las personas adultas, son los casos de trastornos depresivos y trastornos de ansiedad moderados entre los que destacan los ataques de pánico. Uno de los cuadros más característico en las situaciones de emergencia es el Trastorno de Estrés Postraumá-

tico que afecta en diferente grado de intensidad a quienes han experimentado vivencias de alto riesgo para la integridad física. Estos cuadros moderados suponen el 4 % de la población.

La dificultad para hacer frente a situaciones complejas conlleva en diferentes casos el consumo de sustancias de abuso. En su mayoría se trata de consumo de alcohol por la disponibilidad y el fácil acceso a estas bebidas, y que condiciona graves desajustes en las relaciones del entorno de la persona. Dependiendo de los escenarios se puede observar el consumo de otras sustancias adictivas que pueden resultar bastante nocivas para quien las consume. Otra conducta altamente desadaptativa son los intentos autolíticos que se relacionan con las vivencias de desesperanza por parte de quien lo sufre y que acaba siendo devastador para la propia persona y para su entorno más cercano.

Los casos más preocupantes son los de aquellas personas que ya presentaban un trastorno de salud mental y que en el contexto de una crisis humanitaria, es altamente probable que se incremente en intensidad o que se descompense. Además, la interrupción de la terapia o el tratamiento aplicado va a agravar notablemente los síntomas. Estos trastornos llegan a afectar al 5 % de la población en estos contextos.

LA SALUD MENTAL EN LA ESTRATEGIA GLOBAL DE INTERVENCIÓN DE ACCIÓN HUMANITARIA

La respuesta a las necesidades psicosociales de la comunidad, y a las individuales de las personas afectadas debe formar parte de la estrategia global de intervención de los actores humanitarios que actúan en las emergencias. Las agencias humanitarias de NN. UU. con la OMS como líder y el Comité Permanente Inter-Agencial (IASC) disponen de un marco de actuación que estructura la cobertura de las necesidades psicosociales y de salud mental en categorías. Estos niveles deben ser cubiertos desde los más esenciales y comunes a la mayoría de la población hasta los más específicos de una forma complementaria.

Por esto, previo a cualquier intervención es preciso que la población afectada tenga satisfechas las necesidades básicas necesarias para la supervivencia y asegurada la protección. Esto exige una importante coordinación de las agencias y organizaciones humanitarias por un lado y la implicación de las autoridades locales y agencias de seguridad internacional por otro.

El propósito de las intervenciones humanitarias consiste, sobre todo, en garantizar la supervivencia de la población. Sin embargo, esto por sí solo no basta, ya que las personas deben gozar de unas condiciones de dignidad y sentirse integradas en su ámbito sociocultural. En esta línea es clave actuar para recuperar el bienestar psicosocial de la comunidad. Se trata de mantener la estructuración social mediante el restablecimiento de las redes sociales de apoyo al tiempo que se refuerzan los servicios comunitarios. De forma complementaria se debe facilitar a las personas el acceso a los recursos de ayuda desplegados por las agencias humanitarias. La mejora del bienestar psicosocial es un factor de motivación para el funcionamiento social que va a contribuir a salir más rápidamente de la situación de crisis humanitaria.

Conjuntamente, la respuesta humanitaria persigue hacer frente al impacto psicológico que la crisis humanitaria tiene en las personas y en las familias afectadas. La mayoría de quienes presentan alteraciones emocionales se benefician de intervenciones centradas en el apoyo emocional para los casos más leves, y de intervención en crisis para los casos de mayor intensidad. Para llevarlas a cabo se cuenta con equipos de respuesta y ayuda humanitaria locales capacitados en Primera Ayuda Psicológica.

TIPOS DE INTERVENCIÓN PSICOSOCIALES EN CONTEXTOS DA AYUDA HUMANITARIA

Quienes experimentan respuestas psicológicas reactivas ante situaciones desbordantes se beneficiarán de intervenciones de counseling individual. Mientras que las intervenciones

grupales son considerablemente útiles para el fomento de la resiliencia comunitaria y la cohesión social muy necesaria en estos escenarios. Este tipo de intervenciones pueden llevarlas a cabo counsellors provenientes de la comunidad y entrenados en estas habilidades. Las intervenciones individuales hasta aquí expuestas pueden en determinados contextos, como en los conflictos armados, beneficiarse del establecimiento de hotlines. Estas líneas telefónicas de ayuda psicológica deben ponerse en marcha desde el inicio de la respuesta humanitaria.

Las intervenciones dirigidas a quienes el impacto de la crisis humanitaria les ha originado un trastorno de salud mental leve o moderado suelen precisar terapia. Para proporcionarla se precisa de profesionales de salud mental con experiencia en emergencias. Quienes precisan intervenciones adicionales deben ser remitidas, a través de circuitos de derivación establecidos, a servicios de salud mental locales en funcionamiento, o a los proporcionados por equipos de salud mental humanitarios.

Estos servicios especializados van a proporcionar asistencia a personas con trastorno mental grave. Este tipo de atención trata de involucrar a la familia y al entorno más próximo a la persona afectada. Para llevar a cabo intervenciones de calidad se precisa movilizar recursos comunitarios y contar con personal cualificado que con frecuencia no está disponible en los escenarios de emergencia. Existe unanimidad respecto a la necesidad de tratar desde el inicio los problemas de salud mental derivados o agravados en estas situaciones. Una intervención precoz va a prevenir la evolución de estos procesos y su cronificación que acaban teniendo un devastador impacto en las personas que no son tratadas.

Sin embargo, la respuesta de salud mental y apoyo psicosocial durante una crisis humanitaria está condicionada por la existencia habitual de sistemas de salud débiles que no están preparados para hacer frente a las grandes necesidades que surgen en estos escenarios. Igualmente, la

menor funcionalidad o la interrupción de los servicios, supone un reto para las personas afectadas que los necesitan. A lo que se une la falta de profesionales en parte porque ellos mismos se ven afectados por la crisis o tienen que hacerse cargo de sus propias familias o sufren desplazamiento forzado. Además, el daño o la destrucción de las infraestructuras supone un gran reto para proporcionar atención a la población, que en muchos casos hay que canalizar a través de estructuras provisionales que resuelven parcialmente este problema.

En estas circunstancias resulta necesaria la ayuda proporcionada por agencias y organizaciones internacionales humanitarias. Estas deben ser capaces de proporcionar servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias. Esta ayuda debe ser planificada desde el inicio y debe estar incluida de manera integrada en los despliegues humanitarios sobre el terreno. Para esto, es preciso disponer de equipos formados en proporcionar atención en salud mental y apoyo psicosocial, y contar con la experiencia necesaria para que las intervenciones a realizar cumplan con los estándares internacionales de calidad.

PROTECCIÓN DE DERECHOS DE LAS PERSONAS CON PROBLEMAS DE SALUD MENTAL

Más allá de las acciones en salud mental y apoyo psicosocial, la respuesta debe complementarse

con estrategias de protección de los derechos de las personas con problemas de salud mental. Estas personas se encuentran en un alto riesgo de vulneración de sus derechos en contextos de crisis humanitaria. No solo experimentan dificultades en el cuidado de sí mismos y sus familias, sino que además se enfrentan a actitudes de discriminación en muchos ámbitos. Suelen tener escaso acceso a la ayuda humanitaria, e incluso a experimentar rechazo y estigma social. Frecuentemente, se les niega oportunidades para participar plenamente en la comunidad, llegando en ocasiones a ser objeto de abusos o negligencia. Las organizaciones humanitarias deben contar con una línea de acción para prevenir y afrontar estas indeseables situaciones y llevar a cabo una conveniente promoción de la salud mental a nivel comunitario.

Existe en la actualidad en el mundo humanitario, un gran consenso acerca de que la salud mental y el bienestar psicosocial son claves para el mantenimiento de la funcionalidad de las personas en estos contextos tan demandantes. También son necesarios para el fortalecimiento de la resiliencia comunitaria y para la recuperación de las comunidades en las situaciones de crisis. Las organizaciones humanitarias debemos llevar a cabo muchas más acciones de incidencia para que quienes tienen la capacidad de tomar decisiones políticas destinen más recursos para la salud mental y el bienestar psicosocial en las emergencias.

2.2. Lucha contra la violencia sexual en conflictos, la asignatura pendiente

En los últimos años, el recrudecimiento de algunos conflictos y el estallido de otros nuevos se está viendo acompañado por un aumento en la violencia sexual, principalmente contra mujeres y niñas cuya vulnerabilidad se agrava en el caos de un conflicto, la separación de su familia y su comunidad o el tener que realizar determinadas tareas como buscar comida o leña, puede ponerlas en una situación de riesgo.

El último informe del Secretario General de Naciones Unidas sobre la violencia sexual en conflictos¹⁶ muestra un panorama desolador que va desde Ucrania hasta Siria o Sudán del Sur, por poner solo algunos ejemplos.

Como señala el informe, la violencia sexual en situaciones de conflicto sigue siendo generalizada y sistemática, alimentada por “el aumento de la desigualdad, la creciente militarización, la reducción del espacio cívico y el flujo ilícito de armas pequeñas y ligeras, entre otros factores”.

Además, en muchos conflictos, los cuerpos de las mujeres se convierten en armas de guerra y la violación en una táctica más para humillar y dominar. Según Pramila Patten, Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia Sexual en los Conflictos¹⁷, es una táctica de terrorismo por parte de algunos grupos extremistas violentos y de grupos armados en lugares como Malí, Nigeria, Irak, Somalia o Siria, mediante la selección de víctimas de grupos étnicos, religiosos o políticos opuestos. La violencia sexual sigue siendo un motor del desplazamiento forzoso en países como Colombia, Somalia o Myanmar. No solo fuerza a las personas a huir de sus hogares, sino que, ante la impunidad total para este tipo de crímenes, les impide regresar a sus hogares y recuperar sus tierras y recursos. Una situación no muy diferente a la de la República Democrática del Congo, donde los grupos

armados utilizan la violencia sexual como una forma de castigo colectivo o una táctica más para asegurar su control sobre los recursos naturales y el territorio.

La violencia sexual puede tomar muchas formas, desde la violación, la esclavitud sexual, la prostitución o el embarazo forzado hasta la esterilización forzada.

En la provincia de Cabo Delgado en Mozambique y en Siria, el secuestro, la violación y el matrimonio forzado de mujeres y niñas por parte de grupos armados no estatales se ha convertido en una práctica habitual. Mientras que, en Libia y Yemen, se ha producido un elevado número de casos de violencia sexual contra mujeres y niñas migrantes y refugiadas, especialmente aquellas que se encuentran en centros de detención.

La recogida de alimentos, agua o leña en la República centroafricana se ha convertido en una tarea peligrosa para miles de mujeres y niñas que puede terminar en violación o secuestro por los diferentes grupos armados que hay en el país.

El impacto de la violencia sexual puede ser devastador, con consecuencias a largo plazo como el estrés postraumático, lesiones, embarazos no deseados, fístulas, infecciones de transmisión sexual como el VIH, además de la estigmatización social. Estigmatización que, unido a normas sociales dañinas relacionadas con el honor, la vergüenza y la culpabilización de las víctimas, el miedo a las represalias y la cultura de impunidad para este tipo de delitos hace que la mayoría de los casos de violencia sexual no se denuncien lo que impide que reciban los servicios que necesitan.

Por otra parte, la inseguridad y la precariedad de los centros de salud dificultan el acceso a servicios básicos de salud, especialmente a

los relacionados con la salud sexual y salud reproductiva que permitirían detectar y tratar infecciones de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc.

La violencia sexual también puede afectar gravemente a la salud mental de la víctima, con consecuencias muy negativas a corto, medio o largo plazo. Aunque las intervenciones de salud mental y apoyo psicosocial son componentes esenciales del paquete integral de atención a supervivientes de la violencia sexual, la realidad es que pocas veces tienen acceso a este tipo de servicios.

Faltan servicios de atención y tratamiento a víctimas de violencia sexual, pero también de prevención y protección. Como pasa tantas veces, las promesas de financiación de la comunidad internacional se han quedado en papel mojado.

Por todo ello, el Secretario General de NN. UU. incluye una serie de recomendaciones tanto para el Consejo de Seguridad como para la comunidad internacional que son fundamentales para abordar de manera integral la violencia sexual en conflictos. Las principales son:

RECOMENDACIONES AL CONSEJO DE SEGURIDAD

- Acceso sin trabas del personal humanitario y observadores de derechos humanos a las bases militares, los lugares de acantonamiento y los centros de detención
- Introducción de medidas de mitigación de riesgo y alerta temprana de la violencia sexual
- Remitir al Fiscal de la Corte Penal Internacional las situaciones en las que parezcan haberse cometido delitos de violencia sexual, tal como se definen en su Estatuto;
- Puesta en marcha de sanciones contra las entidades e individuos que ordenan, condonan o cometen violencia sexual y contra quienes ayudan, instigan o se benefician de ella. Asimismo, la violencia sexual debe ser un criterio independiente para la activación de dichas sanciones.

RECOMENDACIONES A LOS ESTADOS MIEMBROS, DONANTES Y ORGANIZACIONES REGIONALES E INTERGUBERNAMENTALES

- Prevenir y responder adecuadamente a la violencia sexual en conflictos
- Reformar las leyes discriminatorias contra las mujeres y mejorar la protección, la investigación y el enjuiciamiento de los delitos de violencia sexual
- Mejorar la seguridad humana y la inversión en salud pública canalizando los recursos del gasto militar hacia los servicios multisectoriales, incluida la prevención del VIH, y la respuesta a las víctimas de la violencia sexual relacionada con los conflictos
- Mitigar los riesgos de violencia sexual asociados a las actividades de subsistencia como la recogida de agua o leña.
- Abordar las causas profundas de la violencia sexual relacionada con los conflictos, incluidas las desigualdades estructurales de género y las normas sociales dañinas
- Abordar los déficits crónicos de financiación destinados a la prevención y respuesta a la violencia sexual en conflictos, para asegurar una financiación previsible de los programas.

Aunque son muchos los donantes comprometidos con la lucha contra la violencia sexual, las medidas políticas, la financiación y los mecanismos para prevenir, mitigar y dar respuesta a la violencia sexual siguen muy alejados de las promesas y compromisos adquiridos.

16 Conflict-related sexual violence: Report of the Secretary-General (S/2022/272) [EN/AR/RU/ZH] - World | ReliefWeb
17 <https://www.un.org/sexualviolenceinconflict/>

3 La Acción Humanitaria internacional

Un año más, la financiación de las crisis humanitarias sigue siendo insuficiente. De acuerdo con el sistema de seguimiento financiero (FTS, por sus siglas en inglés) de OCHA, en 2021 la ayuda humanitaria internacional ascendió a 29.362 millones de dólares, unos 2.000 millones de dólares más que en 2020, manteniendo un incremento similar al de 2019, aunque insuficiente para reducir la brecha de financiación existente.

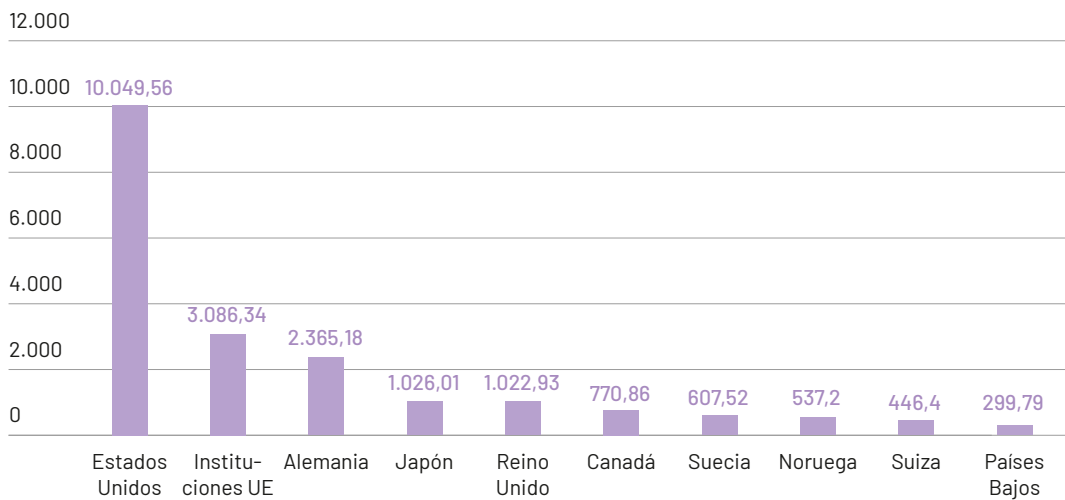
En cuanto a los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU., éstos han supuesto un total de 20.182 millones de dólares, lo que supone un aumento de 963 millones de dólares respecto al año anterior, y un ligero crecimiento del porcentaje de financiación que pasa del 49,80 % en 2020 al 53,6 % en 2021.

Respecto a los principales donantes del CAD, encabezan la lista Estados Unidos, que aporta el 53,3 % de los fondos del CAD, las Instituciones Europeas el 16,4 % y Alemania el 12,5 % del total¹⁸.

Aunque prácticamente todos los miembros del CAD han aumentado de forma considerable los fondos destinados a Acción humanitaria, hay que mencionar el fuerte descenso de la cooperación inglesa, que ha reducido los fondos en algo más de 600 millones, pasando de 1.631 millones en 2020 a 1.023 millones de dólares en 2021, una reducción muy importante en los peores momentos de la pandemia de la COVID-19.

Al analizar los porcentajes destinados a AH correspondientes a los totales de AOD se observa que EE. UU. continua a la cabeza al destinar el 23,8 %, seguido por las Instituciones Europeas

GRÁFICO 4.2. Principales donantes del CAD en 2021 (en millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE LA OCDE/CAD (DATOS PRELIMINARES ABRIL 2021)

18 Para los datos de AOD de los países donantes, se utilizan los datos que recoge la OCDE/CAD.

con el 16,2 %, Canadá con el 12,3 % y Noruega y Suiza con el 11 % respectivamente.

La canalización de fondos, por su parte, refleja en parte patrones previos en lo que respecta a las agencias humanitarias de NN. UU. con 17.645 millones de dólares y las ONG con 6.216 millones, que mantienen una financiación parecida a la de 2020. Mientras que descienden un 30 % los fondos canalizados a través del sistema de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que pasan de 2.018 a 1.552 millones. También se constata un importante descenso de los fondos canalizados a través de los gobiernos, que vuelven a los niveles de 2019 previos a la pandemia, una reducción de más del 50 % con respecto a 2020, cuando se canalizaron 623 millones.

Por el contrario, se produce un fuerte incremento de los fondos canalizados a través de los organismos intergubernamentales, que pasa de 84 millones en 2020 a 585 millones en 2021, mientras que las organizaciones privadas dupli-

TABLA 4.1. Canalización de la financiación internacional en 2021

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Agencias de NN. UU.	17.645
ONG	6.216
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	1.552
Gobierno	269
Organismos intergubernamentales	585
Organizaciones privadas	333
Sin especificar	1.461
Otros	826

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

can los fondos, pasando de 175 millones en 2020 a 333 millones.

Por último, hay que resaltar que no se ha especificado la vía de canalización de 2.287 millones de dólares una cantidad muy importante que podría hacer variar de manera significativa lo aportado a 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 Planes Estratégicos de Respuesta¹⁹ y los Fondos Comunes que gestiona directamente dicho organismo. Las agencias de cooperación de los países donantes son, por su parte, los principales financiadores de los llamamientos globales de NN. UU.

TABLA 4.2. Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2021

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares	
Planes Estratégicos de Respuesta	20.182	90 %
Fondos Comunes	2.166	10 %
TOTAL	22.348	100 %

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

19 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.

Con relación al año anterior, el importe total ha aumentado en 1.536 millones de dólares, alcanzando los 22.348 millones de dólares en 2021. El crecimiento más importante se ha dado en los Fondos comunes, que han crecido un 70 %.

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 2021 el llamamiento para los Fondos Coordinados de NN. UU. realizado por OCHA para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta fue de 37.637 millones de dólares, de los que se recibieron 20.182 millones. Ello supone un aumento de 963 millones respecto a 2020 lo que permite alcanzar una cobertura del 53 % de los fondos solicitados, aunque es algo superior a la que se alcanzó en 2020 sigue estando muy por debajo de la petición del Secretario General de NN. UU. de cubrir al menos el 75 % de los fondos solicitados.

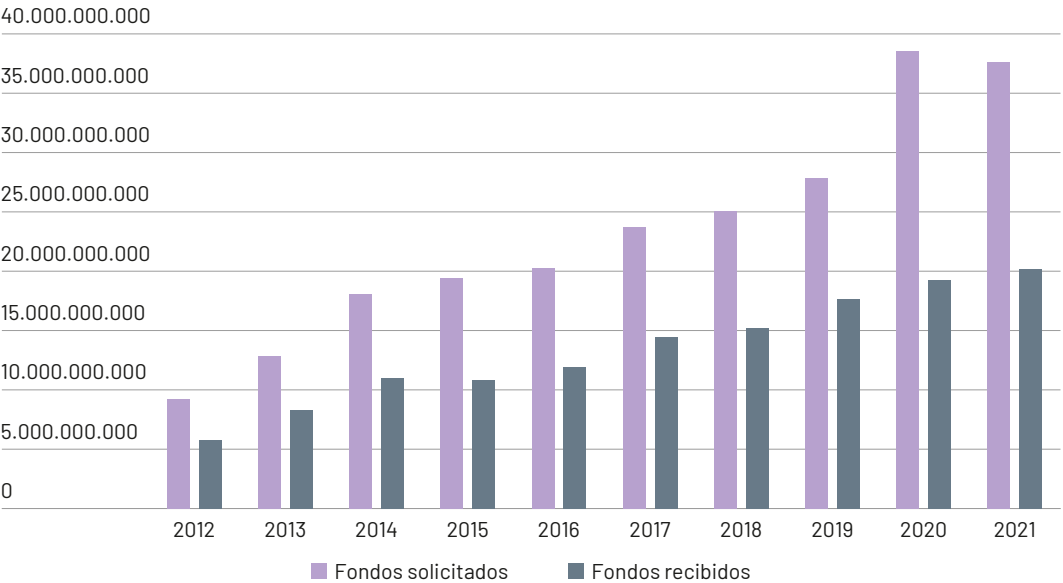
Respecto al porcentaje de financiación por sectores, salud apenas recibe el 30 % de los fon-

dos solicitados, un 2 % menos que en 2020. Tan solo los sectores de logística, servicios de soporte, telecomunicaciones, multisector y nutrición han recibido más del 50 % de los fondos solicitados, aunque ninguno ha recibido más del 64 % de lo solicitado. El resto de los sectores han recibido entre el 20 y el 30 % de los fondos solicitados.

Si, por el contrario, se analiza el volumen recibido por cada sector, como en años anteriores, los que más han recibido han sido seguridad alimentaria (6.139 millones de dólares), salud (1.186 millones de dólares) y nutrición (1.377 millones de dólares). En todo caso, debe observarse que la suma de importes sin especificar y multisector —es decir, aquellos desembolsados, pero aún no asignados—, asciende a 3.754 millones de dólares, por lo que el destino final de dichos fondos puede modificar tanto los porcentajes como los totales asignados a cada sector.

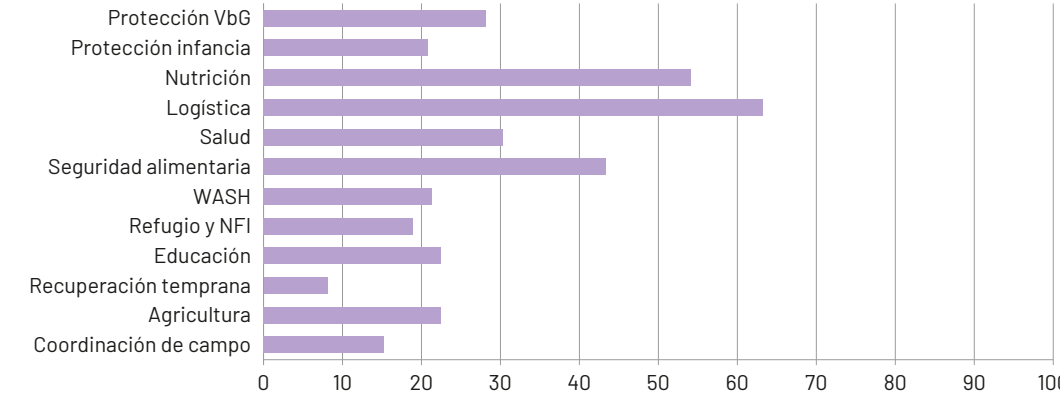
Los fondos recibidos se canalizaron a través de 45 llamamientos (15 menos que en 2020), de los que 6 eran de ámbito regional.

GRÁFICO 4.3. Financiación llamamientos de NN. UU. 2012-2021



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

GRÁFICO 4.4. Porcentaje de financiación por sectores en 2021



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Por su parte, los Planes Estratégicos de Respuesta Humanitaria se concentraron en 2021 de forma parecida a años anteriores en los siguientes países: Yemen, Siria, Etiopía Sudán del Sur, RDC, Somalia, Nigeria y Sudán junto a Afganistán que se convierte en el tercer receptor de fondos por la crisis humanitaria agravada por la llegada del régimen talibán al poder.

Comparando los importes recogidos en la tabla 4.3. con los de 2020, se aprecia un importante aumento de los fondos destinados a Etiopía por el agravamiento de la situación en el norte del país, que recibe 1.305 millones de dólares, frente

a los 731 millones de 2020. En el extremo opuesto está Siria, con una reducción, especialmente importante en los fondos regionales que van destinados a las personas sirias en los países vecinos que se reduce unos 500 millones, pasando de 2.331 millones de dólares en 2020 a 1.869 millones en 2021, a pesar del agravamiento de la situación económica del país.

La tendencia para el resto de los países es de ligero crecimiento, aunque insuficiente para cubrir las necesidades humanitarias.

Aunque Afganistán y Paquistán recibieron más fondos que los solicitados y Honduras, Palestina y la República centroafricana recibieron más del 90 % de los fondos solicitados, son excepciones. La mayoría de los llamamientos recibieron solo entre el 30 y el 40 % de los fondos solicitados. Por último, preocupa que algunos llamamientos regionales como el de la República Democrática del Congo o Burundi apenas recibieran el 3,4 % y el 10,4 % de los fondos solicitados respectivamente.

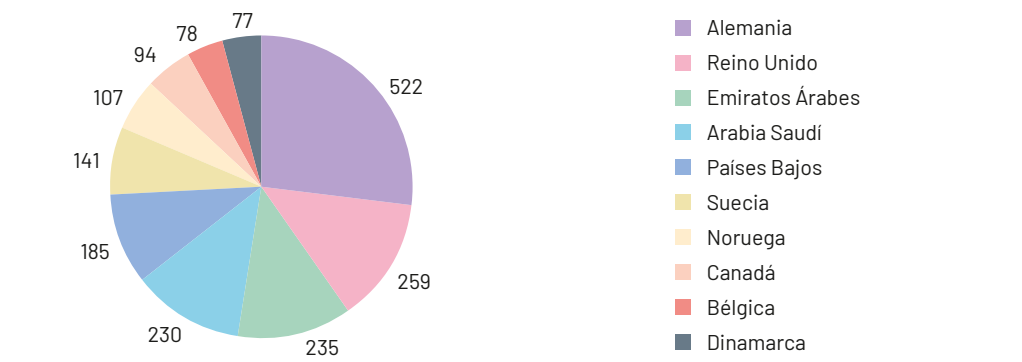
En cuanto a los Fondos Comunes gestionados por OCHA (que alimentan el Fondo Central de Respuesta a Emergencias —CERF, por sus siglas en inglés— y los Fondos Comunes a Nivel País —CBPF, en sus siglas en inglés—), de los 2.166 millones recibidos en 2021 se han asignado 1.700 millones de dólares.

TABLA 4.3. Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2021

País receptor	Total 2021 (en millones de dólares)
Yemen	2.426
Siria	2.113
Afganistán	2.062
Siria Regional	1.869
Etiopía	1.305
Sudán del Sur	1.239
RDC	872
Somalia	837
Nigeria	724
Sudán	711

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

GRÁFICO 4.5. Principales donantes de fondos comunes (en millones de dólares) 2021



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Ambos fondos resultan claves al permitir atender crisis que, si bien son importantes, no resultan prioritarias para los donantes. Además, los Fondos Comunes a Nivel País son de los pocos que canalizan una parte importante de los mismos a través de agentes nacionales y locales. Lamentablemente, la falta de una visión más estratégica impide responder de la forma debida ante emergencias que, a medio plazo, pueden resultar en crisis más graves.

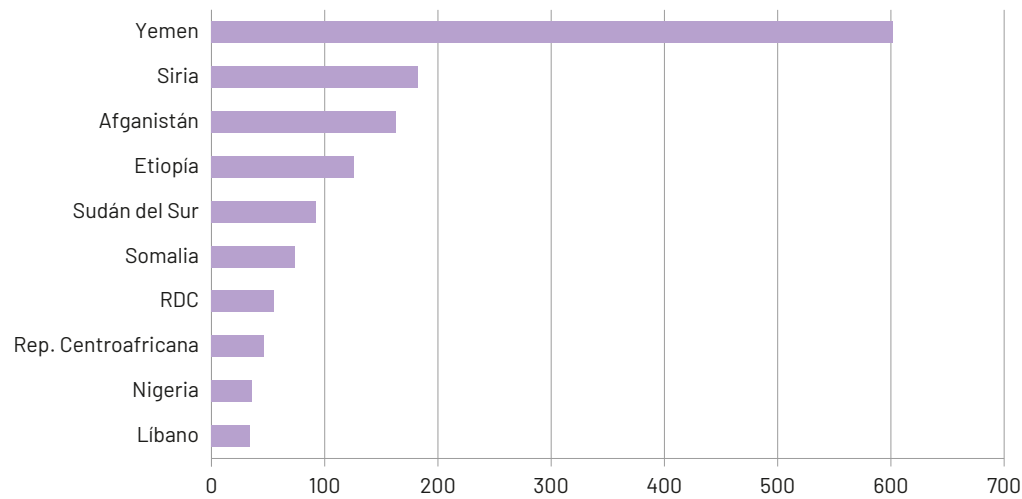
Los principales contribuyentes a los Fondos Comunes son Alemania, Reino Unido, Emiratos

Árabes Unidos, Arabia Saudí, Países Bajos, Suecia, Noruega, Canadá, Bélgica y Dinamarca.

Respecto a la distribución geográfica de los Fondos Comunes, figuran como principales receptores los siguientes países: Siria, Sudán, RDC, Afganistán, Sudán del Sur, Yemen, Etiopía, Somalia y Líbano.

Todos son países que se enfrentan a crisis complejas, que se alargan en el tiempo fruto de crisis recurrentes que se superponen como las crisis políticas, los conflictos, los fenómenos climáticos extremos y la pobreza extrema.

GRÁFICO 4.6. Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2021



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

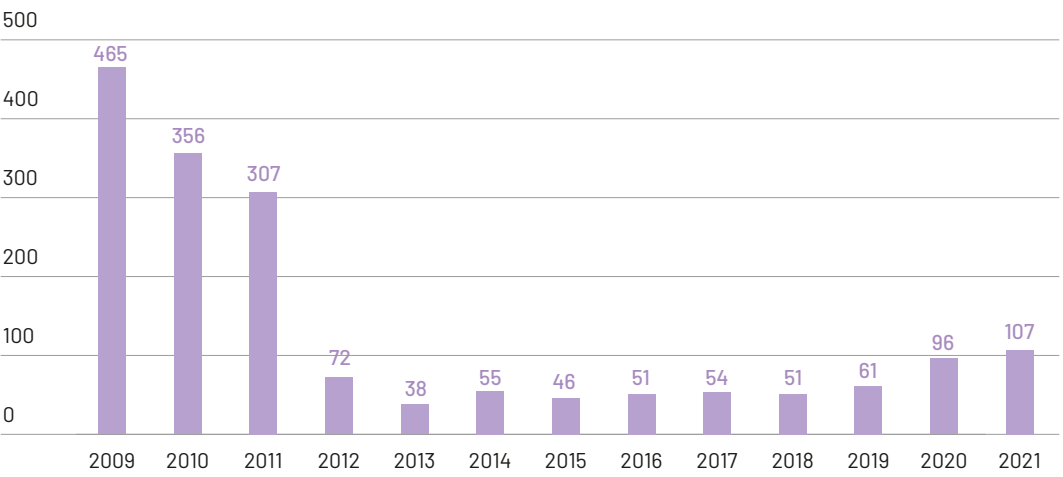
5 La Acción Humanitaria en España

5.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2021

En 2021 el total de la AH de la Cooperación Española (AGE, CC. AA., EE. LL. y universidades) ha continuado creciendo, aunque no de forma tan importante como en 2020, situándose por encima de los 100 millones de euros por primera vez desde 2012, cuando los fondos se redujeron en un 80 %, aunque como muestra el gráfico 4.7 sigue muy alejado de las cifras aportadas hace una década, cuando se situaba en torno a los 300 millones de euros.

En términos porcentuales, se confirma la tendencia levemente alcista, alcanzando el 3,5 % del total de AOD española destinada a AH, un porcentaje, de nuevo, muy alejado del objetivo de la Estrategia de Acción Humanitaria de alcanzar al menos el 10 % y del 10,53 % de media alcanzado por los países del CAD en 2021.

GRÁFICO 4.7. Evolución de la AOD española destinada a AH



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

5.2. Canalización de los fondos

En 2021 se han canalizado 61.928.159 euros por vía bilateral y 45.650.396 euros por la multilateral, como en años anteriores se mantiene el porcentaje destinado a cada una, en torno al 60 % a través de la vía bilateral y el 40 % vía multilateral.

Lamentablemente, continúan sin canalizarse fondos por la vía multilateral a pesar de que la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española defiende la recuperación de esta vía.

5.2.1. LA ACCIÓN HUMANITARIA BILATERAL

En 2021, los fondos canalizados por vía bilateral han aumentado en algo más de 9 millones de euros respecto a 2020.

De nuevo la principal vía de canalización de fondos son las ONGD españolas con el 57,68 %; las ONGD internacionales reducen ligeramente su financiación, situándose en el 25 %, un porcentaje similar al de 2019. La tercera vía de canalización son las entidades públicas de España, con el 10,87 % de los fondos, prácticamente el mismo porcentaje que recibieron el año pasado.

TABLA 4.4. AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2020 y 2021

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2020		2021	
Entidades públicas del país donante	5.738.145	10,84 %	6.731.912	10,87 %
Entidades públicas de otro país donante (cooperación delegada)				
Entidades públicas del país socio	152.295	0,29 %	290.000	0,47 %
ONGD internacionales	16.769.976	31,68 %	15.758.421	25,45 %
ONGD del país donante	27.657.170	52,25 %	35.721.996	57,68 %
ONGD del país socio	2.355.606	4,45 %	3.044.680	4,92 %
Otras ENL del país donante	171.504	0,32 %	353.500	0,57 %
Otras ENL del país socio				
Universidades públicas del país donante	4.151	0,01 %	7.450	1,00 %
Partenariados público-privados	63.000	0,12 %		
Redes				
Otras entidades	22.894	0,04 %	20.200	3,00 %
Entidades con ánimo de lucro en el país socio				
Entidades con ánimo de lucro en el país donante				
TOTAL	52.934.741		61.928.160	

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

Respecto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, los fondos canalizados a través de ONGD nacionales, se mantiene prácticamente en el mismo porcentaje, aunque en términos de volumen aumenta ligeramente, pasando de 2,3 millones de euros en 2020 a 3 millones en 2021. En cuanto a las entidades públicas de los países socios, si bien se duplican los fondos, apenas llegan a los 290.000 euros un testimonial 0,47 %. Lo que nos mantiene a la cola de los países donantes comprometidos con el Grand Bargain y el objetivo de asignar al menos el 25 % de la financiación a actores locales y nacionales. Otro compromiso también recogido en la Estrategia de Acción Humanitaria, pero en el que no se avanza.

5.2.2. LA ACCIÓN HUMANITARIA MULTIBILATERAL

En el caso de la vía multilateral, los 45.650.396 euros canalizados por esta vía en 2021 suponen un ligero aumento de 2,5 millones de euros con respecto al año anterior, siendo Naciones Unidas quien recibe el 99 % de los fondos, un porcentaje que se viene manteniendo desde 2017. El 1 % restante, lo reciben otros organismos multilaterales.

5.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria

Geográficamente el mayor porcentaje de ayuda humanitaria lo recibe Oriente Medio con el 21 %, seguida por África Subsahariana que recibe el 16,55 % de los fondos y América del Sur con el 14,13 %. África del Norte con el 9,25 % y América Central y Caribe con el 7,93 % cierran este grupo de las regiones que mayor financiación reciben.

Sin embargo, agrupando de forma más amplia las regiones, los porcentajes sitúan en primer lugar a África, con el 25,82 % de los fondos, seguido por América Latina con el 22 % y Oriente Medio con el 21 % de los fondos. Aunque el continente africano es el que mayor porcentaje de financiación recibe, África Subsahariana, la región que tiene las mayores necesidades humanitarias, sigue infrafinanciada.

Por último, un año más el porcentaje destinado a países en vías de desarrollo no especificados sigue siendo muy elevado, y aunque ha bajado ligeramente con respecto a años anteriores, sigue estando por encima del 25 %. Un año más, esta falta de desagregación de una parte importante de los fondos impide hacer un análisis adecuado de la distribución geográfica de la financiación.

TABLA 4.5. AOD española destinada a AH por regiones

Región	2021	%
África del Norte	9.955.431	9,25
África Subsahariana	17.804.821	16,55
África, no especificado	18.000	0,02
América Central y Caribe	8.528.504	7,93
América Latina no especificado		
América del Sur	15.203.372	14,13
Asia, no especificado		
Asia Central	3.592.000	3,34
Asia del Sur	1.966.972	1,83
Asia Oriental	700.000	0,65
Europa	150.000	0,14
Oceanía		
Orient Medio	22.619.037	21,03
PVD no especificado	27.040.420	25,14
TOTAL	107.578.556	

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

TABLA 4.6. Principales receptores de AH española en 2021

PAÍSES	2021
Palestina	11.523.736
Pob. Saharaui	7.084.723
Venezuela	5.829.575
Siria	5.734.625
Colombia	4.538.411
Libano	4.169.245
Afganistán	3.592.000
Mali	3.032.064
Níger	2.752.000
Etiopía	2.789.848

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

El análisis por países receptores muestra que el principal receptor de fondos es Palestina con algo más de 11,5 millones de euros que casi dobla la financiación recibida en 2020, también se incrementan en casi dos millones de euros los fondos destinados a la población saharauí, que ascienden a 7 millones de euros.

Venezuela y Colombia, ven reducida su financiación, Venezuela en 300.000 euros y Colombia en 700.000 euros, aunque ambos se mantienen entre los principales receptores de fondos de la CE.

En Oriente Medio, Siria, recibe prácticamente los mismos fondos que en 2020, con 5.734.625 euros, mientras que Líbano incrementa ligeramente su financiación hasta los 4,16 millones de euros.

Malí, Níger y Etiopía son los tres países de África Subsahariana que más financiación reciben, Malí se sitúa en los 3 millones de euros, mientras Níger y Etiopía reciben 2,7 millones cada uno, unas cantidades muy pequeñas si tenemos en cuenta la magnitud de las crisis humanitarias a las que se enfrentan estos tres países.

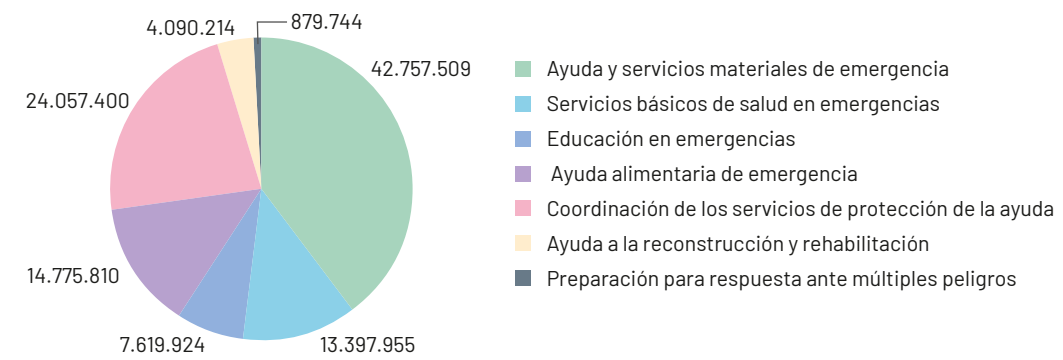
Por último, el agravamiento de la situación humanitaria tras la irrupción en el poder del nuevo gobierno ha hecho que Afganistán vuelva a figurar entre los principales receptores de fondos, con 3,5 millones de euros.

5.4. La Acción Humanitaria por sectores

La distribución sectorial de la ayuda ha priorizado la “Ayuda y servicios materiales de emergencia”, que recibe el 40 % de los fondos, seguido por la “Coordinación de los servicios de protección de la ayuda” con el 22 %, la “Ayuda alimentaria de

emergencia” con el 14 % y los “Servicios básicos de salud en emergencias” con el 12 % de los fondos. Se mantiene así la distribución sectorial de años anteriores.

GRÁFICO 4.8. Asignación de fondos por sectores CRS 2021



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

5.5. La Acción Humanitaria por agentes

La AGE continúa siendo el principal financiador de AH, aunque reduce ligeramente su contribución con relación a 2020, pasando del 79 % al 76 %, siendo el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación quien aporta la totalidad de los fondos.

En el caso de los demás agentes financiadores, tanto las CC. AA. como las EE. LL. vuelven a

augmentar su financiación. Mientras que las comunidades autónomas lo hacen en algo más de 4 millones de euros, lo que representa el 18 % de la financiación destinada a AH, las entidades locales incrementan 1,5 millones de euros, pero se mantienen en el mismo porcentaje. Finalmente, las universidades, aumentan ligeramente su aportación, aunque es prácticamente anecdótica, ya que se sitúa en los 7.450 euros.

Por último, si se analiza el porcentaje que asigna cada financiador, las CC. AA. es el agente que más porcentaje de su AOD asigna a la acción humanitaria, el 7,92 %, seguido por las EE. LL. con el 6,48 % y por último la AGE que tan solo destina el 3,30 % de sus fondos. 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.

TABLA 4.7. AOD española para AH por agentes en 2021

Agentes	Total	%
AGE	81.916.660	76
CC. AA.	19.818.571	18
EE. LL.	5.835.876	5
Universidades	7.450	0
TOTAL	107.578.556	

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

5.6. La Acción Humanitaria descentralizada

NOTA AL ANÁLISIS DE LOS DATOS SOBRE COOPERACIÓN AUTONÓMICA

Como ya se ha indicado en el capítulo 3, 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. Es el caso de la cooperación andaluza y la cooperación asturiana, que han decidido priorizar clasificar por ODS y, en consecuencia, utilizar la información vía Metas-ODS en vez de CRS-CAD. El resultado es que en el volcado de DGPOLDES, en lugar de que aparezcan consignados los 3.809.761 euros que ha destinado a AH la cooperación andaluza, y 1.447.821 euros de la cooperación asturiana, aparecen cero euros en ambos casos.

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 7,54 % de su AOD a la AH en 2021, lo que supone un importante incremento con respecto a 2020, cuando supuso el 6,75 %. Así, los importes destinados a AH por la cooperación descentralizada (CC. AA., EE. LL. y universidades) han pasado de los 20.011.164 euros de 2020, a 25.661.897 euros, un incremento del 20 %. Lo que representa una fuerte apuesta de la cooperación descentralizada por la acción humanitaria en 2021, porcentaje que sería más importante si se solventaran los problemas de codificación señalados anteriormente.

El mayor incremento se da en las CC. AA., que pasan de asignar 15,6 millones a 19,8 millones de euros crecimiento que se da en casi todas las comunidades autónomas. Según muestra el volcado de DGPOLDES, las principales financiadoras de la AH son de nuevo País Vasco, que vuelve a aumentar su financiación de manera importante hasta situarse en casi 9 millones de euros, seguida de Comunidad Valenciana y Cataluña, ambas con 2,8 millones de euros destinados a la AH,

aunque es Cataluña la que ha realizado un mayor esfuerzo, pasando de 1,1 millón de euros en 2020 a 2,8 millones en 2021, mientras que la Comunidad Valenciana apenas ha incrementado su financiación en 40.000 euros. Las excepciones a este crecimiento en la financiación de la AH, son Murcia y Baleares que experimentan ligeros descensos. Incluso Andalucía y Asturias, que en el volcado de DGPOLDES aparecen sin financiación asignada a AH, según sus propios datos han incrementado su financiación en 2021.

Si se analiza el porcentaje de AOD destinado a la AH, Murcia y Madrid destacan por encima del resto, al destinar más del 20 % de su AOD a AH, la primera el 24 % y la segunda el 22 %, seguidas por País Vasco con el 16 %, Cantabria con el 12 % y Castilla y León con el 11 %, todas por encima del compromiso internacional de destinar al menos el 10 % de la AOD a acción humanitaria. Mientras que Extremadura, Galicia, Baleares y Castilla-La Mancha están entre el 9 % y el 8 %, muy cerca de dicho compromiso y ligeramente por encima de la media de las CC. AA. que se sitúa en el 7,92 %. Por

TABLA 4.8. AH por CC. AA.

CC. AA.	2020	%	2021	%
Andalucía	900.000	5,74	0	
Aragón	5.242	0,03	336.553	1,7
Asturias	205.000	1,31	50.000	0,25
Baleares	613.000	3,91	531.444	2,68
Canarias			0	
Cantabria	200.000	1,28	331.825	1,67
Castilla y León	200.000	1,28	592.922	2,99
Castilla-La Mancha	124.400	0,79	255.400	1,29
Cataluña	1.190.000	7,59	2.810.000	14,18
Comunidad Valenciana	2.770.951	17,68	2.812.862	14,19
Extremadura	726.180	4,63	1.089.600	5,5
Galicia	247.398	1,58	659.987	3,33
La Rioja	50.000	0,32	50.000	0,25
Madrid	689.906	4,4	1.064.979	5,37
Murcia	120.000	0,77	105.000	0,53
Navarra	298.000	1,9	308.000	1,55
País Vasco	7.332.186	46,78	8.820.000	44,5
TOTAL	15.672.263	100	19.818.571	100

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

último, solo tres CC. AA. (si excluimos a Andalucía y Asturias cuyos datos las sitúan en un porcentaje por encima del 10 %), Navarra, La Rioja y Canarias estarían por debajo del 3 %, el porcentaje del conjunto de la Cooperación española.

En el caso de las EE. LL., aunque en términos generales la financiación destinada a AH crece de forma importante con relación a 2020, alcanzando los 5,8 millones de euros y recuperando así el volumen de financiación de 2019, dicho crecimiento se da de forma desigual. Destacan los aumentos de fondos destinados a acción humanitaria de Aragón y Canarias, que casi multiplican por 8 dicha financiación, Castilla-La Mancha que la multiplica por 5, Baleares casi la triplica y País Vasco que la duplica. También hay que destacar Cataluña que la incrementa en un 50 % y Murcia, que por primera vez asigna fondos a la AH.

Entre las EE. LL. que más reducen los fondos que asignan a acción humanitaria, se encuentran Andalucía, Asturias, Castilla y León, Comunidad Valenciana y Madrid. Aunque son las Entidades Locales de Asturias y Madrid las que más reducen su financiación, las entidades asturianas apenas asignan fondos a la AH, una cantidad

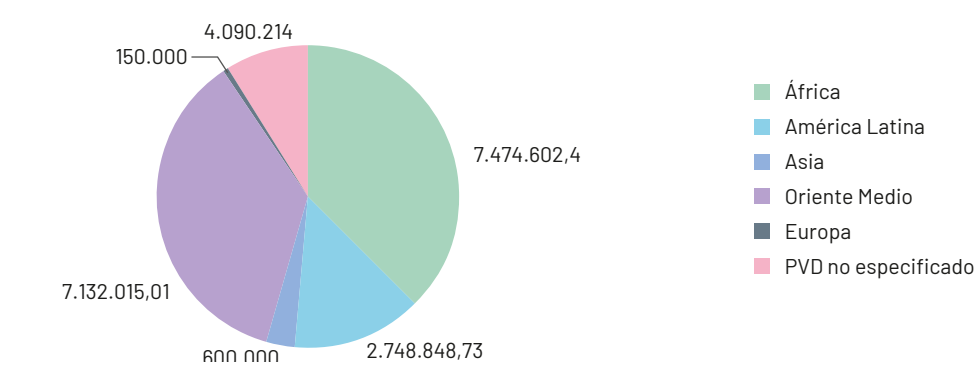
meramente testimonial, 2.087 euros, mientras que las EE. LL. de Madrid reducen su financiación casi un 500 % pasando de 1.132.625 euros a 231.500 euros.

TABLA 4.9. AH por EE. LL.

EE. LL.	2019	2020	2021
Andalucía	574.184	583.152	460.456
Aragón	10.000	13.526	101.744
Asturias	128.000	109.000	2.087
Baleares	6.632	68.701	194.426
Canarias	850.000	170.000	1.352.512
Cantabria		5.000	5.500
Castilla y León	101.149	216.821	166.749
Castilla-La Mancha	23.000	15.000	77.673
Cataluña	938.546	885.654	1.350.000
Comunidad Valenciana	10.700	323.167	237.969
Extremadura		32.390	30.320
Galicia	11.376	6.000	14.080
La Rioja			
Madrid	1.499.526	1.132.625	231.500
Murcia			79.508
Navarra	92.814	134.978	169.500
País Vasco	1.507.089	638.736	1.361.852
TOTAL	5.753.016	4.334.750	5.835.876

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

GRÁFICO 4.9. Asignación de fondos por regiones



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

El análisis de la financiación por entidad local muestra que solo dos entidades destinan más de un millón de euros a la AH, el Consejo insular de Gran Canaria con 1.220.000 euros y el ayuntamiento de Barcelona, con 1.160.000 euros, seguidas a cierta distancia por la diputación de Vizcaya con 494.998 euros, la de Guipúzcoa con 359.973 euros y el ayuntamiento de Madrid, con 231.000 euros, el único ayuntamiento de la comunidad de Madrid que aporta fondos a la AH. Cierran el grupo de las entidades locales que más fondos aportan a la AH la diputación de Álava, con 179.686 euros, el Consell de Mallorca con 171.278 euros y el ayuntamiento de Bilbao con 170.000 euros.

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. África (con el 37,72 %) y Oriente Medio (con el 35,99 %) son las principales receptoras de fondos, las dos regiones con las mayores necesidades humanitarias, seguidas de lejos por América Latina (con el 13,87 %) y Asia con el 3,03 % de los mismos.

Hay que destacar que vuelve a disminuir el porcentaje de fondos no asignados, que ha pasado del 14 % en 2020 al 8 % en 2021, manteniéndose así la tendencia a la reducción de dichos fondos, lo que permite hacer un análisis más ajustado del destino de la financiación de AH.

Al analizar los países y proyectos que se financian, se observa una gran dispersión en la financiación. De nuevo sorprende el elevado número de proyectos que reciben pequeñas financiaciones; así, 38 proyectos reciben menos de 5.000 euros (15 más que en 2020) y 95 proyectos reciben entre 5.000 y 15.000 euros (14 más que en 2020). Aunque hay que destacar el importante aumento en el número de proyectos que reciben entre 50.000 y 150.000 euros, 87 proyectos frente a los 21 de 2020, incremento que puede indicar un cambio de tendencia hacia la financiación de proyectos más grandes, que permiten responder mejor a las necesidades humanitarias de las poblaciones.

Ucrania: acceso a la salud cuando el derecho humanitario es amenazado

Hasta el año 2021 el conflicto en Ucrania era considerado la única crisis olvidada en Europa. En las regiones de Donetsk y Luhansk se vivía una dura situación humanitaria, enquistada desde la guerra de 2014, que generaba una gran cantidad de desplazamientos, mayoritariamente internos. Al mismo tiempo, el país buscaba consolidar su independencia y avanzar en la organización política del Estado, llevando a cabo importantes reformas como las de descentralización y salud. A nivel internacional, el conflicto no era considerado de relevancia y prácticamente no tenía lugar en la prensa.

La tensión en torno al conflicto durante el último trimestre de 2021 cambia esta situación drásticamente. El inicio de la guerra en febrero de 2022 y su impacto humanitario a gran escala convoca la atención de los gobiernos de Europa y el mundo y la cobertura de los medios de comunicación se vuelve casi permanente. Las necesidades humanitarias se multiplican, pasando a elaborarse ambiciosos llamamientos a donantes, con una respuesta internacional proporcionalmente más activa que en cualquier otra crisis a nivel mundial. Al cierre de este informe se estima que 17,7 millones de personas requieren ayuda humanitaria. Más de nueve meses después, la guerra ha tomado lugar en al menos quince regiones de Ucrania. Las áreas septentrional, oriental y meridional del país se han visto gravemente afectadas por las actividades militares.

Las organizaciones humanitarias que trabajamos en Ucrania hemos llamado constantemente a que se respeten las obligaciones del Derecho Internacional Humanitario y del Derecho Interna-

cional de los Derechos Humanos, y que se proteja a las personas y los objetivos civiles de las hostilidades. Hemos invocado a las partes en conflicto y a la comunidad internacional incluyendo los organismos correspondientes de las Naciones Unidas, a que garanticen un acceso humanitario inmediato, seguro y sin obstáculos, incluso a través de las líneas de conflicto, para que la asistencia humanitaria llegue a todas las personas que la necesitan, especialmente a aquellas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad e independientemente de su origen, y que respeten la independencia de las organizaciones humanitarias y la protección del personal humanitario. Aún en contexto de guerra, debe permitirse y facilitarse el paso de la ayuda humanitaria para la población civil que la necesita, ayuda que debe ser imparcial y llevarse a cabo sin ninguna distinción y de acuerdo con el Derecho Internacional Humanitario. El Cuarto Convenio de Ginebra exige a los Estados que “permitan el libre paso de todos los envíos de material médico y hospitalario” destinados a la población civil y “el libre paso de todos los envíos de alimentos esenciales, ropa y otros productos destinados a menores de quince años, a mujeres embarazadas y otras situaciones post parto”.

No obstante, las organizaciones humanitarias vemos con frustración que no cesan los ataques contra población e infraestructura de carácter civil, incluyendo servicios esenciales como los sanitarios. Al cierre de este informe, la OMS ha confirmado 623 ataques contra la atención sanitaria en Ucrania, aproximadamente dos terceras partes de los registrados a nivel mundial – 901. Como resultado de estos ataques, 525 estableci-

mientos de salud fueron dañados o destruidos, 202 integrantes del personal sanitario han perdido la vida y 303 han resultado heridos. Todas las partes en conflicto deben respetar la vida e integridad del personal sanitario y brindar la protección necesaria para llegar a la población civil.

El número de personas desplazadas internas ha superado los 6,2 millones y más de 7,7 millones cruzaron las fronteras de Ucrania y hacia Polonia, Hungría, Rumanía, Moldavia, Eslovaquia, entre otros países de Europa, en calidad de refugiadas. Se estima que a su vez 6,9 millones de personas llegaron o retornaron a Ucrania en este periodo.

La respuesta hacia las personas refugiadas de Ucrania hacia Europa ha sido inmediata, aunque insuficiente. En marzo de este año, la adopción de la Directiva de Protección Temporal dirigida a otorgar protección a las personas que huyen del conflicto de Ucrania durante un periodo de entre uno y tres años, supuso un hito histórico, ya que fue la primera vez que la Unión Europea la activaba desde su aprobación en 2001. Esto demostró que la UE posee mecanismos para proteger los derechos de las personas refugiadas y gestionar su acogida. Sin embargo, como se ha denunciado desde el movimiento de personas migrantes y por las ONG, esta medida no se adoptó en circunstancias similares para personas que provienen de otros contextos de conflicto en el Sur Global, como los conflictos que tienen lugar en Siria, el Sahel y otras regiones, que han llegado durante los últimos años a Europa buscando protección, y han visto vulnerados sus derechos humanos y en muchos casos sus vidas paralizadas en centros de detención o incluso muertas. Por ello, hemos demandado junto a otras organizaciones que todas las personas que se ven forzadas a desplazarse tengan acceso a un procedimiento de asilo justo, con garantías y sin discriminación.

En Ucrania, parte importante de la infraestructura básica y la vivienda de varias regiones

se ha destruido o dañado de manera severa. La provisión de servicios públicos básicos y de salud encara enormes desafíos. A pesar de la gran resiliencia que está mostrando el sistema sanitario, la población afectada por la guerra tiene un acceso limitado a los servicios de emergencia, medicamentos especializados y asistencia de Salud Sexual y Reproductiva debido a la interrupción del suministro de medicamentos y equipos, la destrucción de farmacias, la falta de acceso a recursos económicos y el aislamiento comunitario. De acuerdo con el Ministerio de Salud, uno de los aspectos más urgentes es la provisión de asistencia sanitaria a las personas con enfermedades crónicas que llevan meses sin tener acceso a los servicios de salud.

Con los grandes movimientos de población, hay un mayor riesgo de brotes de enfermedades prevenibles por vacunación. Se han registrado cada vez más casos de infecciones gastrointestinales y enfermedades bacterianas. A esto se suma la proximidad del invierno, particularmente duro en Ucrania y los desafíos que supone en términos de preservación de la salud y respuesta a las necesidades sanitarias.

Para las organizaciones humanitarias que trabajamos en Ucrania, la prevención de los incidentes de seguridad y la violencia contra el personal humanitario es una necesidad primordial. La incertidumbre sobre las condiciones de seguridad en ocasiones retrasa nuestras operaciones, lo mismo que la falta de voluntad para facilitar adecuadamente los corredores humanitarios y otras medidas para facilitar el paso de la ayuda. Por otro lado, los procedimientos burocráticos en ocasiones aumentan el tiempo necesario para acceder a las comunidades afectadas, entre ellos, los aspectos relacionados con la expedición de visados para el personal internacional no comunitario. Todos estos factores condicionan el acceso de las personas afectadas por la guerra a servicios que necesitan de manera urgente.

República Democrática del Congo, más de 25 años de crisis humanitarias

“Las necesidades urgentes provocadas por los conflictos armados y las epidemias son muy alarmantes, y están creciendo año tras año mientras que los actores humanitarios luchan por movilizar recursos para responder”.

DANIELE GULIZIA, COORDINADOR GENERAL DE MÉDICOS DEL MUNDO FRANCIA EN LA RDC

La República Democrática del Congo (RDC), el segundo país más grande de África en superficie ha estado plagada durante más de dos décadas por crisis humanitarias complejas y crónicas en el norte, este y centro del país. Las crisis humanitarias que vive son el resultado de conflictos armados internos y externos, tensiones entre comunidades, desplazamientos masivos de población, afluencias masivas de refugiados de países vecinos e intemperies climáticas que causan inundaciones y deslizamientos de tierra.

Las necesidades humanitarias son enormes y siguen creciendo cada año: 15,6 millones de personas necesitaban asistencia humanitaria de emergencia en 2020, 19,6 millones de personas en 2021 y **27 millones de personas en 2022**²⁰.

Los conflictos armados, así como las intemperies, son las principales causas de los desplazamientos masivos de población: la RDC tiene el mayor número de desplazados internos del continente africano, con **un número estimado de 5,5 millones de personas desplazadas internas** reportados en 13 de las 26 provincias de la RDC a fines de 2021²¹. Se trata de un aumento importante comparado a los 5,2 millones de personas desplazadas que fueron confirmadas en 2020. Además, más de un millón han huido de la RDC: 1.013.339 personas fueron identificados como personas refugiadas en 2022, principalmente en Uganda, Burundi, Tanzania, Zambia, Kenia y Angola²². **La RDC también acoge a 521.082 refugiados** de países vecinos

(proviene principalmente de la República Centroafricana, Ruanda, Sudán del Sur y Burundi)²³.

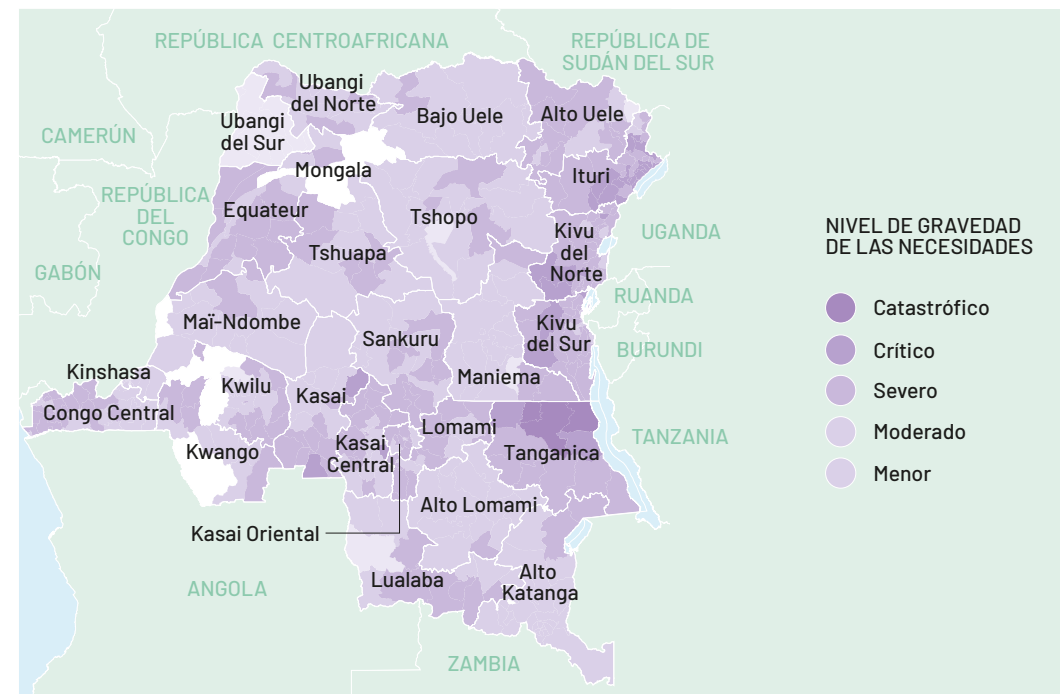
Las necesidades humanitarias son alarmantes en las provincias de Ituri, Kivu del Norte, Kivu del Sur, Tanganica, Kasai, Kasai Central, Kasai Oriental y Ecuador.

Las razones principales de ayuda humanitaria siguen siendo:

1. La **seguridad alimentaria** y el desplazamiento de la población ponen en peligro los medios de subsistencia de las personas
2. La **protección de los derechos humanos**, los derechos de la mujer y las violaciones de los derechos de los niños en los conflictos armados son muy comunes
3. La **salud**, la integridad física y mental de la población está amenazada y el acceso a los servicios básicos es muy difícil.

De hecho, las crisis humanitarias crónicas en la RDC tienen un fuerte impacto en la salud de las poblaciones afectadas. La RDC se enfrenta a **múltiples epidemias y enfermedades infecciosas**, que se exacerban en las zonas afectadas por el conflicto y el desplazamiento masivo de la población.

- **Sarampión:** De enero a septiembre de 2022, se notificaron 106.896 casos sospechosos de sarampión, incluidas 1.338 muertes (letalidad del 1,3 %); en comparación con 39.355 casos



sospechosos y 593 muertes (letalidad del 1,5 %) notificados al final del mismo período en 2021. El brote se confirmó en 25 de las 26 provincias en 2022; un tercio de los casos se encuentran en las provincias de Sankuru, Haut-Lomami, Sud-Ubangi, pero también en las provincias de Tanganica y Kivu del Sur, en las que Médicos del Mundo participa tratando dar respuesta a esta crisis.

- **Cólera:** De enero a septiembre de 2022, se notificaron 9.414 casos sospechosos de cólera, incluidas 172 muertes (letalidad del 1,8 %), en comparación con 4.654 casos sospechosos, incluidas 107 muertes (letalidad del 2,3 %) durante el mismo período en 2021. Las curvas epidémicas siguen siendo similares cada año, con un aumento después del regreso del período de lluvias en mayo. El mayor número se registró en las provincias de Kivu del Norte, Kivu del Sur, Haut-Lomami y la provincia de Tanganica, donde Médicos del Mundo participa tratando dar respuesta a esta crisis.
- **Viruela del mono:** De enero a junio de 2022, se notificaron 1.664 casos sospechosos de

viruela del mono, incluidas 71 muertes (letalidad del 4,3 %) en 20 provincias. Las provincias de Sankuru, Tshopo, Maniema, Tshuapa y Sud-Ubangi han registrado alrededor de tres cuartas partes de los casos sospechosos.

- **Paludismo:** Desde enero de 2022, se han notificado en todo el país 13.603.676 casos sospechosos de paludismo, incluidas 8.281 muertes (letalidad del 0,06 %), en comparación con 11.401.902 casos sospechosos y 9.308 muertes (letalidad 0,08 %) registradas al final del mismo período en 2021. El aumento de casos registrados en 2022 se explica por la mejora del sistema de vigilancia en varias zonas sanitarias.
- **Enfermedad por el virus del Ébola:** se declaró un brote de EVE entre agosto y septiembre de 2022 con una sola muerte. Sin embargo, este es el decimoquinto brote de ébola desde 1976 en la República Democrática del Congo, siete de los cuales han ocurrido desde 2018. El riesgo de un resurgimiento de la enfermedad es alto, especialmente en las provincias orientales y septentrionales del país.

20 Global Humanitarian Overview 2020, 2021, 2022. OCHA.

21 Global Humanitarian Overview 2022. OCHA.

22 UNHCR factsheet 2022

23 UNHCR factsheet 2022

- **Peste:** Entre enero y agosto de 2022 se notificaron en la provincia de Ituri un total de 583 casos sospechosos de peste bubónica y 10 muertes (letalidad del 1,7 %), mientras que en 2021 se registraron 118 casos sospechosos de peste bubónica y 13 muertes (letalidad del 11,0 %) en la misma provincia. Se ha asistido a la vez a un aumento en el número de casos y a una disminución en la letalidad debido a la mejora del sistema de vigilancia²⁴.

Las epidemias y el frágil estado de la seguridad alimentaria en las provincias afectadas por conflictos están causando tasas alarmantes de desnutrición aguda: **se estima que 6,1 millones de personas necesitan atención nutricional en 2022, la gran mayoría de ellas menores y mujeres embarazadas y lactantes.**²⁵ Médicos del Mundo está integrando la atención a la desnutrición para menores y mujeres embarazadas y lactantes en sus respuestas de emergencia en la provincia de Tanganica. Además, Médicos del Mundo está llevando a cabo un proyecto piloto “Una sola salud” en el borde del Parque Nacional Kahuzi-Biega en Kivu del Sur, que analiza las repercusiones sobre la salud de las personas que viven en esta zona desde el punto de vista de las interacciones entre la salud humana, la salud animal y el medio ambiente.

El contexto de conflicto armado y desplazamiento de población en las provincias donde la pobreza extrema se ha convertido en la norma exacerba la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas. La violencia de género (VbG) es generalizada. **Entre enero y septiembre de 2021, se notificaron 74.275 casos de VbG,** un aumento del 73 % en comparación con 2020. La violación, la agresión sexual y física, los matrimonios forzados y la violencia psicológica son perpetrados por miembros de las fuerzas armadas, pero también dentro de la misma comunidad. La lucha contra la VbG está liderada por Médicos del Mundo, en asociación y colaboración con la Fundación Panzi, creada por

el Dr. Mukwege y establecida en diferentes provincias. Un problema importante relacionado con este tipo de violencia es la falta de denuncias de casos debido a la falta de acceso a los servicios, la falta de personal calificado, pero también debido a las reticencias de las sobrevivientes a presentarse por temor a represalias de los atacantes o de la comunidad y sentimientos de vergüenza.

Para abordar este complejo escenario, Médicos del Mundo ha integrado actividades de gestión de casos específicos de VbG en sus intervenciones en la provincia de Tanganica. Los asistentes psicosociales se despliegan en las aldeas alrededor de los centros de salud y organizan sesiones de sensibilización y escucha para mejorar la detección de casos y su derivación a los servicios apropiados. Más allá de la atención médica dentro de las estructuras de salud apoyadas por Médicos del Mundo, y dependiendo de las necesidades de cada sobreviviente, es posible la derivación a organizaciones asociadas para llevar a cabo la atención legal/judicial, la atención psicológica en profundidad, la atención para la reintegración económica o escolar, y las intervenciones quirúrgicas de reparación.

Si bien la violencia de género es muy común en las provincias afectadas por crisis humanitarias, se trata de una cuestión de calado nacional. La VbG es consecuencia de las fuertes desigualdades de género que persisten en la sociedad congoleña, ancladas en un patrón patriarcal. Hay muchas disparidades estructurales en las oportunidades y derechos entre hombres y mujeres, lo que conlleva implicaciones directas para la salud de las mujeres. Las mujeres y las niñas no disfrutan del derecho a la salud, incluido los derechos sexuales y reproductivos (SDSR). El promedio nacional es de 6,2 hijos por mujer (y alcanza los 8,3 en algunas provincias)²⁶. La tasa de mortalidad materna es una de las más altas del mundo, con 473 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2017²⁷.

Campamentos de personas Refugiadas Saharauis: 47 años de crisis humanitaria y de vida en el exilio bajo la indiferencia de la comunidad internacional

En los Campamentos de personas Refugiadas Saharauis (CRS) ubicados en la región argelina de Tinduf, en los que viven 173.600 personas²⁸ este año ha estado marcado por un importante deterioro de las condiciones humanitarias, especialmente en cuanto alimentación y nutrición. La alimentación en los CRS depende casi exclusivamente de la distribución mensual de una cesta básica de alimentos por persona. Esta ración, ya por sí limitada, se ha visto disminuida alarmantemente en cantidad —un 75 %— y variedad de productos en los últimos meses. Los efectos ya son visibles en la salud.

Los resultados preliminares de la evaluación conjunta y de la encuesta sobre nutrición realizada en febrero de 2022 por el PMA, ACNUR y CISP revelan:

- un aumento en la prevalencia de la emaciación —desnutrición aguda— que pone en peligro la vida de los niños y niñas de 6 a 59 meses del 7,6 % en 2019 al 10,7 % en 2022;
- que la mitad de los niños y niñas de 6 a 59 meses padecen anemia;
- que uno de cada tres sufre retraso en el crecimiento;
- mientras que sólo uno de cada tres menores recibe la dieta mínima diversificada necesaria para un crecimiento y desarrollo saludable.²⁹

A pesar de la gravedad y la fragilidad de esta situación, la comunidad internacional ha mostrado un casi nulo compromiso con esta crisis olvidada³⁰ que siempre ha venido enfrentando continuas dificultades de financiación y falta de visibilidad. Este año, esto es particularmente alarmante, ya que nos enfrentamos a un descenso de casi el 20 % en la financiación de los CRS en los primeros seis meses de 2022 en comparación con el mismo periodo de 2021³¹.

De este modo, la brecha entre las ayudas concedidas y las necesidades actuales es enorme. Por ejemplo, los fondos necesarios sólo para la asistencia alimentaria se han duplicado hasta alcanzar los 39 millones de dólares este año, frente a los 19,8 millones de dólares de antes del inicio de la pandemia.³² Esta situación se ha visto también agravada por la crisis económica mundial, la explosión de la inflación y el contexto geopolítico. Lo que tiene una repercusión grave y directa en las condiciones de vida de los habitantes de los campamentos, así como en la ayuda externa prestada. En respuesta a esta emergencia, las Naciones Unidas hicieron un llamamiento a finales de agosto para aumentar la financiación y el apoyo a la ayuda alimentaria y nutricional y evitar las rupturas de los stocks de emergencia de alimentos. En la misma línea, el Consorcio de organizaciones trabajando en los CRS —del que forma parte Médicos del Mundo España— apoyó esta iniciativa³³.

24 OMS, 2022

25 Global Humanitarian Overview 2022. OCHA.

26 MICS-PALU 2018. UNICEF.

27 World Bank annual report 2017.

28 UNHCR, “Sahrawi Refugees in Tindouf, Algeria: Total In Camp Population”, March 2018.

29 <https://www.unicef.org/algeria/communiqu%C3%A9s-de-presse/face-%C3%A0-la-hausse-des-prix-des-denr%C3%A9es-alimentaires-et-lurgence-de-la>

30 https://civil-protection-humanitarian-aid.ec.europa.eu/what/humanitarian-aid/needs-assessment/forgotten-crises_en

31 <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/180000-personas-refugiadas-saharauis-se-enfrentan-una-crisis>

32 <https://www.unicef.org/algeria/communiqu%C3%A9s-de-presse/face-%C3%A0-la-hausse-des-prix-des-denr%C3%A9es-alimentaires-et-lurgence-de-la>

33 <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/180000-personas-refugiadas-saharauis-se-enfrentan-una-crisis>

Al hablar de la vida en los campamentos, es importante recordar que se trata de una situación que se prolonga desde hace 47 años, siendo unos de los campos de personas refugiadas más antiguos del mundo. Además, desde el 14 de noviembre 2020 los CRS son también la retaguardia de un conflicto armado, lo que supone consecuencias directas en la vida de las personas y en su salud mental.

A esto, se añade el hecho de que sus habitantes se enfrentan a las condiciones climáticas extremas de la hamada argelina, que incluyen temperaturas que superan los 50 grados en verano y rondan los cero en invierno, escasez de agua, frecuentes tormentas de arena e inundaciones repentinas que causan daños dramáticos en las infraestructuras y viviendas. La vida en los campamentos supone un limitado acceso a agua potable, alimentación y servicios de salud. Estos determinantes sociales y del entorno afectan directamente a la salud de las personas refugiadas saharauis, especialmente a las más vulnerables. Los escasos incentivos en el sector público, las

actividades comerciales y otros sectores están provocando un éxodo cada vez mayor de personas, especialmente las que tienen títulos universitarios, en busca de mejores oportunidades.

Para responder de manera adecuada a esta crisis humanitaria, consideramos que es más necesario que nunca que la comunidad internacional, y en particular el gobierno español, se asuma una posición responsable a largo plazo con las personas saharauis.

Esta crisis nutricional, e inevitablemente sanitaria, todavía se puede prevenir. Mientras, sus consecuencias podrían ser irremediables. Por ello, urge una respuesta responsable del Estado español y de la comunidad internacional, que por un lado deben responder de forma inmediata a las necesidades humanitarias y por otro lado deben actuar en el marco de las resoluciones de Naciones Unidas para avanzar en el proceso político de solución del conflicto, que permitiría a las personas saharauis vivir de forma autónoma, decidir su futuro y contemplar finalmente una solución a su exilio forzoso.

Salud mental y psicosocial de la población palestina bajo la ocupación israelí

Como se ha mencionado anteriormente³⁴ en este capítulo, se estima que el 22 % de las personas que viven en zonas de guerra padecen diversas formas de trastornos de salud mental y psicosocial, como consecuencia del trauma de la guerra y la violencia vivida. Sin embargo, muchas de las zonas en conflicto en el mundo se encuentran en países en los que los recursos médicos para tratamientos de salud mental y psicosocial son frágiles o inexistentes.

Este texto resume el informe “*NI PAZ NI SOSIEGO*” elaborado por la red de ONG AIDA junto a Médecines du Monde Francia en Palestina, que examina las repercusiones del entorno coercitivo en la salud mental y psicosocial de las comunidades palestinas que viven en el Área C de Cisjordania³⁵.

Cuantificar los efectos tangibles en la población palestina de las décadas de ocupación israelí es una tarea relativamente sencilla. Desde

2009, más de 12.380 personas han sido expulsadas forzosamente³⁶, mientras las demoliciones de estructuras como escuelas, casas, cocinas o establos, han aumentado una media del 20 % al año desde 2017. Sin embargo, lo más difícil de cuantificar ha sido el efecto en la salud mental y psicosocial del nivel de coerción que han facilitado las políticas y prácticas de los sucesivos gobiernos de Israel, la Administración Civil y el ejército, y de la violencia de los colonos contra la población palestina. Para la población palestina que vive en comunidades vulnerables en las áreas B y C, donde prácticamente no existen permisos de construcción expedidos por autoridades israelíes, y cuya proximidad con los asentamientos de colonos en constante crecimiento constituye una amenaza tanto física como existencial, esta presión continua forma parte de un proceso crónico y sistemático destinado a crear un entorno inhabitable para las comunidades palestinas y forzarlas a irse a otras zonas.

El efecto en la salud mental y psicosocial de la exposición a este contexto suele ser un factor oculto de los desplazamientos de comunidades. De hecho, es un factor que se suele pasar por alto en la documentación de las vulneraciones de derechos humanos, crímenes con arreglo al derecho internacional y la exigencia de responsabilidades.

Los datos recopilados en las entrevistas realizadas para el informe con miembros de las diez comunidades estudiadas mostraron que, para todas las edades y sexos, las principales categorías de efectos evaluados son:

- como efectos cognitivos: la falta de concentración;
- como efectos físicos: los dolores de cabeza;
- como efectos emocionales: el miedo, la ansiedad, la tristeza, la desesperación y el sentimiento de inseguridad;
- como efectos conductuales: el aislamiento.

La gran mayoría de las personas encuestadas manifestaron que sentían una angustia constante y una sensación general de que sus vidas, y las vidas de sus seres queridos, podían terminar en cualquier momento. También era común la percepción de sentir amenazada su capacidad para llegar a fin de mes, ganarse la vida y proteger sus rebaños, sus campos y sus bienes y pertenencias, como casas, depósitos de agua y coches. Las preocupaciones principales de muchas de las personas residentes en el Área C (dedicadas al pastoreo y la agricultura) son el desplazamiento forzoso y la lucha contra el empobrecimiento. Casi la cuarta parte de las personas encuestadas (23 %) afirmaron no tener ninguna esperanza en el futuro o que ni siquiera se planteaban pensar en el futuro.

Esa sensación prolongada de inseguridad, miedo e inestabilidad va acompañada de un dilatado sentimiento de injusticia y discriminación sistemática que puede traducirse en dolor físico. En cuanto a su capacidad para trabajar a diario, las personas entrevistadas indicaron que cualquier actividad que otros considerarían normal, como el trabajo, se vuelve prácticamente imposible por culpa del entorno coercitivo que les rodea.

A la pregunta de cómo reaccionaron a los momentos de choque y conflictos violentos que viven como consecuencias de las agresiones del ejército israelí y los colonos, cerca del 80 % de las personas encuestadas contestaron que sintieron estrés y miedo extremo, y algunas de ellas afirmaron explícitamente que temieron por sus vidas.

Al evaluar el sentimiento de seguridad y la capacidad de decidir sobre sus vidas, cerca del 60 % de las personas palestinas encuestadas manifestó que sentían que no había nada que pudieran hacer para proteger a sus familias cuando vivían ataques de colonos y demoliciones.

34 Véase el apartado 2.1 de este informe: ‘El abordaje de la Salud Mental en crisis humanitarias’.

35 Bajo el marco de los Acuerdos de Oslo de 1993, Cisjordania fue dividida en tres áreas administrativas: A, B y C. El Área A está bajo el control total de la Autoridad Palestina; en el Área B el control civil está en manos de la Autoridad Palestina y el control de seguridad bajo control de Israel; y el Área C está exclusivamente bajo control de Israel. El Área C ocupa el 61% del territorio, y constituye la zona más pobre y vulnerable de Palestina después de Gaza.

36 “Legal Developments and Trends in 2021”. Legal Taskforce - Protection Cluster. 7th January 2022

Las aspiraciones fundamentales de las personas encuestadas son sentirse a salvo en casa, tener estabilidad y acceso a la educación.

En cuanto a las niñas y niños entrevistados, la mayoría sentían un miedo muy agudo que afecta a su vida cotidiana, como poder jugar fuera o llegar hasta el colegio sin tener que sentir ansiedad, revivir eventos traumáticos o sentirse inseguros en todo momento. Otros refirieron ira y pesadillas.

Estos problemas no son nuevos, pero documentarlos y hacer un seguimiento es crucial para medir la gravedad de las vulneraciones de los de-

rechos humanos de la población palestina por parte de Israel, y constatar que dejan cicatrices, tanto físicas como mentales y psicológicas en cada generación palestina que vive sometida a la discriminación sistémica y la opresión por décadas de ocupación. Es por todo ello que, es necesario abogar por una intervención humanitaria que promueva el desarrollo a largo plazo de instituciones esenciales, como la atención sanitaria, y la inversión en infraestructuras básicas, capacitación y desarrollo profesional de personal sanitario para resolver los desafíos de salud mental y psicosocial y de bienestar de la población palestina.

5

Conclusiones y recomendaciones

1. La pandemia de la COVID-19 ha afectado a la evolución de todos los indicadores sanitarios. Las muertes mundiales derivadas del colapso que ha causado la COVID-19 en los sistemas socio sanitarios, son un 32 % más elevadas que las provocadas directamente por la enfermedad, que hasta octubre 2022 se estimaban en 6,4 millones. Las tasas de vacunación infantil han disminuido por primera vez en 10 años y, por primera vez desde 2005, han aumentado las muertes por tuberculosis. Estos efectos tienen más relevancia en las poblaciones más vulnerables, que son aquellas que tienen los mayores problemas de salud. La respuesta dada a nivel global, primando soluciones locales ante un problema global, se ha mostrado ineficaz para disminuir estas inequidades, ya sea internamente dentro de cada país, ya sea entre los diferentes países del mundo.

Es imperativo una reflexión profunda sobre las causas que han provocado los efectos indeseables y evitables de la pandemia de la COVID-19, incorporando al análisis la influencia de unos modelos económicos, sociales, políticos y sanitarios que no están preparados para afrontar de manera eficaz los desafíos que están afectando a la salud global, ya sea la pandemia, el cambio climático o la resistencia antimicrobiana.

2. En los últimos 20 años, muchos indicadores de salud han mejorado y con ello la salud mundial, aunque sigue siendo inaceptable el poco avance en alguno de ellos. La mortalidad materna ha disminuido un 37 % y aun así 810 mujeres siguen muriendo cada día debido a complicaciones del embarazo y el parto; A pesar de mejorar cada año, la tasa de mortalidad de menores de 5 años en el mundo es de 37 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, 13.700 al día. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU), la meta aglutinadora del resto de metas del ODS 3, cada vez está más lejos de conseguirse. A las debilidades de muchos sistemas de salud para responder a las necesidades sanitarias de su población, se añade el incremento de gasto sanitario individual. Como consecuencia, el número de personas que gastan más del 10 % de su presupuesto familiar en salud, es decir gasto catastrófico en salud, pasó de 940 millones a 996 millones al año.

Debemos incrementar los esfuerzos para asegurar la CSU, lo que incluye apostar por reforzar los sistemas públicos de salud con una APS integral fuerte, así como promover modelos de salud de base financiera mayoritariamente pública, para evitar los gastos catastróficos en salud, e incorporar un enfoque multisectorial que incluya los determinantes de salud.

3. A mediados de julio de 2022 la OMS declaró otra zoonosis, la viruela del mono, “emergencia de salud pública de importancia internacional”, e instó a los países a que pusieran en marcha los protocolos necesarios con los que intentar contener un brote viral y evitar que se convierta en una nueva pandemia. El riesgo de sufrir otra epidemia de repente se convierte en algo muy real y saltan las alarmas porque seguimos sin estar preparados. Muchos de los errores que sucedieron en la gestión de la pandemia de la COVID-19 se repiten, aunque sea a menor escala y con una menor atención mediática: diferencias en la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios, acaparamiento de medicamentos y vacunas, falta de transparencia en las negociaciones con las empresas suministradoras, etc. Para evitar los problemas derivados de nuevas pandemias, se está discutiendo un Tratado Pandémico, que será operativo a partir de 2024. Como respuesta, los países se comprometen a una acción conjunta para diseñar una arquitectura sanitaria internacional más sólida; es decir, un nuevo tratado internacional de preparación y respuesta ante pandemias.

El nuevo Tratado Pandémico que se propone, es una iniciativa muy interesante que corre el riesgo de quedarse en otro ejercicio retórico, de distracción, o de descargo de conciencia sino es vinculante y establece nuevas formas de actuar, innovando en políticas y nuevas estrategias, que deben ser más audaces que las que existen actualmente. El nuevo Tratado Pandémico debe centrarse en la equidad entre las personas y en la sostenibilidad del planeta, más que en intereses locales y comerciales de los países más poderosos.

4. La digitalización de la salud representa una oportunidad y una amenaza a la hora de mejorar el acceso a la salud de las poblaciones y reducir la inequidad existente en el planeta. La utilización de las nuevas tecnologías puede permitir que, personas que viven en zonas poco accesibles, puedan recibir y aumentar su provisión de los servicios de salud que necesitan. También facilita el flujo de información, tanto de pacientes entre los diferentes niveles de atención, como aquella que pueda servir para la formación de profesionales de salud, lo que va a cambiar incluso los hábitos de la población en cuanto a la forma de recibir los cuidados. Pero la transformación digital en salud también tiene algunas debilidades que es preciso mencionar: la brecha digital, el uso de la comunicación en salud, y la utilización de los datos personales sanitarios de las personas y a quien pertenecen.

La digitalización de la salud puede ser una gran oportunidad que nos permita mejorar la salud mundial, pero no se puede olvidar que es solamente una herramienta, no un fin en sí mismo y que, como herramienta, tiene que estar al servicio de las personas, sobre todo de las más vulnerables, que son quienes peores indicadores de salud tienen. Por otro lado, debe prestarse especial atención a la gobernanza de los datos sanitarios, de tal manera que se garantice la protección de las personas, los grupos y las comunidades contra los daños y las violaciones de los datos.

5. La ayuda oficial para el desarrollo de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) alcanzó un máximo histórico de 178.900 millones de dólares, un 4,4 % más que en 2020. La AOD aumentó en 23 de los 29 países CAD si bien el incremento no fue tanto como el que se esperaba, dada la situación de crisis global derivada de la pandemia. De hecho, si eliminamos las aportaciones para las vacunas COVID-19 donadas, el incremento hubiera sido solamente del 0,6 % en términos reales. Además, 1.700 millones de dóla-

res fueron redirigidos a la lucha de la COVID-19 desde otros programas, en un contexto donde el resto de los problemas de salud no habían desaparecido. La AOD representa el 0,33 % de la renta nacional bruta (RNB) de estos países, un porcentaje que queda lejos del compromiso del 0,7 %, que solo cinco países del CAD cumplieron en 2021.

Los países de la OCDE han demostrado una vez más que, incluso en tiempos de crisis, les cuesta mantener los compromisos en materia de AOD. El esfuerzo adicional realizado ha sido insuficiente si tenemos en cuenta la dimensión de las crisis a las que el mundo debe enfrentarse: crisis de salud, crisis climática, crisis alimentaria, crisis energética, emergencias humanitarias cada vez más complejas, etc. El conjunto de donantes del CAD puso una nueva fecha al compromiso de destinar el 0,7 % de los ingresos nacionales a AOD, 2030, fecha que debería ser revisada y adelantarse si queremos dar respuesta a las múltiples crisis en las que estamos.

6. En el primer año de pandemia el conjunto de donantes aumentó sus apartaciones al sector de la salud de manera considerable destinado 28.453 millones de dólares, 7.157 millones más que en 2019, lo que supone un incremento del 33,6 %. Este incremento rompe la tendencia a la baja del peso del sector de la salud en la AOD del conjunto de países del CAD, alcanzando el 17,54 % en 2020, cinco puntos y medio más que en 2019. En 2021 aún no conocemos la AOD total destinada a salud, pero sí los fondos destinados a acciones relacionadas con la COVID-19, 18.786 millones de dólares, lo que representa el 10,5 % del total de su AOD. 6.300 millones de dólares se dedicaron a proporcionar vacunas contra la COVID-19, un 36,6 % de este monto fueron dosis donadas sobrantes de las vacunas adquiridas por los países del CAD, algo que provoca dudas sobre si se pueden computar como AOD.

La salud se ha mostrado como un factor fundamental en el desarrollo global, y es necesario que el compromiso con el sector sanitario se mantenga en el tiempo, más allá de la pandemia de la COVID-19. Un compromiso que financieramente se debe situar en torno al 15 % del total de la AOD.

7. En 2021 la AOD española alcanzó los 3.123 millones de euros, un incremento del 15,2 % respecto al año anterior, alcanzando el 0,25 % de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje muy alejado del 0,5 % comprometido para final de legislatura, del 0,33 % de la media del conjunto de donantes del CAD, del 0,49 % 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 proceso de reformas emprendido por el gobierno debería concluir con la reforma del marco legislativo y normativo, la definición de nuevas prioridades y objetivos para la cooperación española y el aumento del presupuesto de la AOD hasta alcanzar el 0,7 % en 2030. La AOD española debe avanzar claramente en la mejora de los recursos económicos y humanos. Los compromisos presupuestarios recientes no se van a cumplir, 0,5 % prometido para final de esta legislatura, lo que genera dudas sobre otras metas presupuestarias comprometidas como es el 10 % de la AOD a la AH. Las políticas de recursos humanos, el otro gran reto pendiente, pasa por mejorar la falta de oportunidades de desarrollo profesional, las malas condiciones de empleo, la complejidad de los acuerdos contractuales, así como el uso limitado de la reserva de talento local.

8. La pandemia de la COVID-19 afectó claramente a la distribución sectorial de la ayuda, priorizando el sector salud que pasa de absorber el 7,5 % de AOD en 2020 al 16,8 % en 2021. Dos hitos que destacar: (i) El incremento de fondos en 9,3 puntos y 324.677.453 euros sitúa el total destinado al sector salud en 526.570.219 euros, la cifra más alta destinada por la cooperación española a salud en su historia. De este total, 312 millones (59 %) se destinaron directamente a la lucha contra la COVID-19. (ii) Por primera vez desde que se elabora este informe, el Ministerio de Sanidad es quien más aporta a la cooperación sanitaria, el 56,5 % del total.

La Cooperación Española ha aumentado sensiblemente su contribución a salud, hasta porcentajes similares al conjunto de donantes del CAD, para darle el peso que el sector demanda y poder hacer frente a los problemas globales de salud. 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.

9. La cooperación descentralizada aumentó en 2021 un 15 % respecto al año anterior, alcanzando los 340,5 millones de euros y situándose en su conjunto en el 0,106 % del presupuesto del conjunto de las CC. AA. Los datos oscilan entre el 0,42 % del País Vasco y el 0,02 de Madrid (la comunidad más rica de España), pasando por el 0,28 de Navarra, el 0,18 de Extremadura y la Comunidad Valenciana o el 0,06 de Galicia y el 0,07 de Andalucía. La AOD sanitaria crece también hasta situarse en los 38,9 millones, un 23,8 % más que en 2020. Las cifras de AOD en salud suponen el 11,4 % del total de la AOD conjunta entre Comunidades Autónomas (CC. AA.) y Entidades Locales (EE. LL.), 5,4 puntos por debajo del porcentaje que destina la Cooperación Española en su conjunto, algo que no sucedía hace muchos años. En

2021, 13 CC. AA. incrementan sus presupuestos en cooperación sanitaria y 4 lo reducen. Entre las comunidades que más fondos destinan a Salud destacan Andalucía, Comunidad Valenciana, Cataluña y Navarra. Por abajo Murcia, La Rioja, Canarias, Castilla y León, Madrid y País Vasco.

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. La reforma del sistema de cooperación emprendida por el gobierno, debe servir para repensar el encaje que la cooperación descentralizada debe tener en una política de estado como es la cooperación para el desarrollo: marco normativo adecuado, espacios institucionales apropiados, mecanismos de coordinación que permitan la complementariedad, reconocimiento haciéndoles partícipes de la construcción de una política que es expresión solidaria de la ciudadanía y que debe caracterizarse por ser inclusiva. En cuanto a la cooperación sanitaria descentralizada indicar que cubre unas necesidades en salud que las grandes políticas muchas veces dejan vacías. Éste debe seguir siendo el camino, mejorando aquellos aspectos que tienen que ver con más y mejor ayuda, especialmente en aquellos sectores en los que pueden aportar valor como es el caso de la salud.

10. España ha sido uno de los países más afectados por la COVID-19, lo que ha exigido al sistema sanitario grandes esfuerzos para limitar que la pandemia impactara más negativamente en la salud de la población. Y merece la pena hacer una reflexión sobre las debilidades estructurales de nuestro sistema sanitario, con una Atención Primaria debilitada, una falta real de respuesta unificada ante problemas comunes, y con una gran escasez, ya crónica, de recursos humanos sanitarios y financieros para poder atender las demandas de atención de la población. En cuanto al papel de la cooperación española en la gestión de esta pandemia, debemos desta-

car su compromiso con el multilateralismo, su apuesta con el fortalecimiento de los sistemas sanitarios y el acceso universal a medios diagnósticos y terapéuticos. Pero también criticar un silencio cómplice en el primer momento de acaparamiento de vacunas, a la vez que se negaba a la liberación de patentes. Los problemas de la salud de la población española y mundial están cada vez más cerca, problemas que si crecen pueden incluso poner en cuestión un modelo sanitario basado en lo público como el español, que es uno de los más equitativos del mundo.

Es necesario una decidida apuesta por un fortalecimiento institucional, financiero y de recursos del sistema sanitario público español, con una mayor capacidad para dar respuestas homogéneas ante retos comunes, y donde el compromiso con el derecho a la salud de todas las personas sea la guía de todas las políticas sanitarias y de cooperación en salud.

11. Las crisis humanitarias se caracterizan cada vez más por la multidimensionalidad de los factores que las generan y perpetúan en el tiempo. En este contexto, los efectos de la crisis climática impactan especialmente en las poblaciones en una situación de mayor vulnerabilidad estructural, puesto que afecta directamente a la escasez de recursos básicos como son el agua potable y la seguridad alimentaria. Esto, unido a la brecha de financiación entre las necesidades humanitarias y los fondos asignados a AH en 2021, está llevando al borde del abismo a millones de personas en todo el mundo.

La respuesta de la comunidad internacional tiene que ser rápida, efectiva, proporcional a las necesidades y con la mirada puesta tanto en el corto como 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 cuyos impactos se pueden ver amplificados como consecuencia de la crisis climática.

12. En contextos de crisis humanitarias la salud se ve afectada por diversos factores entre los que destaca la violencia sexual que se produce de manera generalizada y sistemática en situaciones de conflicto o desplazamiento forzoso. El impacto que este tipo de violencia puede tener en la salud física y mental de las personas que la sufren puede ser devastador. A esto se suma la escasez de servicios de atención y tratamiento a víctimas de violencia sexual, así como de prevención y protección.

Como pasa tantas veces, las promesas de la comunidad internacional sobre financiación y puesta en marcha de medidas efectivas contra la violencia sexual son totalmente insuficientes. Por eso, es fundamental que se adopten de manera urgente las propuestas del Secretario General de NN. UU. para abordar de manera integral la violencia sexual en conflictos.

13. Las crisis humanitarias tienen un fuerte impacto en la salud mental de las personas que viven este tipo de situaciones. Además, la salud mental y el bienestar psicosocial son necesarios para el fortalecimiento de la resiliencia comunitaria y para la recuperación de las comunidades en las situaciones de crisis. Sin embargo, la respuesta de salud mental y apoyo psicosocial durante una crisis humanitaria está condicionada por sistemas de salud débiles, la interrupción de los servicios y la falta de profesionales, entre otros.

En estas circunstancias es esencial la ayuda proporcionada por agencias y organizaciones internacionales humanitarias a nivel de servicios de salud mental y apoyo psicosocial en emergencias. Para ello es importante que las respuestas humanitarias incorporen las necesidades de salud mental y apoyo psicosocial a personas y comunidades y que dispongan de suficiente financiación para su incorporación efectiva.

14. 235 millones de personas en el mundo necesitan ayuda y protección humanitaria, pero los llamamientos humanitarios de las Naciones Unidas para 2021, que ascienden a 37.637 millones de dólares, sólo están financiados en un 53 % con 29.182 millones de dólares. Si bien se asiste a un leve aumento de un 3,8 % más que en 2020, un año más la financiación de las crisis humanitarias sigue resultando insuficiente.

Dado lo anterior, los donantes deben respetar sus responsabilidades y compromisos internacionales incrementando de forma sustantiva los fondos destinados a la acción humanitaria, de forma que se reduzca al 25 % la diferencia entre los fondos solicitados y los recibidos.

15. La AH de la Cooperación Española ha seguido creciendo sensiblemente en 2021, situándose en 107 millones de euros, 11 millones más que en 2020, lo que representa el 3,5 % del total de su AOD, un porcentaje que sigue muy lejos del 10,53 % 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.

La Cooperación Española debe incrementar de forma substancial los fondos destinados AH para acercarse de manera efectiva a su compromiso de situar en al menos el 10 % de su AOD a la AH en 2022, tal y como recoge la Estrategia de Acción Humanitaria.

16. Si bien la AGE continúa siendo el principal financiador de la AH, aportando el 76 % de los fondos, es la cooperación descentralizada quien ha realizado los mayores incrementos en su financiación, un 20 % más que en 2020. Las CC. AA. han aumentado su financiación en 4 millones, alcanzando los 19.818.571 euros, mientras que las EE. LL. la incrementan en 1,5 millones de euros situándola en 5.835.876 euros.

Por ello es fundamental que la cooperación descentralizada mantenga el crecimiento de la financiación destinada a la acción humanitaria a lo largo de los próximos años para alcanzar antes de 2030 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 Microbidas	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
BAfD	Banco Asiático de Desarrollo	HNO	Resumen de Necesidades Humanitarias
BDR	Bancos regionales de desarrollo	IANPHI	Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública
BEI	Banco Europeo de Inversiones	IARC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
BM	Banco Mundial	IASC	Comité Permanente Inter-Agencias
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	IAVI	Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA
BRIC	Brasil, Rusia, India y China	IDH	Índice de Desarrollo Humano
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	IEC	Información, educación y comunicación
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País	IECAH	Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria
CC. AA.	Comunidades Autónomas	IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
CE	Cooperación Española	IFRC	Federación Internacional de la Cruz Roja
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
CERF	Fondo Central de Respuesta de Emergencia	ITS	Infecciones de transmisión sexual
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
CHS	Norma Humanitaria Esencial	MINUSTAH	Misión de Estabilización de las Naciones Unidas en Haití
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja	MMV	Medicines for Malaria Venture
COVAX	Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19	MS	Ministerio de Sanidad
CRS	Creditor Reporting System	NN. UU.	Naciones Unidas
CSU	Cobertura sanitaria universal	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria
DD. HH.	Derechos humanos	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
DGPOLDES	Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible	OCHA	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas
DIH	Derecho Internacional Humanitario	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
EE. LL.	Entidades Locales	ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
ENT	Enfermedades no transmisibles	OEA	Organización de Estados Americanos
ETS	Enfermedades de transmisión sexual	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
FCA	Índice de Crisis Olvidadas	OIM	Organización Internacional para las Migraciones
FED	Fondo Europeo de Desarrollo	OIT	Organización Internacional del Trabajo

OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMUDES	Organismos Multilaterales de Desarrollo
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PACI	Planes anuales de cooperación internacional
PIB	Producto interior bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RCA	República Centroafricana
RDC	República Democrática del Congo
RNB	Renta Nacional Bruta
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
SRP	Planes Estratégicos de Respuesta
SSyR	Salud sexual y reproductiva
SUS	Sistemas Universales de Salud
TB	Tuberculosis
UCI	Unidades de Cuidados Intensivos
UE	Unión Europea
UNCTAD	Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNITAID	Iniciativa internacional de acceso a medicamentos
UNRWA	Agencia de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo
VARD	Vinculación entre Ayuda de Emergencia, Rehabilitación y Desarrollo
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VOICE	Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies



**Federación de Asociaciones
de Medicus Mundi en España**

c/ Lanuza 9, local

28028 Madrid

Tel.: 91 319 58 49 / 902 101 065

federacion@medicusmundi.es

www.medicusmundi.es



Médicos del Mundo

c/ Conde de Vilches 15

28028 Madrid

Tel.: 91 543 60 33 / Fax: 91 542 79 23

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org