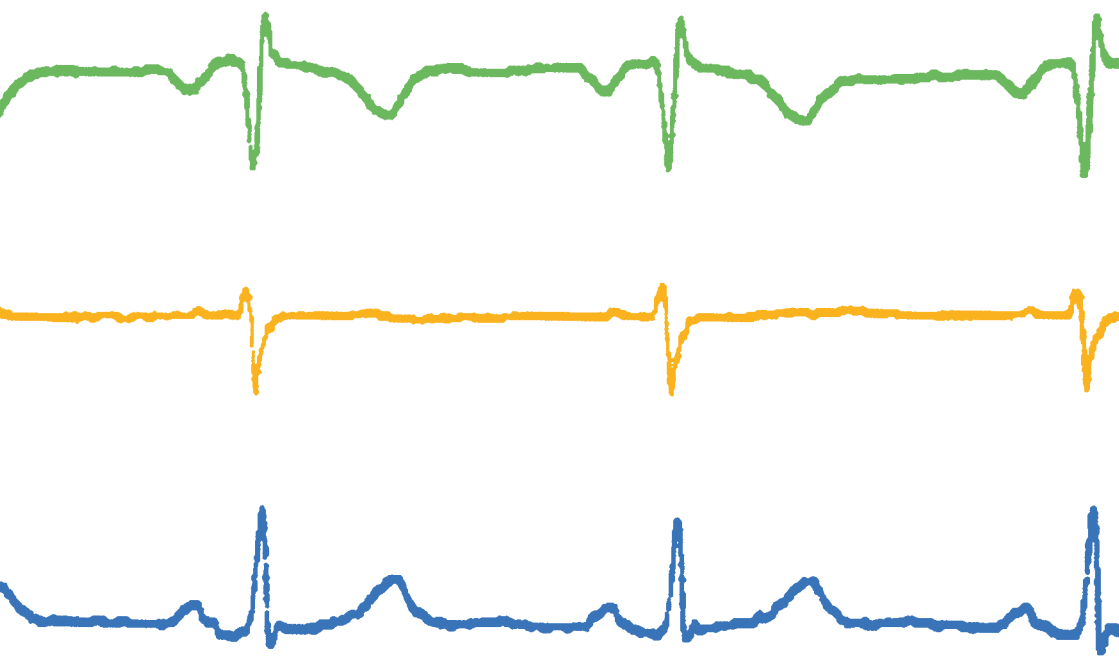


La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2015



Equipo técnico

Carlos Mediano
José María Medina
Emiliana Tapia

Equipo asesor

Félix Fuentenebro
José María Medina
Elena Urdaneta

Colaborador

Ricardo Angora

Edita

medicmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

Trabajo de edición

Félix Fuentenebro

Diseño y maquetación

estudio blg

Impresión

XXXXX

Para más información:

Federación de Asociaciones de Medicus Mundi en España
Lanuza 9, local / 28028 Madrid (España)
Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65
federacion@medicmundi.es
www.medicmundi.es

Prosalus

María Panés 4 / 28003 Madrid (España)
Tel: 915 53 35 91
prosalus@prosalus.es
www.prosalus.es

Médicos del Mundo

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

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

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2015

medicmundi
Prosalus
Médicos del Mundo

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO.....	19
1. Introducción.....	19
2. Los objetivos de desarrollo del milenio: 2015, un año para valorar.....	22
ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre	22
ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal	26
ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.....	26
ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años.....	28
ODM 5: Mejorar la salud materna	31
ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y otras enfermedades.....	33
ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.....	40
ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo	42
3. La financiación para el desarrollo a partir de 2015: la conferencia de Addis Abeba	46
3.1. ¿Qué es la Conferencia Internacional de Financiación?	47
3.2. La sociedad civil y la financiación para el Desarrollo	47
3.3. El papel de la salud en la AAAAA.....	50
4. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible	52
5. 2ª Conferencia Internacional de Nutrición.....	57
5.1. Antecedentes	57
5.2. 22 Años después, la CIN-2	58
5.3. Declaración final y marco de acción	59
6. Resiliencia de los sistemas sanitarios.....	61
CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	67
1. Evolución de la Ayuda al Desarrollo total del CAD	67
1.1. Distribución de la AOD en 2014	70
• Proceso de revisión del concepto de AOD en el seno del CAD. Ana Henche Cuesta	72
2. Evolución de la AOD en Salud	74
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	76
• 2015, Año Europeo del Desarrollo. Informe de Salud.....	80
• Descripción de los subsectores y componentes relacionados con salud. Según actualización del CAD de 2011	81

CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	87
1. Consideraciones generales	87
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	87
1.2. Datos generales de la AOD en 2014	89
2. La AOD en salud en 2014	91
2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2014	91
2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales.....	97
2.2.1. AOD multilateral en salud en 2014	97
2.2.2. AOD multilateral en salud en 2014.....	97
2.3. Distribución sectorial de la AOD en salud	99
2.4. Distribución geográfica de la AOD en salud	102
• Evaluación del Plan de Actuación Sectorial de Salud de la AECID 2011-2013. Informe de Salud	105
3. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales.....	107
3.1. La AOD descentralizada.....	107
3.2. La AOD descentralizada en salud.....	108
4. Incidencia informe 2013.....	114
• Proposición no de Ley sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la Acción Humanitaria. Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA.....	115
4.1. Propuestas del informe de salud para las elecciones generales 2015	117
• Por una política de Estado: 0,7% de AOD por ley. Informe de Salud	120

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA	123
1. Introducción.....	123
2. La Ayuda Humanitaria Internacional	128
3. La ayuda Humanitaria del sistema de NN.UU	131
4. La Ayuda Humanitaria de la UE	138
4.1. Canalización de la ayuda de la UE	140
4.2. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO.....	141
4.3. Estrategia de Acción Humanitaria de la Comisión Europea.....	144
5. La Acción Humanitaria española.....	144
5. 1. La canalización de fondos.....	146
5.1.1 La Ayuda Humanitaria bilateral.....	146
5.1.2 La Ayuda Humanitaria multilateral	147
5.1.3 La Ayuda Humanitaria multilateral.....	149
5.2. Distribución geográfica de la Ayuda humanitaria	150
5.3 La Ayuda Humanitaria por sectores.....	152
5.4. La Ayuda Humanitaria por agentes.....	154
6. La Ayuda Humanitaria descentralizada	155
• Los nuevos desafíos frente a la crisis migratoria. Informe de Salud	159
7. El ébola, una enfermedad, de nuevo, casi olvidada: experiencias en terreno	160

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	167
---	------------

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfica 1.1. Número de personas, en millones, en extrema pobreza: 1990-1999-2015. Fuente: Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes.....	24	Gráfico 2.2. 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	74
Gráfica 1.2. Comparativa porcentaje de personas con nutrición insuficiente en el mundo. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015	25	Gráfico 2.3. 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	75
Gráfica 1.3. Diferencias en representación parlamentaria y trabajo remunerado entre hombres y mujeres (1990, 2015 y meta prevista). Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015	27	Gráfico 2.4. Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa CAD-España. Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	75
Gráfica 1.4. Tasa de mortalidad infantil mundial (cada 1.000 nacidos vivos). Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes.....	28	Gráfico 2.5. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2012 por canales (en millones de dólares corrientes). Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	77
Gráfica 1.5. Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, 1990 y 2015 (muertes por cada 1.000 niños nacidos vivos) Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015.....	30	Gráfico 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB 2006-2014. Fuente: elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por la SGCID	90
Gráfica 1.6. Tasa de mortalidad materna mundial/100.000 nacidos vivos Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes	31	Gráfico 3.2. Evolución de la AOD bruta en salud y del porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2014. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID. El dato de 2015 es una previsión en base a la Comunicación 2015.....	92
Gráfica 1.7. Comparativa atención reproductiva 1990-2013. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015.....	32	Gráfico 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	102
Gráfica 1.8. % de personas que viven con VIH y reciben tratamiento antirretroviral (TAR). Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015	34	Gráfico 3.4. Evolución de la AOD descentralizada (CCAA+EELL) en España 1994-2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	107
Gráfica 1.9. Nº muertos por paludismo 2000-2004-2015. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes	36	Gráfico 3.5. Evolución de la AOD de CCAA y EELL 2008-2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	108
Gráfica 1.10. Mortalidad por tuberculosis (TB): comparativa 1990, 2000, 2013, y previsión 2015. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes.	39	Gráfico 4.1. Canalización de los fondos de ECHO a través de contratos con Organizaciones humanitarias en 2014. Fuente elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO	140
Gráfica 1.11. % de mejora en acceso a agua, saneamiento y vivienda. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015	41	Gráfico 4.2. Destino geográfico de los fondos de ECHO para AH en 2014. Fuente: elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO.....	143
Gráfica 1.12. AOD en millones de dólares. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015	42		
Gráfica 1.13. Porcentaje de población con cobertura de internet y telefónica 1990-2015. Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015	44		
Gráfico 2.1. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2014. Fuente: CAD OCDE, 2015	69		

Grafico 4.3. Evolución de la AOD Española destinada a Acción Humanitaria. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	145
Gráfico 4.4. AOD Española multilateral para AH en 2014 por vías de canalización en euros. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	148
Gráfico 4.5. Asignación de fondos por sectores en 2014. Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA	153
Gráfico 4.6. Ayuda Humanitaria descentralizada por regiones de destino. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID	157

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2.1. AOD neta de los países del CAD 2010 – 2014 (desembolsos en millones de dólares corrientes). Fuente: OCDE – CAD	71
Tabla 2.2. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System ..	76
Tabla 2.3. Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System	78
Tabla 2.4. Distribución geográfica de la AOD total y en salud del CAD en 2013 (desembolsos brutos en millones de dólares corrientes). Fuente: Creditor Reporting System.....	79
Tabla 3.1. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2010-2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID. En esta tabla están incluidos los datos de ayuda multilateral	94
Tabla 3.2. Resumen de la AOD española en salud. 2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2014 publicados por SGCID	96
Tabla 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor. 2010–2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	98
Tabla 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor. 2010 – 2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID	99
Tabla 3.5. Distribución de AOD en salud por canales y subsectores CAD/CRS. 2014. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	101
Tabla 3.6. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2014. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	103
Tabla 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según categorías del Plan Director, 2014. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	104
Tabla 3.8. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2014. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	104
Tabla 3.9. Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2014. Fuente: elaboración propia a partir de de los volcados de AOD publicados por SGCID	105
Tabla 3.10. AOD en salud de las CCAA, 2012-2014. Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID.....	110
Tabla 3.11. AOD descentralizada en salud según subsectores CRS. 2014. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	111
Tabla 3.12. AOD descentralizada en salud por áreas geográficas. 2014. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	112
Tabla 3.13. AOD descentralizada en salud por grupos de países según nivel de renta. 2014. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	113
Tabla 3.14. EELL con mayor AOD en salud 2014, en euros. Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID	113

Tabla 4.1.	Fondos de ayuda humanitaria internacional (en miles de millones de \$ USA). Fuente: Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System 128	Tabla 4.15.	Desglose de la AOD destinada a AH por vía de financiación. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 146
Tabla 4.2.	Canalización de la financiación Internacional a través del FTS en 2014. Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de NNUU, OCHA 130	Tabla 4.16.	AOD Española bilateral para AH por vías de canalización. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 147
Tabla 4.3.	Canalización de la ayuda humanitaria internacional desglosada por agencias y organismos. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 130	Tabla 4.17.	Canalización de la ayuda a través de agencias de NN.UU. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FTS de NNUU 148
Tabla 4.4.	Ayuda humanitaria del sistema de Naciones Unidas. Año 2014. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 132	Tabla 4.18.	Canalización de la ayuda a través del sistema de Cruz Roja y Media Luna Roja. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FTS de NNUU 149
Tabla 4.5.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria de las agencias de NN.UU. Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 132	Tabla 4.19.	Distribución geográfica por regiones de la AH Española. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 150
Tabla 4.6.	Evolución de la asignación a Fondos Comunes gestionados por UNOCHA (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 133	Tabla 4.20.	Distribución geográfica por países de la AH Española. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 151
Tabla 4.7.	Distribución de los Fondos Comunes gestionados por UNOCHA. Fuente: Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 134	Tabla 4.21.	AOD española neta destinada a acción humanitaria en 2014, por sectores CRS y canales. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 153
Tabla 4.8.	Principales donantes de Fondos comunes (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 134	Tabla 4.22.	AOD de la Cooperación Descentralizada para AH en 2014 por canales. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 156
Tabla 4.9.	Fondos Comunes canalizados a través de agencias de NN.UU. (en millones de Dólares) Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 135	Tabla 4.23.	Ayuda Humanitaria por CCAA. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 156
Tabla 4.10.	Principales países receptores de Fondos Comunes (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 135	Tabla 4.24.	Distribución por sectores de la AH descentralizada. Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID 158
Tabla 4.11.	Distribución sectorial de los Fondos Comunes (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 136		
Tabla 4.12.	Principales países destino de los fondos CERF (en millones de dólares). Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU 137		
Tabla 4.13.	Aportaciones directas de los Estados de la UE para financiación de AH durante 2014. Fuente: Elaboración propia a partir de datos de FTS de NNUU 139		
Tabla 4.14.	Ejecución del presupuesto de ECHO en 2014 (en millones de euros). Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la DG ECHO 142		

INTRODUCCIÓN

En 2014 España destinó a Ayuda al Desarrollo el 0,14 por ciento de su Renta Nacional Bruta, el porcentaje más bajo desde 1989, cuando España era un donante incipiente que luchaba por hacerse un hueco en la comunidad internacional y aún no formaba parte del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE.

Veinte años después, y a pesar de la tan proclamada recuperación económica, tenemos el triste honor de ser el país de la UE que más ha disminuido su ayuda (20.13% respecto 2013), lo que nos sitúa a la cola de los donantes europeos EU15, muy por debajo de la media, y por detrás de países que han sido objeto de rescate por parte de la Unión Europea como Portugal o Irlanda. Al nivel de España o por detrás sólo se encuentra Grecia, que a pesar de su situación incrementó la ayuda en un 6.3%. Estos datos, cuando se trata de una Política que mide la solidaridad de un país, son ciertamente muy preocupantes y muy poco generosos con quienes para sobrevivir requieren de la ayuda.

En el año europeo del desarrollo, según la encuesta de Eurobarómetro, el 57% de los españoles opina que la “lucha contra la pobreza en los países en desarrollo debe ser una de las principales prioridades del gobierno” y se manifiestan favorablemente a un aumento significativo de la misma. Además, el 45% de los ciudadanos españoles, sitúan la salud como el principal campo para cooperar con los países en desarrollo. Pues bien, en 2014 la salud ha representado el 4% del total de la AOD, el porcentaje más bajo desde el año 2001 (la asignación a salud de la media de los países del CAD se sitúa en el 14.8%).

Una vez más, las preocupaciones y deseos de los ciudadanos parecen no corresponderse con los intereses de quienes nos gobiernan, más agitados sin duda por la opinión invisible de los mercados que por responder y canalizar el sentir mayoritario de las personas. La opinión de los ciudadanos no cuenta, ni la de las Organizaciones de la Sociedad Civil aun cuando sobre el papel se reconoce que su participación en lo público es fundamental para garantizar unas políticas eficaces e integradoras, y unos Estados más responsables y legítimos.

En el plano internacional, apuntar que después de tres años de consultas y negociaciones intergubernamentales, la Asamblea de Naciones Unidas aprobó en septiembre en Nueva York, los Objetivos de Desarrollo sostenible, que marcaran las políticas de cooperación en los próximos 15 años. El único Objetivo de Desarrollo Sostenible específico del sector salud, plantea como gran logro la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención médica de calidad, sin que nadie se quede atrás, requisito básico para promover la salud y el bienestar físico y mental y prolongar la esperanza de vida de todas las personas. Así mismo, establece el compromiso de acelerar los avances conseguidos hasta la fecha en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna, poniendo fin a todas las muertes prevenibles para 2030. También se compromete a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y acelerar los progresos contra enfermedades transmisibles e incluir esta vez a las enfermedades no transmisibles. Pero falta definir qué estrategias se van a priorizar para alcanzar estos objetivos y sobre qué indicadores vamos a medir todos estos avances.

Previo a la aprobación de los ODS, se celebró una cumbre mundial para establecer acuerdos respecto a cómo se va a financiar esta nueva agenda. La falta de compromisos económicos concretos y el modelo de financiación del desarrollo que ha confirmado esta Conferencia, y que estará vigente hasta 2030, nos aboca a un incremento de las desigualdades Norte-Sur y convierte en imposible la tarea de alcanzar los 17 Objetivos de desarrollo sostenible que entrarán en vigor en 2016.

Finalizamos esta introducción agradeciendo la colaboración de todas las personas que han contribuido a la publicación de este informe, especialmente a Jorge Seoane y al resto del equipo del departamento de estadística de la SGCID por facilitarnos los volcados de AOD y aclarar las dudas sobre los mismos. Agradecer también a Ana Henche Cuesta su aportación al Informe aportando claridad al proceso de revisión del concepto de AOD en el seno del CAD.

CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

1. INTRODUCCIÓN

El mundo está cada vez más globalizado. Las ventajas e inconvenientes de esta globalización para el desarrollo mundial son evidentes. La capacidad de resolver los problemas que nos afectan se multiplican si unimos los esfuerzos de todas las instituciones nacionales e internacionales. Este es un hecho que hemos podido corroborar en las diferentes iniciativas que han conseguido mejorar la salud mundial. Las enfermedades constituyen problemas globales y cada vez es más frecuente ver que su limitación geográfica excede una comunidad, una provincia, un país o una región. La reciente epidemia del ébola o la de Chikungunya (con más de 660.000 casos en los primeros 6 meses de 2014, el 65% en R. Dominicana, y que puede afectar también a Europa¹), han traspasado las fronteras de los países origen de la epidemia y ha alcanzado —si bien no en la misma medida ni con el mismo impacto, a pesar de la alarma mediática creada— a los países más desarrollados. Pero también las enfermedades no transmisibles, que se consideraban enfermedades de países ricos, son actualmente un grave problema en los países en desarrollo, por lo que su solución se debería afrontar de manera global.

Los determinantes de salud (pobreza, agua, alimentación, género, vivienda, medio ambiente,...) afectan a todos los países, aunque sea con distintas intensidades. Y no solamente la salud se ve afectada por esta globalización. Otros problemas están empujando a buscar soluciones más allá de lo que pueda hacer un solo país de manera aislada. Las acciones conjuntas para revertir el cambio climático son un buen ejemplo de cómo se puede trabajar para el bien común de toda la humanidad. Existen otros problemas que están creciendo y que empiezan a afectar directamente a los países enriquecidos, provocando dudas sobre la aplicación de la Declaración Universal de Derechos Humanos, el documento más importante que hemos desarrollado para impulsar nuestra convivencia a nivel mundial. Es el caso de las denominadas

1. Pimentel R, Skewes-Ramm, Moya J. Chikungunya en la República Dominicana: lecciones aprendidas en los primeros seis meses. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(5):336-41.

crisis migratorias, que siempre han existido, pero que ahora, al afectar de manera importante a los países europeos, son más visibles. Según datos de Eurostat, más de 625.000 personas han solicitado asilo en Europa en 2014, un 44% más que el año anterior². En 2015 la migración ha aumentado debido a la inestabilidad existente en varias regiones del mundo. La desesperación para buscar un futuro ha hecho que muchas personas arriesguen sus vidas en busca de una vida que merezca la pena ser vivida. Según una estimación de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), hasta finales de agosto de 2015, han muerto 2.432 personas intentando cruzar el Mediterráneo³. La problemática de acoger a los refugiados está superando las capacidades individuales de los países, y las soluciones aplicadas por Europa no son ni suficientes ni las necesarias para proteger la dignidad y los derechos que asisten a estas personas en tanto que refugiados, vulnerando con frecuencia sus derechos. Es el caso de la vulneración del derecho a la atención sanitaria. Con demasiada frecuencia la atención sanitaria de personas refugiadas se presta únicamente a través de ONGs, sin que puedan contar las personas refugiadas con las ventajas del sistema sanitario del país receptor. La denominada crisis de los refugiados sirios, ha puesto de manifiesto una realidad que supera esta terrible crisis. Existen muchos refugiados en el mundo que son invisibles para la opinión pública y, por lo tanto, para los compromisos políticos. Muchos países de estados frágiles están acogiendo cerca de sus fronteras millones de personas refugiadas que no ven un futuro, dada la cronicidad de los conflictos. Es el ejemplo de la crisis en Burundi, que según el ACNUR ha obligado a 144.000 personas hasta junio a dejar el país y refugiarse principalmente en Tanzania y Ruanda, y en menor medida en otros países vecinos⁴. Para afrontar estas situaciones globales, es importante generar una verdadera alianza mundial para el desarrollo donde los derechos humanos tengan un papel preeminente.

Aunque los esfuerzos internacionales conjuntos han conseguido mejorar algunas de las estadísticas mundiales de pobreza, salud y desarrollo, estos esfuerzos colectivos aún se deben ajustar bastante para conseguir que toda la población mundial se beneficie de ellos por igual. Una de las mayores aspiraciones de la humanidad es la equidad, que supone que todas las personas tienen el mismo trato y las mismas oportunidades para desarrollarse. Pero desgraciadamente vemos que no es así. Mientras el número de millonarios aumenta en el planeta (en 2014 hay un millón de millonarios más en el mundo que en 2013, alcanzando los 14,6 millones de personas), y tienen cada vez más parte de la riqueza mundial en sus manos (más de 56 billones

2. <http://www.publicpolicyexchange.co.uk/events/FI15-PPE2>

3. <https://www.iom.int/es/news/aumentan-las-llegadas-y-muertes-de-migrantes-en-el-mediterraneo>

4. <http://www.acnur.org/t3/noticias/noticia/miles-de-refugiados-siguen-huyendo-de-burundi-acnur/>

de dólares, estimando que para 2017 será de 70 billones)⁵, 836 millones de personas viven en pobreza extrema.

Uno de los objetivos que debemos tener a corto plazo al crear las alianzas globales es no provocar una segmentación aún más profunda entre las personas, promoviendo una ciudadanía de primera categoría, con prácticamente todos sus problemas resueltos, de segunda categoría, con gran parte de los problemas solucionados, y de tercera categoría, con una “cartera mínima” de servicios cubiertos y dejando a una parte de las personas totalmente excluidas de cualquier posibilidad o iniciativa de mejora. Es también necesario que estas alianzas se basen en estrategias basadas en la evidencia, para evitar duplicidades e ineficiencias innecesarias, y que todo el trabajo se oriente de la manera más eficaz, sostenible y con el mayor impacto posible, permitiendo una participación social que asegure la apropiación de las políticas por parte de la población.

En 2015 finaliza el plazo que los países que integran las Naciones Unidas se habían dado para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por lo que es momento de hacer balance y definir las líneas prioritarias de trabajo, la agenda post2015, de cara a los próximos años. El éxito de esta agenda pasa sin duda por crear y reforzar alianzas mundiales.

El trabajo de definición de prioridades y compromisos se concentra en 3 eventos clave durante 2015. En septiembre se alcanza el consenso definitivo en la definición de los denominados Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS) en Nueva York, que será el documento de referencia mundial para el desarrollo hasta 2030. Previamente, del 13 al 16 de julio ha tenido lugar en Addis Abeba (Etiopía) la cumbre sobre la Financiación del Desarrollo, que debería de haber visibilizado el compromiso real de los países con la financiación del desarrollo mundial. La cumbre finalizó con bastantes claroscuros, como veremos posteriormente. Por último, entre el 30 de noviembre y el 11 de diciembre se celebrará en París la vigésimo primera conferencia sobre el cambio climático, objetivo primordial en los ODS. La cumbre debe concluir con un nuevo acuerdo internacional sobre el clima, aplicable a todos los países, que permita mantener el calentamiento global por debajo de los 2°C⁶. Esta Conferencia será tratada en el informe sobre la salud y la cooperación del próximo año, ya que por esas fechas este informe ya está cerrado.

Es muy positivo buscar los consensos en todos estos asuntos, si bien queremos resaltar nuestra preocupación por la descoordinación que han mostrado las fechas propuestas de estos eventos. Es cierto que la aprobación de los ODS es una declaración política, pero tiene que definir unas metas operativas para ser verdaderamente eficaz. Y no parece muy lógico que se defina la financiación del desarrollo sin haber

5. <https://www.es.capgemini.com/noticias/la-poblacion-de-individuos-con-elevado-patrimonio-y-sus-niveles-de-riqueza-alcanzan-nuevos>

6. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/politique-etrangere-de-la-france/climat/paris-2015-cop21/>

previamente ratificado los Objetivos que queremos conseguir y que metas definimos para cada uno de esos Objetivos. Por otra parte, un acuerdo sobre el clima debería ser previo a la definición final de los ODS, pues es parte fundamental de los mismos. De hecho, en la misma propuesta de ODS se cita textualmente en el ODS n° 13: “*Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos (tomando nota de los acuerdos adoptados en el foro de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático)*”. Es cierto que las agendas han estado prácticamente definidas previamente a su ratificación, y por lo tanto han estado trabajando en paralelo en todos estos asuntos (como se puede confirmar al leer los diferentes acuerdos), pero en 2016 será el año donde se puedan observar, y si es necesario, mejorar, la coherencia del conjunto de la agenda internacional para el desarrollo.

2. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO: 2015, UN AÑO PARA VALORAR

La Cumbre del Milenio del año 2000, y los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) derivados de esa Cumbre, han sido los compromisos más importantes que la comunidad internacional ha suscrito hasta el momento para intentar erradicar la pobreza y el hambre de nuestro planeta. Los esfuerzos que se han realizado en estos 15 años han ayudado a que más de mil millones de personas salieran de la pobreza extrema, aunque no todos los objetivos propuestos se han conseguido.

Los avances en la consecución de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio se miden por medio de 21 metas y 60 indicadores oficiales. Naciones Unidas tiene una lectura optimista sobre los resultados conseguidos, a pesar de reconocer que los avances no han sido iguales ni en los 8 ODM, ni en las diferentes regiones del mundo. En su opinión, el establecer objetivos ambiciosos ha ayudado a conseguir en todos los ODM avances muy considerables, ha generado nuevas e innovadoras colaboraciones y ha impulsado que la opinión pública pueda hacer un seguimiento de los mismos.

Dado que todos los ODM están relacionados con la salud, vamos a hacer un breve resumen de lo alcanzado en cada uno de los ODM, haciendo una lectura más detenida en los 3 ODM relacionados directamente con la salud.

ODM 1: Erradicar la pobreza extrema y el hambre

La pobreza es posiblemente el determinante de salud más importante. Cuando se definieron las metas y en sus primeros informes, Naciones Unidas decidió que el límite

de pobreza era el de ingresar menos de un dólar al día⁷, cifra que se modificó en el informe de ODM de 2009 a 1,25 dólares diarios, sin dar muchas explicaciones sobre el cambio⁸. En 1990, casi la mitad de la población de las regiones en desarrollo vivía con menos de 1,25 dólares al día. Este porcentaje ha descendido al 14% en 2015. Pero esta disminución se ha debido principalmente a los resultados de un solo país, China.

A nivel mundial, la cantidad de personas que viven en pobreza extrema se ha reducido en más de la mitad, cayendo de 1.900 millones en 1990 a 836 millones en 2015. La mayor parte del progreso ha ocurrido a partir del año 2000. Si se quiere luchar contra esta extrema pobreza, existen países que son prioritarios. En 2011, casi el 60% de los mil millones de personas extremadamente pobres del mundo vivía en solo cinco países: la India, Nigeria, China, Bangladesh y la República Democrática del Congo. Actualmente el mapa de la pobreza extrema ha cambiado y muchas de las personas empobrecidas viven en los países denominados de renta media.

Los avances en este ODM han sido extraordinarios, pero queda la duda de si estos logros tienen que ver en parte por la forma de medir la pobreza, o de si lo que se está planteando como solución (un crecimiento económico que hará por sí solo que las personas salgan de la pobreza) sea lo más adecuado. Es complicado poder definir exactamente que es la pobreza. Ya explicábamos en nuestro informe de 2013 las diferencias entre medir pobreza relativa, que se utiliza normalmente en Europa Occidental, y la pobreza absoluta, que es la que se fijó como indicador en los ODM⁹. El PNUD habla sobre la multidimensionalidad de la pobreza y la necesidad de medir la pobreza más centrada en el ser humano, en la que se reconozcan las privaciones humanas en varias esferas críticas. En esta propuesta del PNUD¹⁰, la falta de ingresos sería tan sólo una de esas esferas.

El Banco Mundial en su informe de 2014 “Prosperity for all ending extreme poverty”¹¹ señala que, además de luchar contra la pobreza extrema, es importante asegurarse de que las personas que salgan no se estanquen a largo plazo en un nivel levemente superior a la línea de pobreza extrema. En cuanto a la forma de trabajar, además de plantear estrategias diferentes en cada país asumiendo que la arquitectura de la pobreza es muy diversa dependiendo del entorno, avisa de que el crecimiento económico, como elemento único para reducir la pobreza, tiene sus límites. Aconseja que los países complementen sus esfuerzos para acrecentar el crecimiento con

7. http://millenniumindicators.un.org/unsd/mi/pdf/MDG%20BOOK_SP_new.pdf

8. http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/MDG_Report_2009_SP_r3.pdf

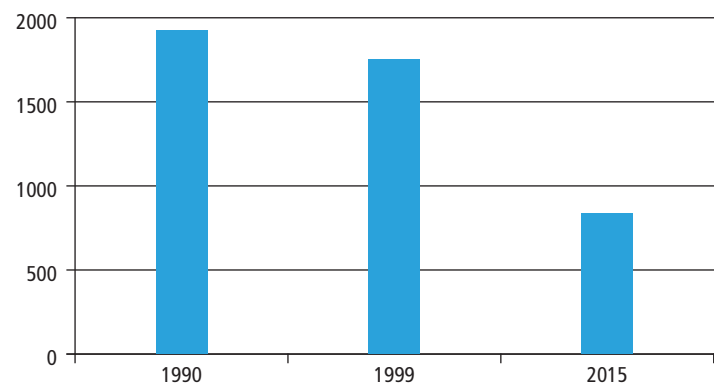
9. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2013. Médicos del Mundo, Prosalus, medicusmundi

10. http://www.esuelapnud.org/biblioteca/documentos/abiertos/dadh-u2_Pobreza.pdf

11. http://siteresources.worldbank.org/INTPROSPECTS/Resources/334934-1327948020811/8401693-1397074077765/Prosperity_for_All_Final_2014.pdf

políticas que permitan asignar más recursos a las personas extremadamente pobres, lograr un crecimiento más inclusivo e incrementar el número de programas orientados a brindar asistencia a los pobres en forma directa.

GRÁFICA 1.1. NÚMERO DE PERSONAS, EN MILLONES, EN EXTREMA POBREZA: 1990-1999-2015



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes

En cuanto al desempleo, señalar que es una meta en la que hemos retrocedido desde 1990. La proporción de la población en edad laboral que está empleada ha caído del 62% en 1991, al 60% en 2015. De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo, cerca de 200 millones de personas están desempleadas en 2014, 30 millones más que antes del inicio de la crisis mundial y 49 millones más que en 1991. Y no podemos olvidar que existe mucho subempleo. Casi la mitad de las personas empleadas en el mundo trabajan en condiciones vulnerables y, algunas, con salarios menores a 2 dólares al día (muy cerca del nivel de pobreza extrema de la que hablábamos en la meta anterior).

Resulta desconcertante que la riqueza mundial haya crecido de manera considerable en estos 25 años y, sin embargo, el empleo no lo haya hecho en la misma proporción. Según el informe de la OIT "World of Work 2014: Developing with Jobs", entre 1980 y 2011, los ingresos per cápita crecieron un 3,3% en los países en las economías más avanzadas. A nivel mundial, la tasa de desempleo de los jóvenes casi triplica la de los adultos, y se da en todas las regiones a pesar de la mejora de la educación¹², lo que aumenta el malestar social. En 2015, la situación es más aguda

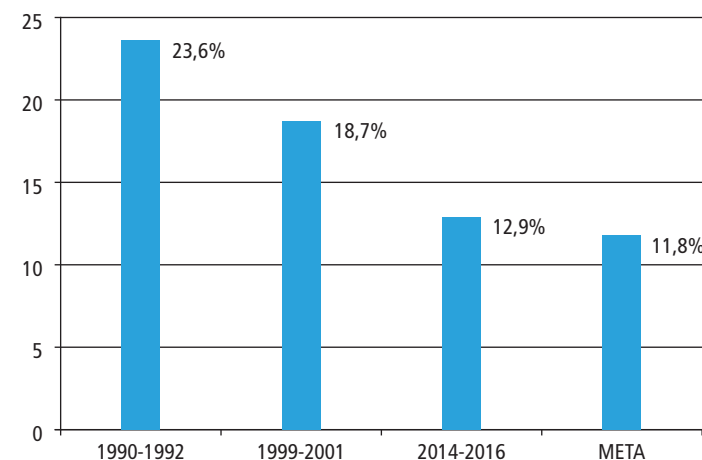
12. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_337072.pdf

en África septentrional y Asia occidental, donde la proporción de jóvenes que tienen empleo corresponde solo a la mitad de la población total en edad de trabajar.

Una disminución de la pobreza mundial y un aumento del paro laboral, sobre todo en jóvenes, son dos datos que nos deben hacer reflexionar sobre el modelo de desarrollo que estamos planteando, y si los resultados sobre pobreza van a sostenerse en el tiempo o no.

Otra meta definida en este ODM era la de reducir a la mitad las personas que padecen hambre. En este sentido, las cifras están muy lejos de haberse conseguido. 795 millones de personas sufren de nutrición insuficiente en todo el mundo; o sea, una de cada nueve personas no tiene suficiente para comer cuando la meta buscaba bajar de los 600 millones. La gran mayoría de estas personas (780 millones de personas) vive en las regiones en desarrollo. Sin embargo, el porcentaje de personas con nutrición insuficiente en las regiones en desarrollo cayó a casi la mitad desde 1990, pasando de 23,3% en el período 1990–1992 a 12,9% en el período 2014–2016. Estas cifras contradictorias se explican por el crecimiento demográfico. Por lo tanto, no podemos sentirnos satisfechos con estos resultados. Según la Organización de Naciones Unidas para la Alimentación (FAO), en el mundo se produce suficiente comida para alimentar adecuadamente a una población significativamente mayor que la actual, por lo que debemos concluir que una mejor y más justa distribución de la misma solucionaría el problema del hambre en el mundo.

GRÁFICA 1.2. COMPARATIVA PORCENTAJE DE PERSONAS CON NUTRICIÓN INSUFICIENTE EN EL MUNDO



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

ODM 2: Lograr la enseñanza primaria universal

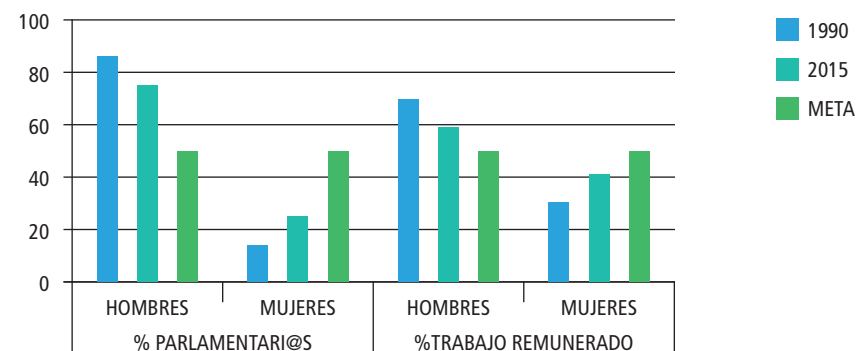
Ha habido un gran avance en este Objetivo, si bien tampoco se ha alcanzado la meta establecida, que todos los niños y las niñas del mundo puedan terminar un ciclo completo de enseñanza primaria. Se ha pasado de un 83% en el año 2000 a un 91% en 2015. La cantidad de niños en edad de recibir enseñanza primaria que no asistió a la escuela cayó a casi la mitad a nivel mundial, pasando de 100 millones en el año 2000 a aproximadamente 57 millones en 2015. África subsahariana, que era donde mayores problemas había, ha registrado la más alta mejoría en enseñanza primaria entre todas las regiones desde que se establecieron los ODM.

No obstante, hay que revisar sobre qué objetivos se sustenta la aplicación de la enseñanza universal y la calidad de la misma. La enseñanza debería ayudar a un desarrollo pleno e integral de las personas, en este caso los niños y las niñas, formando en ellas unos valores que les permitan interactuar con la sociedad en la que vive. Desgraciadamente, la educación primaria que se da en muchos lugares no se centra en estas premisas, y ni siquiera la posible relación entre mejora de estudios y situación laboral se está dando en todas las personas, como hemos visto anteriormente cuando hemos hablado sobre las y los desempleados jóvenes, a pesar de estar mucho mejor cualificados que sus progenitores.

ODM 3: Promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer

Muchas más niñas asisten ahora a la escuela que en el año 2000. Las regiones en desarrollo en su conjunto han alcanzado la meta de eliminar la disparidad de géneros en la enseñanza primaria, secundaria y terciaria.

GRÁFICA 1.3. DIFERENCIAS EN REPRESENTACIÓN PARLAMENTARIA Y TRABAJO REMUNERADO ENTRE HOMBRES Y MUJERES (1990, 2015 Y META PREVISTA).



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015.

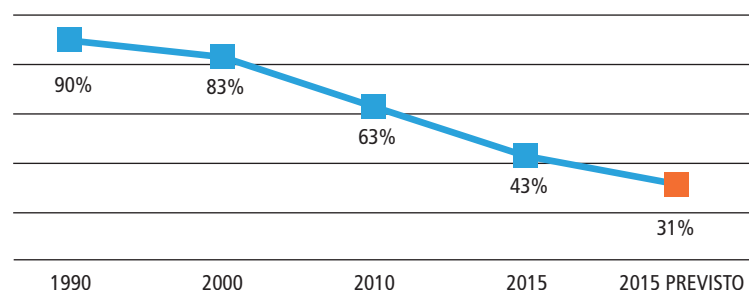
También ha habido avances en la participación de las mujeres en la representación Parlamentaria. En casi el 90% de los 174 países para los que se dispone de datos, la proporción promedio de mujeres en el parlamento casi se ha duplicado desde 1990. Sin embargo, y como podemos ver en el anterior gráfico, las diferencias entre hombres y mujeres siguen siendo muy significativas: solo uno de cada cinco miembros de los parlamentos es mujer, muy lejos del 50% deseado.

En cuanto al trabajo remunerado, las diferencias también son demasiado grandes para que estemos satisfechos. En 2015, aproximadamente el 50% de todas las mujeres en edad de trabajar (15 años o más) son parte de la fuerza laboral, en comparación con el 77% de los hombres. Aunque el problema no es solamente la diferencia entre el número de mujeres y hombres que obtienen un trabajo remunerado, sino la calidad del mismo. Las mujeres trabajan, en una proporción mucho mayor que los hombres, en trabajos por los cuales no reciben ningún tipo de protección social y peor remunerados. Las mujeres perciben de media un 24% menos de salario que los hombres, encontrándose las diferencias más grandes en las regiones más empobrecidas: Asia meridional (33%) y África subsahariana (30%).

ODM 4: Reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años

A pesar de las advertencias que los expertos han ido haciendo durante estos años sobre la necesidad de invertir más recursos para conseguir alcanzar las metas propuestas en este ODM, el flujo de recursos no ha sido suficiente para conseguir alcanzar los resultados esperados. Es cierto que la mortalidad de menores de 5 años ha disminuido más de la mitad desde 1990, reduciéndose de 90 a 43 muertes por cada 1.000 nacidos vivos. Y a pesar de que, como vemos en la siguiente gráfica, la tendencia en la disminución de la mortalidad ha aumentado desde 2010 en adelante, la meta propuesta de reducir en 2/3 (o sea bajar de 31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos), está muy lejos de haberse logrado. De hecho se estima que, para alcanzar esta meta, aún se tardarían otros 10 años manteniendo un esfuerzo similar al de estos últimos años.

GRÁFICA 1.4. TASA DE MORTALIDAD INFANTIL MUNDIAL (CADA 1.000 NACIDOS VIVOS)



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes

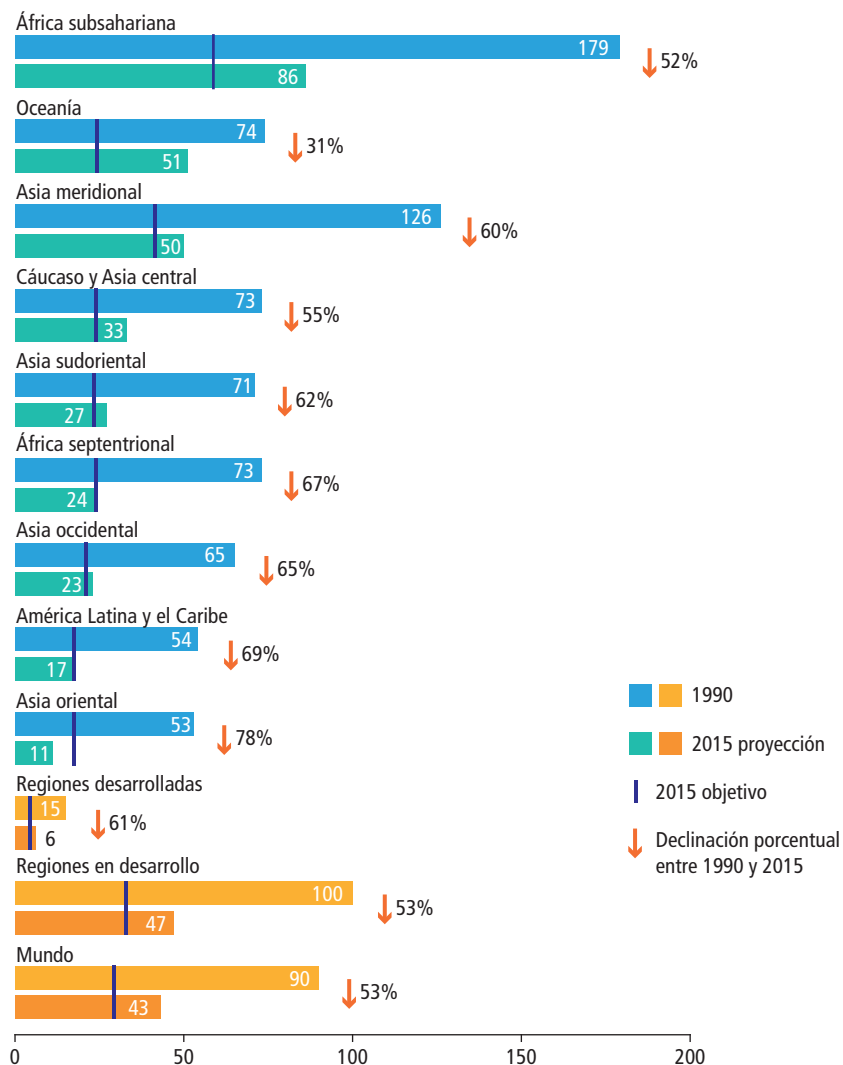
Lo preocupante de no haber alcanzado esta meta radica en que no se basaba en lo que la comunidad científica consideraba que la humanidad podía alcanzar, sino en que se trataba de una meta denominada "realista". Es inaceptable la tasa de mortalidad de menores de 5 años que anualmente sufre la humanidad, alrededor de 16.000 muertes cada día (unos 6 millones de muertes al año), ya que la mayor parte de estas muertes son evitables. Tenemos los recursos, capacidades y conocimientos para evitar la mayor parte de estas muertes infantiles, por lo que debemos buscar otra explicación más allá de la falta de conocimiento o tecnología para acabar con estas muertes. Y no es casualidad que la mayor parte de estas muertes (al igual que sucede con la mayoría de los problemas de salud) suceden en países empobrecidos, pues existe claramente una relación entre pobreza y problemas de salud.

Hay dos regiones en el mundo que soportan la mayor parte de la mortalidad de menores de 5 años: África subsahariana, que sufre anualmente la mitad de la carga de la mortalidad infantil (3 millones de muertes al año), y Asia meridional, también con cifras muy elevadas de mortalidad. A estas dos regiones hay que añadir Oceanía, no por las cifras absolutas, sino porque es la única región que no ha disminuido en más de un 50% su mortalidad infantil, llegando solamente la reducción a un 31%. En el otro lado, África septentrional, América Latina y Asia oriental son las regiones que han alcanzado el 66% propuesto para 2015, seguidas muy de cerca por Asia Occidental (65%), Asia sudoriental (62%) y las regiones desarrolladas (61%).

No solamente sabemos en qué países y zonas del mundo habría que priorizar las acciones para acabar con la mortalidad de menores de 5 años, sino que sabemos qué problemáticas son las que más afectan en este tramo de edad. Las principales causas de mortalidad entre los niños menores de cinco años son la neumonía, la prematuridad, la asfixia durante el parto, la diarrea y la malaria. A nivel mundial, cerca del 45% de las muertes de menores de cinco años están relacionadas con la desnutrición.

Capítulo aparte merece el estudio de la mortalidad neonatal. En 2015, un millón de menores morirán antes de cumplir un día de vida, 2 millones antes de la semana y 2,8 millones (casi la mitad de todas las muertes) antes de los 28 días, lo que le hace ser el periodo más crítico para la supervivencia infantil. Claramente gran parte de esta mortalidad está relacionada también con la mortalidad y la morbilidad materna, lo que nos hace considerar que muchas veces el binomio madre gestante-recién nacido no reciben la atención que necesita, y que tiene que ver más con refuerzo del sistema de salud que con intervenciones puntuales hacia una determinada enfermedad. Si bien es cierto que ha habido iniciativas que se consideran exitosas en la lucha contra alguna enfermedad específica como el sarampión (de 544.200 muertes en el año 2.000 a 145.700 muertes en 2013), es necesario un enfoque más global que incorpore no solamente las enfermedades de forma individualizada, sino que se incluyan también los determinantes de salud.

GRÁFICA 1.5. TASA DE MORTALIDAD DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS, 1990 Y 2015 (MUERTES POR CADA 1.000 NIÑOS NACIDOS VIVOS)



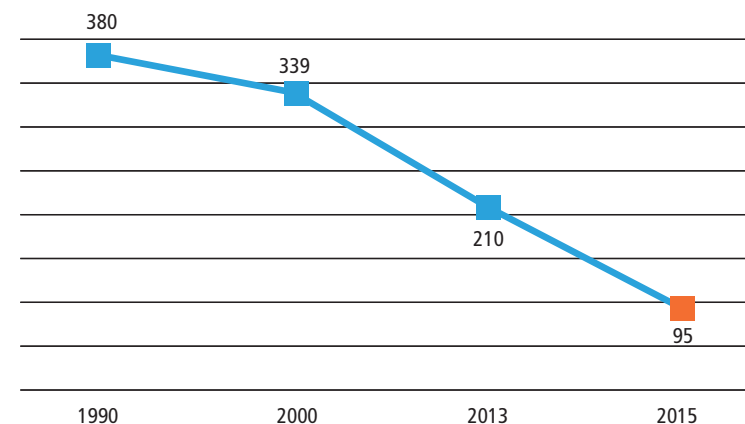
Nota: Los cálculos del cambio en los porcentajes están basados en cifras no redondeadas.

Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

ODM 5: Mejorar la salud materna

Como se puede ver en la siguiente gráfica, se estima que la tasa de mortalidad materna mundial (nº muertes por cada 100.000 nacidos vivos) ha descendido a casi la mitad entre 1990 y 2013, ocurriendo la mayor parte de esta caída desde que se pusieron en marcha los ODM en el año 2000. Pero a pesar de este gran avance, la misma gráfica nos muestra cómo nos queda un gran camino por recorrer para alcanzar el objetivo propuesto hace 15 años de reducir en $\frac{3}{4}$ partes la mortalidad materna. De hecho, entre 1990 y 2013 se ha reducido un 45% la mortalidad materna, pero se debería reducir el mismo porcentaje (45%) de 2013 a 2015 para alcanzar la meta fijada, algo inviable en apenas 2 años.

GRÁFICA 1.6. TASA DE MORTALIDAD MATERNA MUNDIAL/100.000 NACIDOS VIVOS



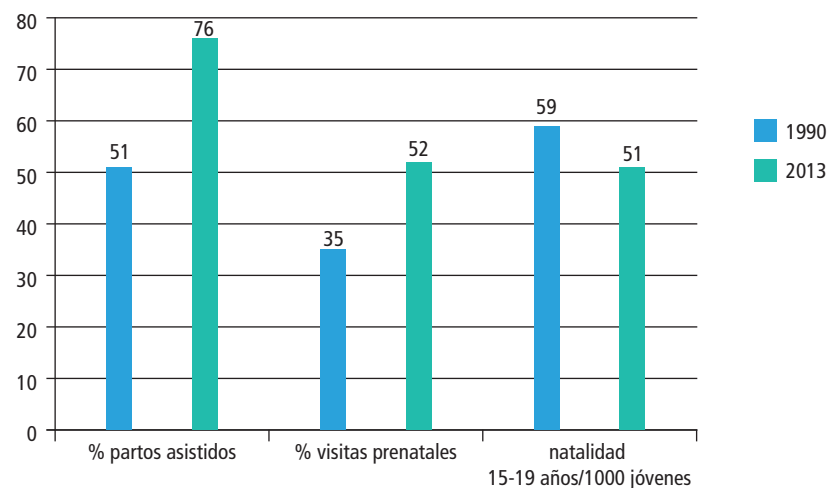
Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes

Si hablamos de cifras absolutas, resulta decepcionante que en 2013, como en años anteriores, se sigan produciendo cerca de 290.000 muertes maternas, unas 800 cada día, sin que la comunidad internacional le dé la importancia que se merece a este problema. Esta falta de interés es la que provoca la mayor parte de estas muertes, porque soluciones existen para la mayoría de ellas. Pero como la mayor parte de estas muertes se dan en los países menos desarrollados, y no es “una epidemia” que pueda afectar a los países enriquecidos (la tasa de mortalidad materna de las regiones en desarrollo es unas 14 veces mayor que en las regiones desarrolladas: 230/100.000

nacidos vivos, por 16/100.00¹³), el interés lo seguimos centrando en enfermedades individualizadas, en vez de gestionar la salud de forma global. Como sucede con la mortalidad infantil, África subsahariana y Asia meridional son las regiones con mayor mortalidad, concentrando entre las dos el 86% de estas muertes.

Si bien las infecciones, hipertensión en el embarazo, complicaciones en el parto y abortos en condiciones de riesgo son algunos de los problemas más comunes, debemos destacar que casi el 30% de todas estas muertes son debidas a hemorragias en el embarazo o parto, por lo que una atención adecuada disminuiría estas muertes de forma muy considerable. Solamente la mitad de las mujeres embarazadas reciben las 4 visitas prenatales recomendadas por la Organización Mundial de la Salud para poder prevenir problemas de salud y, aunque el porcentaje de partos asistidos por personal cualificado ha aumentado considerablemente alcanzando el 76%, casi una cuarta parte de los partos siguen sin tener presente a profesionales preparados para evitar los problemas que puedan surgir.

GRÁFICA 1.7. COMPARATIVA ATENCIÓN REPRODUCTIVA 1990-2013



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

La debilidad de los sistemas de salud de estos países explica la falta de atención que sufren muchas mujeres. Pero el problema es algo más complejo. La inequidad de gé-

13. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/es/>

nero provoca en muchos países que las mujeres no puedan tomar decisiones sobre su salud o sobre el acceso a métodos de planificación familiar, teniendo que aceptar embarazos de riesgo. Aspectos sociales como el embarazo en adolescentes (que presenta un mayor riesgo de tener complicaciones) apenas ha variado desde 1990. El 12% de las mujeres en edad reproductiva, casadas o en relación de pareja, desean demorar o evitar el embarazo pero no están utilizando ningún método anticonceptivo. Es necesario un abordaje no solo sanitario sino social si queremos terminar con la mortalidad materna evitable.

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, la Malaria y otras enfermedades

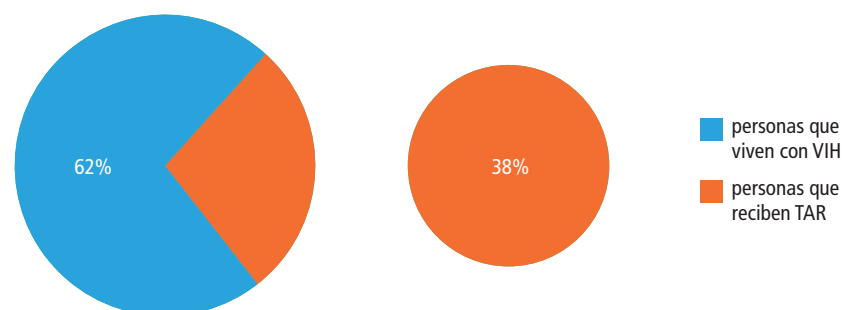
SIDA

A nivel mundial, las nuevas infecciones del VIH (virus de inmunodeficiencia humana) disminuyeron en aproximadamente un 40% entre 2000 y 2013, cayendo de unos 3,5 millones de infecciones nuevas a 2,1 millones. Más del 75% de las nuevas infecciones en 2013 ocurrieron en 15 países.

Las muertes relacionadas con el SIDA también mostraron una tendencia descendente en 2013, con aproximadamente 1,5 millones de personas que murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA. Esto representa un descenso del 35% desde el máximo de 2,4 millones de muertes registradas en 2005. En solo tres años, de 2010 a 2013, las muertes causadas por enfermedades relacionadas con el SIDA disminuyeron un 19%.

El mundo está en camino de lograr que 15 millones de personas reciban el TAR para 2015, un objetivo establecido en la sesión especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH y el SIDA en 2011. Pero 35 millones de personas todavía vivían con VIH en 2013, y solo 13,6 millones en 2014 recibían tratamiento antirretroviral (TAR), un 38%, por lo que si bien es un logro importante, nadie puede estar satisfecho con estas cifras, pues la mayor parte de los enfermos no tiene acceso a un tratamiento eficaz.

GRÁFICA 1.8. % DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH Y RECIBEN TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TAR)



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

ONUSIDA está promoviendo nuevos objetivos de acción para poner fin a la epidemia de sida para el año 2030, que en principio debe permitir centrarse allí donde se pueden y necesitan conseguir resultados: ampliar el tratamiento del VIH mediante las metas 90-90-90 (el 90% de las personas que viven con el VIH conocen su estado serológico, el 90% de las personas seropositivas que conocen su estado reciben tratamiento antirretroviral, y se ha suprimido la carga vírica del 90% de las personas que reciben tratamiento)¹⁴, así como alcanzar metas ambiciosas en prevención y en reducción del estigma.

La problemática del VIH/SIDA trasciende lo puramente sanitario. En 2013, aproximadamente 17,7 millones de niños menores de 18 años en todo el mundo habían perdido a uno o ambos padres debido a causas relacionadas con el SIDA, disminuyendo levemente desde el pico de 2009 (18,5 millones). Pero siguen siendo unas cifras enormes, que muestran la magnitud del problema de la pandemia del VIH/SIDA. Y es que es una enfermedad que al afectar principalmente a la población adulta joven, sus consecuencias sociales tienen un mayor impacto que otras enfermedades.

El VIH/SIDA es una enfermedad que con tratamiento adecuado puede llegar a convertirse en crónica, pero que desgraciadamente sigue siendo la primera causa de muerte infecciosa en el mundo, y que estigmatiza a muchas de las personas infectadas por el virus.

14. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_es.pdf

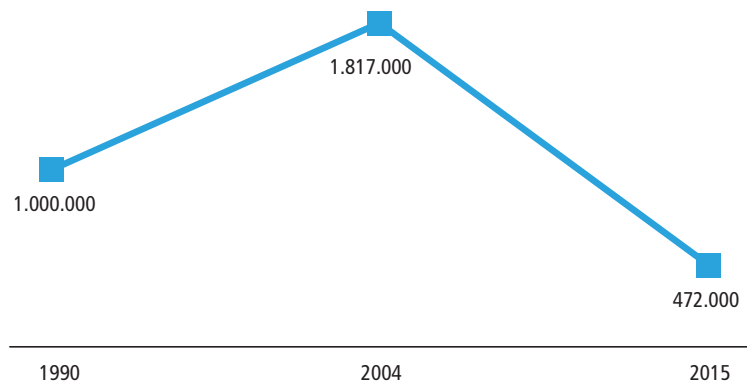
MALARIA

En 2015, 98 países endémicos de paludismo han revertido la incidencia de la enfermedad a nivel nacional, en comparación con el año 2000. Sin embargo, el paludismo continúa siendo un importante desafío para la salud pública, con unos 214 millones de casos y 472.000 muertes en todo el mundo en 2015. La enfermedad todavía es endémica en 97 países y territorios del mundo. 3.300 millones de personas están en riesgo de infección y 1.200 millones están en alto riesgo (una probabilidad de >1 en 1000 de contraer malaria en un año)¹⁵. Esta enfermedad supone una gran proporción de los gastos en salud en los países de bajos ingresos, lo que les limita a la hora de establecer estrategias más globales. El ochenta por ciento de las muertes por paludismo ocurren solo en 17 países, la mayoría en África.

Los logros masivos alcanzados en los últimos 15 años se deben, en gran medida, a un aumento de diez veces del financiamiento internacional para el paludismo desde el año 2000. Sin embargo, las cifras siguen muy lejos de lo necesario para controlar esta enfermedad. En 2013, uniendo la financiación internacional y la nacional, se destinaron 2.700 millones de dólares contra esta enfermedad, cuando los expertos solicitan 5.100 millones de dólares al año. Otros factores que han ayudado a la reducción de la morbilidad de esta enfermedad, han sido un compromiso político más firme y la disponibilidad de herramientas nuevas y más eficaces, si bien alguna —como la fumigación de interiores con insecticidas— han tenido y tienen cierta controversia, por la posible afectación de la salud de las familias que habitan en esas casas. La mejor medida para prevenir esta enfermedad es la utilización de mosquiteras impregnadas de insecticida. Entre 2004 y 2014 se entregaron más de 900 millones de mosquiteras impregnadas con insecticida en países de África subsahariana donde el paludismo es endémico. Sin embargo, la resistencia de los parásitos a los medicamentos antipalúdicos y la resistencia de los mosquitos a los insecticidas podrían poner en peligro los avances contra esta enfermedad.

15. http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2014/wmr-2014-puntos-claves.pdf

GRÁFICA 1.9. N° MUERTOS POR PALUDISMO 2000-2004-2015



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes

Por este motivo, en la 68ª Asamblea Mundial de la Salud se aprobó una nueva “Estrategia técnica mundial contra la malaria”, en la que se establecen metas y objetivos ambiciosos para los próximos 15 años, entre ellos reducir las tasas de morbilidad y mortalidad por malaria en un 90% para 2030¹⁶. En el último decenio cuatro países han conseguido la certificación de que están libres de paludismo, y la estrategia para después de 2015 fija el objetivo de eliminar la enfermedad en otros 35 países para 2030.

Parece que se ha enfriado el entusiasmo de hace algunos años sobre la posibilidad de encontrar una vacuna eficaz contra la malaria. Pero la lucha contra esta enfermedad tiene herramientas suficientes si existe realmente un compromiso real para controlarla, e incluso erradicarla, a través de una estrategia que permitiera el acceso a los medicamentos y a las medidas de prevención.

16. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_28-sp.pdf?ua=1&ua=1

PALUDISMO: PROYECTO DE ESTRATEGIA TÉCNICA MUNDIAL: DESPUÉS DE 2015

68ª Asamblea Mundial de la Salud

Esta estrategia cuenta con 3 pilares y dos elementos de apoyo:

Pilar 1. Lograr el acceso universal a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento del paludismo: todas las poblaciones en riesgo de sufrir esta enfermedad deberían de tener acceso a las medidas de control vectorial, la quimioprevención, las pruebas diagnósticas y el tratamiento.

Pilar 2. Acelerar los esfuerzos para eliminar el paludismo y alcanzar el estado exento de paludismo: todos los países deberían intensificar sus esfuerzos por eliminar la enfermedad, especialmente en las zonas con transmisión de poca intensidad, favoreciendo para ello la colaboración transfronteriza.

Pilar 3. Transformar la vigilancia del paludismo en una intervención básica: Todos los países donde el paludismo es endémico y aquellos que son susceptibles al restablecimiento de esta parasitosis, deberían contar con un sistema eficaz de vigilancia del paludismo con el fin de canalizar los recursos a las poblaciones más afectadas, identificar las lagunas en la cobertura de los programas, detectar brotes y evaluar la repercusión de las intervenciones con el fin de orientar la introducción de cambios en la planificación y ejecución de los programas.

Elemento de apoyo 1. Aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones: se deberían aprovechar las innovaciones y ampliar las investigaciones básicas, clínicas y de ejecución.

Elemento de apoyo 2. Fortalecimiento del entorno propicio: se necesita un sólido compromiso político, una financiación sostenible y una mayor colaboración multisectorial, además de promover el fortalecimiento general de los sistemas de salud.

Esta estrategia plantea unos objetivos intermedios, como se observa en la siguiente tabla, que ayudará a hacer un seguimiento de los resultados.

Tabla 1: Objetivos de un mundo sin malaria

	Hitos Metas		
	2020	2025	2030
1. Reducir tasas de mortalidad por malaria en todo el mundo	>40%	>75%	>90%
2. Reducir la incidencia de casos de malaria en todo el mundo	>40%	>75%	>90%
3. Eliminar la malaria en los países en los que siga habiendo transmisión de la enfermedad	Por lo menos 10 países	Por lo menos 20 países	Por lo menos 35 países
4. Prevenir el restablecimiento de la enfermedad en todos los países sin malaria	Restablecimiento evitado	Restablecimiento evitado	Restablecimiento evitado

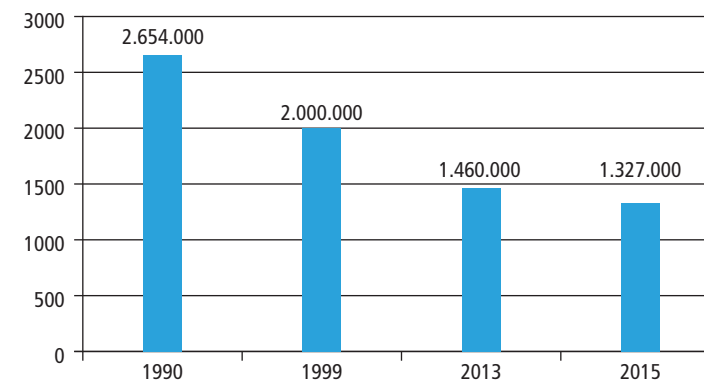
Fuente: Estrategia técnica mundial contra la malaria, OMS, 2015

TUBERCULOSIS

La tuberculosis (TB), por su capacidad infectiva y porque no existen tratamientos relativamente cortos para ella, es una de las enfermedades infecciosas más importantes del mundo. Se estima que han sido infectadas con el *mycobacterium tuberculosis* más de 2.000 millones de personas en el mundo, aunque no todas han desarrollado la enfermedad y muy pocas pueden transmitir la infección. Aun así, es el segundo agente infeccioso más letal después del VIH/SIDA¹⁷.

La tasa mundial de mortalidad por tuberculosis cayó en un 45% y la tasa de prevalencia (número de casos) en un 41% entre 1990 y 2013, por lo que, a pesar de que el descenso es muy lento, se espera que todas las regiones alcancen la meta de los ODM de detener la propagación de la TB y revertir su incidencia para el año 2015. Pero se trata de una meta confusa. La meta de la estrategia *Alto a la Tuberculosis* pasaba por reducir un 50% las tasas de incidencia y de la mortalidad para 2015 en comparación con 1990, y parece que se está en camino de cumplirla. Esto no quiere decir que sea una enfermedad de la que podamos olvidarnos. Se estima que la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la tuberculosis han salvado unos 37 millones de vidas entre 2000 y 2013. Pero en el mismo 2013, hubo 1,1 millones de muertes por TB entre personas no portadoras de VIH y aproximadamente 360.000 muertes entre personas portadoras del virus, unas 6.000 muertes al día. Dado que la mayoría de las muertes por TB son evitables, la mortalidad de esta enfermedad sigue siendo inaceptablemente alta¹⁸. En ese mismo año, 11 millones de personas vivían con la enfermedad, lo que nos indica la magnitud del problema.

GRÁFICA 1.10. MORTALIDAD POR TUBERCULOSIS (TB): COMPARATIVA 1990, 2000, 2013, Y PREVISIÓN 2015



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Varios informes

De hecho, en su informe de 2014, Stop TB considera que disminuir las tasas de incidencia (de nuevos casos) un 2% anualmente, como hasta ahora, no es un logro sino que hay que intentar conseguir disminuirlas un 10% hasta 2025¹⁹. En este informe se propone también la posibilidad de plantear metas como las del VIH/SIDA de 90-90-90, ya explicada anteriormente, y propone un nuevo Plan Global de lucha contra la Tuberculosis 2016-2020.

Pero uno de los mayores problemas a los que nos enfrentamos cuando queremos luchar contra esta enfermedad es la resistencia a los fármacos actuales que desarrolla la bacteria, lo que complica de forma muy importante su tratamiento. Se calcula que 480.000 personas desarrollaron tuberculosis multirresistente a nivel mundial en 2013.

Pero una solución puramente médica no acabará con el problema. Ante esta enfermedad, además de un sistema de salud fuerte es muy importante trabajar los determinantes de salud (pobreza, vivienda,..) y una concienciación social que permita la participación y apropiación por parte de la comunidad de las estrategias de lucha específicas contra la tuberculosis.

17. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/>

18. http://www.who.int/tb/publications/global_report/gtbr14_execsummary_summary_es.pdf

19. http://www.stoptb.org/assets/documents/resources/publications/annualreports/STOPTB_annuale-report_2014_web.pdf

ODM 7: Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente

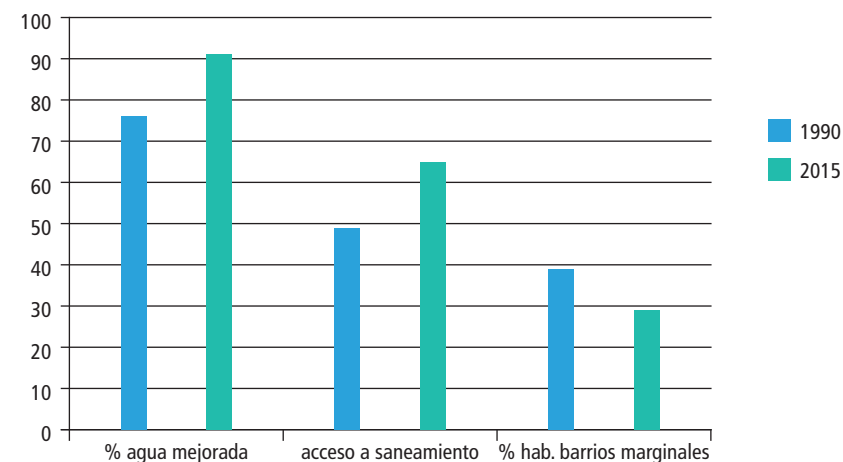
Este ODM posiblemente es en el presente más disparidad de resultados. Mientras que son evidentes las carencias que aún existen para asegurar un desarrollo sostenible, durante estos 15 años han mejorado algunas metas propuestas en este objetivo. La conservación del medio ambiente debería ser una prioridad mundial, y así se ve reflejado en los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El 30% de la superficie terrestre del planeta está cubierta por bosques y 1.600 millones de personas obtienen sus medios de subsistencia de ellos, por lo que su conservación es crucial. Durante este tiempo, aunque la pérdida neta de zonas forestales se ha desacelerado (de 8,3 millones de hectáreas/año en la década de los 90 a 5,3 millones de hectáreas/año en la década de 2000 a 2010), cada año perdemos una masa forestal similar a Costa Rica. Hemos de recordar que eliminar los bosques libera CO₂ a la atmósfera, contribuyendo al cambio climático. Y las emisiones de dióxido de carbono han aumentado en más de 50% desde 1990 en todo el mundo. Otro resultado que está empeorando es la sobreexplotación de la pesca marítima, lo que pone en peligro los ecosistemas marinos.

Quizás el resultado más inquietante para el futuro más próximo es la escasez de recursos hídricos que sufre parte del planeta. La escasez de agua afecta a más del 40% de las personas en todo el mundo y las previsiones dicen que irá a más. Si bien a nivel mundial solo el 9% de los recursos renovables de agua dulce se extraen para su uso en la agricultura, los municipios y la industria (lejos del 25% que define el comienzo del denominado "estrés hídrico", donde pueden sobrevenir problemas graves), existen grandes diferencias entre países. En 2011, 41 países sufrían estrés hídrico y de ellos 10 extrajeron más de 100% de los recursos renovables de agua dulce, lo que supone agotar las aguas subterráneas fósiles o utilizar fuentes no convencionales (agua desalinizada, por ejemplo).

Pero hay experiencias que demuestran que con una estrategia global eficaz se puede revertir esta tendencia de empeoramiento de nuestro medio ambiente. Prácticamente se han eliminado las sustancias que agotan la capa de ozono y se espera que se recupere en un 98% a mediados de este siglo, debido a que prácticamente todos los países ratificaron y cumplieron con el *Protocolo de Montreal Relativo a las Sustancias que Agotan la Capa de Ozono* que se acordó en 1987. La conservación de las especies también han estado en el foco de muchas políticas nacionales y muchas regiones han aumentado sustancialmente sus áreas terrestres y marítimas protegidas desde 1990.

GRÁFICA 1.11. % DE MEJORA EN ACCESO A AGUA, SANEAMIENTO Y VIVIENDA



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

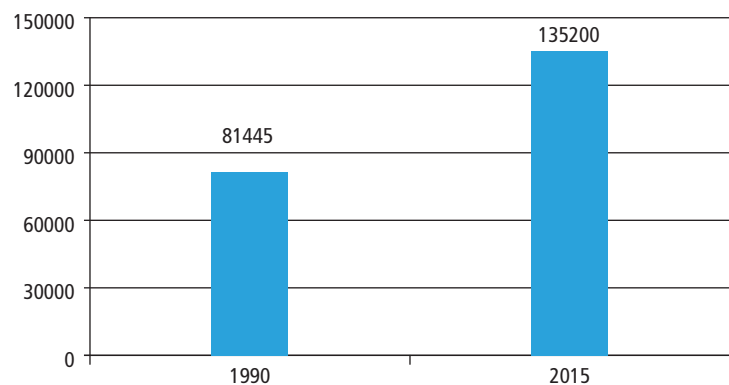
Donde mayor éxito se ha tenido ha sido en conseguir reducir a la mitad, para el año 2015, el porcentaje de personas sin acceso sostenible al agua potable y a servicios básicos de saneamiento: 147 países han cumplido con la meta del acceso a una fuente de agua potable, 95 países han alcanzado la meta de saneamiento y 77 países han cumplido ambas. En 2015, el 91% de la población mundial utiliza una fuente de agua mejorada, en comparación al 76% en 1990. A nivel mundial, 2.100 millones de personas han obtenido acceso a saneamiento mejorado y el porcentaje de personas que defecan al aire libre se ha reducido casi a la mitad desde 1990. No obstante, en 2015, 663 millones de personas en todo el mundo todavía utilizan fuentes no mejoradas de agua potable. Casi la mitad de estas personas viven en África subsahariana. Igualmente, 2.400 millones de personas todavía utilizan instalaciones sanitarias no mejoradas, incluyendo las 946 millones de personas que todavía defecan al aire libre. Es evidente que sigue habiendo muchas personas que ven muy limitado el acceso a saneamiento y a agua segura, lo que pone en riesgo sus vidas.

En cuanto a la proporción de población urbana que vive en barrios marginales en las regiones en desarrollo, bajó del 39,4% en 2000 a 29,7% en 2014. Más de 320 millones de personas han visto mejoradas sus condiciones, cuando la meta hablaba de 100 millones de personas. No obstante, debemos concluir que un 30% de población sigue viviendo en barrios marginales, lo que sigue siendo un porcentaje demasiado alto como para sentirnos satisfechos.

ODM 8: Fomentar una alianza mundial para el desarrollo.

La ayuda oficial para el desarrollo (AOD) aumentó en un 66% en términos reales entre los años 2000 y 2014, alcanzando los 135.200 millones de dólares. Sin embargo, las cifras de 2014 muestran un ligero descenso con respecto al pico alcanzado en 2013. La ayuda oficial para el desarrollo total de países miembros del conjunto de donantes (CAD) representó el 0,29% de su ingreso nacional bruto (INB) en 2014, lejos del 0,7% comprometido. De hecho, solamente Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Suecia y por primera vez el Reino Unido destinan al menos el 0,7% de su INB a AOD (durante muchos años también Holanda ha destinado el 0,7%). Estos datos muestran muy claramente que el compromiso con el desarrollo mundial no tiene la prioridad que debiera en la mayoría de los países enriquecidos, algo que para el futuro debería de cambiar. También hay que tener en cuenta que cada vez tienen un papel más preponderante países que no forman parte del CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo), donantes tradicionales, como es el caso de China, Brasil, India, ... lo que sin duda apunta a una nueva arquitectura de la cooperación. Los Emiratos Árabes Unidos, por ejemplo, destinaron un 1,17% de su INB a AOD en 2014, la cifra más alta aportada por cualquiera de los países donantes. La duda que se nos plantea ante el creciente número de donantes es si todos ellos entienden la ayuda al desarrollo de la misma forma, y si dicha ayuda bascula sobre los mismos principios, como por ejemplo el respeto a los derechos humanos o en promover la igualdad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer.

GRÁFICA 1.12. AOD EN MILLONES DE DÓLARES



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

Sobre las metas establecidas para priorizar la ayuda en Países Menos Adelantados (PMA), los datos de 2014 muestran que la AOD bilateral para África subsahariana (donde están ubicados la mayoría de los PMA) disminuyó en un 5%, lo que muestra que si bien ha habido avances no existe una planificación real y comprometida que asegure los flujos de AOD a medio plazo, lo que ayudaría a aumentar la previsibilidad de la ayuda, y por lo tanto sus resultados.

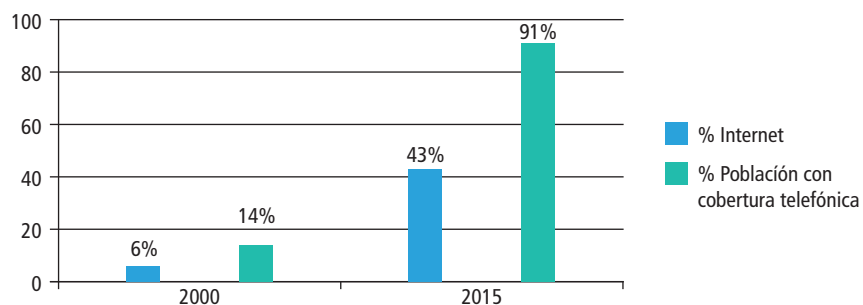
Para fomentar una verdadera alianza mundial para el desarrollo es necesario cumplir con los compromisos adquiridos, pero también establecer nuevos cauces de participación de todos los países para determinar las bases, políticas y estrategias comunes en la AOD.

Dentro de las metas de este ODM se contemplaba una meta muy sanitaria: en cooperación con las compañías farmacéuticas, proporcionar acceso a medicamentos esenciales asequibles en los países en desarrollo. Esta meta está muy lejos de haber sido cumplida, a pesar de que no haya datos globales. Solamente un 58% de las instituciones públicas sanitarias tienen acceso a medicamentos esenciales en el mundo, lo que presupone que el 42% de las instituciones no pueden ofrecer estos medicamentos a la población. Curiosamente, en el sector privado la disponibilidad de medicamentos esenciales alcanza el 67%. Las razones pueden ser varias, pero la percepción de que los medicamentos esenciales son un bien comercial y no un bien público al que todas las personas deben de tener acceso subyace como fuente de todos los problemas.

Ha habido avances muy significativos en la meta para desarrollar más aún un sistema comercial y financiero abierto y no discriminatorio. El 84% de las importaciones de los países menos adelantados (PMA) se admitieron sin pago de aranceles en 2014, junto con el 79% de las importaciones de países en desarrollo. Sin embargo, aunque la carga de la deuda de los países en desarrollo cayó drásticamente en la primera década del nuevo milenio, se ha estabilizado en los últimos años y se espera que aumente, lo que dificultaría el progreso de los países más empobrecidos.

En cuanto a acceso a nuevas tecnologías, el crecimiento ha sido muy relevante. La penetración de Internet ha crecido de poco más de 6% de la población mundial en el año 2000, al 43% en 2015, lo que significa que 3.200 millones de personas están conectadas a una red global de contenido y aplicaciones. En 2015, el 95% de la población mundial tiene cobertura de señal de telefonía móvil, lo que cambia definitivamente la forma de comunicarse en el mundo.

GRÁFICA 1.13. PORCENTAJE DE POBLACIÓN CON COBERTURA DE INTERNET Y TELEFÓNICA 1990-2015



Fuente: Objetivos Desarrollo del Milenio. Informe 2015

Conclusiones

Los ODM han sido un instrumento eficaz para poder encauzar los esfuerzos individuales de instituciones y países para intentar erradicar la pobreza y el hambre y conseguir el desarrollo de los pueblos y las personas.

Pero la ambición de los ODM no se ha visto refrendada con las aportaciones económicas necesarias para conseguir cumplir los compromisos políticos, aunque se haya incrementado en este periodo de forma muy importante los fondos de cooperación destinados a conseguir estos resultados por parte de los países desarrollados: hemos pasado de 81.445 millones de dólares en el año 2000 a 135.200 millones de dólares en 2014, lo que supone un incremento del 66%²⁰. Pero estas cifras se quedan cortas para asumir los retos propuestos en los ODM. Y no es un problema de falta de recursos en el mundo, sino de prioridades. Según el Instituto de Investigación para la Paz de Estocolmo (SIPRI), en 2014 el mundo gastó 1,76 billones de dólares en armamento, el 2,3 del PIB mundial, más de 10 veces lo destinado a Ayuda Oficial al Desarrollo²¹.

No podemos decir que solamente haya habido un problema de escasez de recursos destinados al desarrollo, a pesar de su importancia. Existen muchas formas distintas de abordar un problema y con los ODM se han buscado resultados cortoplacistas, basados en los logros inmediatos, sin analizar qué estrategias basadas en la evidencia eran las más sostenibles, ni que procesos eran los más efectivos y de mayor impacto. Por estos motivos muchas veces las iniciativas internacionales competían en-

tre ellas en vez de colaborar (se ha visto por ejemplo en la búsqueda de vacunas o tratamientos para enfermedades prevalentes). Y dado que buscaban sus propios resultados sin tener una visión más global de la problemática del país, contrataban a los recursos locales más capaces y así debilitaban más que fortalecían a las instituciones locales, que en teoría deberían asumir posteriormente las iniciativas internacionales. Un informe realizado por la Organización Internacional del Trabajo sostiene que es complicado poder hablar de desarrollo si más del 70% de la población mundial no tiene una cobertura adecuada de protección social²².

Naciones Unidas también reconoce que hay mucho por hacer, sobre todo para disminuir las desigualdades. La pobreza continúa concentrada predominantemente en algunas partes del mundo, demasiadas mujeres todavía mueren durante el embarazo o debido a complicaciones del parto, sigue existiendo mucha inequidad de género, las desigualdades entre las zonas rurales y urbanas siguen siendo pronunciadas, los más pobres tienen mayores problemas de acceso a servicios básicos, etc... Echamos de menos un cierto análisis individualizado objetivo por objetivo que muestre por qué los logros de los ODM han sido tan diferentes entre ellos. No parece lógico que con un diagnóstico tan detallado de la situación mundial (a pesar de la carencia crónica de datos fiables en muchos países, que es uno de los grandes problemas a solventar en el futuro), que nos permite saber dónde, cómo y qué priorizar, los resultados hayan sido tan diversos. Uno de los mayores problemas, que presuponemos que volverá a ocurrir con los ODS, es la falta de un consenso para que las estrategias que se utilicen estén basadas en la evidencia, teniendo como parámetros la eficacia, la eficiencia, el impacto y la sostenibilidad.

En cuanto a salud, Naciones Unidas en su informe sobre los ODM considera que la salud es una condición previa, un indicador y un resultado del desarrollo sostenible. En consecuencia, como parte de la agenda de desarrollo después de 2015, se requieren esfuerzos firmes para sostener los logros alcanzados hasta la fecha e integrar problemas de salud adicionales a una agenda amplia de salud y desarrollo. El reto es mayúsculo si partimos de la base de que 400 millones de personas no tienen acceso a los servicios esenciales de salud y el 6% de las personas en países de renta baja y media son llevados a la pobreza extrema debido a sus gastos en salud²³. La cobertura universal debería ser una estrategia imprescindible y prioritaria en todas las políticas de salud, incluyendo los determinantes de salud. Así mismo, para que la salud sea una prioridad mundial debería incorporarse a todas las políticas, tanto las internacionales como las locales de un país.

20. Objetivos de Desarrollo del Milenio, Informe de 2015, Naciones Unidas

21. <http://www.sipri.org/research/armaments/milex>

22. http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_245201.pdf

23. <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/uhc-report/en/>

3. LA FINANCIACIÓN PARA EL DESARROLLO A PARTIR DE 2015: LA CONFERENCIA DE ADDIS ABEBA

Después de las Conferencias de Monterrey (2002) y de Doha (2008), del 13 al 16 de julio de 2015, los Jefes de Estado y de Gobierno se reunieron en Etiopía, bajo el auspicio de Naciones Unidas, para celebrar la *Tercera Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo*, aprobando la denominada "Agenda de Acción de Addis Abeba" (AAAA)²⁴. Esta reunión ha sido la primera de las 3 citas anuales que en 2015 van a modelar el desarrollo mundial para los próximos 15 años. Las conclusiones arrojan pocas novedades respecto a lo que ya se planteó en Doha, donde entre otras cuestiones se acordó que esta conferencia debería celebrarse a más tardar en 2013²⁵.

El objetivo de esta agenda es poner fin a la pobreza y el hambre, y lograr el desarrollo sostenible en sus tres dimensiones mediante la promoción del crecimiento económico inclusivo, la protección del medio ambiente y el fomento de la inclusión social. Se esperaba que los gobiernos acordaran compromisos concretos en materia de financiación, dado que las decisiones tomadas en esta conferencia marcarán el futuro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, incorporados en la Agenda post 2015, que se firmarán en septiembre de 2015 en la Asamblea de Naciones Unidas en Nueva York. El resultado podemos concluir que ha sido decepcionante, dadas las expectativas creadas y la importancia de la conferencia para alcanzarlos.

Las tareas marcadas en la AAAA son tres: hacer el seguimiento de los compromisos y evaluar el progreso realizado en la aplicación del Consenso de Monterrey y la Declaración de Doha; seguir fortaleciendo el marco para financiar el desarrollo sostenible y los medios de ejecución de la agenda para el desarrollo después de 2015; y revitalizar y fortalecer el proceso de seguimiento de la financiación para el desarrollo a fin de asegurar que las medidas que se acuerdan se apliquen y se examinen de manera apropiada, inclusiva, oportuna y transparente. De alguna forma es la visibilización del compromiso mundial con el desarrollo sostenible a través de la adopción de medidas concretas para el desarrollo de la agenda. Este compromiso es responsabilidad sobre todo de los países, aunque afecta de forma determinante tanto a las instituciones internacionales como a cualquier organización que trabaja en el campo del desarrollo.

En esta Agenda se tocan muchos temas diversos que tiene un paralelismo con los ODS, y de los que ya se hablaban en Doha: protección social, malnutrición, infraestructura, industrialización, empleo, protección de los ecosistemas, importancia de la

paz, equidad de género (como elemento de crecimiento económico) o la lucha contra los flujos ilícitos de dinero y la corrupción (como forma de aumentar los recursos nacionales). Si bien muchos de ellos son factores determinantes de salud, el sector propiamente de la salud no ha tenido tanta relevancia en esta reunión.

3.1. ¿Qué es la Conferencia Internacional de Financiación?

La conferencia de Addis Abeba da seguimiento a las dos conferencias anteriores que tuvieron lugar en Monterrey y Doha. En la primera conferencia sobre Financiación para el Desarrollo (FpD) convocada en Monterrey en 2002, se acordó el 'Consenso de Monterrey' que identificó seis capítulos o "acciones principales" para la FpD que deben estar en el centro de la agenda de desarrollo sostenible:

1. Movilización de recursos financieros nacionales;
2. Inversión extranjera directa y otras corrientes internacionales de capitales privados;
3. Comercio internacional;
4. AOD y otros apoyos públicos internacionales al desarrollo;
5. Deuda externa;
6. Temas sistémicos: reforma efectiva e inclusiva del sistema de gobernanza y monetario mundial.

La segunda conferencia sobre FpD celebrada en Doha en 2008 agregó un capítulo sobre nuevos desafíos y temas emergentes, que abordan los impactos de la crisis financiera y el cambio climático, entre otros.

El proceso hacia la tercera conferencia sobre FpD estuvo precedido por informes del Grupo de Trabajo Abierto de Naciones Unidas sobre Objetivos de Desarrollo Sostenible, el Comité Intergubernamental de Expertos sobre Financiamiento para el Desarrollo Sostenible (ICESDF, por su sigla en inglés) y un Informe de Síntesis de la Secretaría de Naciones Unidas. Por primera vez, la sociedad civil ha participado de forma activa en todo el proceso, lo que le ha permitido poner sobre la mesa temas sobre gobernanza, fiscalidad, elusión y evasión fiscal que de otra manera no habrían estado presentes en la agenda.

3.2. La sociedad civil y la financiación para el Desarrollo

Los puntos principales que ha defendido la sociedad civil para que se incorporara a los documentos finales han sido tres:

24. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/219/94/PDF/N1521994.pdf?OpenElement>

25. <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/CONF.212/L.1/Rev.1>

1. Papel central de la financiación pública nacional e internacional en la financiación del desarrollo
 - Es necesario seguir manteniendo los compromisos de financiación pública. Las políticas públicas y la financiación pública deben seguir teniendo un papel central y primar sobre los fondos de origen privado.
 - La financiación internacional, especialmente en forma de AOD, debe seguir siendo un recurso importante en la financiación del desarrollo, sobre todo en aquellos países de renta baja que no disponen de suficientes recursos y para sectores sociales —como la salud— que dependen de la financiación pública.
 - La comunidad internacional debe comprometerse con una hoja de ruta clara y vinculante que determine cómo se va a alcanzar el objetivo del 0,7%.
 - Un modelo de financiación que vaya más allá de la AOD, en el que los créditos y el apalancamiento de la ayuda para la inversión privada son cada vez más importantes, debe asegurar que los sectores sociales como la salud no terminen siendo marginados y “subfinanciados”.
 - La ayuda no reembolsable sigue siendo fundamental para el sector salud, y en particular para construir sistemas de salud resilientes. Además, distintos actores, entre ellos la sociedad civil, se cuestionan la verdadera “adicionalidad de desarrollo” que estos mecanismos aportan.
2. Sistemas fiscales justos
 - La implantación de sistemas fiscales justos y progresivos ha de ser un elemento central en la nueva agenda de desarrollo. Pero no se avanzará en esto si no se aborda a nivel internacional la cuestión de la evasión fiscal y los paraísos fiscales.
3. Gobernanza económica mundial real y efectiva
 - El sistema de gobernanza económica mundial debe ser modificado para que otorgue a los países en desarrollo un lugar justo y equitativo en los procesos de toma de decisión de todos los organismos internacionales e instituciones financieras, fortalezca la transparencia y la rendición de cuentas y afronte los problemas internacionales clave, respetando el espacio político de los países en desarrollo.
 - El nuevo marco de financiación debe responder a las necesidades de las personas, especialmente de las más pobres vivan donde vivan.

El desafío para la conferencia de Addis Abeba ha sido presentar un plan de acción concreto y ambicioso para encarar los problemas sistémicos y estructurales que persisten y garantizar la disponibilidad de recursos para financiar el desarrollo sostenible.

Lamentablemente, el documento final acordado, la Agenda de Acción de Addis Abeba, carece de compromisos concretos para avanzar hacia un modelo de financiación del desarrollo suficiente y justo.

Los puntos de la Agenda de Acción de Addis Abeba que más preocupan a la sociedad civil:

1. Caminamos hacia la privatización del desarrollo:
 - Los donantes tradicionales evitan cada vez más su responsabilidad en la financiación del desarrollo, poniendo el énfasis en la cooperación Sur-Sur, la movilización de recursos propios y el sector privado.
 - No se ha conseguido un aumento de los fondos necesarios para acabar con la pobreza, a pesar de que los países donantes se han vuelto a comprometer con la aportación del 0,7% de la Renta Nacional Bruta para financiar el Desarrollo.
 - La conferencia ahonda en la pérdida de peso de la Ayuda Oficial al Desarrollo y la financiación pública frente al sector privado y la ayuda reembolsable. Se camina hacia un modelo de financiación pública con gestión privada.
2. Sin avances hacia una reforma fiscal global
 - No ha prosperado la propuesta de crear un organismo fiscal mundial que hubiese dado voz y voto a los países en desarrollo en un tema clave para aumentar sus recursos nacionales. Esto es una barrera importante para el objetivo de acabar con el fraude y la evasión fiscal, que perjudican especialmente a los países empobrecidos.
 - No se llevarán a cabo las reformas en los sistemas fiscales que permitan aumentar los medios disponibles para la financiación del desarrollo.
3. Se debilita el mandato de Naciones Unidas para abordar los problemas sistémicos
 - No se ha conseguido acordar la ruta necesaria para abordar una reforma profunda del sistema financiero internacional que tenga como eje los derechos humanos y el desarrollo de los países.

Por todo esto, a pesar de que en el documento final afirma que se han reunido para establecer un marco holístico y con proyección de futuro, y para adoptar medidas concretas, la falta de compromisos económicos concretos y el modelo de financiación del desarrollo que ha confirmado esta Conferencia, y que estará vigente hasta 2030, nos aboca a un incremento de las desigualdades Norte-Sur y convierte en imposible la tarea de alcanzar los 17 Objetivos de desarrollo sostenible que entrarán en vigor en 2016.

Como ya ocurrió con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no se contará con un marco financiero creíble que permita disponer de los fondos necesarios. Las pri-

meras estimaciones sobre la financiación de la agenda post 2015 indican que se necesitarían 37.000 millones de dólares para salud, 26.700 millones para agua y saneamiento y más de 50.000 millones para alimentación y agricultura cada año por encima del gasto actual. Es decir, se requieren unos recursos financieros que están muy por encima de los desembolsos actuales de Ayuda Oficial al Desarrollo y de los recursos domésticos actuales de los países. De hecho, esta Agenda no plantea un instrumento de seguimiento continuo del comportamiento de la financiación para el desarrollo, aunque sí que pretende mejorar la calidad de los datos que se obtengan. Apuntar en este sentido que en 2019 se quiere celebrar una conferencia de seguimiento para ver los avances de la Agenda de Addis Abeba.

La conferencia internacional de financiación del desarrollo, que debía responder a estos retos con medidas concretas, tan sólo ha conseguido tímidos avances en algunos temas y mantener el status quo en otros.

3.3. El papel de la salud en la AAAA

Resulta sorprendente las pocas menciones que se hacen al sector salud en el documento final. Un artículo de la revista Lancet cuantifica estas menciones²⁶: de 134 párrafos solamente uno, el 77, está dedicado a la salud. Aunque es cierto que se podrían incluir el párrafo 12, en el que se habla de cobertura de servicios públicos esenciales para todos, donde incluye a la salud, y otro párrafo, el 32, donde se menciona la gran carga de las enfermedades no transmisibles en el mundo, luego se centra exclusivamente en el control de los precios de tabaco e impuestos como una medida para financiar el desarrollo.

En el párrafo exclusivo dedicado a salud se abordan asuntos muy diferentes. (i) Se quiere buscar un *“mejor alineamiento de las iniciativas mundiales para mejorar su contribución al fortalecimiento de los sistemas de salud”* (nombra dos: la Alianza Mundial para el Fomento de la Vacunación y la Inmunización —GAVI— y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria); (ii) se reconoce *“el papel fundamental de la Organización Mundial de la Salud como autoridad rectora y coordinadora de la labor internacional en materia de salud”*; (iii) se compromete *“mejorar la coordinación internacional y la creación de entornos propicios en todos los niveles para fortalecer los sistemas nacionales de salud y lograr la cobertura universal de salud”*; (iv) plantea un *“compromiso para fortalecer la capacidad de los países, en particular los países en desarrollo, para la alerta temprana, la reducción del riesgo y la gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial, así como aumentar sustan-*

cialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo”; (v) específica que las *“partes en el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco también fortalecerán la aplicación de la Convención en todos los países, según proceda, y apoyarán mecanismos para crear conciencia y movilizar recursos”*. (vi) Finalmente el texto recoge que *“se acogen con beneplácito los enfoques innovadores para actuar como catalizador de nuevos recursos públicos y privados nacionales e internacionales para las mujeres y los niños, quienes han sido afectados de manera desproporcionada por muchos problemas de salud, incluida la contribución prevista del Mecanismo de Financiación Mundial en Apoyo de Todas las Mujeres y Todos los Niños”*.

Este párrafo, unido a los otros que hablan de la salud en el documento final, nos plantea un escenario algo caótico en lo que a salud se refiere. Lo más positivo son las menciones al refuerzo de los sistemas de salud y la cobertura universal de salud, si bien habría que detallar un poco más que queremos decir con estas afirmaciones. En otras partes del documento se lo la iniciativa privada como el motor del desarrollo, y no es lo mismo apostar por una salud pública y universal que por una mejora de la cobertura a través de un aumento de la salud privada. Las enfermedades transmisibles se citan exclusivamente para hablar del alineamiento con los sistemas de salud de las grandes alianzas, cuando existen muchas otras enfermedades olvidadas que no reciben la misma atención. Y seguramente la última epidemia del ébola está detrás de la mención a la gestión de riesgos. Se habla de carencias de personal, pero no se mencionan las carencias técnicas y de recursos que se tienen en muchos países. Y si bien se habla de un mayor compromiso con la salud, no se define ni cuanto ni qué porcentaje se debe destinar a este sector, ni por los países empobrecidos ni por la cooperación. En cuanto al Mecanismo de Financiación Mundial en Apoyo de Todas las Mujeres y Todos los Niños (MFMATMN), se ha conseguido un compromiso de 12.000 millones de dólares para los próximos 5 años²⁷, pero este compromiso se basa en que se consiga movilizar de 3 a 5 dólares de manera privada por cada dólar público que se invierta en este Mecanismo. Habrá que esperar a los resultados. El compromiso con esta iniciativa hasta ahora apenas supera los mil millones de dólares que han sido aportados por los gobiernos de Noruega, Estados Unidos, Canadá, Japón y la fundación Bill y Melinda Gates. No obstante, debemos indicar que aunque se alcanzara esta cifra, el coste que existe para poder conseguir cerrar la brecha de

26. Financing global health: the poverty of nations. The Lancet , Volume 386 , Issue 9991 , 311

27. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/07/13/global-financing-facility-launched-with-billions-already-mobilized-to-end-maternal-and-child-mortality-by-2030>

mortalidad infantil y materna se cifra en 33.000 millones de dólares anuales²⁸, por lo que se estaría muy lejos de cerrarla.

Si bien es cierto que en las anteriores reuniones de financiación la salud tampoco tuvo un papel prioritario, hubiera sido conveniente que tuviera el espacio que se merece como uno de los elementos principales del desarrollo. Estamos, por tanto, ante un escenario algo difuso para el sector de la salud. El compromiso político plasmado en los ODS no se ve correspondido con un compromiso de financiación específico que apueste claramente por la salud como Derecho Humano y, a la vez, motor de otros derechos.

4. LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

Del 25 al 27 de septiembre de 2015 se ha celebrado en la sede de Naciones Unidas en Nueva York la Cumbre de desarrollo sostenible, donde se han consensuado los objetivos que van a marcar la agenda del desarrollo para los próximos 15 años, que entrarán en vigor el 1 de enero de 2016²⁹. Según el documento firmado, son 17 los Objetivos de Desarrollo Sostenible y 169 metas conexas, de carácter “integrado e indivisible”, aunque estos términos sean un poco confusos, pues no sabemos exactamente cómo se va a medir la indivisibilidad de los ODS. No ha habido grandes cambios desde el análisis que hicimos el año pasado sobre los ODS en nuestro informe, por lo que vamos a recordar lo más relevante.

28. <http://www.who.int/life-course/news/events/launch-global-financing-facility-press-release/en/>

29. http://www.cooperacionespanola.es/sites/default/files/agenda_2030_desarrollo_sostenible_cooperacion_espanola_12_ago_2015_es.pdf

OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

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

En el plano más político de estos ODS, la comunidad internacional pone sus ojos en la salud. Afirma que para promover la salud y el bienestar físico y mental y prolongar la esperanza de vida de todas las personas, se debe lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención médica de calidad, sin que nadie se quede atrás. Existe un compromiso para acelerar los avances conseguidos hasta la fecha en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna, poniendo fin a todas las muertes prevenibles para 2030. También se comprometen a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, información y educación. Igualmente quieren acelerar el ritmo de los progresos en la lucha contra la malaria, el VIH/SIDA, la tuberculosis, la hepatitis, el ébola y otras enfermedades transmisibles y epidemias, incluso abordando la creciente resistencia a

los antibióticos y el problema de las enfermedades desatendidas que afectan a los países en desarrollo. Por último, también se establece un compromiso con la prevención y el tratamiento de las enfermedades no transmisibles, incluidos los trastornos conductuales, evolutivos y neurológicos, que constituyen un grave impedimento para el desarrollo sostenible. Es, como vemos, una continuación de los ODM, sumando las enfermedades olvidadas y las no transmisibles, a través de una cobertura universal sanitaria de calidad.

En el Informe de síntesis de finales de 2014, del Secretario General de Naciones Unidas, sobre la agenda de desarrollo sostenible después de 2015 *“El camino hacia la dignidad para 2030: acabar con la pobreza y transformar vidas protegiendo el planeta”*³⁰, se destaca que una agenda de desarrollo sostenible integrada exige un marco igualmente sinérgico de medios para su ejecución, que incluye financiación, tecnología e inversiones en capacidades de desarrollo sostenible para asegurar que los compromisos contraídos se transformen en acciones. Asegura que para lograr la dignidad en los próximos 15 años es necesario que, de manera colectiva, se movilicen la voluntad política y los recursos necesarios para reforzar el sistema multilateral y los países.

Afirma que existen seis elementos esenciales para el cumplimiento de los ODS:

- Personas: garantizar una vida sana, el conocimiento y la inclusión de las mujeres y los niños.
- Dignidad: acabar con la pobreza y luchar contra las desigualdades.
- Prosperidad: desarrollar una economía sólida, inclusiva y transformadora.
- Justicia: promover sociedades seguras y pacíficas e instituciones sólidas.
- Planeta: proteger nuestros ecosistemas para todas las sociedades y para nuestros hijos.
- Asociaciones: catalizar la solidaridad mundial para el desarrollo sostenible.

Es en el elemento “personas” donde se centra el trabajo en salud, y donde habla de la cantidad de personas que se han quedado atrás con los ODM y no tienen acceso a un sistema de salud, afirmando que la agenda debe cubrir las necesidades de atención sanitaria. Estas sugerencias se han visto reflejadas en las metas propuestas del ODS 3, el que específicamente habla de salud.

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

- 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos
- 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos
- 3.3 Para 2030, poner fin a las epidemias del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir la hepatitis, las enfermedades transmitidas por el agua y otras enfermedades transmisibles
- 3.4 Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar
- 3.5 Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol
- 3.6 Para 2020, reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico en el mundo
- 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales
- 3.8 Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.
- 3.9 Para 2030, reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades producidas por productos químicos peligrosos y la contaminación del aire, el agua y el suelo.

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

- 3.a. Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco en todos los países, según proceda.
- 3.b. Apoyar las actividades de investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos para las enfermedades transmisibles y no transmisibles que afectan primordialmente a los países en desarrollo y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales asequibles de conformidad con la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) y la Salud Pública, en la que se afirma el derecho de los países en desarrollo a utilizar al máximo las disposiciones del Acuerdo sobre los ADPIC en lo relativo a la flexibilidad para proteger la salud pública y, en particular, proporcionar acceso a los medicamentos para todos.
- 3.c. Aumentar sustancialmente la financiación de la salud y la contratación, el desarrollo, la capacitación y la retención del personal sanitario en los países en desarrollo, especialmente en los países menos adelantados y los pequeños Estados insulares en desarrollo.
- 3.d. Reforzar la capacidad de todos los países, en particular los países en desarrollo, en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial.

30. <http://www.un.org/en/development/desa/publications/files/2015/01/SynthesisReportSPA.pdf>

Estamos ante unas metas muy ambiciosas que deben desarrollarse de una manera adecuada, si no queremos volver a encontrarnos en 2030 con que las metas no se han cumplido. Para ello es fundamental utilizar indicadores precisos que midan correctamente los progresos que puedan darse, así como buscar un equilibrio entre precisión de la medida y los recursos necesarios para poder implementarlos, pues podemos encontrar que muchos países no puedan implementarlos o que requiera de una información demasiado extensa y compleja que, a posteriori, dificulte la capacidad de toma de decisiones. Desde Naciones Unidas han asumido el reto de proponer los indicadores para los ODS, indicadores que se aprobarán en 2016. En noviembre de 2014, la *Red de soluciones de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas* ya presentó un borrador de indicadores titulado "Indicators and a monitoring framework for Sustainable Development Goals", donde presentaron una batería de 100 indicadores globales para después de 2015, apuntando que ése era el número límite que todos los departamentos de estadística podían manejar³¹. En marzo de 2015 se creó la *Inter-agency and Expert Group on SDG Indicators* (grupo inter agencias y de expertos sobre los ODS), con la misión de promover una propuesta de indicadores para que fueran aprobados en marzo de 2016 por la Comisión de Estadística de Naciones Unidas³². Este grupo ha revisado en septiembre los resultados de una consulta abierta a países, sociedad civil, agencias, sector privado e instituciones investigadoras, y serán discutidas a finales de octubre en Bangkok.

Pero es primordial que abordemos dos aspectos cruciales para el éxito de este ODS. Por una parte debemos consensuar, basándonos en la evidencia, qué estrategia es la mejor para alcanzar las metas propuestas. Ya hemos comentado en el apartado sobre la cumbre de financiación de Addis Abeba que necesitamos optar por aquellas estrategias que no tengan exclusivamente una visión de resultados inmediatos, sino que prevean el impacto y la sostenibilidad de las acciones a desarrollar. En ese sentido también debemos analizar las relaciones de las metas de este ODS con el resto de las metas propuestas, dado que, como ya hemos mencionado, se consideran objetivos "integrados e indivisibles".

El segundo elemento que debemos concretar una vez definido exactamente el qué, el cómo, el cuándo y el dónde, son los recursos que debemos destinar para conseguir estas metas. Es muy importante que el compromiso político no se vea limitado por restricciones presupuestarias que eviten obtener los resultados. Pero este compromiso debe ser de todos los países, tanto de los donantes de ayuda que deben aumentar sus presupuestos en cooperación y también de cooperación en salud, como de los países más empobrecidos, que tienen que apostar en sus presupuestos nacionales también por los servicios sociales que aseguren ese desarrollo.

31. <http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/11/141125-Indicator-working-draft-WEB.pdf>

32. <http://unstats.un.org/sdgs/iaeg-sdgs/index.html>

5. 2ª CONFERENCIA INTERNACIONAL DE NUTRICIÓN

5.1. Antecedentes

Los primeros estadios en la lucha contra el hambre (desde principios de los años 70, en que se celebró la Conferencia Mundial de la Alimentación, hasta comienzos de los años 90) estuvieron centrados fundamentalmente en el suministro de energía alimentaria —medido en kilocalorías—. Por contra, en las últimas dos décadas ha ido creciendo la atención hacia la nutrición, que toma en cuenta no solo la energía alimentaria sino el equilibrio de macronutrientes y micronutrientes en la ingesta así como la posibilidad real de una adecuada asimilación por parte de cada persona (que está muy condicionada por sus condiciones de vida y por su estado de salud).

Los trabajos del Comité Permanente de Nutrición de Naciones Unidas y la Primera Conferencia Internacional de Nutrición de 1992 (CIN-1), fueron catalizadores importantes en este sentido. Sin embargo, los compromisos formulados en la CIN-1 no tuvieron un adecuado seguimiento y la realidad fue que la atención pública a la nutrición desapareció silenciosamente de la agenda mundial a lo largo de los 90 y primeros años del siglo XXI. Desde algunos sectores de la sociedad civil se ha señalado que el apoyo del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional a los Programas de Ajuste Estructural (PAE) supusieron, entre otras cosas y contrariamente a los fines con que se justificaban, una reducción en el nivel de inversiones nacionales en la agricultura y en los sistemas alimentarios, y una mayor dependencia de estos países respecto del comercio internacional para su suministro de alimentos. Esto ha tenido un impacto en los hábitos alimentarios y ha provocado que una mayor cantidad de población consuma cada vez más alimentos ultraprocesados con altos niveles de azúcar, sal y grasas no saludables.

Sin embargo, en los últimos años la nutrición ha vuelto a aparecer en el contexto de los debates sobre la salud y el desarrollo. Las series sobre nutrición publicadas por The Lancet en 2008 y 2013, el movimiento Scaling Up Nutrition³³, la iniciativa de los 1.000 días³⁴, REACH³⁵ y algunas otras iniciativas han contribuido a ello. Todas estas contribuciones han llevado a visibilizar la importancia de las relaciones entre nutrición y salud y nutrición y desarrollo, y a dar una gran prioridad al enfoque nutricional en todas las iniciativas de lucha contra el hambre.

33. <http://scalingupnutrition.org/es/>

34. <http://www.thousanddays.org/>

35. <http://www.reachpartnership.org/es/home>

5.2. 22 Años después, la CIN-2

La Segunda Conferencia Internacional sobre Nutrición (CIN-2), organizada conjuntamente por la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se celebró en la Sede de la FAO en Roma (Italia) del 19 al 21 de noviembre de 2014. La convocatoria de esta conferencia tuvo varios objetivos:

- a. Examinar los progresos realizados desde la Conferencia Internacional sobre Nutrición de 1992, responder a los nuevos desafíos y oportunidades y determinar opciones en materia de políticas con objeto de mejorar la nutrición.
- b. Reunir a los sectores de la alimentación, la agricultura, la salud y otros ámbitos y armonizar sus políticas sectoriales a fin de mejorar la nutrición de manera sostenible.
- c. Proponer opciones acertadas en materia de políticas y marcos institucionales que aborden adecuadamente los principales desafíos en el ámbito de la nutrición en un futuro próximo.
- d. Alentar una mayor coherencia de las políticas y potenciar la armonización, coordinación y cooperación entre los sectores alimentario, agrícola y sanitario, entre otros.
- e. Movilizar la voluntad política y recursos para mejorar la nutrición.
- f. Establecer prioridades de cooperación internacional en el campo de la nutrición a corto y medio plazo.

Durante la Conferencia, se celebraron **tres mesas redondas** en torno a los siguientes temas:

1. La nutrición en la agenda para el desarrollo después de 2015: Esta mesa destacó que el costo de la prevención es mucho menor que el de tratar la malnutrición y sus consecuencias, y que las inversiones en nutrición producen altos rendimientos económicos para los países y, para los individuos, beneficios intergeneracionales. La mesa redonda concluyó con cuatro mensajes clave:
 - Necesidad de definir claramente qué se entiende por “nutrición adecuada” en todas las sociedades, grupos de edad, géneros y condiciones de salud, de tal manera que las necesidades de nutrientes y la previsión en materia de seguridad alimentaria puedan determinarse apropiadamente.

- Hay que seguir centrándose en los “1000 días” desde el inicio del embarazo, cuidando la alimentación de madres gestantes y lactantes y promoviendo la lactancia materna.
 - Dar prioridad a indicadores clave para medir los progresos en la nutrición, con sistemas de seguimiento sólidos.
 - Necesidad de que la malnutrición, en todas sus formas, se aborde ampliamente en todos los objetivos de desarrollo sostenible.
2. Mejora de la coherencia entre las políticas en favor de la nutrición: Esta mesa destacó el desafío que implica la coherencia de las políticas en materia de nutrición, lo que requiere recursos, tiempo, un firme compromiso y mucha atención. Pero es una inversión que vale la pena porque puede generar elevados ingresos durante varias generaciones.

Igualmente se destacó la necesidad de incluir la nutrición en iniciativas de cooperación al desarrollo, políticas de desarrollo económico y estrategias de reducción de la pobreza, con una estrecha colaboración entre los sectores de la salud, la agricultura y el comercio y una participación activa del sector de la educación.
 3. Gobernanza y rendición de cuentas en materia de nutrición: Esta mesa identificó una serie de obstáculos que habrían de superarse para lograr una gobernanza sólida en materia de nutrición: necesidad de mejora de la calidad y la frecuencia de los sistemas de medición, los datos y la información sobre la malnutrición; la nutrición se ha convertido en un asunto de todos y no es responsabilidad de nadie, por lo que no está claro quién ha de rendir cuentas en las estructuras de gobernanza existentes al respecto.

Los avances en nutrición dependen en gran medida de la introducción de sistemas de rendición de cuentas. Por ello, se necesita, por un lado, establecer indicadores para el seguimiento de los compromisos nacionales en materia de nutrición y mecanismos de coordinación dentro de los países para planificar, defender y promover una nutrición mejor; y por otro lado, reforzar los sistemas de información mediante la presentación de informes y publicaciones sobre resultados de forma periódica y detallada.

5.3. Declaración final y marco de acción

La declaración final de la CIN-2 —Declaración de Roma sobre la Nutrición— destaca los múltiples desafíos que representa la malnutrición para el desarrollo inclusivo y sostenible y para la salud, y reconoce que las causas profundas de la malnutrición y los factores que conducen a ella son complejos y multidimensionales.

El texto transmite la preocupación de que, a pesar de los significativos logros alcanzados en muchos países, en los últimos decenios se han hecho progresos modestos y desiguales en la reducción de la malnutrición. Y, frente a ello, reafirma que la eliminación de la malnutrición en todas sus formas es un imperativo por razones sanitarias, éticas, políticas, sociales y económicas, y que las políticas de nutrición deberían promover una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida.

Para mejorar la dieta y la nutrición en todas las etapas de la vida, se requieren marcos legislativos apropiados sobre inocuidad y calidad de los alimentos; medidas coordinadas entre diferentes agentes, en todos los sectores pertinentes a nivel internacional, regional, nacional y de las comunidades, por medio de políticas, programas e iniciativas transversales y coherentes; y formación e información a los consumidores sobre salud y nutrición mejoradas.

La declaración final incorpora compromisos sobre:

- la erradicación del hambre y la malnutrición en todas sus formas;
- la formulación de políticas públicas coherentes para la promoción de sistemas alimentarios sostenibles;
- el aumento de la importancia de la nutrición en las estrategias, las políticas, los planes de acción y los programas nacionales pertinentes;
- el fortalecimiento de capacidades humanas e institucionales para hacer frente a todas las formas de malnutrición;
- la colaboración entre los países y dentro de ellos, incluidas la cooperación Norte-Sur así como la cooperación Sur-Sur y triangular;
- la capacitación de las personas para adoptar decisiones informadas sobre alimentación y nutrición; y,
- la incorporación de los compromisos de esta declaración en la Agenda de desarrollo post-2015.

Para cumplir estos compromisos, se ha elaborado un **Marco de Acción**, de carácter voluntario, que pretende guiar los compromisos asumidos, ofreciendo un conjunto de opciones en materia de política y estrategias que los gobiernos, en colaboración con otras partes interesadas, pueden incorporar según sea apropiado en sus planes nacionales de nutrición, salud, agricultura, desarrollo e inversión y tener en cuenta al negociar acuerdos internacionales encaminados a mejorar la nutrición para todos.

Dentro de este Marco de Acción se han creado un conjunto de 60 recomendaciones, agrupadas por temas, destinadas principalmente a los dirigentes gubernamentales que deberán evaluar la idoneidad de las políticas y sus prioridades. Estas recomendaciones están orientadas a:

- crear un entorno favorable a una acción eficaz
- lograr sistemas alimentarios sostenibles que promuevan dietas saludables
- promover la educación e información nutricional
- impulsar la protección social
- hacer que los sistemas de asistencia sanitaria sean sólidos y resistentes
- promover, proteger y sostener la lactancia materna
- hacer frente a la emaciación y al retraso del crecimiento
- abordar el sobrepeso y la obesidad en la niñez
- hacer frente a la anemia en mujeres en edad reproductiva
- orientar los servicios sanitarios para mejorar la nutrición
- mejorar en materia de agua, saneamiento, higiene, inocuidad de los alimentos y resistencia a los antimicrobianos
- impulsar la rendición de cuentas

La CIN-2 es un paso más hacia la solución de un problema pendiente desde hace mucho tiempo. Existe una necesidad urgente de fortalecer el compromiso de los gobiernos y ser más ambiciosos para la erradicación del hambre y de todas las formas de malnutrición. Para que no ocurra como con la CIN-1, que no tuvo el adecuado seguimiento y cuyos resultados no han sido evaluados, se debe aplicar un proceso eficaz de seguimiento que incluya la participación activa de los movimientos sociales y las organizaciones de la sociedad civil y que disponga de un marco cronológico claro para alcanzar los objetivos y de indicadores y referencias específicos para controlar el progreso. Por ello, se ha solicitado a la FAO y a la OMS que examinen la inclusión de informes sobre el seguimiento general de la CIN-2 en el programa de los períodos de sesiones ordinarios de sus órganos rectores al menos una vez por bienio.

6. RESILIENCIA DE SISTEMAS SANITARIOS

En el año 2000, la OMS definió los sistemas de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas cuya finalidad es mejorar la salud, por lo que es un concepto que supera el ámbito sanitario. Normalmente, cuando se habla de sistema de salud, nos referimos al sistema de atención sanitaria, que son aquellas instituciones, personas, capacidades y recursos implicados en la prestación de atención en salud a los individuos y a las poblaciones. Es por tanto la suma de los elementos de los que se dota la sociedad para luchar contra la enfermedad, y debe ser un elemento primordial en cualquier estrategia de desarrollo si queremos mejorar la salud de la población.

Los sistemas sanitarios deben responder a los problemas de salud de la población. Y estos problemas no son siempre los mismos, van cambiando con el paso del tiempo por múltiples factores: nuevas amenazas, cambios sociodemográficos, cambio climático, etc. Por este motivo, en los últimos años está apareciendo con más fuerza el concepto de resiliencia de los sistemas sanitarios como un factor a trabajar para asegurar la continuidad y sostenibilidad de los resultados que producen los diferentes sistemas de salud.

Concepto de resiliencia

El término “resiliencia” proviene de la física de los materiales y expresa la capacidad de mantener una estructura a pesar de los cambios externos que puedan producirse. Un ejemplo es un resorte y sus cualidades: resistir a la presión, doblarse con flexibilidad y recobrar su forma original³⁶. Tiene su origen en el latín, en el término “resilio”, que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar.

Esta cualidad aparece estudiada tanto en las personas como en las instituciones sobre todo a partir de los años 90 del siglo XX. La resiliencia de las personas es la cualidad de estas personas para resistir y rehacerse ante situaciones traumáticas o de pérdida. La resiliencia se ha definido también como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro a pesar de acontecimientos desestabilizadores, condiciones de vida difíciles y traumas graves³⁷.

Para Luthar, Cicchetti y Becker (2000) la resiliencia se refiere a un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa³⁸. Tantas definiciones diferentes vuelven al concepto de resiliencia bastante difuso, por lo que es necesario concretar lo que entendemos por resiliencia de los sistemas sanitarios.

Una definición sobre la resiliencia de sistemas la encontramos en el artículo de Nemeth y colaboradores “Minding the Gaps: Creating Resilience in Health Care”: *La resiliencia la podemos entender como la capacidad intrínseca de un sistema para ajustar sus prioridades de funcionamiento a que antes, durante y después de cambios importantes, pueda mantener las operaciones requeridas, incluso después de un accidente grave o en presencia de tensión continua. Como una propiedad emergente de los sistemas no está vinculada a la magnitud de los eventos adversos o a estimaciones de su probabilidad, la resiliencia proporciona los medios a las organizaciones*

36. <http://www.uv.es/~colomerj/fundacion/resilienciahorizontes.htm>

37. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300004

38. Luthar, S.S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). Research on resilience: Response to commentaries. *Child Development*, 71, 573-575

para que prioricen sus recursos integrando las preocupaciones por la seguridad y la productividad³⁹.

Es a partir del año 2000 cuando el término comienza a universalizarse, y se empieza a introducir en las discusiones sobre salud. Distintos desastres (el tsunami en el océano Índico del 2004, el huracán Katrina en los Estados Unidos, el terremoto en Japón,...) y como se gestionaron le dieron al término de resiliencia un papel cada vez más importante en los debates de planificación de desastres y protección de la salud pública. Según los autores del artículo “*Resilience thinking in health protection*” publicado en la revista *Journal in Public health*⁴⁰, la resiliencia se clasifica en cinco tipos:

1. La “del desastre”: la capacidad de una comunidad o la sociedad para resistir y recuperarse de un evento trágico;
2. la “comunitaria”: la adaptación y funcionamiento de una sociedad frente a la perturbación;
3. la del “ecosistema o socio-ecológica”: la cualidad de los sistemas naturales y sociales para absorber perturbaciones sin dejar de ser funcionales;
4. la de “infraestructura”: la capacidad de construir infraestructuras (por ejemplo: carreteras, edificios, puentes) para seguir funcionando dentro de los desastres;
5. la “psicológica o individual”: la de los individuos o grupos de personas para hacer frente a la adversidad y seguir adelante.

Para los autores del artículo existe una relación directa entre ciertos aspectos de salud y cada uno de los tipos de resiliencia. (i) La resiliencia al desastre se vincula a aspectos sanitarios en la planificación de emergencias y gestión de desastres (incluyendo servicios médicos de emergencia, la continuidad del funcionamiento del sistema de salud y acceso a saneamiento); (ii) la resiliencia comunitaria a la salud física y mental de la población y a muchos determinantes de salud; (iii) la resiliencia del ecosistema a la capacidad de los sistemas públicos de gestionar profundos cambios medioambientales y/o sociales, relacionado biodiversidad/cambio climático y salud; (iv) la resiliencia de infraestructura, se vincula al mantenimiento de las mismas (incluyendo el diseño y la función), la legislación sobre seguridad y códigos de construcción; y por último (v) la resiliencia individual se vincula al mantenimiento de la salud, sobre todo mental, de las personas en los desastres.

Si atendemos a estas definiciones, el concepto de resiliencia de los sistemas sanitarios es un concepto muy amplio. Nos muestra la capacidad de seguir funcionando,

39. http://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patient-safety-resources/resources/advances-in-patient-safety-2/vol3/Advances-Nemeth_116.pdf

40. <http://www.nerc.ac.uk/research/funded/programmes/resilience/health-protection/>

pero no solamente ante desastres puntuales, sino también ante elementos que tensan permanente el sistema sanitario, como podrían llegar a ser las crisis económicas y socio políticas que afectan permanentemente a muchos de los países más empobrecidos y sus sistemas de salud. Por lo tanto, para hablar de resiliencia es necesario investigar todos los factores que afectan la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y sus resultados. Sin embargo, la lectura que se suele hacer sobre la resiliencia en sistemas sanitarios tiene una visión más enfocada exclusivamente a un solo tipo de resiliencia, la gestión de desastres.

La OMS asegura en uno de sus boletines que el objetivo primario de un sistema nacional de gestión de desastres es asegurar que todos los sectores y componentes de una sociedad tengan resiliencia frente a los desastres⁴¹. La OPS también plantea que el sector salud, junto con otros sectores, debe tener una política de reducción de los riesgos de desastre, con objetivos y estrategias establecidos para garantizar el cumplimiento de esta función esencial de salud pública⁴².

En el caso del ébola, la OMS propició una reunión sobre el establecimiento de sistemas de salud resilientes en los países afectados por esta enfermedad⁴³, donde su Directora proponía mejorar la resiliencia aplicando un enfoque ante la atención primaria de salud que acerque los servicios a los hogares, habilitar un buen sistema de derivación, con instalaciones hospitalarias que ofrezcan una atención más segura y eficaz, mejorar la logística y los sistemas de registro civil y estadísticas vitales, y por último darles un espacio en el sistema de salud a los curanderos tradicionales. Como podemos observar, se presentaban toda una batería de acciones que tiene que ver con los distintos tipos de resiliencia antes mencionados y no solamente la de los desastres. Pero no cubre todas las dimensiones de la resiliencia (no se habla de la salud mental, por ejemplo), aunque la inclusión de la participación comunitaria sea un elemento clave que pocas veces se nombra.

Muchos sistemas sanitarios no pueden actualmente dar respuesta a los problemas de salud de su población, y esta falta de respuesta tiene que ver con una cronicidad de problemas que dificultan los resultados de los sistemas sanitarios. Falta personal, formación, recursos técnicos y materiales, infraestructuras y capacidad de gestión. Y la pregunta es: ¿cómo queremos hacer sistemas sanitarios más resilientes si no tienen la mínima estructura que garantice las mínimas necesidades de la población? Los países más afectados por el ébola tenían antes del brote uno o dos médicos por cada 100.000 habitantes. ¿Cómo vamos a hablar de resiliencia cuando la base es tan pobre?

41. <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/12/14-149278/en/>

42. Plan estratégico 2013-2018. Reducción del riesgo y respuesta a los desastres. OPS, 2012

43. <http://www.who.int/dg/speeches/2014/health-systems-ebola/es/>

Además, el problema de la salud en muchos de los países con sistemas sanitarios frágiles es muy compleja. No solamente es importante el buen funcionamiento de su sistema sanitario local. Tiene que ver también con el modelo de sistema sanitario del país que, según cual sea, promueve un mayor o menor acceso al sistema, con políticas internacionales que permiten la fuga del personal sanitario de los países más empobrecidos para solventar las carencias en los países enriquecidos, con la capacidad de acceso a medicamentos a precios asequibles, con los determinantes de salud, especialmente la pobreza con la que cohabita gran parte de la población mundial, la inequidad de género o con las consecuencias de la contaminación de ríos, mares, suelo y aire.

Por lo tanto, si queremos hacer sistemas sanitarios resilientes, tenemos previamente que establecer un mínimo de estructuras y recursos que todo país debe tener para poder dar un servicio de calidad. Y debemos trabajar en dos direcciones: hacia dentro del sistema, mejorando sus capacidades, aprovechando mejor los recursos que se tienen, mejorando la participación de la población y promoviendo estrategias que no sean estáticas; y hacia fuera del sistema, trabajando los determinantes de salud, incluyendo la salud en todas las políticas, tanto nacionales como internacionales.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- En 2014 se ha mantenido la AOD del conjunto del CAD a un nivel similar al del año anterior.
- Se consolida un año más la tendencia de crecimiento de la importancia de AOD destinada a salud en el conjunto del CAD, que se acerca al porcentaje recomendado del 15% de toda la AOD.
- Los subsectores de salud básica y salud sexual y reproductiva acumulan casi el 90 % de la AOD para salud del conjunto CAD.

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS.

Las cifras desagregadas de ayuda oficial al desarrollo (AOD) que presenta públicamente el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (CAD) suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2014 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2013.

1. EVOLUCIÓN DE LA AYUDA AL DESARROLLO TOTAL DEL CAD

Después del retroceso experimentado por la AOD del conjunto del CAD en 2012, el conjunto de donantes retomaron la senda de crecimiento en 2013, con una notable recuperación. En 2014 las cifras de AOD se mantienen (la AOD neta es ligeramente superior a la del año anterior y la AOD bruta es ligeramente inferior).

A partir de los datos preliminares hechos públicos por el CAD, en el año 2014 el total de la AOD neta desembolsada por el conjunto de donantes del CAD (28 países miembros + instituciones europeas) alcanzó la cifra de 151.270 millones de dólares

—expresada en dólares corrientes— lo que supuso un volumen de AOD prácticamente igual al del año anterior. Desde el punto de vista del esfuerzo en AOD, expresado como % del PIB, la AOD media de los países del CAD representó en 2014 el 0,29% de su ingreso combinado nacional bruto, mientras que en 2013 había sido el 0,30%. En conjunto, el CAD está en 2014 más lejos de cumplir el compromiso del 0,7% que en 2013. Y además, se ha producido una evolución negativa respecto al compromiso con los países menos desarrollados: la ayuda bilateral destinada a los PMA se ha reducido un 16% respecto a 2013 y la destinada a África subsahariana, un 5%.

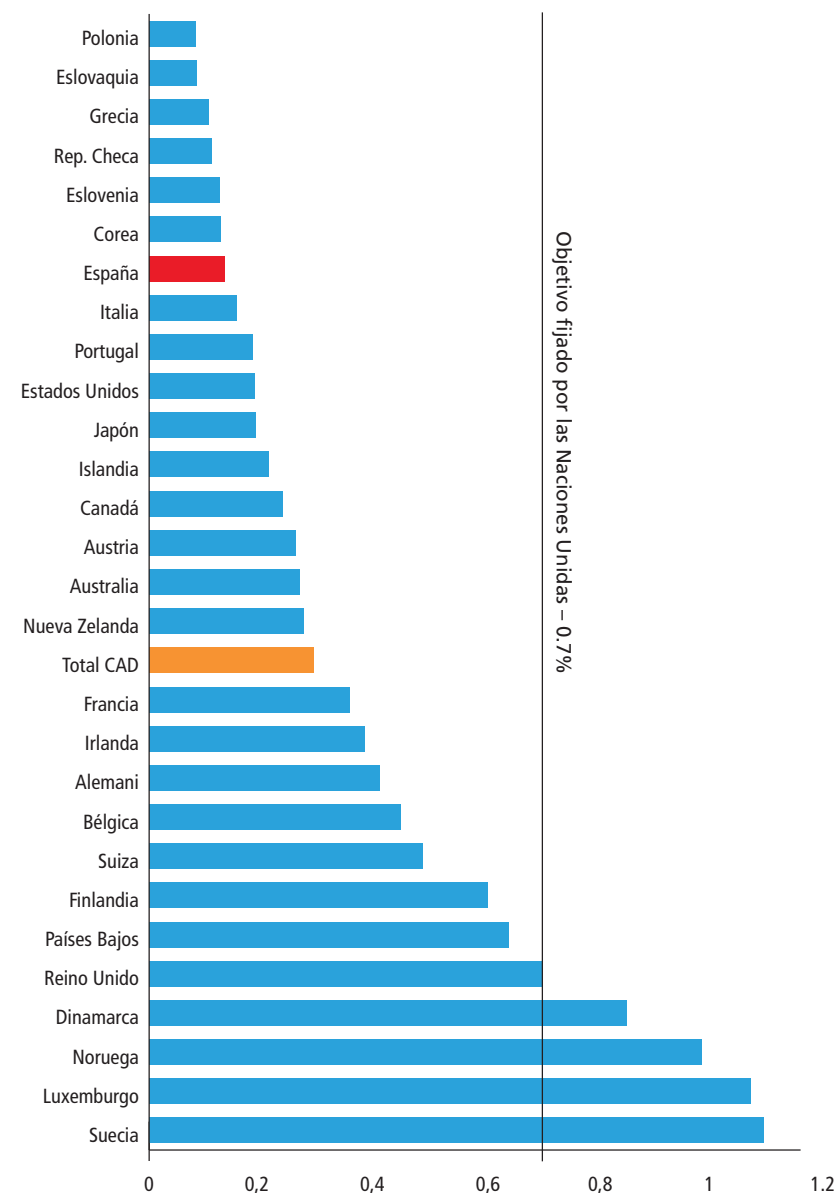
Como podemos ver en el gráfico 2.1., únicamente cinco países de los 28 que integran el CAD, cumplen en 2014 con el compromiso del 0,7% de AOD: Luxemburgo, Suecia, Noruega, Dinamarca y Reino Unido.

Los países del CAD que al mismo tiempo son miembros de la Unión Europea alcanzaron en conjunto una AOD equivalente al 0,42% de la RNB. España, con un 0,14%, estuvo de nuevo entre los países que menos aportó.

Por otra parte, la previsión de la Ayuda Oficial al Desarrollo del conjunto de los países donantes que hace la OCDE para el periodo 2015-2018, es claramente insuficiente para impulsar la nueva agenda post2015 y avanzar hacia el objetivo del 0,7% con el que se han comprometido, de nuevo, los países donantes en la conferencia internacional sobre financiación del desarrollo, celebrada en Addis Abeba, Etiopía en julio de 2015.

El acuerdo alcanzado en Addis Abeba consolida el cambio hacia un modelo de financiación del desarrollo en el que el sector privado va a tener un mayor protagonismo frente a la Ayuda Oficial al Desarrollo. El acuerdo de los países donantes de posponer la consecución del objetivo del 0,7% hasta 2030 y el estancamiento previsto en la AOD para los próximos años son sintomáticos de la pérdida de peso de la AOD frente a otros mecanismos de financiación como el sector privado.

GRÁFICO 2.1. AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2014



Fuente: OCDE, 2015.

Desde el punto de vista de las cifras absolutas de AOD, observamos que en 2014 la mitad de los países que forman parte del CAD han reducido su presupuesto, destacando —por el porcentaje de reducción— Japón (22%), Grecia (18,5%), España (14%) Australia y Canadá (ambas un 13,5%). Por el lado de los incrementos, destacan Alemania (15%), Finlandia (14%), Suiza (11%) y Reino Unido, que ya había protagonizado un notable incremento en 2013 y que vuelve a aumentar un 8,5% en 2014.

Las Instituciones Europeas, que en 2013 redujeron el volumen de su AOD en un 8,5%, la han mantenido al mismo nivel en 2014.

1.1. Distribución de la AOD en 2014

Conviene apuntar también que en 2014 se ha mantenido a un nivel similar la AOD de países no miembros del CAD. Entre ellos podemos destacar a los Emiratos Árabes Unidos y Turquía, que en conjunto aportan una ayuda equivalente al 6% de la AOD total de los países miembros del CAD. Si estos dos países fueran miembros del CAD, Turquía se situaría en el puesto 13 por volumen de AOD y Emiratos Árabes Unidos en el puesto 9.

Según una investigación publicada por la OCDE¹ basada en encuestas a los países donantes y en el análisis de tendencias de la AOD en los últimos 13 años, se prevé que en el período 2014-2017, coincidiendo con la puesta en marcha de la nueva agenda de desarrollo post-2015, se va producir una reducción del 4% en la ayuda programable por países que el conjunto de países del CAD destinará a los PMA y otros países de renta baja. Como se trata de países con un significativo crecimiento demográfico, la caída en el nivel de ayuda per cápita será aún mayor, con un descenso por encima del 12%. Las previsiones para los países de renta media-baja son también de reducción: un 3% de la AOD, y un 7,5% de la ayuda per cápita. Sin embargo, se prevé que los países de renta media-alta experimenten un incremento del 8% en su AOD.

La OCDE señala que este retroceso de la financiación para los PMA es especialmente preocupante en la medida que, para estos países, la AOD representa un mayor porcentaje de sus presupuestos públicos.

De confirmarse estas previsiones, la situación de los próximos años será altamente incoherente con los compromisos reiterados por la comunidad de donantes y con viabilidad de la propia agenda de los Objetivos de Desarrollo Sostenible en los países menos avanzados.

TABLA 2.1. AOD NETA DE LOS PAÍSES DEL CAD 2010 – 2014
(DESEMBOLSOS EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2010		2011		2012		2013		2014		Variación 13-14
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	
Australia	3.826,10	0,32	4.983,00	0,34	5.403,00	0,36	4.851,00	0,34	4.203,42	0,27	-647,58
Austria	1.208,42	0,32	1.111,00	0,27	1.106,00	0,28	1.172,00	0,28	1.144,39	0,26	-27,61
Bélgica	3.003,93	0,64	2.807,00	0,54	2.315,00	0,47	2.281,00	0,45	2.384,51	0,45	103,51
Canadá	5.208,57	0,33	5.459,00	0,32	5.650,00	0,32	4.911,00	0,27	4.196,45	0,24	-714,55
Rep. Checa					220,00	0,12	212,00	0,11	208,99	0,11	-3,01
Dinamarca	2.871,24	0,9	2.931,00	0,85	2.693,00	0,83	2.928,00	0,85	2.995,97	0,85	67,97
Finlandia	1.332,95	0,55	1.406,00	0,53	1.320,00	0,53	1.435,00	0,55	1.634,58	0,6	199,58
Francia	12.915,10	0,5	12.997,00	0,46	12.028,00	0,45	11.376,00	0,41	10.370,87	0,36	-1.005,13
Alemania	12.985,36	0,38	14.093,00	0,39	12.939,00	0,37	14.059,00	0,38	16.248,67	0,41	2.189,67
Grecia	507,72	0,17	425,00	0,15	327,00	0,13	305,00	0,13	248,44	0,11	-56,56
Islandia			26,00	0,21	26,00	0,22	35,00	0,26	35,41	0,21	0,41
Irlanda	895,15	0,53	914,00	0,51	808,00	0,47	822,00	0,45	808,80	0,38	-13,20
Italia	2.996,39	0,15	4.326,00	0,2	2.737,00	0,14	3.253,00	0,16	3.342,05	0,16	89,05
Japón	11.020,98	0,2	10.831,00	0,18	10.605,00	0,17	11.786,00	0,23	9.188,29	0,19	-2.597,71
Corea del Sur	1.173,79	0,12	1.325,00	0,12	1.597,00	0,14	1.744,00	0,13	1.850,67	0,13	106,67
Luxemburgo	402,69	1,09	409,00	0,97	399,00	1	431,00	1	426,76	1,07	-4,24
Países Bajos	6.357,31	0,81	6.344,00	0,75	5.523,00	0,71	5.435,00	0,67	5.572,03	0,64	137,03
Nueva Zelanda	342,22	0,26	424,00	0,28	449,00	0,28	461,00	0,26	502,28	0,27	41,28
Noruega	4.579,57	1,1	4.756,00	0,96	4.753,00	0,93	5.581,00	1,07	5.024,28	0,99	-556,72
Polonia					421,00	0,09	474,00	0,1	437,08	0,08	-36,92
Portugal	648,96	0,29	708,00	0,31	581,00	0,28	484,00	0,23	418,96	0,19	-65,04
Eslovaquia					80,00	0,09	85,00	0,09	81,24	0,08	-3,76
Eslovenia					58,00	0,13	60,00	0,13	61,53	0,13	1,53
España	5.949,46	0,43	4.173,00	0,29	2.037,00	0,16	2.199,00	0,16	1.893,28	0,14	-305,72
Suecia	4.533,49	0,97	5.603,00	1,02	5.240,00	0,97	5.831,00	1,02	6.222,55	1,1	391,55
Suiza	2.299,95	0,41	3.051,00	0,45	3.056,00	0,47	3.198,00	0,47	3.547,59	0,49	349,59
Reino Unido	13.052,97	0,56	13.832,00	0,56	13.891,00	0,56	17.881,00	0,72	19.386,50	0,71	1.505,50
EE UU	30.353,16	0,21	30.783,00	0,2	30.687,00	0,19	31.545,00	0,19	32.728,62	0,19	1.183,62
Total CAD	128.465,48	0,32	133.717,00	0,31	126.949,00	0,29	134.835,00	0,30	135.164,21	0,29	329,21

Fuente: OCDE – CAD

1. <http://www.oecd.org/dac/aid-architecture/GlobalOutlookAid-web.pdf>

PROCESO DE REVISIÓN DEL CONCEPTO DE AOD EN EL SENO DEL CAD

Ana Henche Cuesta

Jefe del Servicio de Estadística

Subdirección General de Políticas de desarrollo

Secretaría de Estado de Cooperación Internacional y para Iberoamérica

El contexto de la financiación para el desarrollo ha cambiado mucho en estos últimos años, desde que la comunidad internacional acordó la Agenda de los ODM. La Ayuda Oficial para el Desarrollo (AOD) continúa siendo un recurso esencial para el desarrollo, pero muchos países tienen acceso a un rango más diverso de recursos financieros, domésticos, internacionales, públicos y privados.

En este contexto y en el marco de la negociación de una nueva Agenda 2030, **NNUU realizó una petición formal al CAD para que identifique y mejore la transparencia de todos los flujos desplegados en pro de un desarrollo sostenible (Total Official Support for Development - TOSSD)** que llegan a los países socios, de forma que esto permita establecer una estrategia adecuada hacia los diferentes escenarios que se dan en los distintos tipos de países para cumplir los objetivos de desarrollo que se plantean en la nueva agenda. El CAD, a su vez, acuerda realizar un proceso de reforma de su AOD para adaptarla al nuevo contexto y procurar una mejora de los incentivos en su asignación.

Se está realizando un proceso de reforma de AOD en dos fases. Ciertas adaptaciones urgentes se realizaron ya en 2014. En la Reunión de Alto Nivel del CAD de diciembre 2014, se llegó finalmente a un acuerdo en la reforma de concesionalidad de créditos soberanos AOD. Con esta reforma se ha pasado de una definición de concesionalidad uniforme para todos los países receptores a aplicar criterios de diferenciación entre países socios para tener en cuenta sus respectivas situaciones, y de contabilizar la AOD en términos netos a hacerlo en función del "elemento de donación equivalente" (resultante de multiplicar el valor nominal del préstamo por el porcentaje de concesionalidad del mismo), permitiendo con ello que se generen incentivos adecuados en el sistema de Cooperación en términos de calidad de la ayuda y destino de la misma. Además, para reportar los créditos como AOD, estos deberán ser consistentes con la política de límites de deuda del FMI y la política de endeudamiento no concesional del Banco Mundial. Finalmente los tipos de interés máximos permitidos en los créditos AOD se han reducido para todas las categorías de países y prácticamente se han reducido a la mitad para PMA y otros PRB.

Estos cambios empezarán a ser usados para los flujos de 2015, aunque convivirán con el sistema y definiciones anteriores hasta 2018, momento en el que se convertirán en el estándar de reporte.

A partir de ahora, y una vez acordada la nueva Agenda 2030, se está trabajando en otros temas pendientes de la reforma. Se está debatiendo cómo tratar los gastos generados en el país donante y que no se transfieren al país socio como flujo. Estos gastos siempre han sido objeto de crítica en el seno del CAD y son fundamentalmente: costes administrativos, gastos de becas, apoyo a refugiados, educación para el desarrollo, etc. Actualmente se están clarificando las directivas de reporte de estos gastos para mejorar la legitimidad, la transparencia y la comparabilidad en el reporte. Todavía está por ver si se produce alguna modificación en las directivas más allá de esta clarificación.

Otros temas pendientes son los relativos a la definición de fronteras entre AOD y TOSSD para los gastos de paz y seguridad. Para abordar este capítulo, se creó un grupo de trabajo

de expertos INCAF – WP Stat (Grupo de Conflictos y Estados Frágiles del CAD y Grupo de Estadísticas del CAD). A fecha actual, este grupo ha identificado aquellos aspectos relacionados con los Gastos de Paz y Seguridad que los Estados miembro del CAD han propuesto como objeto de revisión para, en un primer momento, clarificar las directivas del CAD en caso de que sea preciso revisar la elegibilidad de ciertos gastos como AOD. El objetivo de este grupo de expertos ha sido principalmente la clarificación de directivas y no la ampliación de las mismas para incluir más actividades en AOD.

Por otro lado, dentro de esta reforma, las Naciones Unidas (Department of Field Support [DFS] / and the Department of Peacekeeping Operations [DPKO]) están revisando la contribución al desarrollo de sus misiones de Paz. Actualmente el 7% de los gastos de algunas de estas Misiones se computan como AOD (no todas las operaciones de Paz de Naciones Unidas computan en AOD). Este porcentaje es idéntico para todas las misiones elegibles como AOD y se calculó en base al análisis de las actividades de cinco grandes misiones de Paz de NNUU. Actualmente se está revisando esta metodología de manera que no todas las misiones elegibles como AOD tengan el mismo porcentaje sino que éste venga determinado por otros criterios tales como el mandato de la misión y las actividades incluidas en la misma.

También se está desarrollando el debate de cómo contabilizar en AOD los Instrumentos de Apoyo al Sector Privado utilizados por el donante. En la reunión de alto nivel del CAD de diciembre 2014 se encomendó al CAD y a su grupo estadísticas la tarea de investigar las dos posibles formas de contabilización de estos instrumentos: enfoque por instrumentos o enfoque institucional.

La contabilización por Instrumentos significa reportar la AOD como hasta ahora, cada intervención de desarrollo se detalla con una entrada contable en el reporte estadístico. El enfoque Institucional supone contabilizar como AOD la transferencia presupuestaria que realiza el donante a la Institución Financiera de desarrollo de su propio país que luego ejecuta las operaciones con el sector privado en los países en desarrollo. Este enfoque institucional plantea la inclusión de salvaguardas para asegurar que sólo computen como AOD las actividades que tengan un mandato de desarrollo mediante la inclusión de coeficientes prorratea que excluyan de la AOD aquellas actividades que no tengan el desarrollo como objetivo principal. También se plantean coeficientes prorratea para contabilizar exclusivamente las actividades de estas instituciones en países receptores de AOD.

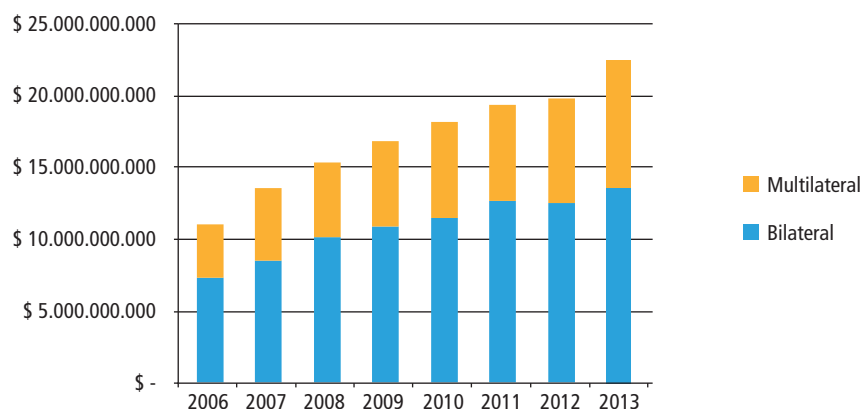
Es importante subrayar que mientras que la reforma de AOD y creación de un nuevo marco estadístico en el seno del CAD ha sido uno de los input de la cumbre de financiación de Addis Abeba, la Agenda 2030 y los acuerdos de Addis deben a su vez tener implicaciones profundas en el trabajo que desarrolle el CAD en materia de financiación para el desarrollo. Los avances en el CAD deberán estar alineados con los acuerdos de Addis Abeba.

En el documento final de Addis Abeba se recogen múltiples compromisos que deben guiar el trabajo de las Instituciones financieras de desarrollo y Bancos de desarrollo en su trabajo con el sector público y privado. Son constantes en el documento las menciones a la transparencia, rendición de cuentas, cumplimiento de estándares internacionales sociales y medioambientales y alineación con las políticas y prioridades nacionales de los países socios. Se demanda a los bancos e instituciones financieras de desarrollo más información sobre el cumplimiento de estos aspectos. Amparados por esta Agenda de Acción de Addis Abeba, España y otros donantes en el seno del CAD desean que se incremente la información que actualmente los donantes reportan al CAD sobre sus operaciones con el sector privado al margen del enfoque de reporte de AOD que se termine adoptando. El Secretariado del CAD es favorable a realizar este ejercicio. Además quedan algunas otras cuestiones por resolver como es la revisión de la forma de computar las operaciones de alivio de deuda que se ha previsto abordar en 2016.

2. EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

Entre 2006 y 2013 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD ha crecido año a año, tanto en términos absolutos, como en su proporción respecto al total de la AOD del CAD, ya que ha pasado de 11.028 millones de dólares en 2006, que supuso el 7,34% de toda la AOD, a 22.386 millones en 2013, que representa el 14,8% del total de la ayuda neta. El crecimiento experimentado por la ayuda en salud en 2013 es especialmente llamativo, con un 13% más que el año anterior. Puesto que el total de AOD se mantenido constante, la orientación hacia el sector salud se ha fortalecido. En 2012 el crecimiento de la ayuda en salud se ha producido principalmente en el canal multilateral, que representa casi el 39 % de la AOD en salud.

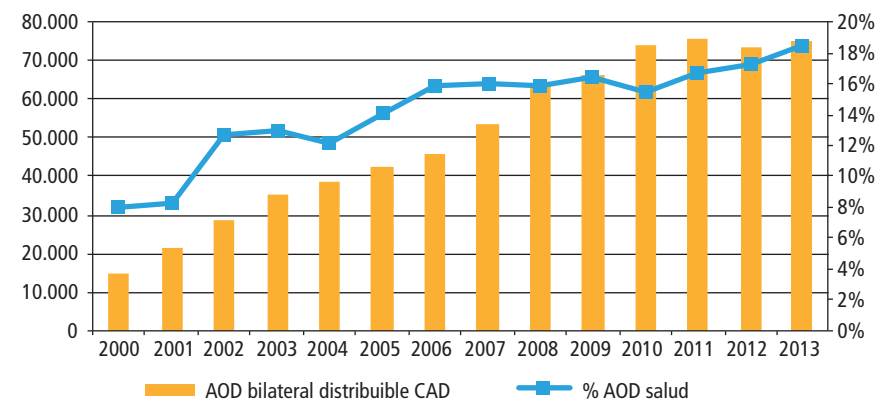
GRÁFICO 2.2. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A SALUD (SECTORES 120 Y 130) POR CANALES (EN DÓLARES CORRIENTES)



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

Si analizamos la AOD bilateral destinada al sector salud podemos observar que, después del retroceso que experimentó en 2010 en el peso relativo que tiene en comparación con la AOD bilateral sectorialmente distribuíble, desde 2011 en adelante se ha vuelto a recuperar e incrementar (gráfico 2.3); conviene precisar que, si bien cuando analizamos el porcentaje destinado a salud sobre el total de AOD el resultado se queda todavía por debajo del 15% demandado, cuando se analiza el porcentaje destinado a salud respecto a la ayuda bilateral sectorialmente distribuíble, alcanza el 18,36%.

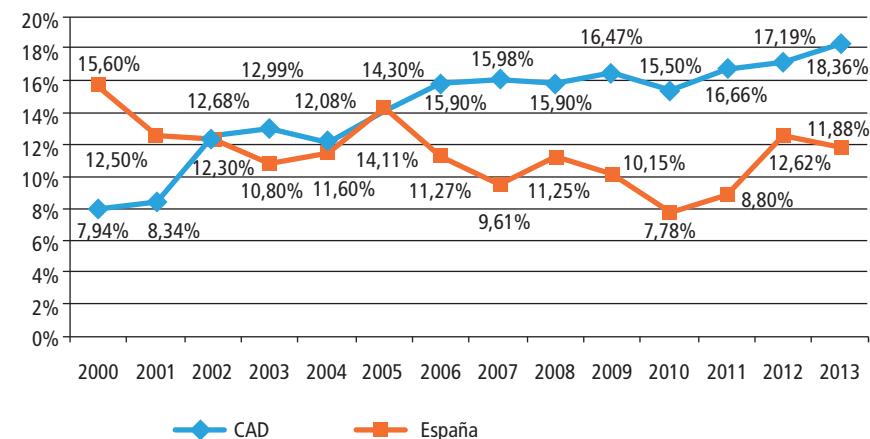
GRÁFICO 2.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE Y DEL PORCENTAJE DESTINADO A SALUD POR EL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD (EN DÓLARES CORRIENTES)



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

Cuando comparamos el comportamiento de la cooperación española en salud con el conjunto de los países donantes del CAD, observamos en 2013 un nuevo episodio de alejamiento: **mientras en el conjunto del CAD se consolida la tendencia de creciente importancia de la AOD en salud, en el caso español se produce un retroceso en 2013, situándose un 6,5% por debajo del porcentaje del CAD.**

GRÁFICO 2.4. PORCENTAJE DE LA AOD BILATERAL DISTRIBUIBLE DESTINADO A SALUD. COMPARATIVA CAD-ESPAÑA



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

En 2013, sin embargo, a pesar de la disminución del volumen total de su AOD, se ha producido una recuperación en la AOD que las instituciones europeas² destinan al sector salud, con un aumento del 16% respecto al año anterior, volviendo a un nivel similar al de 2011 (tabla 2.2).

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Total AOD	11.466,40	12.875,50	13.023,58	12.570,34	17.946,85	18.101,64	17.243,12
AOD Salud general	68,30	177,50	149,30	162,60	137,59	117,84	112,77
AOD Salud básica	457,50	391,10	356,60	217,36	385,22	304,12	422,70
AOD SSR	138,10	163,70	67,00	95,27	135,80	121,01	96,42
Total Salud	663,90	732,30	572,90	475,23	658,61	542,97	631,89
%Salud/Total	5,79%	5,69%	4,40%	3,78%	3,67%	3,00%	3,66%

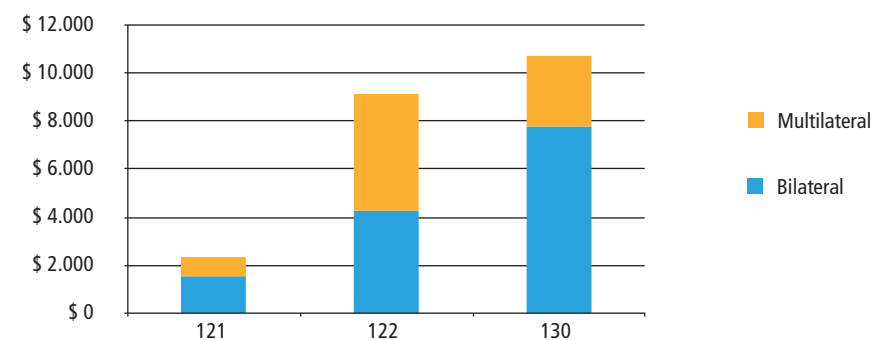
Fuente: Creditor Reporting System

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

Respecto a los tres **subsectores de salud** que computa el CAD [salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122) y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130)], como podemos observar en el gráfico 2.5, el ámbito de la salud reproductiva concentra la mayor parte de las contribuciones, alcanzado la cantidad de 10.774 millones de dólares, seguido por el subsector salud básica con 9.205 millones de dólares (casi un 27 % más que en 2012) y, finalmente, salud general con 2.408 millones de dólares.

2. Engloba la AOD de la Comisión Europea y de la Secretaría del Consejo Europeo.

GRÁFICO 2.5. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD DEL CONJUNTO DE PAÍSES DEL CAD DESTINADOS A LOS SECTORES 121, 122 Y 130 EN EL AÑO 2013 POR CANALES (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)



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

La evolución de las aportaciones globales brutas de los países donantes del CAD en los subsectores de cooperación en salud presenta una línea de crecimiento constante entre 2006 y 2013 en salud básica y salud sexual y reproductiva, y un estancamiento —con ligeras fluctuaciones— en salud general que está al final del período en valores similares al inicio.

Dentro del subsector de salud general destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa, que supone casi el 67% de todo el subsector, componente que más apoya el fortalecimiento de los sistemas locales de salud; aunque en 2012 tuvo un significativo descenso, en 2013 se ha recuperado parcialmente. En el subsector de salud básica la ayuda está más repartida en cuanto a componentes, habiendo crecido todos ellos respecto al año anterior. Podemos destacar los incrementos en nutrición (12240) con un 66% más que el año anterior; educación sanitaria (12261) con un 41%; control de la tuberculosis (12263), con un 40%; y control de enfermedades infecciosas (12250) con un 35%. En volumen, destacan los incrementos de 600 millones de dólares en atención sanitaria básica (12220) y de 375 millones en nutrición básica (12240). En el subsector de salud sexual y reproductiva sigue destacando el componente de lucha contra enfermedades de transmisión sexual, incluido sida (13040), que acapara casi tres cuartas partes de la AOD de este subsector y el 35% de toda la AOD en salud. En 2013 destacan los incrementos en formación de recursos humanos en salud sexual y reproductiva (13081) con un 46% y en atención en salud reproductiva (13020) con un 12%.

Se necesita mayor coherencia entre los recursos destinados a los subsectores y el impacto que tienen en el sector sanitario. Si queremos mejorar la ayuda en salud es

importante que se apoyen de manera significativa aquellos subsectores que inciden específicamente en la atención primaria de salud (APS) y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud³.

TABLA 2.3. DESEMBOLSOS BRUTOS DE AOD TOTAL EN SALUD DE LOS PAÍSES DEL CAD POR SECTORES Y SUBSECTORES CRS (EN MILLONES DE DÓLARES CORRIENTES)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
121	2.461,98	2.311,65	2.187,77	2.379,37	2.235,72	2.527,51	2.219,00	2.407,70
12110	1.818,05	1.776,16	1.713,64	1.830,01	1.609,88	1.793,20	1.556,94	1.610,12
12181	49,46	69,19	76,72	72,48	109,67	110,29	86,82	95,03
12182	399,95	245,58	192,77	170,85	194,09	257,06	270,99	328,05
12191	194,53	220,73	204,65	306,02	322,08	366,96	304,24	374,51
122	3.659,18	5.055,64	5.372,98	5.916,98	6.669,49	6.626,67	7.275,71	9.205,11
12220	1.332,28	1.846,56	2.169,16	1.770,61	2.316,25	2.397,64	2.625,66	3.225,67
12230	392,08	414,06	339,24	366,20	385,95	343,23	347,70	388,99
12240	192,88	246,23	279,63	409,21	365,14	408,10	564,88	939,36
12250	979,36	1.627,30	1.109,00	1.289,73	1.058,79	1.167,90	978,29	1.325,57
12261	40,74	39,13	54,13	54,09	64,71	84,91	118,39	166,58
12262	460,76	493,84	918,17	1.435,28	1.602,44	1.347,29	1.765,06	1.965,95
12263	234,93	329,62	423,46	504,72	787,07	784,62	773,57	1.086,10
12281	26,14	58,91	80,18	87,13	89,14	92,99	102,15	106,88
130	4.907,28	6.154,52	7.824,89	8.552,15	9.233,57	10.164,55	10.312,60	10.773,59
13010	296,43	276,23	320,09	277,45	274,43	307,14	398,01	356,87
13020	524,46	593,33	901,67	1.173,19	1.257,78	1.443,95	1.505,48	1.689,60
13030	205,48	251,90	385,09	520,03	491,79	585,13	732,58	753,27
13040	3.876,71	5.026,24	6.209,61	6.569,51	7.200,95	7.796,16	7.628,88	7.904,25
13081	4,19	6,82	8,43	11,97	8,63	32,17	47,65	69,60

Fuente: Creditor Reporting System

3. Se puede encontrar un análisis detallado de los componentes subsectoriales más coherentes con la APS y el fortalecimiento de los sistemas de salud en "La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2009"

En cuanto a la **distribución geográfica de la AOD en salud**, si analizamos su destino por regiones, observamos que en 2013 continúa la tendencia positiva de los donantes durante los últimos años, orientada a concentrar la mayor parte de la inversión de fondos en el sector salud en el continente africano, el que mayores problemas de salud presenta. En 2013 África recibió AOD por valor de 55.549,84 millones de dólares (ligero descenso respecto a 2012) de los cuales 12.161,72 millones (significativo aumento) se destinaron a salud, un 14% más que en 2012 y más del 54% del total destinado a salud. La concentración de AOD en el continente africano es casi 20 puntos porcentuales mayor en el sector salud que en la AOD en general.

Asia recibió 53.153,42 millones (22,6% más que en 2012) y concentró el 21,39% de la AOD en salud, 4.782,86 millones. Por su parte, América recibió 10.155,76 millones (un 11% menos que en 2012), destinando a salud 995,59 millones, lo que supone casi un 14% más que el año anterior. Aunque casi el 18% no está especificado geográficamente, con las diferencias existentes entre regiones, podemos concluir que la orientación geográfica en salud es adecuada.

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

	TOTAL AOD	%	AOD Salud	%
África	55.549,84	34,81%	12.161,72	54,39%
Norte de África	5.323,96		92,50	
África subsahariana	48.321,25		11.919,15	
África, regional	1.904,64		150,07	
América	10.155,76	6,36%	995,59	4,45%
América Central y del Norte	5.249,18		611,80	
América del Sur	4.631,64		324,44	
América, regional	274,95		59,35	
Asia	53.153,42	33,31%	4.782,86	21,39%
Lejano Oriente	13.339,82		1.277,87	
Asia central y del sur	28.636,64		2.999,42	
Oriente Medio	10.116,63		409,14	
Asia, regional	1.060,33		96,43	
Europa	8.559,13	5,36%	234,50	1,05%
Oceanía	2.221,81	1,39%	293,57	1,31%
No especificado	29.942,71	18,76%	3.889,93	17,40%

Fuente: Creditor Reporting System

2015, AÑO EUROPEO DEL DESARROLLO

La Unión Europea ha designado el año 2015 Año Europeo del Desarrollo, bajo el lema “Nuestro mundo, nuestra dignidad, nuestro futuro”. Por primera vez se dedica un año para explicar y reflexionar sobre el papel de Europa como actor del desarrollo en el mundo.

2015 es un año especialmente importante dado que finaliza el plazo establecido para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y es el momento de establecer la nueva hoja de ruta, los Objetivos de desarrollo sostenible, que guiarán la acción internacional en materia de desarrollo en los próximos 15 años.

El objetivo del Año Europeo del Desarrollo es acercar la cooperación al desarrollo a la ciudadanía, explicar cómo funciona la ayuda europea al desarrollo y qué impacto tiene, explicar a la ciudadanía por qué la ayuda al desarrollo es importante para el conjunto de la humanidad.

Se pretende así abordar algunas de las percepciones que la ciudadanía europea tiene sobre la ayuda al desarrollo y que aparecen en el Eurobarómetro 2013, según el cual, más del 80% de la población cree que la ayuda al desarrollo es importante y el 60% que debería aumentar, un 50% dice no saber en absoluto a qué se destina la ayuda europea.

Tanto desde las Instituciones europeas como desde la sociedad civil se realizan acciones a lo largo de todo el año para reflexionar sobre la realidad de la cooperación internacional y promover la participación ciudadana en los asuntos relacionados con la ayuda al desarrollo.

Todas las actividades que se organizan, tanto a nivel nacional como europeo, se articulan en torno a 12 temáticas, una por mes; abril fue seleccionado como el mes de la salud y agosto el mes de la acción humanitaria.

La red Europa de ONGD Concord, lidera la Alianza de sociedad civil creada para coordinar las actividades organizadas en torno al Año europeo del Desarrollo. La Alianza tiene por objetivo:

- Promover la discusión crítica y el activismo a favor de la justicia global por parte de la ciudadanía de la Unión europea
- Mayor compromiso de determinados grupos, entre ellos las y los actores políticos, en discusiones y encuentros a nivel nacional y comunitario.
- Visibilizar el papel de las organizaciones de sociedad civil como un actor clave en el desarrollo.
- Canalizar las aportaciones de la ciudadanía en forma de recomendaciones políticas hacia las instituciones nacionales y de la UE.
- Algunos de los eventos organizados sobre salud
- Encuentro sobre el control y la prevención de enfermedades en África: reformas para fortalecer la cooperación regional, marzo 2015
- Encuentro sobre cobertura sanitaria universal, organizada por Action for Global Health, abril 2015
- Conferencia de Paul Farmer sobre ébola y desarrollo, abril 2015
- Personas refugiadas y desplazadas internamente: derecho a la salud, derecho a la vida, organizado por UNRWA y OMS, junio 2015
- 90-90-90 un objetivo ambicioso para acabar con la epidemia del sida, organizado por la DevCoop, junio 2015
- Juntos por la generación futura – investigación e innovación en salud materna y neonatal, diciembre 2015

Algunos de los eventos organizados sobre salud

- Encuentro sobre el control y la prevención de enfermedades en África: reformas para fortalecer la cooperación regional, marzo 2015
- Encuentro sobre cobertura sanitaria universal, organizada por Action for Global Health, abril 2015
- Conferencia de Paul Farmer sobre ébola y desarrollo, abril 2015
- Personas refugiadas y desplazadas internamente: derecho a la salud, derecho a la vida, organizado por UNRWA y OMS, junio 2015
- 90-90-90 un objetivo ambicioso para acabar con la epidemia del sida, organizado por la DevCoop, junio 2015
- Juntos por la generación futura – investigación e innovación en salud materna y neonatal, diciembre 2015

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

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

Los sectores CAD se caracterizan por tener tres dígitos y, definen un sector o área general de intervención. Los sectores CRS cuentan con cinco dígitos los cuales definen un sector característico o Concreto.

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

CAD	CRS	DENOMINACION	DESCRIPCION
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.
	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 un vector (agente portador, por ejemplo: oncocercosis y bilharziosis), enfermedades víricas y bacterianas, etc.
	12261	Educación sanitaria	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización.
	12262	Control de la malaria	Prevención y control de la malaria
	12263	Control de la tuberculosis	Vacunación, prevención y control de la tuberculosis
	12281	Formación personal sanitario	Formación de personal sanitario para asistencia sanitaria básica.
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.

	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.
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.
	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 un vector (agente portador, por ejemplo: oncocercosis y bilharziosis), enfermedades víricas y bacterianas, etc.
	12261	Educación sanitaria	Información, educación y formación de la población para la mejora del nivel de conocimientos y prácticas sanitarias; campañas de sanidad pública y programas de sensibilización.
	12262	Control de la malaria	Prevención y control de la malaria

	12263	Control de la tuberculosis	Vacunación, prevención y control de la tuberculosis
	12281	Formación personal sanitario	Formación de personal sanitario para asistencia sanitaria básica.
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.
	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.

CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- En 2014 la AOD española ha sufrido una nueva reducción y se ha situado en el 0,14% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.
- Además, la AOD para el sector salud se ha situado en el nivel más bajo desde el año 2000.

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 Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo del Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación, así como las tablas detalladas de datos de AOD que los acompañan.

A efectos de este informe, se considera AOD del sector salud aquella financiación consignada con los códigos CAD CRS siguientes¹: 121, 122 y 130, que se corresponden con los subsectores salud general, salud básica, y políticas y programas de población y salud reproductiva.

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

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

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

bilateral en sentido estricto comprende la financiación para los siguientes tipos de ayuda: programas, cooperación técnica, proyectos de inversión y otros recursos.

- La **AOD multilateral** se entiende como la financiación para el desarrollo canalizada a través de organismos multilaterales que, en principio, es difícilmente especificable en cuanto a su destino geográfico y/o sectorial, ya que se incorpora a un fondo común de todos los donantes que luego utiliza la institución multilateral para el desarrollo de su misión. Responden a ese tipo de financiación los “core funding” o contribuciones no marcadas y las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea y al FED (Fondo Europeo de Desarrollo). En 2007, la Dirección General de Políticas de Cooperación para el Desarrollo (DGPOLDE) introdujo una variación en el sistema de cómputo sectorial de estas ayudas de manera que, a la hora de establecer el volumen de AOD multilateral destinada al sector salud, además de las aportaciones a organismos multilaterales especializados en este sector, se incluían también imputaciones proporcionales según el conjunto de la actividad del organismo 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 OМУDES (Organismos Multilaterales de Desarrollo) es entendida como la financiación que, estando canalizada a través de OМУDES, permite que la unidad/agente financiador tenga mayor capacidad de especificación geográfica y/o distribución sectorial así como de seguimiento, al ser contribuciones mayoritariamente destinadas a programas y/o proyectos. Es relativamente normal que estos datos se incluyan en la AOD bilateral. Sin embargo, en este informe se intentará presentar los datos de forma desagregada en los tres canales para que el lector pueda tener una apreciación lo más ajustada posible a la realidad.

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

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

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

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

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

El motivo de este cambio se debe a que, debido a la aplicación de la normativa que regula el principal instrumento de ayuda reembolsable (el FONPRODE), desde 2012 no se han producido desembolsos de nuevos créditos, porque el sector salud se considera un sector al que no se debe canalizar este tipo de ayuda. Sin embargo, sí se ha producido un volumen significativo de reembolsos de créditos antiguos que se otorgaron para el sector salud y que, por tanto, se restan a este sector al calcular la AOD neta. Nos parece que cuando se producían en el mismo año tanto desembolsos como reembolsos de crédito, tenía todo el sentido utilizar la AOD neta. Pero en la situación actual, esta magnitud desvirtúa el esfuerzo real que se está haciendo en este momento en este sector.

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

1.2. Datos generales de la AOD en 2014

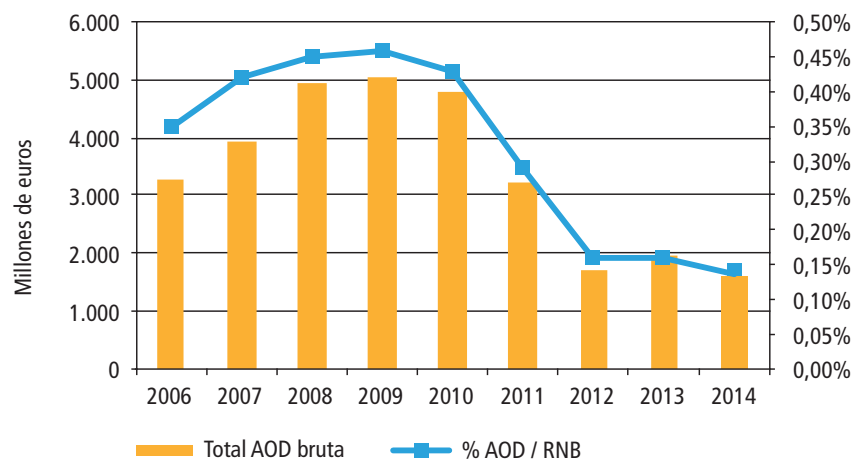
La AOD bruta desembolsada en 2014 por España ha sido de 1.600 millones de euros, 362 millones menos que en 2013, lo que representa el 0,14 % de la renta nacional bruta y confirma que estamos cada vez más lejos del compromiso reiterado del 0,7%. Respecto a la ayuda neta, es decir, restando los reembolsos que se han producido en 2014 de ayuda reembolsable de años anteriores, el monto ha sido 1.418 millones de euros.

La AOD desembolsada ha estado por debajo de lo previsto en la Comunicación 2014⁴, más del 10% en el caso de la AOD bruta y más del 18% en el caso de la AOD neta. Después del dato positivo obtenido en 2013, en que hubo un buen ajuste entre ayuda planificada y ayuda ejecutada, es preocupante que se vuelva a presentar

4. Con la puesta en marcha del IV Plan Director 2013-2016 se introdujo de facto un cambio en el sistema de planificación de la Cooperación Española que se ha visto después confirmado a través de la modificación producida en la Ley 23/1998 de Cooperación Internacional operada por la disposición final primera de la Ley 2/2014, de 25 de marzo, de la Acción y del Servicio Exterior del Estado. A través de esta modificación se han eliminado los Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI), que la ley establecía que debían desarrollarse con periodicidad anual los objetivos, prioridades y recursos establecidos en el Plan Director como elemento básico que contiene las líneas generales y directrices básicas de

este desajuste que ya señalamos en el período 2007-2012 y que supone un retroceso en términos de previsibilidad de la ayuda.

GRÁFICO 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA Y DEL PORCENTAJE SOBRE LA RNB 2006-2014



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

La Comunicación 2015 hizo una previsión de AOD neta para este año similar a la ejecutada en 2014 y un poco más alta en el caso de la AOD bruta (entre un 4 y un 5 %). Es decir, en principio, si se cumple lo planificado, se prevé que en 2015 el volumen de AOD se mantenga en niveles muy similares a 2014.

Estos datos son un desafío en toda regla a la intervención del Secretario General de Cooperación en la Conferencia de Financiación al Desarrollo en Addis Abeba, en la que ha asegurado que “hay que dar una respuesta decisiva (desde el punto de vista de los medios de implementación), duradera y universal a la ambiciosa Agen-

da Post 2015”, y añade “el Gobierno español asume el compromiso colectivo de la Unión Europea de alcanzar el 0,7% del PIB en la ayuda oficial para el desarrollo en el horizonte de la agenda y el 0,20% para los países menos adelantados”.

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

2. AOD EN SALUD EN 2014

2.1. Principales datos de la AOD en salud en 2014

Las previsiones de la Comunicación 2014 señalaban que se dedicarían a salud un total de 67,37 millones de euros, es decir, el 4,2 % del total de la AOD bruta.

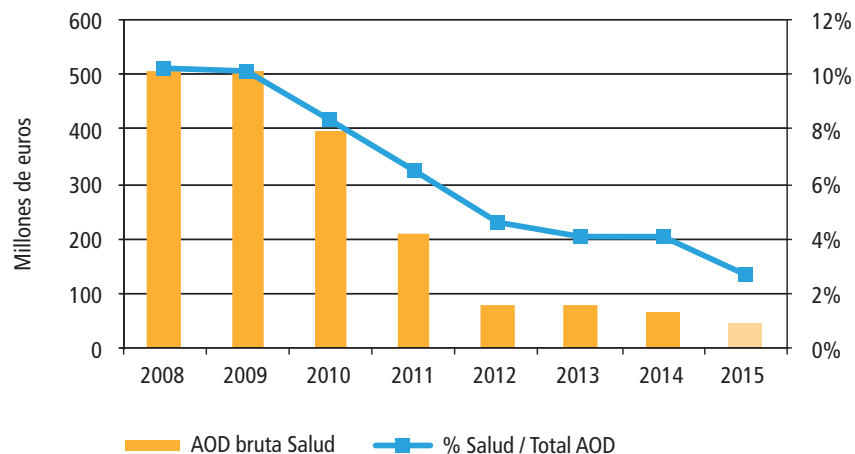
La ejecución real arroja los siguientes datos: **en 2014 se han destinado al sector salud 65 millones de euros**, es decir, un 3,5% menos de lo que se había planificado y **casi un 20% menos que el año anterior. La salud ha representado el 4% del total de la AOD bruta en 2014.**

Esto supone que la AOD española destinada al sector salud se sitúa en el nivel más bajo desde que comenzamos a elaborar esta serie de informes, con el análisis de la AOD de 2001. Además, según las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) presentadas en la Comunicación 2015, la AOD en salud no solo no se recuperará en 2015 sino que, salvo que se produzcan desembolsos extraordinarios provenientes de asignaciones extrapresupuestarias, volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD, quedando en 48,5 millones y en un pírrico 2,64% de toda la AOD bruta. Como venimos señalando desde hace años en este informe, no se trata de un hecho puntual sino que presenta una tendencia preocupante; el gráfico 3.2. muestra esta tendencia descendente -que comienza en 2008- de progresiva pérdida de peso tanto absoluto como relativo de la salud dentro de la cooperación española.

la política española de cooperación internacional. Esto implica que el Plan Director de la Cooperación Española debe aunar ahora un carácter estratégico con una cierta funcionalidad más operativa.

La modificación ha establecido la sustitución de los PACI por unas Comunicaciones Anuales que harán referencia a la ejecución del Plan Director. Según explicaba la SGCID en la primera de estas Comunicaciones Anuales, la de 2013, este cambio pretende aligerar los procesos de planificación, que a partir de ahora consisten básicamente en la aplicación [directa] del Plan Director con validez cuatrienal, acompañado de un Seguimiento anual del mismo. La comunicación anual nace con la idea de ser un documento ágil, breve y útil que explique las prioridades políticas para el año en curso así como el marco presupuestario. No tiene el mismo alcance ni el proceso de elaboración de contenidos, ni el proceso de consultas que tenía el PACI.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2014



Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID. El dato de 2015 es una previsión en base a la Comunicación 2015.

Si hacemos un análisis más pormenorizado de la posición del sector salud respecto al resto de sectores, debemos centrarnos solamente en la ayuda bilateral distribuible, que es aquella de la que tenemos especificaciones respecto al sector. La evolución de los diferentes sectores nos permite ver que la salud está habitualmente entre los cinco o seis sectores que más financiación han recibido cada año por este canal, aunque, como ocurre también con los otros sectores, con altibajos (tabla 3.1). El sector de gobernabilidad es el que ha tenido una trayectoria más sólida y estable en estos últimos cinco años, alcanzando en 2014 el 25% de la AOD bilateral distribuible. Sin embargo, dentro del grupo de los sectores con más peso relativo, los sectores de agua y saneamiento, salud y agricultura presentan más oscilaciones interanuales y, por tanto, menos estabilidad. En 2014 el sector salud se ha situado a un nivel similar al de 2009, recibiendo el 14,42 % de la AOD bilateral distribuible.

Es necesario hacer una acotación sobre el valor de estos datos: mientras que en 2009 y 2010 la AOD bilateral distribuible representaba la mitad de toda la AOD bruta española, su peso relativo ha ido bajando al 42% en 2011, al 30% en 2012, al 25% en 2013 y al 21% en 2014. Una de las principales razones que explican esta evolución es que, mientras se ha recortado el conjunto de la AOD española, se han mantenido las contribuciones obligatorias que España hace al presupuesto de cooperación de la UE y al FED, aportaciones que no son sectorialmente distribuibles. Por

tanto, estos porcentajes de distribución sectorial no pueden entenderse como representativos del conjunto de la AOD. Simplemente nos permiten hacernos una idea aproximativa del peso y prioridad que cada sector está teniendo en la política española de cooperación.

La tabla 3.2. nos permite observar la desagregación por canales y por agentes de la AOD en salud. En 2014 la ayuda bilateral ha supuesto el 75,71% —casi un 15% más que en 2013—, la multilateral el 10,15% —un 4% más que el año pasado— y la multilateral el 26,4%, —seis puntos menos que el año anterior, quedando reducida a la contribución obligatoria a la OMS y una aportación a IFFIm⁵—.

El Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con casi el 56% de toda la AOD bruta en salud, vuelve a ser el principal financiador, aunque la diferencia se ha reducido en diez puntos. También destacan las Comunidades Autónomas que, en conjunto, han aportado más del 28% de toda la AOD en salud, siendo el segundo actor en importancia en este sector, a pesar de los descensos continuados en sus aportaciones al sector salud. El Ministerio de Defensa, a través de dos operaciones de asistencia sanitaria en Afganistán y el Líbano, ha aportado el 1,8% de la ayuda en este sector.

Mención aparte merece el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que tiene, entre sus competencias, las relaciones con la OMS. Aunque en 2014 ha cuadruplicado su AOD respecto al año anterior, su aporte relativo sigue siendo muy bajo, menos del 0,5% de toda la AOD en salud, a pesar de que, por su competencia, sería necesaria una mayor implicación, sobre todo en algunos subsectores como el de investigación o formación, que pueden mejorar enormemente los resultados en las acciones de cooperación sanitaria. Si bien es cierto que no se pueden replicar las experiencias de nuestro sistema de salud a otros países, pues son realidades distintas, una mayor interconexión entre los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Exteriores y Cooperación permitiría una cooperación sanitaria mucho más eficaz.

5. The International Finance Facility for Immunisation.

TABLA 3.1. EVOLUCIÓN DE LA AOD BILATERAL BRUTA DISTRIBUIBLE POR SECTORES, 2010-2014

Sectores CAD	2010		2011		2012		2013		2014	
	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%	Monto (€)	%
110 Educación	274.791.103	11,36%	192.941.177	14,38%	83.518.489 €	16,89%	61.806.286	12,61%	39.627.141	11,88%
120+130 Salud	188.590.028	7,80%	124.734.200	9,29%	62.288.387 €	12,60%	54.786.713	11,18%	48.084.683	14,42%
140 Agua y saneamiento	250.683.346	10,36%	82.250.728	6,13%	20.405.611 €	4,13%	70.663.766	14,42%	30.947.209	9,28%
150 Gobernabilidad y sociedad civil	353.436.833	14,61%	248.118.187	18,49%	112.999.558 €	22,86%	96.774.804	19,75%	83.643.356	25,08%
160 Otros servicios e infraest. sociales	150.193.303	6,21%	111.592.482	8,31%	39.093.981 €	7,91%	37.411.207	7,63%	23.425.044	7,02%
210 Transporte y almacenamiento	89.288.127	3,69%	37.971.216	2,83%	1.788.747 €	0,36%	13.499.106	2,75%	680.652	0,20%
220 Comunicaciones	11.857.696	0,49%	5.790.997	0,43%	896.565 €	0,18%	757.608	0,15%	215.647	0,06%
230 Generación y suministro de energía	202.816.655	8,38%	73.656.051	5,49%	1.404.829 €	0,28%	28.381.870	5,79%	2.724.424	0,82%
240 Servicios financieros	79.164.271	3,27%	35.750.746	2,66%	37.105.631 €	7,50%	12.648.212	2,58%	3.205.313	0,96%
250 Empresas y otros servicios	91.691.958	3,79%	8.133.541	0,61%	1.555.825 €	0,31%	1.447.771	0,30%	1.752.366	0,53%
311 Agricultura y ganadería	386.029.323	15,96%	94.962.882	7,08%	48.007.426 €	9,71%	46.002.753	9,39%	50.964.663	15,28%
312 Bosques	18.423.093	0,76%	4.617.169	0,34%	535.116 €	0,11%	244.461	0,05%	718.943	0,22%
313 Pesca	23.545.239	0,97%	13.727.749	1,02%	3.496.767 €	0,71%	2.596.866	0,53%	1.293.200	0,39%
321 Industria	19.210.322	0,79%	151.319.927	11,27%	9.576.977 €	1,94%	5.312.753	1,08%	9.755.424	2,93%
322 Minería y recursos minerales	1.162.377	0,05%	108.000	0,01%	16.655 €	0,00%	21.640	0,00%	20.477	0,01%
323 Construcción	3.347.821	0,14%	100.254	0,01%	127.029 €	0,03%	3.325	0,00%	3.500	0,00%
331 Políticas y regulaciones comerciales	3.751.564	0,16%	1.206.888	0,09%	37.851 €	0,01%	127.309	0,03%	567.957	0,17%
332 Turismo	6.212.963	0,26%	2.956.152	0,22%	1.077.663 €	0,22%	432.602	0,09%	1.816.813	0,54%
410 Medioambiente	104.215.146	4,31%	40.005.331	2,98%	11.781.976 €	2,38%	5.960.485	1,22%	14.779.434	4,43%
430 Multisectorial	160.509.633	6,64%	112.194.239	8,36%	58.701.268 €	11,87%	51.213.280	10,45%	19.266.901	5,78%
Total AOD bilateral distribuable	2.418.920.801	100%	1.342.137.917	100%	494.416.353	100%	490.092.817	100%	333.493.127	100%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento del PACI y de los volcados de AOD publicados por SGCID. En esta tabla están incluidos los datos de ayuda multilateral.

TABLA 3.2. RESUMEN DE LA AOD ESPAÑOLA EN SALUD. 2014

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud Bruta: 65.351.038 € 100% Neta: 61.848.948 €	AOD bilateral Bruta: 42.401.683 € 64,88 % Neta: 38.899.593 €	No reembolsable 42.401.683 €	MAEC AECID	18.602.455
			MINECO	288.000
			Ministerio de Defensa	1.025.930
			MSSSI	164.558
			CCAA	15.867.556
			EELL	5.850.712
			Universidades	602.472
			Desembolsos	0
			MINECO reembolsos	-3.502.090
	AOD multilateral 5.683.000 € 8,70 %		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	4.750.000
			Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	100.000
			CCAA	800.000
			EELL	33.000
	AOD multilateral 17.266.355 € 26,42% Contribuciones obligatorias: 7.919.865 € Contribuciones voluntarias: 9.346.490 €		Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	17.266.355

Fuente: elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2014 publicados por SGCID.

2.2. Ayuda canalizada a través de organismos multilaterales

En 2014 ha habido una importante reducción en la AOD española destinada al sector salud canalizada a través de organismos multilaterales (multilateral y multilateral). Después de haber aumentado extraordinariamente entre 2006 y 2009, se redujo fuertemente en el período 2010-2012, se recuperó levemente en 2013 y ha vuelto a caer en 2014, situándose en 22,95 millones de euros, casi un 27% menos que el año anterior.

Una consecuencia directa de este descenso es la concentración de este tipo de ayuda cada vez en menos organismos y fondos, 7 en 2014, siendo casi el 40% de esta ayuda la contribución obligatoria a la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2.2.1. AOD MULTILATERAL EN SALUD EN 2014

En 2014 la AOD multilateral se ha reducido casi un 34% respecto al año anterior y, como en 2013, se ha limitado a la contribución obligatoria a la OMS, con un importe de 7,9 millones de euros y la contribución voluntaria a IFFIm, de 9,3 millones de euros. En apenas 5 años hemos pasado de 14 organismos receptores a 2, y se ha producido una reducción del monto en AOD multilateral en salud de cerca del 92%, por lo que la presencia y la posibilidad de influencia de la cooperación española en los ámbitos internacionales en estos momentos se nos antoja mínima.

2.2.2. AOD MULTILATERAL EN SALUD EN 2014

Después de la fuerte reducción que sufrió la **ayuda multilateral** en salud en 2013, en 2014 se ha mantenido en un nivel similar, con 5,6 millones de euros. Si bien en el histórico la reducción no es tan pronunciada como en el caso de la multilateral, en 5 años se ha reducido un 82%, lo que apoya la afirmación de la falta de peso de la cooperación española en la salud internacional.

El grueso de estas contribuciones se concentra en OMS, UNFPA y UNICEF. El aporte a la OMS es parte de la contribución obligatoria que España debe hacer.

TABLA 3.3. DISTRIBUCIÓN DE LA AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN AGENTE Y RECEPTOR. 2010–2014

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2010	2011	2012	2013	2014
MAEC	NACIONES UNIDAS	44.468.602 €	27.353.331 €	7.371.586 €	16.861.877 €	7.919.865 €
	UNFPA - Fondo de Población de NNUU	16.000.000 €	9.500.000 €			
	OMS - Organización Mundial de la Salud	19.098.237 €	6.821.223 €	7.010.186 €	16.861.877 €	7.919.865 €
	ONUSIDA - Programa conjunto de NNUU sobre el SIDA	1.637.071 €	2.669.515 €			
	PNUD - Programa de NNUU para el Desarrollo	1.398.007 €	650.952 €			
	UNICEF - Fondo de NNUU para la Infancia	3.878.648 €	3.850.681 €			
	PMA - Programa Mundial de Alimentos	2.456.639 €	2.415.508 €			
	UNRWA		1.445.452 €	361.400 €		
	OTROS ORGANISMOS	113.249.580 €	8.595.371 €	8.717.537 €	9.238.125 €	9.346.490 €
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis	103.000.000 €				
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	8.463.161 €	8.595.371 €	8.717.537 €	9.238.125 €	9.346.490 €
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización	1.786.419 €				
	SUBTOTAL MAEC	157.718.182 €	35.948.702 €	16.089.123 €	26.100.002 €	17.266.355 €
MINECO	INSTITUCIONES FINANCIERAS	19.823.555 €	15.693.476 €			
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	18.327.385 €	15.168.702 €			
	BAfD - Banco Africano de Desarrollo	1.496.170 €	524.774 €			
	UNION EUROPEA	33.226.369 €	31.432.078 €			
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	24.415.637 €	22.472.025 €			
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo	8.810.732 €	8.960.052 €			
SUBTOTAL MINECO	53.049.924 €	47.125.553 €				
MSSSI	OMS - Organización Mundial de la Salud	270.000 €				
	SUBTOTAL MSPSI	270.000 €				
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		211.038.106 €	83.074.255 €	16.089.123 €	26.100.002 €	17.266.355 €

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

TABLA 3.4. DISTRIBUCIÓN DE AOD MULTILATERAL EN SALUD SEGÚN ORGANISMO RECEPTOR. 2010 – 2014

ORGANISMOS RECEPTORES	2010	2011	2012	2013	2014
UNFPA	14.331.388 €	2.575.000 €	1.500.000 €	1.500.000 €	1.500.000 €
OPS	8.060.000 €	4.000.000 €	109.907 €		
UNICEF	8.225.020 €	426.500 €	414.755 €		2.809.000 €
DNDi		2.000.000 €			
UNRWA	57.172 €	320.000 €		1.000.000 €	24.000 €
OMS	770.000 €	3.542.726 €	1.500.000 €	2.000.000 €	1.000.000 €
PNUD	200.000 €				
ONUSIDA	200.000 €		1.000 €	500.000 €	
OEA - Organización de Estados Americanos				193.510 €	
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	180.000 €			50.000 €	100.000 €
UE		6.666.667 €	1.333.333 €		
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas	9.670 €				
BID		5.356.186 €	5.447.471 €		
SEGIB		696.000 €	144.000 €		
MSF			454.000 €		
FAO					250.000 €
TOTAL	32.033.250 €	25.583.079 €	10.450.466 €	5.243.510 €	5.683.000 €

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

2.3. Distribución sectorial de la AOD en salud

Si consideramos la composición sectorial de la AOD en salud en 2014, podemos ver que se produce un cambio significativo respecto al año anterior. En 2013 el subsector de salud general acaparó más de la mitad de la ayuda en salud. Sin embargo, en 2014, aunque ha seguido siendo el subsector que más fondos ha recibido, ha bajado 10 puntos porcentuales mientras el subsector de salud básica ha subido 11,4 puntos, para situarse a un nivel de financiación muy similar a salud general.

Dentro del subsector salud general destaca el componente de política sanitaria y gestión administrativa (código CRS 12110) al que se destinó el 30,33% de toda la AOD en salud (aquí se incluyen las contribuciones obligatorias de España a la OMS) y, en el subsector de salud básica, el componente de atención sanitaria básica (código CRS 12220) que ha aumentado del 18,85% en 2013 al 25,48% de toda la AOD en salud en 2014.

También destacan el componente de nutrición básica, que en 2014 crece un 140% respecto al año anterior y el componente de planificación familiar que se reduce dramáticamente, de casi millón y medio en 2013 a poco más de cien mil euros en 2014; esto es debido a que en este último año solo se han dado 5 actuaciones menores apoyadas por entes locales mientras que en 2013 hubo cuatro iniciativas importantes de AECID, una a través de UNFPA y tres vinculadas a convenios de ONGD.

En unos casos, estos cambios son positivos, en la medida que se orienten a componentes más coherentes con el fortalecimiento de sistemas públicos de salud y con la estrategia de atención primaria de salud. Sin embargo, desde una consideración general, estos bandazos en la financiación pueden ser un indicio de falta de orientaciones claras o de respuestas o decisiones muy coyunturales vinculadas a los instrumentos de financiación, y no tanto a una estrategia planificada que permita mejorar la previsibilidad de la ayuda en salud de la cooperación española. No obstante, y a pesar de que sigue siendo muy relevante hacer este análisis, éste está fuertemente sesgado por el reducido montante destinado a la AOD sanitaria, que provoca que pequeños cambios en las cantidades supongan un cambio importante en los porcentajes.

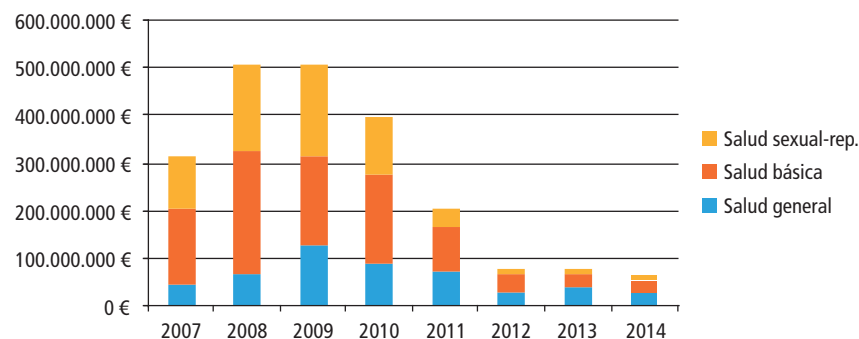
TABLA 3.5. DISTRIBUCIÓN DE AOD EN SALUD POR CANALES Y SUBSECTORES CAD/CRS. 2014

CAD/CRS	DESCRIPCIÓN	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	Salud general	19.020.955 €	950.000 €	7.919.865 €	27.890.820 €	42,68%
12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	10.999.269 €	900.000 €	7.919.865 €	19.819.134 €	30,33%
12181	Enseñanza y Formación médicas	1.474.610 €			1.474.610 €	2,26%
12182	Investigación médica	5.625.947 €	50.000 €		5.675.947 €	8,69%
12191	Servicios médicos	921.129 €			921.129 €	1,41%
122	Salud básica	14.206.217 €	3.233.000 €	9.346.490 €	17.439.217 €	40,99%
12220	Atención sanitaria Básica	5.281.763 €	2.024.000 €	9.346.490 €	7.305.763 €	25,48%
12230	Infraestructura sanitaria básica	2.023.589 €			2.023.589 €	3,10%
12240	Nutrición básica	3.165.413 €	1.059.000 €		4.224.413 €	6,46%
12250	Control enfermedades infecciosas	1.625.481 €			1.625.481 €	2,49%
12261	Educación sanitaria	1.408.945 €	150.000 €		1.558.945 €	2,39%
12262	Control de la malaria	122.321 €			122.321 €	0,19%
12263	Control de la Tuberculosis	59.971 €			59.971 €	0,09%
12281	Formación personal sanitario	518.734 €			518.734 €	0,79%
130	Salud sexual y reproductiva	9.174.511 €	1.500.000 €	0 €	10.674.511 €	16,33%
13010	Pol. Población y gestión admva	158.179 €	1.500.000 €		1.658.179 €	2,54%
13020	Atención en S.R.	6.799.036 €			6.799.036 €	10,40%
13030	Planificación Familiar	105.856 €			105.856 €	0,16%
13040	Lucha ETS, incluido VIH	826.044 €			826.044 €	1,26%
13081	Formación RRHH en población y SR	1.285.396 €			1.285.396 €	1,97%
TOTAL		42.401.683 €	5.683.000 €	17.266.355 €	56.004.548 €	100%

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

El gráfico 3.3. permite observar la evolución de la composición por subsectores de la AOD en salud a lo largo de los últimos 8 años. El subsector de salud general, que tuvo un crecimiento más moderado en los años de incremento de la AOD y en el que se integran las contribuciones obligatorias a la OMS, ha decrecido menos en estos últimos años de crisis, presentando una tendencia más constante. Los otros dos subsectores –salud básica y salud sexual y reproductiva– han tenido oscilaciones más fuertes.

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2014



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

2.4. Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2014 la ayuda en salud canalizada hacia África alcanza el porcentaje más alto de los últimos tres años, con casi el 40%, frente al 34 ó 35% de los dos últimos años. Se incrementa también la ayuda dirigida a América Latina que pasa del 20 al 23,5%. Es de destacar positivamente la reducción del porcentaje de ayuda en salud no especificada geográficamente, que fue del 38,5% en 2013 y se ha reducido al 31,61%, debido sobre todo a la reducción de la AOD multilateral. La región de África subsahariana es la que mayor cantidad de fondos recibe, aspecto que consideramos positivo, ya que es donde mayores problemas de salud hay, como hemos podido ver en el primer capítulo.

TABLA 3.6. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD, 2014

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2014	%
AFRICA	25.798.176 €	39,48%
Norte de Africa	3.297.564 €	
África Subsahariana	22.494.368 €	
No especificado	6.244 €	
AMERICA	15.411.009 €	23,58%
América Central y Caribe	7.180.133 €	
América del Sur	7.816.319 €	
No especificado	414.558 €	
ASIA	2.149.243 €	3,29%
Asia Oriental	245.316 €	
Asia Central	913.546 €	
Sur de Asia	990.381 €	
No especificado		
OCEANIA		0,00%
ORIENTE MEDIO	1.023.603 €	1,57%
EUROPA	308.868 €	0,47%
PVD No Esp.	20.660.139 €	31,61%
TOTAL	65.351.038 €	

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

El IV Plan Director de la Cooperación Española⁶ establece que durante el período 2013-2016 nuestra cooperación deberá irse concentrando en los 23 países de asociación priorizados. En 2014, de la AOD en salud que estaba especificada geográficamente, el 76,65% se concentró en esos 23 países (el 23% de la AOD bruta en salud no está especificada por países).

6. http://www.ccesd.org/IMG/pdf/IV_Plan_DirectorCE_2013-2016.pdf

TABLA 3.7. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD EN FUNCIÓN DE LAS PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DEL IV PLAN DIRECTOR, 2014

PRIORIDADES IV PD	AOD SALUD 2014	%
Prioritarios	32.945.122 €	76,65%
No prioritarios	10.035.126 €	23,35%
TOTAL Especificada	42.980.248 €	100%
No Especificada	22.370.790 €	

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

Por otro lado, también podemos hacer un análisis geográfico según los niveles de renta de los países receptores. La siguiente tabla nos muestra que, dejando aparte la ayuda no especificada geográficamente, el porcentaje destinado a los PMA es el más alto, un 34,04%, casi seis puntos porcentuales por encima del año pasado. El porcentaje destinado a países de renta media-baja también se ha incrementado desde el 21,5% hasta el 24,5%. Los fondos destinados a los países de renta media-alta se han reducido un 2% respecto a 2013. Y la ayuda no especificada ha pasado del 40,7 al 34,2%. Por tanto, en general, una evolución positiva en cuanto a la asignación geográfica por nivel de renta.

TABLA 3.8. ORIENTACIÓN GEOGRÁFICA DE LA AOD BRUTA EN SALUD SEGÚN NIVEL DE RENTA DE LOS PAÍSES RECEPTORES, 2014

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2014	%
PMA	22.245.118 €	34,04%
Otros de renta baja	57.858 €	0,09%
Renta media baja	16.051.494 €	24,56%
Renta media alta	4.625.778 €	7,08%
No especificado	22.370.790 €	34,23%
TOTAL	65.351.038 €	

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

Si nos fijamos en los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2014, podemos ver que los 9 primeros son países prioritarios según el IV Plan Director y el décimo, R.D. Congo, que ya estuvo en esta lista el año pasado, no lo es. Además seguimos observando como en años anteriores entradas y salidas significativas en esta lista de los 10 que más AOD recibieron: la mitad de los países no estaban en la lista el año pasado. Esto da indicio de la limitada predictibilidad que puede tener nuestra ayuda en salud y de las dificultades que ello puede suponer para nuestros países socios.

TABLA 3.9. LOS 10 PAÍSES QUE RECIBIERON MAYOR CANTIDAD DE AOD BRUTA EN SALUD EN 2014

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2014
Níger	4.487.801 €
Mozambique	4.059.147 €
Bolivia	3.709.990 €
Guatemala	3.004.428 €
Malí	2.543.425 €
Población Saharaui	1.832.969 €
Guinea	1.668.528 €
El Salvador	1.527.866 €
Paraguay	1.511.254 €
R.D. Congo	1.427.190 €

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

EVALUACIÓN DEL PLAN DE ACTUACIÓN SECTORIAL DE SALUD DE LA AECID 2011-2013

El Plan de Actuación Sectorial de Salud (PAS-Salud 2011-2013) tenía como objetivo avanzar hacia el derecho a la salud, alineándose con los objetivos estratégicos recogidos en el III Plan Director, para mejorar la eficacia de la ayuda en salud, y recogiendo las líneas estratégicas y las pautas de actuación establecidas en la Estrategia de Salud de la Cooperación Española.

El PAS-Salud tiene tres líneas estratégicas: (i) fortalecimiento integral de los sistemas de salud de calidad y equitativos a través del fortalecimiento de las capacidades nacionales en los sistemas de salud garantizando mayor previsibilidad, equidad y sostenibilidad;

(ii) integración de los programas prioritarios en los sistemas de salud, enfatizando el apoyo a la salud sexual y reproductiva y a la salud infantil y nutrición y; (iii) fortalecimiento institucional de la AECID que proponía actuaciones al interior de la institución así como instrumentos y espacios de coordinación y armonización para generar sinergias con otros departamentos, sectores, instrumentos y modalidades.

En 2014 se realizó la evaluación de este PAS, de la que podemos destacar las siguientes conclusiones principales:

1. El PAS-Salud presenta un diseño coherente con el marco rector de la Cooperación Española y con las principales tendencias de la cooperación internacional en salud, introduciendo los enfoques de Salud Global, Determinantes Sociales de Salud y Salud en Todas las Políticas, y proporcionando a la AECID una posición sectorial en salud definida, identificable y coherente. Sin embargo, el carecer de un plan de implementación, con asignación de recursos, y de un sistema de seguimiento, con indicadores adecuados, ha condicionado su eficacia.
2. El PAS-Salud no ha sido elemento motor y determinante de la planificación estratégica y operativa del sector salud en la AECID. Los problemas de falta de sincronía en la planifi-

cación han influido en esto, ya que, cuando se aprobó el PAS-Salud, se habían negociado ya 10 MAP y se habían elaborado programaciones operativas en 16 países; sin embargo, en los años centrales de vigencia de este PAS (2012-2013) no hubo programaciones operativas. Sí ha podido ser una herramienta útil como apoyo en el diálogo de políticas con aquellos países socios que han priorizado la cooperación en el sector salud.

3. Ha habido una baja apropiación del PAS-Salud fuera del Departamento de Cooperación Sectorial, de manera que el PAS por sí solo ha sido insuficiente para promover una mayor coordinación en salud a lo interno de la AECID, afectando igualmente a la posibilidad de transversalizar salud en las actuaciones de la Agencia. Sin embargo, ha habido una influencia indirecta del PAS-Salud a través del reconocimiento como referente del Área de Salud, cuyo asesoramiento –fundamentalmente a través de mecanismos informales de coordinación– ha sido muy bien valorado por los otros departamentos.
4. Por el contrario, el PAS-Salud ha permitido una mayor coordinación con otros actores en el sector de la salud.
 - En la escena internacional, el alineamiento del diseño del PAS-Salud con iniciativas y enfoques de trabajo que han sido los predominantes en estos años dentro del marco doctrinal internacional del sector lo ha dotado de la suficiente flexibilidad para incorporar progresivamente aquellos acuerdos y consensos de trabajo que la Cooperación Española ha ido adquiriendo a través de la Asociación Internacional para la Salud y en otros foros internacionales, proporcionando un marco de trabajo que permite a la AECID coordinarse en salud con otros actores sobre estrategias internacionales e iniciativas globales. Esta ha permitido que se reconozca la activa participación de la AECID a nivel internacional y se identifique a España como uno de los Estados Miembros de la Unión Europea más activo en salud global en los últimos cinco años proponiendo iniciativas y grupos de trabajo.
 - En la escena interna, se ha consolidado un proceso de consulta y coordinación entre las diferentes instituciones españolas de Salud Internacional (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación y REPER. Ginebra y otras en función del tema específico, por ej. ISCIII) previo a cada Consejo y la Asamblea Mundial de la Salud, siendo el PAS-Salud el referente en la construcción de la posición de AECID para estos procesos. Junto a ello, la Mesa de Armonización de Salud de la Cooperación Española (MASCE) ha constituido un espacio muy valorado por sus integrantes al establecer mecanismos de intercambio y de coordinación con distinto grado de formalidad. El PAS-Salud, aunque no fue el artífice de su conformación, sí lo ha sido de su permanencia y ha marcado el contenido técnico de los grupos de trabajo, permitiendo a la AECID mantener un diálogo técnico desde una posición institucional con otros actores sectoriales.
5. Respecto a las líneas de acción propuestas por el PAS-Salud, se han identificado algunos avances en metas definidas para las líneas estratégicas 1 y 2, apostando por el fortalecimiento de los sistemas de salud, contribuyendo con ello a la mejora de la eficacia y la calidad de la ayuda y a un cambio conceptual en la manera de cómo entender y trabajar en salud. Por el contrario, la limitada ejecución de la línea 3 compromete la sostenibilidad de los avances alcanzados por el PAS-Salud, dado que se ha visto afectada la línea instrumental que fue diseñada para el fortalecer las condiciones institucionales de la Agencia y para posibilitar el desarrollo y la consolidación del enfoque sectorial en salud de la AECID.
6. Los cambios de contexto desde la elaboración-aprobación del PAS hasta su ejecución han sido importantes y han afectado a su implementación. El PAS-Salud ha convivido con un periodo de ajustes de visiones entre su diseño inicial y su implementación, principalmen-

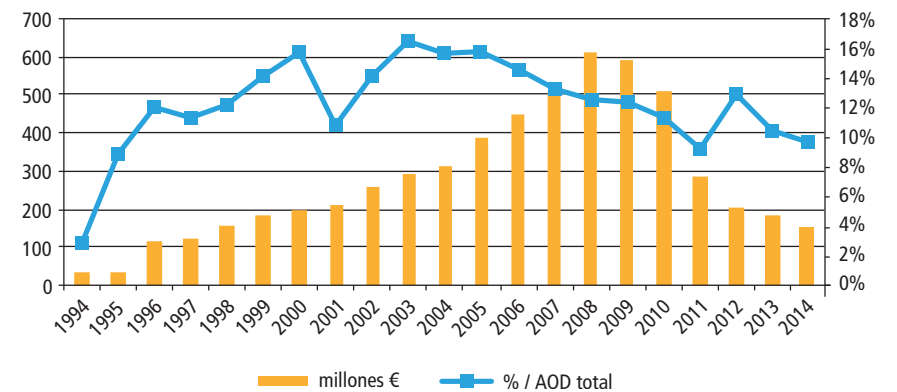
te bajo tres parámetros: (i) dos administraciones diferentes —la primera, responsable del diseño del impulso del enfoque sectorial y, la segunda, heredera de la implementación de un instrumento, de su filosofía y propuesta ; (ii) dos contextos presupuestarios diversos— la fase de diseño respondió a un contexto expansivo en recursos y la fase de implementación a un contexto de crisis económica con una importante restricción de los fondos destinados a la cooperación al desarrollo en general, y al sector salud en particular; (iii) énfasis estratégicos distintos debido a la rotación en la jefatura del Departamento de Cooperación Sectorial (4 responsables) en los años de diseño y vigencia del PAS-Salud.

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

3.1. La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada española, elemento singular y diferenciador con respecto a la cooperación que realizan países vecinos, y bien valorada a nivel internacional, engloba la cooperación de las comunidades autónomas (CCAA) y de las entidades locales (EELL). A lo largo de 15 años (entre 1994 y 2008), la cooperación descentralizada tuvo un crecimiento espectacular. Sin embargo, en los últimos seis años ha experimentado un retroceso que la ha situado en volúmenes por debajo de los de 1998, y corre el riesgo, sobre todo la de EELL de ser un elemento residual.

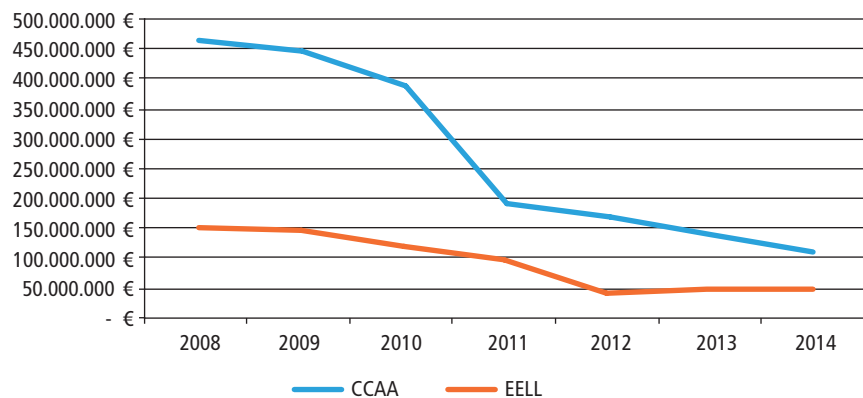
GRÁFICO 3.4. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CCAA+EELL) EN ESPAÑA 1994-2014



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

En 2014 se ha producido un nuevo descenso de un 22% en la AOD aportada por las CCAA pero, como el año anterior, ha habido un ligero aumento de la que proviene de EELL. Observando la evolución de los últimos años de cada uno de estos agentes, podemos apreciar que la AOD de CCAA se ha reducido a menos de un cuarto del nivel más alto que alcanzó en 2008 y la de los EELL a menos de un tercio.

GRÁFICO 3.5. EVOLUCIÓN DE LA AOD DE CCAA Y EELL 2008-2014



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

Aunque el dato promedio de CCAA es de descenso de la AOD, debemos señalar que en 2014 cinco CCAA han incrementado su AOD, destacando País Vasco, con un aumento del 24% respecto a 2013. Y, por otro lado, doce CCAA han reducido la AOD, destacando Extremadura, con una reducción del 95%, Castilla-La Mancha, con una reducción del 86%, Aragón, con una reducción del 70% y Andalucía, con un 33%. En términos absolutos, las reducciones de Andalucía y Extremadura suman dos tercios del total de reducciones.

3.2. La AOD descentralizada en salud

Durante 2014 las CCAA y EELL han destinado 22,5 millones de euros al sector salud, con un aporte autonómico de 16,66 millones (cinco millones menos que en 2013, una reducción del 25% en apenas un año) y un aporte local de 5,88 millones (casi un 50% más que el año pasado). Esta reducción autonómica nos retrotrae a cifras que no se habían visto nunca desde que pudimos desagregar la ayuda autonómica

en salud en 2004, y confirma esta tendencia a la baja. Los fondos autonómicos han permitido realizar 229 acciones de salud, casi el mismo número que el año pasado, pero con un coste promedio un 25% más bajo, 77 mil euros; las 404 acciones (un 33% más que el año pasado) financiadas por las EELL, arrojan una media por acción de apenas 14.500 euros. Más allá del promedio de las acciones, queremos destacar en positivo la importancia de financiar iniciativas que pueden quedar fuera de los grandes acuerdos internacionales.

En lo que respecta a las CCAA, la salud supone un 15% del conjunto de su AOD, acorde a la recomendación de la OMS para salud y demostrando que la AOD descentralizada tiene una orientación sectorial más coherente con las directrices internacionales. Dicho esto debemos apuntar que el 60% de la AOD autonómica destinada a salud procede de Cataluña y Andalucía, a pesar de que ésta última ha reducido su AOD en salud en casi 1,5 millones de euros.

En el apartado de reducciones de AOD en salud destacan Castilla-La Mancha, con una reducción del 98%, Extremadura, con una reducción del 93% y Aragón y La Rioja, con un 75%. En los incrementos, Navarra, que el año pasado había reducido fuertemente su AOD en salud, la aumenta en 2014 en casi un 80%. Debemos volver a incidir en la dificultad de poder mantener una estrategia en salud cuando los presupuestos destinados a este fin fluctúan de manera tan intensa de un año a otro.

TABLA 3.10. AOD EN SALUD DE LAS CCAA, 2012-2014

CCAA	2012	2013	2014
Andalucía	2.833.861 €	5.771.804 €	4.290.020 €
Aragón	79.443 €	565.149 €	139.699 €
Asturias	730.988 €	850.787 €	804.036 €
Baleares	189.301 €	50.000 €	91.478 €
Cantabria			
Canarias			
Cataluña	3.206.884 €	5.903.197 €	5.811.058 €
País Vasco	3.480.721 €	2.524.900 €	2.687.134 €
Castilla-La Mancha		2.370.164 €	45.000 €
Castilla y León	1.093.158 €	520.908 €	186.045 €
Extremadura	786.334 €	1.695.693 €	119.439 €
Galicia	883.266 €	494.734 €	525.987 €
La Rioja	126.750 €	215.000 €	55.040 €
Madrid	1.589.804 €		
Murcia			
Navarra	3.013.236 €	927.169 €	1.656.814 €
C. Valenciana	1.150.841 €	275.071 €	243.806 €
Ceuta	8.100 €		12.000 €
TOTAL	19.172.688 €	22.164.576 €	16.667.556 €

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

Desde el punto de vista **sectorial**, la AOD descentralizada (CCAA + EELL) destinada a salud se ha distribuido en 2014 de forma menos homogénea entre los subsectores de salud general, salud básica y salud sexual y reproductiva. Se ha incrementado ligeramente el subsector de salud básica y se han reducido los otros dos, especialmente el de salud sexual y reproductiva. Destaca el peso tan importante que sigue manteniendo el componente de investigación médica (18,44% de toda la AOD descentralizada en salud), debido principalmente a ayudas de Cataluña al CRESIB y a universidades, centros de investigación y fundaciones hospitalarias para contratación de personal investigador novel. También destacan los componentes de atención en salud básica y en salud reproductiva (con casi un 15% cada uno), lo que nos indica que las acciones que se realizan por parte de la cooperación descentralizada tienen

un componente asistencial muy importante, a pesar de que la atención en salud reproductiva haya bajado cerca del 45% aproximadamente con respecto a 2013, la mayor disminución de un subsector en cifras absolutas.

TABLA 3.11. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD SEGÚN SUBSECTORES CRS. 2014

CAD	CRS		AOD 2013	AOD 2014	%
121		Salud general	8.681.729 €	7.619.825 €	33,79%
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	1.061.855 €	1.840.013 €	8,16%
	12181	Enseñanza y Formación médicas	817.854 €	727.512 €	3,23%
	12182	Investigación médica	5.116.024 €	4.159.341 €	18,44%
	12191	Servicios médicos	1.685.997 €	892.960 €	3,96%
122		Salud básica	9.672.769 €	10.197.076 €	45,22%
	12220	Atención sanitaria Básica	3.686.978 €	3.282.393 €	14,56%
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.788.400 €	1.989.464 €	8,82%
	12240	Nutrición básica	1.743.340 €	2.404.092 €	10,66%
	12250	Control enfermedades infecciosas	321.291 €	873.976 €	3,88%
	12261	Educación sanitaria	1.397.535 €	1.357.763 €	6,02%
	12262	Control de la malaria	375.000 €	109.821 €	0,49%
	12263	Control de la Tuberculosis	30.000 €	59.971 €	0,27%
	12281	Formación personal sanitario	330.225 €	119.597 €	0,53%
130		Salud sexual y reproductiva	7.903.042 €	4.734.367 €	20,99%
	13010	Pol. Población y gestión admva	18.666 €	137.933 €	0,61%
	13020	Atención en S.R.	5.915.074 €	3.348.845 €	14,85%
	13030	Planificación Familiar	287.797 €	105.856 €	0,47%
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	783.540 €	187.641 €	0,83%
	13081	Formación RRHH en población y SR	897.965 €	954.092 €	4,23%
TOTAL			26.257.540 €	22.551.268 €	100%

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

En lo que respecta a la **distribución geográfica** de la AOD descentralizada en salud, en la medida que la ayuda no especificada geográficamente es proporcionalmente mucho menor que en el conjunto de la Cooperación Española, presenta mayores porcentajes de concentración en África (casi el 48%) y en América Latina (39,5%), destacando el peso de África subsahariana, como el área geográfica que más recursos recibe con diferencia por parte de la AOD descentralizada en salud.

TABLA 3.12. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR ÁREAS GEOGRÁFICAS. 2014

AREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2014	%
AFRICA	10.814.988 €	47,96%
Norte de África	1.232.288 €	
África Subsahariana	9.576.456 €	
No especificado	6.244 €	
AMERICA	8.910.236 €	39,51%
América Central y Caribe	4.529.920 €	
América del Sur	4.130.315 €	
No especificado	250.000 €	
ASIA	1.304.614 €	5,79%
Asia Oriental	243.498 €	
Asia Central	72.479 €	
Sur de Asia	988.637 €	
No especificado		
OCEANIA		0,00%
ORIENTE MEDIO	819.533 €	3,63%
EUROPA	308.868 €	1,37%
PVD No Esp.	393.030 €	1,74%
TOTAL	22.551.268 €	

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

El análisis de la asignación de AOD descentralizada en salud según el nivel de renta de los países destinatarios, nos muestra una mayor concentración de la AOD en PMA, y en países de renta media baja, sumando casi tres cuartas partes de la AOD descentralizada en salud, mostrando una mayor coherencia que la cooperación de la AGE. En el debe tenemos que destacar que, a pesar de haber disminuido en 2014 las cantidades que se destinaron a estos países, existe un alto porcentaje de AOD destinada a países de renta media alta, que duplica lo destinado por la AGE.

TABLA 3.13. AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD POR GRUPOS DE PAÍSES SEGÚN NIVEL DE RENTA. 2014

NIVEL DE RENTA	AOD 2013	AOD 2014	%
PMA	9.267.300 €	8.513.374 €	37,75%
Otros renta baja	248.354 €	57.858 €	0,26%
PRMB	9.349.005 €	8.038.849 €	35,65%
PRMA	5.556.250 €	4.002.063 €	17,75%
No especificado	1.836.631 €	1.939.124 €	8,60%

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

En cuanto al análisis de las EELL, ha habido 93 EELL que han destinado fondos a salud (15 más que en 2013), por un monto total de 5.883.712 euros. Pero el compromiso con el sector es muy heterogéneo, incorporando pequeños y grandes ayuntamientos y otras entidades como las Diputaciones. No obstante, podemos destacar que las 10 EELL que más recursos han destinado a este sector suponen el 56% del total destinado a salud por las EELL. Algunas EELL muestran una tendencia constante a estar entre las que tienen un mayor compromiso con la cooperación sanitaria, pues aparecen en este listado de forma constante en los últimos años. Nos referimos sobre todo a los Ayuntamientos de Barcelona, Zaragoza y Pamplona.

TABLA 3.14. EELL CON MAYOR AOD EN SALUD 2014, EN EUROS

EELL	AOD SALUD 2014
AYTO BARCELONA	679.387
AYTO ZARAGOZA	677.101
AYTO PAMPLONA	407.509
DIP SEVILLA	380.476
AYTO MÁLAGA	281.222
AYTO CÓRDOBA	196.853
AYTO FUENLABRADA	195.214
DIP JAÉN	187.025
AYTO BILBAO	154.249
AYTO VALENCIA	144.246
TOTAL	3.303.282

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

La aportación de la cooperación descentralizada al sector salud desarrolla un papel importante y necesario dentro del conjunto de la cooperación sanitaria española, dotándole de una especificidad que es necesario mantener. En la medida que las competencias de salud se encuentran transferidas a las CCAA y que son estas administraciones las que están desarrollando una mayor experiencia en la prestación de estos servicios, sería deseable que las instituciones descentralizadas dieran un impulso a su cooperación sanitaria, de forma que puedan aportar su experiencia para que el derecho al acceso a la salud mejore en el mundo y no sea el privilegio de unos pocos.

4. INCIDENCIA INFORME 2014

Uno de los objetivos del informe es influir en las políticas públicas de cooperación al desarrollo y acción humanitaria en el sector salud, para mejorar su calidad, eficacia y eficiencia. Para ello analizamos la política de cooperación española en el sector salud, relatamos los análisis internacionales sobre salud global, los marcos internacionales del derecho a la salud y lo contrastamos con la actuación de los titulares de obligaciones en España. Hecho el trabajo, informamos a quienes toman las decisiones políticas de las líneas que, a nuestro juicio, se deberían seguir para avanzar hacia una política de cooperación en salud y acción humanitaria de calidad y coherente con los compromisos internacionales adquiridos por el Gobierno de España.

Sensibles a los temas de cooperación, los grupos parlamentarios formalizan vía proposición no de ley o pregunta parlamentaria aquellas cuestiones que nos inquietan con el propósito de, entre todos, mejorar la cooperación. De las reuniones mantenidas en 2014, surgió una proposición no de ley, presentada por Laia Ortiz Castellví y Joan Coscubiela Conesa del Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural, sobre la AOD destinada a salud, para su debate en la Comisión de Cooperación Internacional. En dicha proposición ICV insta al Gobierno a poner "fin" a los recortes económicos en cooperación internacional y a reafirmar su compromiso con la AOD en salud. Reproducimos a continuación las iniciativas llevadas a cabo por los grupos parlamentarios.

161/003388

A la Mesa del Congreso de los Diputados

Al amparo de lo establecido en el Reglamento de la Cámara, el Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural presenta la siguiente Proposición no de Ley sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la Acción Humanitaria, para su debate en la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

El Informe 2014 de Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus «La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria» presenta la situación crítica en la que se encuentra la cooperación española en general y en salud en particular. En un contexto de emergencia sanitaria global, en España continúa produciéndose una falta de compromiso real del Gobierno con la cooperación internacional. Según el Informe, en 2013 España se sitúa a la cola de los 15 donantes europeos del CAD (Comité de Ayuda al Desarrollo), muy por debajo de la media, y por detrás de países que han sido objeto de rescate por parte de la Unión Europea como Portugal o Irlanda. Al nivel de España o por detrás sólo se encuentran Italia y Grecia. Y si analizamos los presupuestos de Ayuda Oficial al Desarrollo para 2015, las perspectivas siguen siendo sombrías, 0,17 % de la RNB, lo que sitúa la cooperación en niveles de los años noventa cuando España era aún un donante incipiente. A pesar del compromiso solidario de la sociedad española, la cooperación parece ser una política prescindible que puede ser desproporcionadamente recortada por motivo de la crisis o incluso ser eliminada cuando haya necesidad de ajustes.

Respecto a la ayuda oficial al desarrollo en salud, en 2013 se han destinado al sector salud 80,88 millones de euros, es decir, un 31 % más de lo que se había planificado, lo que supone que la salud ha representado el 4,12 % del total de la AOD bruta en 2013. Esto supone un ligero incremento respecto a 2012. Sin embargo, según las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) presentadas en la Comunicación 2014, la AOD en salud volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD, quedando en 32,72 millones y en un 1,83 % de toda la AOD bruta. No se trata de un hecho puntual sino que demuestra una tendencia de progresiva pérdida de peso relativo de la salud dentro de la cooperación española.

El riesgo que todo esto implica es que se frenen los avances logrados en la consecución de algunos Objetivos de Desarrollo del Milenio y haga más difícil la consecución de otros que ya estamos en condiciones de afirmar que no se cubrirán. La disminución de la mortalidad materna es, posiblemente, el más difícil de alcanzar en 2015. El parto sigue siendo especialmente arriesgado en el África subsahariana. La mortalidad de menores de cinco años ha disminuido en todo el mundo, pero no lo suficientemente rápido como para alcanzar la meta fijada. La propagación del VIH parece haberse estabilizado, pero muchas personas, especialmente jóvenes, siguen sin saber cómo protegerse. África Subsahariana y América Latina han sido las regiones donde más se han concentrado los recursos en el año 2013, acumulando el 34,8 % y el 20 % respectivamente del total de la AOD en salud.

Por otra parte, la canalización de la AOD ha ido variando en los sucesivos ejercicios. Mientras que en 2009 y 2010 la AOD bilateral distribuible representaba la mitad de toda la AOD bruta española, su peso relativo ha ido bajando al 42 % en 2011, al 30 % en 2012 y al 25 % en 2013. Una de las principales razones que explican esta evolución es que, mientras se ha recortado el conjunto de la AOD española, se han mantenido las contribuciones obligatorias que

España hace al presupuesto de cooperación de la UE y al FED, aportaciones que no son sectorialmente distribuibles y que han llegado a representar casi la mitad de toda la AOD española.

Respecto a la ayuda canalizada a través de organismos multilaterales, en 2013 ha habido un ligero incremento en la AOD española destinada al sector salud canalizada a través de organismos multilaterales (multilateral y multilateral). Después de haber aumentado extraordinariamente entre 2006 y 2009, se redujo fuertemente en el período 2010-2012. En 2013 ha aumentado aproximadamente un 15 %, hasta superar los 31 millones de euros pero muy lejos de sus cifras máximas en 2009, que alcanzaron los 342,5 millones de euros, más de diez veces por encima de la cifra actual. Una consecuencia directa de este descenso es la concentración de este tipo de ayuda en siete organismos y fondos, concentrándose el 90 % en solo dos organismos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la International Finance Facility for Immunisation (IFFIm), que parecen ser sus apuestas estratégicas en estos años. Este aumento de la AOD destinada al sector salud a través de organismos multilaterales se ha producido en detrimento de la ayuda multilateral, la cual vuelve a reducirse drásticamente en 2013, siendo menos de la mitad que en el año anterior, hasta situarse en 5,2 millones de euros, poco más de un 2,6 % de lo que llegó a ser en 2009. El grueso de estas contribuciones se concentra en OMS, FNUAP y UNRWA.

En referencia a la financiación, es el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con dos tercios de la AOD bruta en salud, quien vuelve a ser el principal financiador, con gran diferencia. También destacan las comunidades autónomas que, en su conjunto, han aportado un 27,4 % de toda la AOD en salud, siendo el segundo actor en importancia en este sector. Sigue siendo necesario señalar un año más el pobre papel que, paradójicamente, juega en este sector de la cooperación el Ministerio de Sanidad con 66.318 euros, el 0,08 % del monto total de la cooperación sanitaria y casi diez veces menos que la aportación del Ministerio de Economía. Es necesaria una mayor implicación de este Ministerio, sobre todo en algunos subsectores como el de investigación o formación, que pueden mejorar enormemente los resultados en las acciones de cooperación sanitaria.

Por último, la AOD en salud se reparte entre tres subsectores: Salud general, salud básica y programas de salud sexual y reproductiva. La distribución de estos tres subsectores también ha ido variando durante el período 2008-2013. El subsector de salud sexual y reproductiva primero aumentó considerablemente para luego sufrir una contracción espectacular. Este hecho denota una clara falta de previsibilidad de la ayuda pudiendo provocar en los países receptores cierto desconcierto y problemas en la planificación de su sanidad. Ha sido el subsector de salud básica, que incluye la atención sanitaria básica, infraestructura sanitaria, nutrición, control de enfermedades infecciosas, educación sanitaria, control de malaria, tuberculosis y formación de personal sanitario, el que ha acumulado más fondos en 2013 con más del 50 %.

Por todo ello se presenta la siguiente

Proposición de Ley

«El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a:

1. Poner fin a los recortes económicos en Cooperación Internacional y reafirmar el compromiso de destinar un 15 % de la AOD distribuible sectorialmente a salud, porcentaje en el que se incluirá un 6 % para salud sexual y reproductiva, liderando su inclusión en la próxima Cumbre de septiembre de 2015 donde se adoptará la agenda post-2015.
2. Garantizar que la cobertura universal en salud sea incorporada en el marco post-ODM.
3. Exigir indicadores globales que controlen el progreso hacia la cobertura universal en salud incluyendo factores de género y equidad.
4. Aportar recursos técnicos y financieros a largo plazo con el fin de apoyar los esfuerzos nacionales en esta dirección.

5. Asegurar que la evolución de la AOD en el sector salud sea más equilibrada, evitando las fluctuaciones sufridas hasta el momento, y utilizar los instrumentos necesarios que aseguren la sostenibilidad y el impacto de las acciones.»

Palacio del Congreso de los Diputados, 27 de enero de 2015.—**Laia Ortiz Castellví**, Diputada.—**Joan Coscubiela Conesa**, Portavoz del Grupo Parlamentario de IU, ICV-EUiA, CHA: La Izquierda Plural.

4.1. Propuestas del informe de salud para las elecciones generales de 2015

Quienes elaboramos este informe reclamamos el derecho a la salud para todas las personas y expresamos nuestra voluntad de contribuir al esfuerzo que realizan las comunidades y los pueblos del Norte y del Sur para promover su desarrollo, dedicando especial atención a la dimensión universal y equitativa de la salud.

Pensamos que el derecho a la salud no solo abarca la atención sanitaria oportuna y apropiada, sino que la salud engloba otros factores que determinan en gran medida el estado de salud de las personas, como el agua, el género, la vivienda, la alimentación o la pobreza.

Aspiramos a vivir en un mundo donde todas las personas tengamos una oportunidad justa para lograr desarrollar el máximo potencial de salud, en ausencia de diferencias evitables, injustas o modificables entre grupos de personas, definidos social, económica, demográfica o geográficamente (OMS, 2009a). Por ello, centramos nuestro esfuerzo en eliminar las diferencias evitables que se relacionan con variables políticas, sociales, económicas, de género y ambientales sobre las que las acciones de los gobiernos, las instituciones sanitarias implicadas y las comunidades ejercen una fuerte influencia, y que pueden abordarse con políticas públicas. La experiencia nos ha demostrado que el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud es un elemento primordial para la mejora de la salud mundial y el sistema de salud de nuestro país ha sido nuestro referente como sistema universal, equitativo y eficaz.

En España, a raíz de la crisis económica, se ha empezado a cuestionar la sostenibilidad de nuestro modelo de Sistema Nacional de Salud, alegando ineficacia e inviabilidad económica, justificando así la elaboración y puesta en marcha del RD-Ley 16/2012 del 20 de abril, eufemísticamente llamado “de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones”. Sin duda, este real decreto pretende “legalizar” dos falsedades, a saber, que el Sistema Nacional de Salud es ineficaz y que es impagable.

Las políticas sanitarias, especialmente en momentos de crisis, habrían de abordar la salud de la población desde la intervención en otras áreas que no pertenecen exclusivamente a la medicina, potenciando el fortalecimiento del sistema público, la atención primaria y los programas de promoción de la salud.

La inversión en atención primaria, en programas de promoción de la salud y las políticas de racionalización de los recursos humanos, técnicos y materiales, incluyendo la disminución del gasto farmacéutico innecesario, han de convertirse en los ejes vertebradores de las reformas sanitarias en momentos de crisis. Pero estas medidas no pueden tomarse recortando el derecho a la salud de las personas, sino siendo realmente más eficientes para conseguir los mismos resultados, asegurando la equidad del servicio. No debemos olvidar, tampoco, que la base y fundamento de estas ideas habría de encuadrarse en un decidido intento de acabar con la evasión fiscal, la disminución injustificada de determinados impuestos y el clientelismo político. La solución más inteligente en términos de planificación sanitaria y reducción del déficit público pasa por:

- Mejorar la eficiencia de la atención sanitaria, especialmente la hospitalaria, basando la práctica clínica en criterios de excelencia y evidencia científica disponible.
- Redistribuir la inversión sanitaria hacia una atención primaria infrapresupuestada.
- Homogeneizar la inversión en sanidad, desarrollando presupuestos finalistas para las autonomías, estimando los principales determinantes de la evolución del gasto a este respecto.
- Formar a los profesionales sanitarios en un modelo asistencial que tenga en cuenta la complejidad actual del proceso de enfermar, haciendo especial hincapié en el debate sobre las fronteras legítimas de la medicina y la interdependencia de numerosos factores, incluyendo los de índole social.
- Fomentar y elaborar programas de atención socio sanitaria, fuera del ámbito hospitalario, que puedan hacer frente de forma sostenible a los problemas de salud de la población.

Quienes elaboramos este informe anhelamos vivir en un mundo más justo, donde no existan personas y / o grupos socialmente desfavorecidos, excluidos o vulnerables que, por no disponer de acceso a la salud, sufran una carga de mortalidad y de enfermedad notablemente mayor. Aspiramos a:

- Que la equidad se considere un elemento fundamental para evaluar nuestro progreso como sociedad.
- La elaboración e implementación de políticas sanitarias equitativas e integrales, junto al fortalecimiento de los sistemas de salud, basado en la atención primaria,

sea la vía para incrementar la eficiencia y la equidad de la atención sanitaria, así como la seguridad en el sector sanitario y fuera de este.

- La creación de entornos saludables en los que pueda prosperar la buena salud de todas las personas.
- El ejercicio efectivo de los derechos humanos, en un escenario en el que el derecho a la salud se muestre como una dimensión básica del derecho a una vida digna.
- Dar respuesta efectiva a las aspiraciones de cambio y compromiso solidario de las personas que comparten la convicción de que la salud es un derecho humano por el que merece la pena trabajar.

En materia de cooperación en salud aspiramos a:

1. Contribuir a que se cumpla el objetivo de que toda persona, sin discriminación alguna por razón de género, edad, orientación sexual, religión, capacidad económica u origen geográfico, tenga acceso a servicios de salud de calidad, oportunos, accesibles, aceptables e integrales.
2. Contribuir a que se garantice el apoyo de la Unión Europea a la salud mundial por medio de la defensa pública de una mayor inversión, significativa y eficaz, en salud global.
3. Explorar el potencial de los mecanismos innovadores de financiación para el desarrollo (como el Impuesto a las Transacciones Financieras) como una oportunidad para aumentar la financiación de la ayuda internacional para el desarrollo, incluida la salud.
4. Trabajar para asegurar que los acuerdos políticos, jurídicos y comerciales de la UE no se conviertan en barreras para el acceso a medicamentos que salvan vidas, diagnósticos o tecnologías para la prevención.
5. Apoyar las inversiones en investigación y desarrollo de nuevas y mejores tecnologías para la prevención y el diagnóstico y para nuevos tratamientos que combatan las urgentes amenazas a la salud mundial.
6. Apoyar el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud a través de la inversión en recursos humanos, para llegar al umbral mínimo de 2,28 profesionales cualificados (parteras, enfermeras y médicos) por cada 1.000 habitantes, así como la formación, la remuneración y la integración de los trabajadores de salud comunitaria en los sistemas de salud.
7. Evitar que las normas de propiedad intelectual y de inversiones, negociadas en los acuerdos de libre comercio, pongan en riesgo el acceso a medicamentos asequibles y financiados públicamente. Concretamente, las políticas de patentes deben tener en cuenta los imperativos de la salud pública.

8. Asegurarse de que el Transatlantic Trade and Investment Partnership (TTIP) establezca nuevos estándares globales que den prioridad a los intereses de salud pública sobre los intereses comerciales.

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

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

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

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

En el año 2007, todos los grupos parlamentarios firmaron el Pacto de Estado contra la Pobreza, cuyo propósito era elevar la cooperación a política de Estado, dotándola de cierta estabilidad y permanencia en el tiempo. Desde 2010 los recortes acumulados rondan el 70% y sitúan la AOD en 2014 en el 0,14%. Es más, si restamos las aportaciones obligatorias a la Unión Europea y a organismos internacionales, podemos concluir que la AOD está en su mínima expresión.

Blindar el 0,7% de AOD por ley parece la única opción para que la cooperación se convierta en una política de Estado y sortear la falta de compromiso de los diferentes gobiernos. Es lo que ha hecho el Reino Unido cuya AOD en 2007 y 2008 era inferior a la española. Frente a la adversidad económica, los ingleses han apostado por incrementar la partida en 6.500 millones de euros, convirtiendo la cooperación en una política de Estado, mientras que el Gobierno español la ha desmantelado, recortándola en 3.000 millones de euros, según datos de la OCDE.

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

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

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

1. INTRODUCCIÓN

Se detallan en este capítulo las necesidades humanitarias, a escala mundial, en el año 2014, analizando la respuesta a las mismas por parte de la comunidad internacional, para finalmente poner el foco en el comportamiento de la Cooperación Española en el ámbito de la Acción Humanitaria (AH). Se persigue con este informe promover la reflexión de todos los actores involucrados en la Acción Humanitaria, especialmente los institucionales, con objeto de mejorar la eficacia de la misma para que tenga un mayor y adecuado impacto en la población afectada por crisis humanitarias.

Durante el año 2014 se registraron 317 desastres naturales de diferentes magnitudes, que afectaron a 94 países, según las estadísticas publicadas por el Centro de Investigación sobre la Epidemiología de las Catástrofes¹ (EM-DAT) y la Oficina de las Naciones Unidas para Reducción de Catástrofes² (UNISDR). De los 317 desastres naturales, el 47,2% (153) fueron inundaciones, sumando prácticamente la mitad de todas las catástrofes naturales a nivel mundial. Las tormentas tropicales supusieron el 36% del total, mientras que los terremotos constituyeron el 10% y las sequías el 6%. En conjunto se aprecian cifras similares a los 3 años previos.

Las víctimas causadas por los desastres naturales ascendieron a 7.800 personas, una cifra sensiblemente menor a la de años anteriores, mientras que el total de personas damnificadas sumaron 141 millones, casi el doble de las registradas en los dos años anteriores. Las pérdidas económicas supusieron casi 100 mil millones de dólares, una de las cifras más bajas de los últimos años.

Geográficamente observamos grandes similitudes con lo acontecido en la última década. Asia continúa siendo el continente más castigado por las fuerzas de la naturaleza, sufriendo casi la mitad de las catástrofes. También su población fue la más afectada con 107 millones de personas, lo que supone el 70% del total de personas damnificadas en el mundo. El coste económico de la destrucción alcanzó el 65% del

1. CRED. www.crd.be

2. UNISDR. www.unisdr.org

total internacional. Destaca el tifón Rammasun que en el mes de julio azotó Filipinas, Vietnam y China causando cerca de 15 millones de personas afectadas. Las inundaciones causadas por el monzón provocaron 30 millones de personas afectas en China, Bangladés y el noreste de India y Pakistán. Destacar también el impacto que tuvo la sequía que durante el verano afectó a 27 millones de personas en China.

El continente americano padeció el 23% de las catástrofes del planeta, sumando el 23% de la población mundial damnificada y significando el 26% del total de las pérdidas económicas mundiales. Destaca la sequía que afectó a 27 millones de personas en Brasil, país que también sufrió graves inundaciones junto a Paraguay, Bolivia y Estados Unidos. Juntos alcanzaron la cifra de un millón de personas damnificadas. También hay que reseñar el huracán Odile que en septiembre afectó a 2,5 millones de personas, y el terremoto que en abril golpeó Chile con medio millón de personas afectadas. En Haití permanecen aún 80.000 personas desplazadas en cerca de 100 asentamientos provisionales en espera de un realojamiento en viviendas dignas.

África sufrió el 12% de las catástrofes sumando el 5,5% del total de población afectada en el ámbito internacional. Los fenómenos naturales con mayor impacto en el continente fueron, al igual que en años previos, los derivados de la sequía que afectó principalmente a Burkina Faso y Kenia sumando 5,6 millones de personas afectadas. Le siguieron en daños personales las inundaciones en Sudan, Camerún y Níger que dejaron 680.000 personas damnificadas.

Aunque Europa fue afectada por un número elevado de fenómenos naturales de mayor capacidad destructiva que en África, debemos constatar que el número de personas afectadas apenas supuso el 2% del total mundial. Dato que viene a corroborar la relación directa entre la situación de pobreza y la vulnerabilidad ante las catástrofes. Cuando los fenómenos naturales destructivos afectan a regiones en desarrollo, las precarias infraestructuras y la débil capacidad de respuesta producen un gran impacto en términos de daños personales. Pero también indirectamente acentúan la pobreza en estas zonas que se ven atrapados en un círculo vicioso de vulnerabilidad y recurrencia de desastres.

Los conflictos armados y la violencia, junto a los desastres naturales, son los principales factores que continúan azotando múltiples regiones en el mundo. En 2014, se produjo un incremento de las emergencias causadas por conflictos armados, afectando a 38 países. Del total de conflictos armados, 13 fueron guerras civiles. Subrayar los numerosos conflictos que están azotando con extremada violencia Oriente Medio, en parte consecuencia de la inestabilidad política de la región tras la masiva movilización social de la Primavera Árabe. El máximo exponente de este fenómeno está siendo la confrontación civil en Siria, donde se han producido cerca de 200.000 víctimas, y las necesidades humanitarias han continuado creciendo desde el inicio del conflic-

to. A finales de 2014 se estimaba en 12,2 millones las personas que se encontraban en necesidad de ayuda humanitaria, de las que 4,8 millones estaban en zonas donde los violentos combates impedían el acceso a la población civil. Si nos trasladamos a Yemen, el escenario no es mejor. La violenta guerra civil entre Houthis y Salafisha ha puesto contra las cuerdas a 15 millones de personas (60% de la población) cuya existencia depende, en mayor o menor medida, de ayuda humanitaria. De estos 15 millones, 10 se encuentran en situación de inseguridad alimentaria, con un incremento exponencial de la población infantil en situación de desnutrición aguda. Si pasamos a Libia, vemos que el conflicto ha provocado el desplazamiento de casi medio millón de personas y ha convertido en todo un reto el acceso a la población en riesgo para satisfacer sus necesidades humanitarias. En Egipto surgió un nuevo conflicto en la península del Sinaí por los enfrentamientos entre el ejército y los combatientes radicales islamistas, rama del Estado Islámico.

A estos conflictos, debemos sumar el recrudecimiento de la lucha armada en Irak, especialmente en el noreste del país ocupado por el Estado Islámico y otros grupos combatientes. 5 millones de personas necesitan ayuda humanitaria pero cerca de 2 millones se encuentran en zonas prácticamente inaccesibles para las organizaciones de ayuda. El conflicto crónico Palestino-Israelí ha provocado que casi 2 millones de personas se encuentren en situación de necesidad de ayuda humanitaria. Durante los meses de verano, se experimentó una reagudización del conflicto con un devastador bombardeo de la Franja de Gaza que provocó 1.200 víctimas mortales y 10.000 personas heridas, aparte de la gran destrucción de viviendas e infraestructuras que ha dejado en situación crítica de alojamiento a 80.000 personas. Otro conflicto crónico reagudizado en la región son los combates entre el ejército Turco y las milicias kurdas del Partido de los Trabajadores del Kurdistán (milicias de PKK), que provoca desplazamiento de población a zonas de difícil acceso para la ayuda humanitaria.

No obstante, es África subsahariana quien soporta la mayor parte de conflictos con 13 activos en la actualidad. En la República Centroafricana se produjo a finales de 2013 un estallido de violencia que a lo largo de 2014 ha provocado que 2,6 millones de personas, más de la mitad de la población, se encuentre en situación de necesidad humanitaria y 1,5 millones en situación de grave inseguridad alimentaria. Los combates han obligado a abandonar sus hogares a medio millón de personas que se encuentran desplazadas por el país, junto a otras tantas que han cruzado la frontera hacia los países limítrofes. Esta población se encuentra refugiada en Camerún, Chad, RDC y Sudan del Sur. Este último y recién creado país, lleva 24 meses inmersos en una guerra civil que se ha cobrado 50.000 muertos y provocado el desplazamiento de cuatro millones de personas que se encuentran en situación de necesidad humanitaria.

En otros casos, se trata de conflictos emergentes como los causados por las milicias de Boko Haram en el norte de Nigeria, que ha provocado el desplazamiento de más de un millón de personas a las vecinas Camerún y Chad. Estos dos estados se han visto afectados por la extensión de los combates del grupo armado extremista, causando cientos de víctimas entre su población. El resto de las crisis son consecuencia de la reagudización de conflictos crónicos como sucede en Somalia, donde la lucha entre Al Shabaab y las fuerzas gubernamentales mantiene en situación de necesidad humanitaria a 3 millones de personas. Situación parecida se vive en la República Democrática del Congo, en Sudan y en el norte de Mali, donde persiste la violencia que mantiene a cientos de miles de personas desplazadas y necesitadas de ayuda. Otros son conflictos olvidados, como los que se mantienen en Etiopía, Chad y Burkina Faso o la situación de la población Saharai refugiada en Argelia que a duras penas consigue acceder a la ayuda para mantener los servicios básicos.

En el continente asiático se mantuvieron activos durante el pasado año 12 conflictos entre los que destaca Afganistán donde persiste la inestabilidad política y la violencia de las múltiples facciones armadas. En este castigado país, más de 700.000 personas han abandonado sus hogares como consecuencia de los combates y 8 millones se encuentran en situación de inseguridad alimentaria, con más de un millón de menores diagnosticados de malnutrición aguda. En el vecino Pakistán, las operaciones del ejército en las zonas fronterizas han provocado el desplazamiento de un millón y medio de personas que precisan ayuda para subsistir. Este país mantiene activo el conflicto en Cachemira con la vecina India, que provoca reagudizaciones periódicas de la violencia con cientos de víctimas. En Myanmar persiste la tensión entre comunidades en los departamentos de Rakhine y Kachine, lo que mantiene a 250.000 personas desplazadas en campamentos fronterizos con China, viviendo en condiciones extremas y con grandes dificultades de acceso de la ayuda humanitaria. Otros conflictos crónicos olvidados se mantienen en el sur de Tailandia y en el estado de Assam en India.

En Sudamérica se mantiene activo el conflicto colombiano entre el ejército y las FARC y el ELN, contabilizándose más de cinco millones de personas desplazadas y medio millón de personas refugiadas en las vecinas Venezuela y Ecuador. A pesar de las negociaciones de paz con la guerrilla más antigua del continente, la lucha armada y la violencia ha continuado durante el pasado año.

Por último, en Europa hemos asistido en 2014 a la aparición de un conflicto en Ucrania que ha originado hasta el momento el desplazamiento de medio millón de personas por los sangrientos combates. En el este del país, se han vivido periodos donde el acceso a la población civil era muy complicado cuando no imposible.

Aparte de por los conflictos armados, 2014 será recordado por la epidemia de Ébola que ha afectado a 4 países en África Occidental, Sierra Leona, Liberia, Guinea Conakry y Nigeria. A finales de año se habían registrado más de 17.000 casos de personas afectadas y más de 6000 fallecimientos. Al irreparable coste de pérdidas humanas, debemos añadir el gran impacto socioeconómico, que ha supuesto un importante retroceso en el crecimiento económico de la región y una disminución en el bienestar de la población forzada a importantes restricciones como consecuencia de las medidas de salud pública establecidas.

Por último, reflejar las situaciones de inseguridad alimentaria más destacadas que afectaron el continente Africano. En la región del Sahel, 20 millones de personas procedentes de 9 países estaban en situación de inseguridad alimentaria. De entre ellas, 5 millones de niños y niñas menores de 5 años presentaron clínica de desnutrición. Esta situación que se prolonga desde hace 3 años, es consecuencia de la pertinaz sequía y la inestabilidad política en la región. Situación muy similar se vive en el Cuerno de África donde 13 millones de personas se encuentran igualmente en situación de inseguridad alimentaria por los mismos motivos. A ellos debemos sumar los 10 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria en Yemen, como consecuencia del recrudecimiento de la violencia entre las facciones en lucha que está poniendo en grave riesgo de desnutrición a la población infantil.

Consecuencia del incremento de las crisis humanitarias, en 2014 hemos asistido al éxodo de casi 60 millones de personas³, que han dejado atrás sus tierras de origen. Nunca después de la 2ª Guerra Mundial se había producido tal cantidad de personas desplazadas. La mayor parte debido a conflictos armados y situaciones de violencia, pero también como consecuencia de catástrofes naturales, hambrunas o epidemias. El mayor número de desplazamientos se produjo en Oriente Medio, seguido de África Subsahariana como consecuencia de conflictos armados. Un tercio de estas personas desplazadas, cruzaron las fronteras convirtiéndose en personas refugiadas en países limítrofes o emprendiendo largas y arriesgadas travesías organizadas por grupos criminales hacia regiones más seguras y países con mayor bienestar social. Este es el caso de las personas que cruzan el Mediterráneo, el Índico en el Sureste Asiático, el estrecho del Golfo de Aden o Centroamérica. En peor situación se encuentran el grueso de personas desplazadas internas, dentro de sus países, encontrándose en situación de máxima vulnerabilidad, ya que sin recursos a su alcance, precisan de la ayuda internacional para sobrevivir.

Estos desplazamientos forzados de población tienen su origen en los ataques indiscriminados que sufren, violando, los perpetradores, el Derecho Humanitario Internacional con total impunidad. Desde las organizaciones humanitarias denunciamos

3. ACNUR

esta situación y solicitamos mayor protección para las poblaciones civiles en zonas en conflicto. Una respuesta que tiene que venir desde Naciones Unidas, que tiene que establecer las medidas para garantizar su seguridad y para el acceso a la ayuda humanitaria. Unas medidas que también deben abarcar a los trabajadores humanitarios que fueron asesinados, heridos o secuestrados en un total de 270 casos⁴.

2. LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL

La respuesta internacional en concordancia al incremento de las crisis humanitarias en 2014, alcanzó los 24.000 millones de \$. Se trata de una cifra nunca antes empleada en la Acción Humanitaria y un intento de cubrir las extraordinarias necesidades humanitarias de la población afectada a lo largo del planeta.

La contribución de los Estados supuso más del 75% de la ayuda. Se mantuvo con respecto a años previos la proporción con las aportaciones privadas cercanas a una cuarta parte del total. Es deseable el mantenimiento de un equilibrio entre estas dos fuentes de fondos para garantizar el futuro de la financiación de la Acción Humanitaria Internacional.

**TABLA 4.1. FONDOS DE AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL
(EN MILES DE MILLONES DE DÓLARES)**

Ayuda Humanitaria	2010	2011	2012	2013	2014
Total de la ayuda internacional	20,2	19,4	17,6	22	24,0
Total Gubernamental	13,8	13,8	12,7	16,4	18,5
Países OCDE CAD	12,3	13	11,5	14,1	16,7
Países no OCDE	0,7	0,8	1,3	2,3	1,8
Ayuda donantes privados	6,3	5,7	4,9	5,6	5,5

Fuente: Elaboración propia con datos del Creditor Reporting System

El desglose de la ayuda gubernamental muestra como las aportaciones de los Estados que componen la OCDE-CAD⁵ con el 90% sigue conformando el grueso de la Ayuda Oficial Internacional para Acción Humanitaria. De entre los Estados miembro,

4. AidWorkerDatabase

5. Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico – Comité de Ayuda al Desarrollo. Compuesto por 29 países: Alemania; Australia; Austria; Bélgica; Canadá; Corea; Dinamarca; España; EEUU; Finlandia; Francia; Grecia; Holanda; Islandia; Irlanda; Italia; Japón; Luxemburgo; Nueva Zelanda; Noruega; Polonia; Portugal; Reino Unido; Republica Checa; Republica Eslovaquia; Eslovenia; Suecia; Suiza; Unión Europea;

las mayores contribuciones provienen de la Unión Europea y de EEUU, que sumados supusieron el 80% del conjunto de la OCDE-CAD. Se mantiene la preferencia por canalizar las aportaciones a través del Sistema de Naciones Unidas con dos terceras partes del total de lo contribuido, y el tercio restante a través de ONGs, el Sistema de la Cruz Roja y Medialuna Roja, CICR, y el sector público.

Las contribuciones de los países no miembros de la OCDE-CAD supusieron tan solo el 10% de las aportaciones gubernamentales globales, 4 puntos menos que en el año anterior. De entre ellos, el 90% fue aportado por los países productores de petróleo de la península Arábiga⁶, que destinaron en su mayoría los fondos a los conflictos armados en la región. Los escuetos 200 millones de dólares restantes lo sumaron entre países como China, Rusia, Brasil, Sudáfrica o India. Un dato a considerar ya que se trata de países emergentes que ya se sitúan entre las mayores potencias económicas del mundo.

Las aportaciones privadas para ayuda humanitaria internacional supusieron el 24% del total de la ayuda, manteniéndose la tendencia de los últimos años. El origen de la mayoría de estos fondos, el 70%, lo constituyeron las aportaciones individuales que respondieron prioritariamente a las catástrofes naturales o a la epidemia de Ébola. Esta movilización solidaria fue más tímida ante las crisis causadas por conflictos armados. El 30% restante vino de organizaciones y asociaciones filantrópicas, compañías, corporaciones y fundaciones.

El 85% de estos fondos de origen privado, al contrario que los gubernamentales, se aportaron para su gestión a ONGs. Un 5% fue destinado al sistema de la Cruz Roja y Medialuna Roja – CICR y el 10% se canalizó a través de las Agencias Humanitarias de Naciones Unidas.

El destino de la Ayuda Humanitaria Internacional alcanzo de forma prioritaria a las mayores crisis que se produjeron en 2014. Casi el 60% del total de la ayuda sirvió para atender las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por emergencias de nivel 3⁷. Estos fueron los conflictos de Siria, Sudan del Sur, República Centroafricana e Iraq, junto a la epidemia de Ébola en África Occidental.

6. Arabia Saudí, Emiratos Árabes Unidos, Kuwait, Qatar

7. Niveles de categorización de las emergencias humanitarias por parte de NNUU: L 1; L 2; L 3

TABLA 4.2. CANALIZACIÓN DE LA FINANCIACIÓN INTERNACIONAL

Agencia/ organización humanitaria	% del total
Agencias humanitarias de NNUU	48,5%
Organismos Internacionales (Banco Mundial; IOM; CCE)	14,5%
ONGs	18,0%
Sistema de Cruz Roja y Medialuna Roja - CICR	9,5%
Sector público	6,5%
Otros	3,0%

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

La mayoría de los fondos se canalizaron a través de las Agencias Humanitarias de NNUU y Organismos Internacionales. En segundo lugar las ONGs fueron elegidas para gestionar la ayuda humanitaria, seguidas por el sistema de la Cruz Roja y Media Luna Roja-CICR y por último el sector público. Se mantiene de esta forma el equilibrio en la gestión de la ayuda humanitaria global.

TABLA 4.3. CANALIZACIÓN DE LA AYUDA HUMANITARIA INTERNACIONAL DESGLOSADA POR AGENCIAS Y ORGANISMOS.

Agencia/ organización humanitaria	Total en millones \$	% del total
Programa Mundial de alimentos	5.242	22,5%
ACNUR	2.924	12,6%
UNICEF	1.926	8,3%
varios receptores sin detallar	1.740	7,5%
CICR	1.148	4,9%
UNRWA	820	3,5%
ACNUR bilateral al gobierno del país afectado	721	3,1%
OIM	700	3,0%
OMS	601	2,6%
Centro para el Control de Enfermedades	479	2,5%

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

Si bien la financiación proporcionada por donantes a nivel internacional alcanzó cifras record en la AH durante 2014, solo se llagaron a cubrir algo más de la mitad de los llamamientos realizados por NNUU, que crecieron un 13% respecto al 2013 como consecuencia del incremento de las crisis.

Se identificaron por UNOCHA⁸ unos 80 millones de personas con necesidades humanitarias en 31 países, pero los fondos recaudados a finales de año a través del sistema de NNUU alcanzaron para cubrir solo el 55% de las necesidades humanitarias evaluadas, alcanzando a cubrir las necesidades de 57,2 millones de personas. Esto supone un retroceso con respecto a años previos a pesar del mayor esfuerzo de los donantes. A lo largo de la última década, la brecha entre llamamientos para financiar AH y su financiación final ha ido creciendo.

Se continúa apreciando la falta de equivalencia entre las necesidades de algunas crisis y la asignación de fondos. Esta disparidad de financiación ha hecho que crisis crónicas hayan sido tratadas de forma dispar en cuanto a financiación. Las decisiones de financiación de los donantes siguen estando en función de otros criterios y no estrictamente en función de las necesidades propias de las crisis. Se deberían establecer prioridades en función de las necesidades y mayor transparencia en la asignación de fondos por parte de los donantes.

3. LA AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NNUU

El sistema humanitario de NNUU, a través de su oficina de coordinación UNOCHA, realizó en 2014 un llamamiento para los Fondos Coordinados que ascendió a 18.000 millones de dólares. Esta fue la cantidad estimada por las agencias humanitarias de NNUU para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta (SRP)⁹ necesarios para atender las necesidades humanitarias de las poblaciones afectadas por las crisis. Del total de los fondos requeridos, tan solo se cubrió el 60%, 10.750 millones de dólares, lo que supone una cifra record que no evita, un año más, que se amplíe la brecha (7.300 millones de dólares) entre los fondos aportados y las necesidades a cubrir.

Estos llamamientos globales de NNUU obtuvieron principalmente la respuesta de las Agencias de Cooperación de los países, pero también, aunque en menor medida, contribuyeron compañías, empresas, fundaciones, asociaciones solidarias y personas a nivel individual.

8. Oficina de coordinación de la Ayuda Humanitaria de NNUU

9. Planes Estratégicos de Respuesta

TABLA 4.4. AYUDA HUMANITARIA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS. AÑO 2014

Fuentes de los fondos	Total en millones dólares	% del total
Plan de Respuesta Estratégica (SRP)	10.750	92%
Fondos Comunes	976	8%
Total	11.726	100%

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

Estos Fondos Coordinados de NNUU, permiten asegurar que los Planes Estratégicos de Respuesta de las diferentes Agencias Humanitarias de NNUU, sean financiados de forma predecible y en tiempo, principalmente a través del Plan Mundial de Alimentos, UNICEF, ACNUR, UNRRWA y OMS. Sin embargo debemos añadir que en 2014 menos de la mitad del total de la Ayuda Humanitaria Internacional se canalizó a través del Sistema de Naciones Unidas.

Los Planes Estratégicos de Respuesta para atender las necesidades básicas de la población de países afectados por crisis humanitarias, se concentraron en 2014, prioritariamente y en mayor medida, en las grandes crisis como Sudan del Sur; Siria; República Centroafricana e Irak. En concordancia con el destino del total de la ayuda humanitaria internacional, estas emergencias de nivel 3 acapararon casi las dos terceras partes de los fondos captados.

TABLA 4.5. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE LOS PLANES ESTRATÉGICOS DE RESPUESTA HUMANITARIA DE LAS AGENCIAS DE NN.UU.

País receptor de SRP	Total en millones \$
Plan de ayuda a los refugiados de Siria	2.327
Sudan del Sur	1.525
Siria	1.118
Iraq	800
Sudan	547
Palestina	503
Filipinas	469
Somalia	454
RDC	393
RCA	376

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

Si bien el 80% de los fondos captados a través de los Llamamientos Globales de NNUU sirvieron para financiar la ayuda humanitaria a crisis relacionadas con conflictos armados, el 20% restante se dirigió a cubrir las necesidades de poblaciones afectadas por catástrofes naturales e inseguridad alimentaria. Añadir que en 2014 se priorizó la financiación de la respuesta a la crisis de Ébola en África Occidental.

De forma complementaria al llamamiento global para los Fondos Coordinados de NNUU para la AH, UNOCHA coordinó también los Fondos Comunes para AH. Estos fondos se nutren fundamentalmente de los Estados y en menor medida del resto de donantes privados que contribuyen a una caja común para financiar actividades de AH que gestiona directamente UNOCHA.

Aunque las asignaciones son de limitada cuantía, estos fondos que se crearon para mejorar la financiación de las crisis, suponen un instrumento que facilita la respuesta humanitaria tanto a nivel global como a nivel de país, proporcionando una respuesta ágil y precisa a las necesidades no cubiertas.

A través de esta vía multilateral, se gestionaron en 2014 más de 1000 millones de dólares, una cifra record en los 9 años de existencia de estos fondos, pero porcentualmente apenas representa el 4% del total de la Ayuda Humanitaria Internacional. Los países donantes siguen prefiriendo dirigir la ayuda a determinadas crisis, a través de la asignación de fondos a Agencias Humanitarias de NNUU.

TABLA 4.6. EVOLUCIÓN DE LA ASIGNACIÓN A FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR UNOCHA (EN MILLONES DE DÓLARES)

Ayuda humanitaria	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CERF Fondo Central de respuesta a emergencias	425	397	415	467	477	491	471
Fondos comunes humanitarios(CHF)	297	243	266	362	368	268	398
Fondos de respuesta de emergencias (ERF)	132	93	172	71	74	106	201
Total fondos comunes de NNUU	854	731	854	900	920	865	1.070

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

Estos fondos comunes se articulan en el Fondo Central de Respuesta de Emergencia (CERF) y los Fondos Comunes a Nivel de País (CBPF). Este último es fruto de la unión de los anteriores Fondo Común Humanitario (CHF) y Fondo de Emergencia de Respuesta (ERF). Aunque la gestión de estos últimos se haya fusionado la contabilización se realizó por separado.

TABLA 4.7. DISTRIBUCIÓN DE LOS FONDOS COMUNES GESTIONADOS POR UNOCHA (EN MILLONES DE DÓLARES)

Fuentes de los fondos	Recibidos	Ejecutados
CERF	471	463
CHF	398	326
ERF	201	91
Total	1070	880

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

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

TABLA 4.8. PRINCIPALES DONANTES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES)

Países donantes	CERF	CHF	ERF	Total
Reino Unido	113	161	31	305
Suecia	73	78	32	183
Noruega	66	32	3	101
Holanda	55	41	3	99
Alemania	30	3	27	60
Dinamarca	18	21	8	47
Irlanda	12	18	1	31
Australia	15	12	2	29
Bélgica	18	9		27
Canadá	27			27

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

Se aprecia una coherencia de las cooperaciones de países de la UE y la asignación de fondos a través de esta vía multilateral, que permite gestionar con mayor libertad los fondos por parte de la Oficina de Coordinación de la AH de NNUU y asignarlo en función de necesidades urgentes o a crisis infrafinanciadas.

UNOCHA se encargó de asignar estos fondos a las Agencias Humanitarias de NNUU: 650 millones de dólares, de los 880 millones ejecutados, se canalizaron a través del Fondo Mundial de Alimentos, Unicef, Organización Internacional para las Migraciones y otras agencias. Los 230 millones restantes fueron canalizadas a través de ONGs.

TABLA 4.9. FONDOS COMUNES CANALIZADOS A TRAVÉS DE AGENCIAS DE NN.UU. (EN MILLONES DE DÓLARES)

Países donantes	CERF Asignados	CHF Asignados	ERF Asignados	Total Aplicados
WFP	138	40	3	181
UNICEF	115	56	2	173
IOM	48	26	2	76
WHO	46	16	5	67
UNHCR	52	9	0,7	62
FAO	31	11	0,3	43
UMFPA	16	5	0,4	21
UNDP	7	2	1	10
UNRWA	3		3	6

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

Estos fondos sirvieron para financiar crisis humanitarias originadas fundamentalmente por conflictos bélicos entre los que destacan Sudan del Sur y Sudan, a donde fueron dirigidos un tercio del total de los Fondos Comunes.

TABLA 4.10. PRINCIPALES PAÍSES RECEPTORES DE FONDOS COMUNES (EN MILLONES DE DÓLARES)

Países receptores	CERF	CHF	ERF	Total
Sur Sudan	54	138		192
Sudan	44	44		88
Somalia	21	34		55
RDC	7	48		55
RCA	26	26		52
Etiopía	33		14	47
Afganistán	4	35	5	44
Iraq	26		5	31
Yemen	14		11	25
TOP	10		14	24

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

En el patrón de distribución sectorial de los fondos se aprecia la priorización de la salud, el agua y saneamientos y la alimentación. A diferencia de otros años, llama la atención los fondos destinados a multisector que traduce el significativo incremento de la partida destinada a la atención de personas refugiadas en consonancia con la gran necesidad aparecida en 2014.

**TABLA 4.11. DISTRIBUCIÓN SECTORIAL DE LOS FONDOS COMUNES
(EN MILLONES DE DÓLARES)**

Países receptores	CERF	CHF	ERF	Total
Salud	103	94	21	218
Multi sector	82	19	15	116
Agua y saneamiento	46	49	17	112
Alimentación	68	29	6	103
servicios de coordinación y apoyo	39	33	5	77
Cobijo	23	31	9	63
Sector sin especificar	40	20	2	62
Protección	24	28	5	57
Agricultura	26	4	5	35
Educación	6	11	3	20
Recuperación	4	5	1	10
Accion	1	2	0,3	3,3
Seguridad de humanitarios	0,08	0,6	0,5	1,1

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

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

Parte destacada de los Fondos Comunes es el Fondo Central de Repuesta a Emergencias (CERF). A este contribuyen los donantes al inicio de cada ejercicio con el objetivo de reunir al menos 450 millones de dólares. Esto permite disponer de un fondo para movilizar rápidamente al inicio de una Emergencia, evitando así la demora que supone hacer un llamamiento concreto una vez que la crisis ha sucedido.

Los Coordinadores Humanitarios en el terreno identifican las necesidades más apremiantes para la población afectada y UNOCHA financia con parte de estos fon-

dos la intervención a través de Agencias de NNUU, que son las que en su mayoría proporcionan los servicios humanitarios a la población. Fundamentalmente se usan para proporcionar alojamiento, agua y saneamiento, alimentos y servicios de salud.

En 2014 se recibieron 472 millones de dólares, todo un record desde la creación de estos fondos. 463 millones de dólares se destinaron a financiar 80 programas en 45 países afectados por conflictos armados, caso de Sudan del Sur, República Centroafricana o Iraq, desastres naturales o la epidemia del Ébola.

**TABLA 4.12. PRINCIPALES PAÍSES DESTINO DE LOS FONDOS CERF
(EN MILLONES DE DÓLARES)**

Países destino CERF	CERF Rápida Respuesta Asignados	CERF Infra financiados Asignados	Total
Sur Sudan	53		53
Sudan	23	20	43
Etiopia	21	11	32
Iraq	26		26
RCA	25		25
Kenia	13	10	23
Chad	13	10	23
Somalia	1	20	21
Camerún	13	5	18
Uganda	12	4	16

Fuente: Elaboración propia a partir del FTS de NNUU

También se destinaron, concretamente 170 millones de dólares, a crisis infra financiadas como Somalia, Myanmar, Colombia o Campamentos Saharauis. Se trata de conflictos crónicos olvidados a los que los donantes internacionales no suelen contribuir asignando directamente fondos. Este mecanismo de financiación permite compensar el olvido en el que permanecen las poblaciones afectadas por estas crisis duraderas.

Los otros Fondos Comunes son los llamados Fondos Comunes Basados en País. Estos fondos tienen la característica de ser gestionados por UNOCHA a nivel de país, donde el Coordinador Humanitario, tras llevar a cabo una consulta en el ámbito local, decide que programas se van a implementar.

La Oficina de Coordinación canaliza esta financiación a través de Agencias Humanitarias de NNUU, la Cruz Roja y Media Luna Roja locales, ONG Internacionales y

locales. Estas últimas son potenciadas para que implementen los programas de ayuda establecidos, teniendo en cuenta su mayor conocimiento del contexto local y la proximidad a la población en situación de necesidad.

De los 598 millones de dólares recibidos en 2014, 417 millones se emplearon a través de este sistema. El 45% se canalizaron a través de Agencias de NNUU y el resto a través de otras organizaciones humanitarias. Sirvieron para financiar programas de Acción Humanitaria en 17 países afectados por crisis. Entre ellos Sudan del Sur, RDC, Sudan, Afganistán, Somalia o Etiopia.

Al ser gestionadas estas ayudas a nivel de país, se facilita su aplicación a proyectos directamente ligados a satisfacer las necesidades humanitarias de la población. Se garantiza de esta forma la eficiencia en el empleo de la ayuda humanitaria. En esta misma línea se viene utilizando el instrumento de las tarjetas para retirada de dinero en efectivo y de los vales canjeables por comidas para el uso de la población refugiada en el ámbito urbano, fuera de los campos. Estas medidas son acogidas con mayor satisfacción por las poblaciones refugiadas, frente a la clásica distribución de alimentos y bienes en puntos de distribución por parte de agencias humanitarias.

Si bien la calidad de la atención a las personas refugiadas se ha incrementado, no sucede lo mismo con las poblaciones desplazadas dentro de los países afectados por crisis. En estos escenarios, se ha visto recortado el acceso a la población víctima ya sea por trabas por parte gubernamental o por la actuación de grupos armados que controlan parte de los territorios donde habitan cientos de miles de personas en necesidad de atención humanitaria. Un vivo ejemplo de esta situación tiene lugar en Siria, Yemen, Sudan del Sur, RCA o Somalia.

De esta forma se vulnera el Derecho Humanitario Internacional, con la consecuente falta de atención a la población víctima que sin falta de asistencia sanitaria y en situación de desnutrición, permanece en grave riesgo de supervivencia. Se precisa una clara voluntad política en el seno de NNUU que resuelva estas situaciones y garantice el acceso a la población en situación de necesidad humanitaria.

4. LA AYUDA HUMANITARIA DE LA UNIÓN EUROPEA

El mandato de la Comisión Europea en el campo de la Acción Humanitaria consiste en salvar, paliar el sufrimiento y proteger la vida de las personas afectadas por crisis humanitarias. Para ello se establecen las medidas para proporcionar ayuda y protección. Al margen de la gestión de la Ayuda Humanitaria colectiva, la Comisión también ayuda a facilitar la coordinación con los Estados miembro en su respuesta individual a las necesidades humanitarias.

La Comisión se encuentra concienciada y actúa para que la ayuda sea gestionada de la forma más eficaz y eficiente posible, no el objeto de que los recursos limitados tengan el mayor efecto para cubrir las necesidades de la población afectada.

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

La Unión Europea continúa siendo el mayor financiador de Ayuda Humanitaria a nivel internacional. En 2014, los fondos proporcionados conjuntamente por los países Europeos ascendieron a unos 8.000 millones de dólares. De ellos, la Comisión Europea contribuyó con un presupuesto inicial de fondos comunes de 1.273 millones de Euros; el resto fueron aportaciones individuales de los Estados. Destacan las aportaciones de Reino Unido, Alemania, Suecia y Noruega, que como en años previos son los mayores donantes de AH.

TABLA 4.13. APORTACIONES DIRECTAS DE LOS ESTADOS DE LA UE PARA FINANCIACIÓN DE AH DURANTE 2014

Estado	Cantidad en millones de Dólares
Reino Unido	2.000
Alemania	1250
Suecia	950
Noruega	700
Suiza	500
Dinamarca	450
Holanda	430
Francia	300
Bélgica	200
Irlanda	100

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

El presupuesto inicial asignado por la Comisión Europea a ECHO¹⁰, se incrementó a lo largo del año en 346 millones de Euros: 256 millones a través de la rectificación del presupuesto, 30 millones aportados por la RAE¹¹ y 60 millones fueron reasignados de

10. ECHO Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección Civil de la UE

11. Reserva para Ayuda de Emergencia

otros ámbitos de actuación. Esta ampliación del presupuesto se destinó a financiar necesidades provocadas por la crisis de Siria (que junto a otros instrumentos financieros sumaron más 3.000 millones de Euros) y para cubrir algunas de las necesidades originadas por la epidemia de Ébola (el total destinado por la UE superó los 414 millones de Euros en ayuda directa a los países de África Occidental afectados¹²).

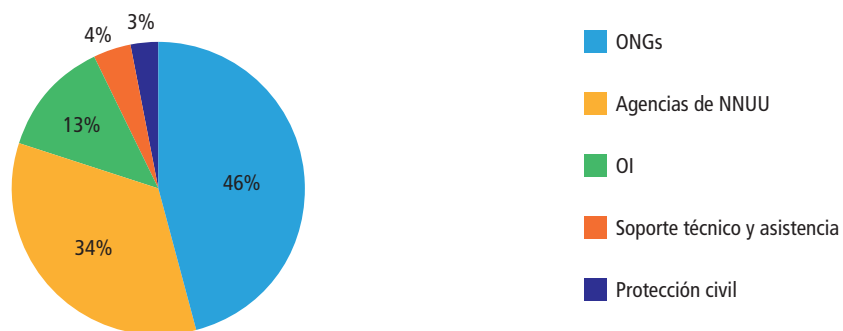
En su conjunto, la ayuda sirvió para atender las necesidades básicas de 121 millones de personas en 80 países afectados por catástrofes naturales, crisis armadas emergentes así como complejas y crónicas.

La evolución de las partidas destinadas por la Comisión Europea a AH durante los últimos años, muestra un incremento sostenido. Este se produce en concordancia con el mayor número y complejidad de las crisis humanitarias y con la persistencia de crisis crónicas infra financiadas. Pero el incremento de los fondos comunes no es suficiente, se debe fomentar mayor coherencia en las políticas de AH y un incremento en la coordinación a través del intercambio de información de los países para mejorar la eficiencia de la respuesta global de la UE a las crisis humanitarias.

4.1. Canalización de la ayuda de la UE

El 93% del presupuesto gestionado por ECHO en 2014, fue canalizado a través de los 200 socios con los que mantiene acuerdo marco de asociación para ejecutar la AH. Durante el año, se firmaron 742 contratos para implementar proyectos de AH en el terreno.

GRAFICO 4.1. CANALIZACIÓN DE LOS FONDOS DE ECHO A TRAVÉS DE CONTRATOS CON ORGANIZACIONES HUMANITARIAS EN 2014



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

12. Informe Anual de ECHO 2014

Casi la mitad de los fondos se distribuyeron a través de 109 ONGs, en su mayoría europeas con implantación internacional. Un tercio de la ayuda se canalizó vía 15 agencias humanitarias de Naciones Unidas, entre las que destacaron PMA, ACNUR, UNICEF, UNRWA y OMS. Las Organizaciones Humanitarias Internacionales como CICR¹³ y FICMLR¹⁴ vieron incrementada su financiación de proyectos en un 13% durante el pasado año. A parte de este aumento porcentual, no se aprecia un cambio significativo en el resto de la canalización respecto a años previos.

4.2. Destino geográfico de los fondos gestionados por ECHO

Por regiones, cerca de la mitad de la partida presupuestaria gestionada por ECHO se dirigieron acertadamente a África Subsahariana, donde se concentran la mayor parte de las crisis complejas que afectan a poblaciones en situación de mayor vulnerabilidad. Oriente Medio, afectado ampliamente por devastadores conflictos armados, recibió más de la cuarta parte de los fondos. Una menor cuantía, la décima parte de la ayuda, se dirigió al continente Asiático en respuesta a las catástrofes naturales que afectaron el Sudeste Asiático y a los conflictos en Asia Central. Latinoamérica y el Caribe fueron el destino del 5% de los fondos que sirvieron para financiar fundamentalmente las crisis causadas por catástrofes naturales.

Desglosando el destino de la ayuda por países afectados por crisis humanitarias, en África Subsahariana se encuentra Sudan del Sur donde 3,8 millones de personas recibieron ayuda humanitaria. A este país ECHO destinó 110 millones de Euros, que sumados a los aportaciones individuales de los Estados miembro supusieron un total de 267 millones. La ayuda se extendió a países limítrofes, no solo afectados por la crisis de las personas refugiadas sino también por conflictos internos como Sudan y Chad. La República Centroafricana, afectada igualmente por una crisis nivel 3 recibió ayuda por valor de 55 millones de Euros, incluidos 14 millones para los refugiados centroafricanos en los países vecinos, a lo que se sumaron la financiación de los Estados miembro que ascendieron hasta 128 millones de Euros. Los países de África Occidental afectados por la epidemia de Ébola recibieron ayuda por valor de 1.200 millones de Euros de la UE, de los cuales 414 fueron aportados por la Comisión Europea en ayudas directas a los países afectados y en investigación médica. Otros países prioritarios para la ayuda fueron Somalia en la región del Cuerno de África, y Mali en la región del Sahel.

13. Comité Internacional de la Cruz Roja

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

TABLA 4.14. EJECUCIÓN DEL PRESUPUESTO DE ECHO EN 2014 (EN MILLONES DE EUROS)

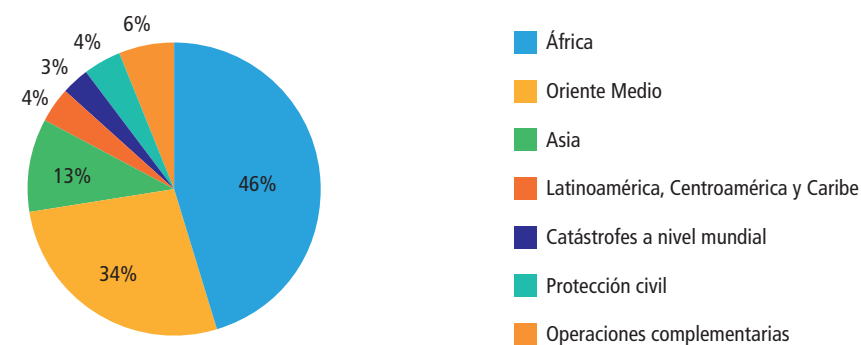
Región/país	Importe	%
África	572	45%
Sudán y Sudán del sur	143	
África central	77	
Grandes Lagos	56	
Cuerno de África	116	
África Austral, Océano Índico	7	
África Occidental	174	
Oriente Medio, Mediterráneo y países europeos vecinos	340	27%
Oriente Próximo	315	
Mediterráneo	12	
Países europeos vecinos	14	
Asia y Pacífico	133	10%
Asia Central	8	
Asia Suroccidental	94	
Sudeste Asiático y Pacífico	31	
América Central y América Latina, Caribe	48	4%
América Central y América Latina	24	
Caribe	24	
Catástrofes de alcance mundial	38	3%
Protección civil	48	4%
Dentro de la UE	29	
Fuera de la UE	19	
Voluntarios de ayuda de la UE	12	1%
Operaciones complementarias	82	6%
Total	1.273	100%

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

En Oriente Medio, el conflicto Sirio que sigue siendo una de las mayores crisis humanitarias del mundo recibió ayudas, tanto para la población desplazada dentro del país como para la población refugiada en países limítrofes, por valor de 3.000 millones de Euros, sumando las partidas de la Comisión Europea a las aportaciones individua-

les de los Estados miembro. Irak, otro de los países con conflicto interno, en el que 2 millones de personas desplazadas permanecieron en situación de necesidad extrema, recibió ayuda por importe de 163 millones de Euros. Yemen, sumido en un conflicto civil con cerca de 14 millones de personas en situación de necesidades humanitarias, fue receptor de ayuda por valor de 120 millones de Euros que sirvieron para paliar en parte las enormes necesidades de ayuda que precisó durante el pasado año.

GRAFICO 4.2. DESTINO GEOGRÁFICO DE LOS FONDOS COMUNES DE LA UE PARA AH EN 2014



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

En el Sureste Asiático Filipinas continuó recibiendo ayuda, 180 millones de euros, para la reconstrucción tras la devastación a finales de 2013 del Tifón Haiyan, que produjo el desplazamiento de 4 millones de personas. Otros países receptores de ayuda fueron Myanmar, para atender las necesidades de la población desplazada en el este y sur del país, y Bangladés. En Asia Central, Afganistán y Paquistán continuaron recibiendo la ayuda de la UE.

En Latinoamérica se continuó aportando ayuda a Colombia, donde persiste una de las más antiguas crisis y con mayor número de personas desplazadas. En la región del Caribe, se ha seguido financiando la reconstrucción de Haití. Y en Europa fue preciso proveer ayuda humanitaria a 600.000 personas desplazadas en el este de Ucrania. La Comisión Europea destinó 11 millones de euros para ayudar a paliar las necesidades de la población.

El análisis global del destino geográfico de los fondos para AH gestionados por ECHO muestra la asignación prioritaria a 12 países denominados extremadamente vulnerables, dentro de los 35 identificados como de alta prioridad. Entre estos, aparecen la República Centroafricana, Sudán del Sur, República Democrática del Congo,

Afganistán, Siria o Yemen. A estos habría que sumar los países afectados por la crisis del Ébola y los conflictos crónicos infra financiados, como la situación de la población refugiada Saharai, la de Bangladés o Colombia.

4.3. Estrategia de Acción Humanitaria de la Comisión Europea

EN 2014 las políticas de Acción Humanitaria de la Comisión Europea priorizaron 3 áreas: fortalecimiento de la respuesta a las emergencias, reducción del riesgo de desastres y apoyo a la resiliencia de las poblaciones afectadas y mejora de la eficiencia de la ayuda.

Respecto al fortalecimiento de la respuesta a las emergencias, no solo se produjo un incremento en la financiación sino que se potenció el funcionamiento del recién creado Centro de Coordinación de Respuesta a la Emergencia, lo que se tradujo en un incremento de la Capacidad de respuesta de la UE para atención a las necesidades humanitarias internacionales.

Referente a la resiliencia, ECHO ha apostado por la promoción de nuevos enfoques para combinar de manera eficaz la ayuda humanitaria y el desarrollo. Ejemplo del desarrollo de esta agenda es el programa REST, puesto en marcha en Etiopía para reforzar la resiliencia combinando la AH y el desarrollo. Otro ejemplo es la vinculación de la AH y el desarrollo a través de contribuciones del Fondo Europeo de Desarrollo (FED), del Instrumento de Cooperación al Desarrollo (ICD) y de la DG ECHO.

En la valoración de la gestión llevada a cabo por ECHO es de destacar la rápida respuesta, con la disponibilidad de financiación, ante situaciones de emergencia. Más allá de lo acertado de la respuesta del Departamento de Ayuda Humanitaria, es reseñable el esfuerzo de la Comisión Europea por potenciar esta vía de canalización multilateral de financiación de la Acción Humanitaria por parte de los Estados miembro.

5. LA ACCIÓN HUMANITARIA ESPAÑOLA

Tras tocar fondo el año anterior, la AOD española destinada a la Acción Humanitaria experimenta en 2014 un ligero repunte que no es suficiente para poder deducir que se trata de un cambio de tendencia. Por tercer año consecutivo la partida para Acción Humanitaria se mantiene en niveles muy bajos, representando tan solo el 12% de los fondos desembolsados hace tan solo 5 años.

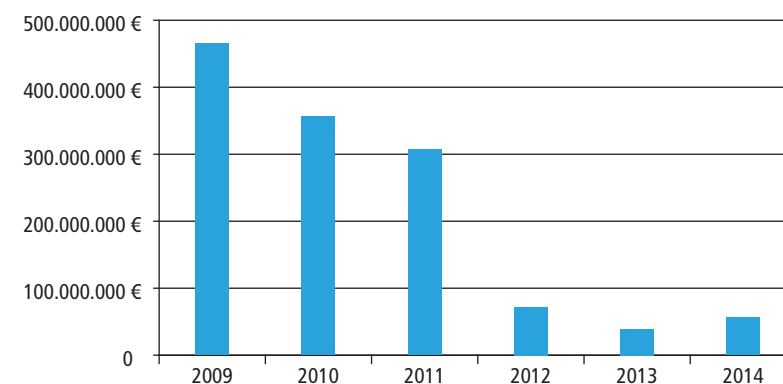
Un año en el que las necesidades humanitarias han crecido en magnitud como consecuencia del recrudecimiento de los conflictos armados activos, de la mayor crisis de personas de refugiadas de los últimos 60 años y por una devastadora epidemia

de Ébola que ha puesto en jaque a varios países del África Occidental, otra vez más la Cooperación Española no ha estado a la altura para dar respuesta a las necesidades de 150 millones de personas afectados por crisis en todo el planeta.

Mientras la Ayuda Humanitaria Internacional creció un 9%, alcanzando los 24.000 millones de dólares, los 55,8 millones de euros de la AH española no pueden considerarse una gran contribución. España ha pasado de ser un donante marginal en el ámbito de la Acción Humanitaria Internacional.

En el gráfico se aprecia una injustificada tendencia a la reducción de la financiación de la AH, en tiempos en los que un tercio de las necesidades mundiales están sin cubrir, lo que denota el escaso interés de la Cooperación Española por la ayuda humanitaria.

GRAFICO 4.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Dentro de la Cooperación Española, la Acción Humanitaria ha perdido su singularidad, para convertirse en algo anecdótico. Con un 3.9% sobre el total de la AOD, se aleja de la recomendación del CAD y de los compromisos internos de destinar al menos el 7% del total de la AOD a AH. Este recorte no solo es achacable a la Administración General del Estado sino que también es atribuible a la cooperación descentralizada.

Si bien en el Plan Director de la Cooperación Española de 2013 a 2016 se plantea como objetivo la mejora de la calidad y la eficacia de la Acción Humanitaria, esta no puede darse si no se acompaña de una financiación suficiente.

5.1. Canalización de fondos

En 2014 desaparece la canalización de fondos a través de la vía multilateral, apostando decididamente por el modelo bilateral. No solo no se distribuyó ni un solo Euro por esta vía, sino que además se contabiliza un déficit negativo de 1 millón de Euros comprometidos en 2013 para los fondos CERF, que no se llegaron a asignar.

El tímido incremento de la Ayuda Humanitaria no ha tenido reflejo en el compromiso de apoyar los fondos comunes. Se desvanece así la apuesta por la multilateralidad que convirtió a la Cooperación Española en un referente a nivel internacional.

TABLA 4.15. DESGLOSE DE LA AOD DESTINADA A AH POR VÍA DE FINANCIACIÓN

Vía de financiación	2013	2014	Variación 13/14
Bilateral	20.981.538 €	24.030.019 €	3.048.482 €
Multilateral	16.853.654 €	31.849.184 €	14.995.530 €
Multilateral	1.000.000 €	- €	-1.000.000 €
Total	38.835.192 €	55.879.203 €	17.044.011 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Se desglosa la vía bilateral en bilateral pura y multilateral. En este segundo caso, aunque las partidas se asignan a Agencias de NNUU u Organismos Internacionales, es el donante quien decide a qué agencia, país y programa destina los fondos. Se interfiere de esta manera en la planificación de la financiación de crisis humanitarias en función de las necesidades de la población afectada.

5.1.1. LA AYUDA HUMANITARIA BILATERAL

Los fondos canalizados por la vía bilateral ascendieron a 24 millones de euros, lo que supone un 43% de la Ayuda Oficial para Acción Humanitaria y un descenso de 11 puntos porcentuales respecto al año anterior.

Al igual que en los años previos, las ONG siguen siendo las principales entidades canalizadoras de la ayuda humanitaria bilateral. Analizando con más detalle los datos se aprecia una ligera disminución en el porcentaje asignado a las ONGs Españolas, que no obstante siguen gestionando casi el 86% de estos fondos. Por el contrario, los fondos asignados para su gestión a ONGs Internacionales, Cruz Roja y Media Luna Roja Internacional, se duplicaron hasta superar el 7%.

TABLA 4.16. AOD ESPAÑOLA BILATERAL PARA AH POR VÍAS DE CANALIZACIÓN

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2013	2014
Entidades públicas del país donante	996.362 €	389.063 €
Entidades públicas del país socio	206.144 €	911.150 €
ONGD Internacionales	760.000 €	1.722.800 €
ONGD del país donante	22.131.637 €	20.610.377 €
ONGD del país socio	793.395 €	250.000 €
Otras ENL del país donante	33.355 €	1.500 €
Otras ENL del país socio		
Universidades públicas del país donante	26.310 €	38.471 €
Asociación Público-privados	1.000 €	
Redes	50.000 €	
Otras entidades	- 4.166.666 €	46.738 €
Entidades con ánimo de lucro en el país socio	150.000 €	
Entidades con ánimo de lucro en el país donante		59.920 €
Total	20.981.538 €	24.030.019 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

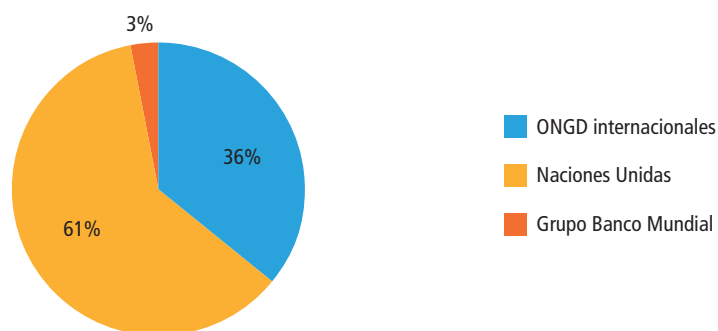
También creció la partida adjudicada a entidades públicas del país receptor hasta alcanzar casi el 4%, lo que supone una acertada política para fortalecer la capacidad de respuesta del sector público del país afectado por la crisis. Sin embargo, sigue sin valorarse las aportaciones a ONGs del país socio pues apenas alcanzaron el 1% del total de la ayuda bilateral. Sería deseable destinar una partida mayor de fondos a través de las organizaciones de la sociedad civil local, buenas conocedoras de las necesidades de la población afectada por la crisis y del entorno local. Apostamos por el establecimiento de consorcios con ONGs españolas que facilitarían la gestión de los fondos y la ejecución de la AH en el terreno.

5.1.2. LA AYUDA HUMANITARIA MULTIBILATERAL

La mayor partida para financiar la AH se llevó a cabo a través de la vía multilateral con casi 32 millones de euros, lo que representó el 57% del total de la ayuda oficial. Se trata de financiaciones dirigidas por el donante a determinadas crisis humanitarias, en gran parte a través de OMUDES¹⁵.

15. Organismos Multilaterales de Desarrollo y AH

**GRÁFICO 4.4. AOD ESPAÑOLA MULTIBILATERAL PARA AH EN 2014
POR VÍAS DE CANALIZACIÓN EN EUROS**



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Se mantiene la tendencia acertada de canalizar la mayoría de los fondos a través de agencias de NNUU, que recibieron para su gestión el 61% de esta partida. La mayor partida se destinó al Programa Mundial de Alimentos que recibió el 12%, seguida por ACNUR con el 9%, UNICEF el 7%, UNRWA el 5%, la OMS el 1% y la OIM el 0,5% de los fondos. UNOCHA recibió una aportación de 600.00 euros para las tareas de coordinación de la ayuda.

TABLA 4.17. CANALIZACIÓN DE LA AYUDA A TRAVÉS DE AGENCIAS DE NNUU

Agencia / Organización	Financiación en dólares
PMA	7.576.721
ACNUR	5.786.853
UNICEF	4.201.560
UNRWA	3.047.099
ERFOCHA	2.334.729
UNOCHA	760.589
FAO	539.119
OMS	512.000
IOM	334.157

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

La partida canalizada a través de organizaciones humanitarias internacionales experimentó un significativo crecimiento con respecto a años anteriores, hasta alcanzar el 36% de la ayuda multilateral. El CICR¹⁶ recibió el 11% de esta partida mientras que la Federación Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja recibieron el 14%.

TABLA 4.18. CANALIZACIÓN DE LA AYUDA A TRAVÉS DE AGENCIAS DE NNUU

Sistema de Cruz y Media Luna Rojas	Financiación en \$
FICRMLR	9.118.897
CICR	6.902.272
Cruz Roja España	2.916.969
Media Luna Roja Argelia	1.547.529
Cruz Roja Colombia	447.667
Cruz Roja Nigeria	315.259

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

Aunque se aprecia un esfuerzo en la concentración de fondos en las diferentes agencias y organizaciones, sin embargo aún persiste cierto nivel de fragmentación en un intento de cumplir con los compromisos internacionales que no favorece la eficiencia de la ayuda. En este sentido, financiaciones inferiores al millón de dólares incrementa el número de acciones financiadas con limitado impacto en cada una de ellas, al tiempo que multiplica los trámites administrativos de gestión. Sería deseable una mayor apuesta por concentrar los fondos aumentando la financiación media por acción.

5.1.3. LA AYUDA HUMANITARIA MULTILATERAL

La cooperación española definitivamente abandona esta vía de financiación de la Acción Humanitaria. Después de siete años en los que se había implicado en la contribución a fondos CERF¹⁷, llegando a convertirse en el quinto mayor contribuyente, 2014 es el año en el que no se realiza ninguna aportación. Se abandona un canal que permite a UNOCHA responder de manera rápida a las emergencias, hacerlo asignando fondos a agencias y organizaciones implementadoras de la ayuda, con criterios técnicos, de forma coordinada y en función de necesidades.

La contribución a los fondos ERF¹⁸, con una aportación de 2,3 millones, si bien forma parte de los fondos comunes gestionados por UNOCHA, son asignados des-

16. Comité Internacional de la Cruz Roja

17. Fondo Central de Respuesta a Emergencias

18. Fondo de Respuesta a Emergencias

de el país afecto por la crisis y es el donante el que marca el destino de los mismos. Por otra parte, en la contabilidad actual ya ha dejado de aparecer por indicación del CAD las aportaciones estimadas al fondo común de ECHO.

Sería deseable que la Cooperación Española retomara la senda de la financiación de fondos comunes para AH. Cumpliría así sus propios compromisos y seguiría las indicaciones del CAD que en el último examen de pares llevado a cabo recordaba el carácter estratégico de las contribuciones multilaterales.

5.2. Distribución geográfica de la Ayuda humanitaria

Dos regiones acaparan las dos terceras partes de los fondos, el continente Africano y Oriente Medio. La concentración de la Ayuda Humanitaria en estas regiones es concordante con ser las zonas del planeta más afectadas por crisis humanitarias. De hecho en ellas se produjeron las 4 emergencias catalogadas de nivel 3 por el sistema de Naciones Unidas.

TABLA 4.19. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR REGIONES DE LA AH ESPAÑOLA

Regiones	2014	%
África del Norte	2.241.260 €	4,01%
África Subsahariana	17.607.421 €	31,51%
África, no especificado	954.757 €	1,71%
América Central	1.247.470 €	2,23%
América Latina no especificado	51.168 €	0,09%
América del Sur	1.286.154 €	2,30%
Asia del Sur	375.000 €	0,67%
Asia Oriental	4.190.971 €	7,50%
Europa	80.000 €	0,14%
Oriente Medio	17.698.783 €	31,67%
PVD no especificado	10.146.220 €	18,16%
Total	55.879.203 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

El continente Africano recibió el 37% de los fondos, que sirvieron para financiar la crisis del Sahel, destinar fondos a Mali, Chad y Mauritania, afectados por la violencia extremista y la inseguridad alimentaria, Sudan y Níger donde a los problemas previos se añadieron las inundaciones y la crisis humanitaria en Sudan del Sur. La República

Democrática del Congo y República Centroafricana recibieron el 2% y el 1,5% del total de la ayuda respectivamente. Pero la mayor partida presupuestaria se destinó a dar respuesta a la epidemia del Ébola en África Occidental. Se destinaron en total 12,3 millones de dólares, lo que supone el 20% del total de la ayuda para apoyar las actividades sanitarias asistenciales con personas afectadas y preventivas para el control de la epidemia. Aunque en menor cuantía, se mantuvo el apoyo a la población Saharai refugiada en Argelia que supuso el 6,5 % de la ayuda.

Oriente Medio recibió el 32% de la ayuda humanitaria oficial española. La guerra civil en Siria fue el destino del 20% del total de la ayuda, en un intento de hacer frente a las ingentes necesidades humanitarias. A lo que hay que sumar el apoyo a los países receptores de personas refugiadas en Líbano y Jordania. También se contribuyó a financiar la ayuda humanitaria a los 2 millones de personas desplazadas por el conflicto en Irak.

El Sureste Asiático fue destino del 7,5% de los fondos que se destinaron a actividades de emergencia y rehabilitación de las zonas devastadas por el Tifón Haiyan, en el archipiélago Filipino.

Latinoamérica recibió el 5% de los fondos. La mitad de esta partida se dirigió a Centroamérica, en concreto a Guatemala para paliar los estragos causados por los fenómenos meteorológicos. La otra mitad, a Sudamérica para atender las necesidades de los miles de personas afectadas por las inundaciones en Bolivia y Paraguay. Sobre lo inicialmente presupuestado se destinó una partida que por sí sola supuso el 3% de la ayuda a la crisis de los refugiados en Colombia.

TABLA 4.20. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA POR PAÍSES DE LA AH ESPAÑOLA 10 MAYORES

PAÍSES	2014
Siria	9.018.445 €
Territorios Palestinos	8.049.138 €
Sierra Leona	5.467.652 €
Filipinas	4.190.971 €
Níger	2.175.000 €
Población Saharai	2.149.772 €
Mali	1.977.368 €
Liberia	1.754.000 €
Sudán del Sur	1.720.238 €
Guinea	1.428.350 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

La distribución de la ayuda por regiones y países resulta, globalmente, coherente con las necesidades humanitarias generadas por las emergencias sobrevenidas, cubriendo las 4 crisis afectadas por conflictos bélicos, consideradas nivel 3 por Naciones Unidas, junto a la catástrofe que afectó a Filipinas en 2013. También se atendieron las crisis que afectaron a África Subsahariana, incluida la epidemia del Ébola, y a Oriente Medio.

Se mantiene la tendencia de dirigir la mayor cuantía de los fondos a África subsahariana, sin duda la región del planeta más castigada por crisis humanitarias y con menor capacidad de respuesta. Al tiempo se mantiene la ayuda a conflictos crónicos olvidados de interés estratégico para la Cooperación Española, como son el conflicto Saharaui y el que afecta a Colombia.

5.3. La Ayuda humanitaria por sectores

Analizando la distribución sectorial de la ayuda, se aprecia que los sectores básicos fueron los priorizados; es decir, salud, seguridad alimentaria y nutrición, abastecimiento de agua, saneamiento y promoción de la higiene, protección y multisector referente a la atención a la población refugiada.

En 2014 destaca el sector salud que recibió casi un tercio del total de la ayuda. Esto se debe a la decisión de la Oficina de Ayuda Humanitaria de apoyar las actividades asistenciales en el tratamiento de personas afectadas por la epidemia de Ébola, así como financiar las acciones preventivas para el control de la misma en los países afectados de África Occidental.

En segundo lugar, aparece seguridad alimentaria y nutrición con un 15% del total, en consonancia con la estrategia de dar respuesta a las necesidades alimentarias de cerca de 20 millones de personas en la región del Sahel. Países como Níger, Mali, Chad, Mauritania o Sudan recibieron esta ayuda dirigida fundamentalmente a menores para evitar la desnutrición aguda.

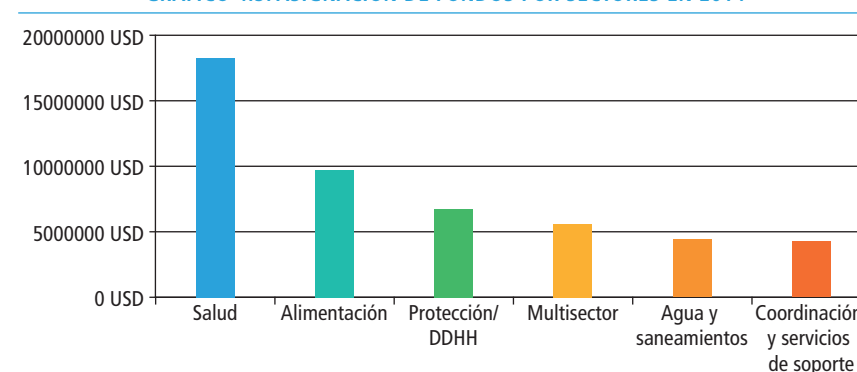
Las acciones multisector, muy ligadas a población refugiada, alcanzaron el 9% del total de la ayuda. Una partida necesaria de acuerdo a la gran crisis de refugiados que durante 2014 ha afectado a Centro Africa y Oriente Medio.

Otro de los sectores básicos, el agua y saneamiento, supuso el 7% del total de la ayuda que se destinó a financiar actividades de abastecimiento de agua, a saneamiento y acciones de promoción de la higiene con poblaciones afectadas por catástrofes naturales, como las inundaciones sufridas en el continente americano y las causadas por el tifón Haiyan en Filipinas.

A protección se destinó el 10,5% que sirvió para garantizar la seguridad de las poblaciones desplazadas y refugiadas en zonas en conflicto. Una tarea especialmen-

te necesaria en el conflicto de Siria, con aplicación a los países limítrofes, y en Centro África en países como Sudan del Sur, RCA y RDC.

GRÁFICO 4.5. ASIGNACIÓN DE FONDOS POR SECTORES EN 2014



Fuente: Elaboración propia a partir de datos FTS de OCHA

A tareas de coordinación de la Acción Humanitaria se destinó el 7%. Esta responsabilidad recae en el ámbito internacional en UNOCHA, que juega un papel clave en la coordinación de la ayuda humanitaria en las emergencias en general y especialmente en los megadesastres, donde se concentra gran número de actores humanitarios por lo que su liderazgo y capacidad de organización se antoja fundamental. También es clave su papel en el plano institucional, para preservar el equilibrio que deben guardar en sus intervenciones las Agencias de Naciones Unidas. Estas, en algunas ocasiones, compiten por la captación de fondos y por el liderazgo en el terreno, en estos casos UNOCHA garantiza asignación proporcionada de los fondos disponibles.

TABLA 4.21. AOD ESPAÑOLA NETA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA EN 2014, POR SECTORES CRS Y CANALES

Ayuda Humanitaria	Bilateral	Multilateral	TOTAL
Ayuda y servicios materiales de emergencia	15.170.402 €	19.342.794 €	34.513.197 €
Ayuda alimentaria de emergencia	2.487.859 €	4.200.000 €	6.687.859 €
Coordinación	1.600.104 €	5.706.389 €	7.306.493 €
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	758.595 €	1.000.000 €	1.758.595 €
Prevención de desastres	4.013.059 €	1.600.000 €	5.613.059 €
TOTAL AH	24.030.019 €	31.849.184 €	55.879.203 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Un abordaje con enfoque de sectores CRS según el criterio del CAD muestra como el 75% de la ayuda se destinó a intervenciones de emergencia. Supone una partida similar a años previos y manifiesta la apuesta por centrar el grueso de la ayuda en la fase de emergencia de las crisis. La gran mayoría de estos fondos sirvió para financiar bienes y servicios necesarios durante las emergencias humanitarias y un 12% para cubrir las necesidades alimentarias de las poblaciones afectas por crisis.

Sin embargo, la escueta partida del 3% destinada a la reconstrucción y rehabilitación, no es acorde ni coherente con el compromiso de la cooperación española de vincular la ayuda de emergencia con el desarrollo. Sería deseable que esta partida se incrementase sustancialmente para poder cerrar en condiciones el ciclo natural de las emergencias.

Aunque supone una variación negativa importante con respecto al año previo, la partida destinada a la prevención del riesgo de desastres se sitúa en el 10%. Una cuantía acorde con las recomendaciones pactadas en los acuerdos de la conferencia de Hyogo. Una ayuda que sin duda va a servir para afianzar los sistemas de prevención y respuesta a catástrofes naturales en las regiones con alta probabilidad de ser afectados por estos fenómenos de la naturaleza. Consideramos una apuesta estratégica acertada que va a contribuir a mejorar la eficacia de estos sistemas en países más expuestos, que a su vez cuentan con escasos recursos para hacerles frente.

5.4. La Ayuda Humanitaria por agentes

El principal agente estatal en aportar fondos para la Acción Humanitaria fue el Ministerio de Asuntos Exteriores y Cooperación. Tras años en los que había compartido protagonismo con otros ministerios, en 2014 acaparó el 99,9% de los fondos destinados para Acción Humanitaria. Sin embargo la Oficina de Acción Humanitaria (AOH) de la AECID tan solo gestionó parte de estos reducidos fondos. Sería deseable que gestionara la totalidad de los mismos, lo que garantizaría la gestión técnica de la financiación de la Acción Humanitaria.

La AOH asignó parte los fondos a ONGs españolas para intervenciones de emergencia en crisis, otra parte se utilizó para la compra local de equipamiento humanitario y el envío de material humanitario y de equipos de rescate y sanitarios al terreno. Todo ello en el marco de la especialización en los sectores de ayuda alimentaria, salud, agua y saneamiento.

La Oficina de Acción Humanitaria sigue apostando por mejorar la eficiencia y la calidad de la Acción Humanitaria. En esta línea continúa realizando un provechoso trabajo para integrar una concepción avanzada de la ayuda, mediante la adhesión a iniciativas e instrumentos que rigen la AH en el ámbito internacional. Se continúa

avanzando en el área de la Prevención de Riego de Desastres, en coherencia con la firma del protocolo de Hyogo. Sin embargo persiste el retraso en hacer operativos los principios de la Good Humanitarian Donorship y el aplicar las directrices del Consenso Europeo de Acción Humanitaria, calve para garantizar la coherencia de políticas respecto a respuesta humanitaria en función de necesidades.

La OAH se ha involucrado en la preparación de los temas de debate de la Cumbre Humanitaria Mundial, prevista para el mes de mayo de 2016 en Estambul. En esta línea, ha fomentado el debate de los temas y asuntos a tratar en la cumbre, facilitando encuentros entre los diversos actores de la AH española. Está participando activamente en el proceso de consultas estatales, estableciendo su posición a los cuatro ejes temáticos que se van a tratar en la cumbre: (i) la eficacia humanitaria, (ii) la reducción de la vulnerabilidad y gestión del riesgo, (iii) la transformación a través de la innovación y (iv) atender las necesidades de las personas en conflicto. En este proceso, la AOH ha involucrado a las ONGs españolas atendiendo a nuestros planteamientos y posición en relación a estos aspectos estratégicos de la AH.

Se reconoce la tarea de coordinación de la Oficina de Acción Humanitaria integrando al resto de agentes autonómicos, ONGs y entidades en los procesos de respuesta a las emergencias humanitarias. Un esfuerzo con resultados provechosos en un intento de aglutinar la amplia fragmentación de la AH española. Sin duda, la oficina debería incrementar su influencia para fomentar la complementariedad de las administraciones descentralizadas para fortalecer la eficacia de la ayuda.

También hay que hacer referencia en este informe a la participación del Ministerio de Defensa. Aunque con una cifra minúscula, se mantiene su aportación en 2014. Para las ONGs es una cuestión de principios el no considerar las intervenciones realizadas por el ejército como humanitarias. Insistimos en el seguimiento de las Directrices de Oslo respecto a la utilización de medios militares para la respuesta humanitaria de manera restringida en los supuestos de falta de capacidad de repuesta por las Organizaciones Humanitarias y en aspectos logísticos.

6. LA AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA

Los fondos destinados para Acción Humanitaria por la cooperación descentralizada, disminuyeron a 11 millones de euros en 2014. Esta cantidad supuso el 20% del total de la Cooperación Española y toca fondo en el mantenido descenso de las aportaciones descentralizadas.

TABLA 4.22. AOD DE LA COOPERACIÓN DESCENTRALIZADA PARA AH EN 2014 POR CANALES

AGENTES	BILATERAL	MULTIBILATERAL	TOTAL
CCAA	7.969.315 €	1.100.000 €	9.069.315 €
EELL	2.051.438 €	16.000 €	2.067.438 €
Universidades	38.471 €		38.471 €
TOTAL	10.059.224 €	1.116.000 €	11.175.224 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

En el análisis de la ayuda descentralizada, las comunidades autónomas aportaron 9 millones de euros, un millón menos que el año previo. Las entidades locales incrementaron ligeramente su contribución mientras que las Universidades figuran con una aportación testimonial. Sin embargo es reconocido el valor añadido de estas entidades académicas en aspectos de aportación de conocimientos, investigación y formación que contribuyen a la mejora de la calidad de las intervenciones de Acción Humanitaria.

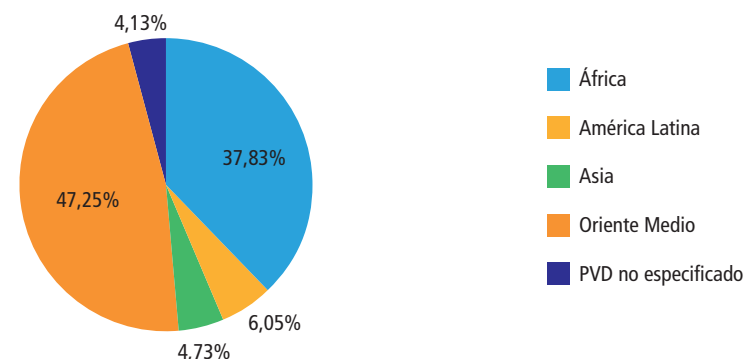
TABLA 4.23. AYUDA HUMANITARIA POR CCAA

CCAA	2014	%
Andalucía	4.081.389 €	45,00%
Aragón	235.000 €	2,59%
Asturias	211.489 €	2,33%
Baleares	50.000 €	0,55%
Cantabria		
Canarias	30.000 €	0,33%
Cataluña	231.734 €	2,56%
País Vasco	2.588.180 €	28,54%
Castilla-La Mancha	360.000 €	3,97%
Castilla y León	100.000 €	1,10%
Extremadura	106.000 €	1,17%
Galicia	334.238 €	3,69%
La Rioja		
Madrid	100.000 €	1,10%
Melilla		
Murcia		
Navarra	266.286 €	2,94%
Comunidad Valenciana	375.000 €	4,13%
TOTAL	9.069.315 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

En el desglose por Comunidades Autónomas, se aprecia un claro protagonismo de dos de ellas, la Cooperación Andaluza y la Vasca. Entre ambas suman las dos terceras partes del total de las aportaciones descentralizadas. La Comunidad Andaluza con 4 millones de Euros, mantiene su constante compromiso a lo largo de los años con la Acción Humanitaria. En una línea similar, la Cooperación Vasca aportó 2,5 millones de euros por lo que es resaltable la apuesta de ambas por financiar esta ayuda que se mantiene a lo largo del tiempo. Otras comunidades destacadas, pero a distancia de las referidas, son la Comunidad Valenciana, Castilla-La Mancha, Galicia, Navarra y Aragón. En el resto de comunidades la partida destinada a ayuda humanitaria fue testimonial cuando no nula, como es el caso de Cantabria, Murcia o La Rioja.

GRÁFICO 4.6. AYUDA HUMANITARIA DESCENTRALIZADA POR REGIONES DE DESTINO



Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Geográficamente casi la mitad de la ayuda descentralizada se destinó a Oriente Medio, más de 4 millones de euros, concretamente a la crisis Siria y países limítrofes, así como a paliar la destrucción de la Franja de Gaza en el verano de 2014. Un tercio de la ayuda se dirigió al continente Africano, concretamente 3,4 millones de euros, que se asignaron a paliar los efectos de la crisis en el Sahel y la epidemia de Ébola, así como una partida destinada a cubrir las necesidades básicas de la población refugiada Saharaui. América Latina fue destino de una pequeña partida de medio millón de euros, dirigidos a las personas afectadas por las inundaciones. Cantidad similar se asignó para paliar la destrucción causada por el Tifon Haiyan en Filipinas.

TABLA 4.24. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES DE LA AH DESCENTRALIZADA

AH por sectores CRS	2014
Ayuda y servicios materiales de emergencia	5.743.310 €
Ayuda alimentaria de emergencia	2.021.826 €
Coordinación de los servicios de protección de la ayuda	90.710 €
Ayuda a la reconstrucción y rehabilitación	693.827 €
Prevención de desastres	519.643 €
Total	9.069.315 €

Fuente: Elaboración propia a partir de datos SGCID

Por sectores, el reparto de la ayuda sigue el mismo patrón que el de la AGE, concentrando más del 85% en la respuesta a la emergencia. El 63% de los fondos se asignaron a la provisión de servicios materiales de emergencia y el 22% a la ayuda alimentaria de emergencia. La ayuda a la reconstrucción y rehabilitación recibió un escaso 7% de los fondos, que no contribuye al principio de ligar la ayuda de emergencia al desarrollo. Menor cantidad fue destinada a la prevención de riesgo de desastres, que es considerado por la mayoría de agentes humanitarios un apuesta clave en regiones vulnerables afectadas repetidamente por fenómenos de la naturaleza que frenan una y otra vez sus posibilidades de desarrollo. Se debería llevar a cabo una distribución más equilibrada de las partidas por sectores CRS para garantizar una mayor eficacia en respuesta humanitaria.

En el análisis global, la disminución de la financiación de la AH por parte de las CCAA obedece a una estrategia de concentración de recursos en programas de desarrollo. Una tendencia a nuestro juicio acertada, dadas las características de inmediatez y flexibilidad que aconseja que este tipo de ayuda y nuestra recomendación de que sea la Oficina de Ayuda Humanitaria de la AECID la que gestione este tipo de crisis.

LOS NUEVOS DESAFÍOS FRENTE A LA CRISIS MIGRATORIA

Si bien es cierto que los flujos migratorios internacionales se remontan siglos atrás, en los últimos 10 años, desde la salida de cayucos de Mauritania hacia Canarias en 2006, la migración hacia Europa ha tenido y está teniendo tintes dramáticos y características de movimientos masivos, incrementándose exponencialmente en los últimos dos años con las salidas desde Libia y Turquía.

Más allá de las razones subyacentes (conflictos internos, migraciones económicas, etc.) lo llamativo es el riesgo y la odisea a la cual se enfrentan miles de personas de forma más o menos consciente durante su ruta y, a menudo, también, en los destinos de acogida. La vulneración de derechos humanos a la cual estas personas están expuestas es, en gran medida, un elemento común a todas las rutas: detenciones arbitrarias, trata, tráfico de personas, extorsiones y otras formas de explotación que causan trauma y/o sufrimiento. Obviamente, el riesgo de la travesía según la ruta elegida puede ser fatal. Por ello, en el ámbito de la cooperación, tanto el sector humanitario como el de desarrollo están abordando la problemática, no sin inquietudes, explorando formulas nuevas y generando muchos debates sobre las áreas grises, los derechos humanos, la responsabilidad de los estados, las modalidades de atención de estos colectivos, siendo consciente de que es un gran desafío para todos.

A continuación, analizaremos algunos de los elementos que inequívocamente hay que tener en cuenta para avanzar en la práctica y respuesta humanitaria.

Aparte de la exigencia de una re-conceptualización de la migración como fenómeno que no se va a detener, y que necesita también ser valorado con una perspectiva de largo plazo (según la Organización para la Seguridad y la Cooperación en Europa (OSCE) y la Oficina Internacional del Trabajo (OIT), la inmigración podría subsanar carencias de mano de obra y en parte compensar el envejecimiento de la población de Europa. "Los humanitarios", deben estar preparados para enfrentarse a una tipología de acciones que requieren una adaptación, modalidades de respuesta y flexibilidad continua, teniendo en cuenta también la variabilidad de las rutas. Los conflictos (Siria, Afganistán, Iraq, Yemen, Libia, Mali) y las situaciones de inestabilidad (Somalia, Sudan, Estado Islámico, Boko Haram, etc.), siguen marcando este decenio que se caracteriza por su complejidad y falta de soluciones a corto-mediano plazo. Tenemos que esperar que estos flujos continúen y generen necesidades humanitarias crecientes en origen, en las rutas y también en los países de acogida. Los problemas que acarrearán, demandan una respuesta inédita para los humanitarios, para los actores institucionales y del desarrollo y, en general, políticas de integración social y de protección. Es evidente que las medidas adoptadas hasta la fecha y el debate generado alrededor de la migración y los refugiados en Europa, dejan de manifiesto como muchas cuestiones legales de aplicación de política de asilo, de coordinación operacional e interinstitucional no están resueltas y alguna de ellas se encuentran todavía en fase de test. Es el caso del nuevo enfoque Hotspot, que debería poner en marcha una más estrecha interacción entre organizaciones de la UE - EU Regional Task Force, autoridades nacionales y actores internacionales como Itepol, OIM, ACNUR y ONGs. Este enfoque está dando sus primeros pasos en Italia y Grecia. Tan solo algunos años atrás, nadie habría imaginado este entorno desafiante con actores humanitarios como MSF dedicándose al rescate en mar abierto (Argos y Dignity I rescatando más de 15.000 personas) en el Mediterráneo y a operaciones humanitarias en tránsito en países de los Balcanes. Esta coyuntura difícil, la confrontación entre países, la falta de un posicionamiento común, ponen en evidencia la escasa solidaridad de algunos y, a la vez, la necesidad de que el derecho internacional humanitario sea tomado en cuenta por los estados. Los actores humanitarios, por vocación, no pueden mirar a otro lado, deben luchar por la dignidad humana, hacer incidencia hacia los actores institucionales y encontrar fórmulas para responder a estos desafíos:

- Por un lado, se debe abogar por políticas y medidas que aseguren soluciones legales a los demandantes de asilo, simplificando los procesos de reconocimiento y registro. No es racional pensar en contener las “llegadas” sellando las fronteras, porque estas medidas no hacen más que fomentar los viajes desesperados, poner los migrantes y refugiados a merced de los traficantes e incrementar las operaciones de *search and rescue* que no constituyen una solución a mediano-largo plazo;
- Por otro, poner en marcha operativos de protección, asegurando condiciones mínimas de cobertura de necesidades básicas (abrigo, agua, apoyo psicosocial y servicios de salud) adaptadas a las poblaciones en movimiento. La flexibilidad de los actores humanitarios es imperativa y para ello se está contemplando la necesidad de servicios de orientación, acceso a información fidedigna, acceso a redes de comunicación donde la tecnología y la coordinación juegan un papel muy importante que demandan de cierta propensión a la innovación por parte de los actores implicados.

Quizá la noción de emergencia humanitaria esté cambiando, así como las modalidades de respuestas frente a estos tipos de crisis cuya frontera entre humanitarios y actores de desarrollo resulta difuminada.

Tampoco hay que olvidar que, junto con los que siguen su ruta y tras la odisea llegan a su destino en los países de acogida, miles de personas quedan atrapadas en países de tránsito y sufren discriminaciones y vulneraciones de los derechos humanos. Estas personas también merecen una atención.

7. EL ÉBOLA, UNA ENFERMEDAD, DE NUEVO, CASI OLVIDADA: EXPERIENCIAS EN TERRENO

Han transcurrido casi dos años desde la aparición del primer caso del actual brote epidémico de ébola en África Occidental, en diciembre de 2013. Desde hace algunos meses, los diversos actores —organismos internacionales, ONG, ministerios de salud— que han tomado parte en su respuesta, se aplican a extraer lecciones de esta experiencia desde diversos enfoques y aproximaciones.

Estamos hablando de una epidemia con más de 28.000 casos, que ha causado más de 11.000 muertes y que ha afectado a 9 países, 3 de ellos con transmisión generalizada e intensa. Sin negar la importancia de estas cifras, no podemos obviar que la dimensión de la epidemia no viene marcada solo por ellas. Ni siquiera en Sierra Leona, Guinea o Liberia constituye la primera causa de muerte o enfermedad. Todavía siguen muriendo más 17.000 niños y niñas al día en el mundo por causas evitables y 800 mujeres por causas relacionadas con el embarazo y el parto. Pero, evidentemente, cuando hablamos de ébola, hablamos de algo más.

El tratamiento de los medios de comunicación que dieron una amplísima cobertura, sobre todo en el segundo semestre del 2014. Un ejemplo: entre mediados de julio a mediados de septiembre de ese año, se publicaron en los medios españoles unas 1.075 noticias sobre ébola, en las que el 31% incluían la palabra miedo y el 34% la palabra muerte.

Es indudable que se trata de una enfermedad espectacular en sus signos y síntomas, sin tratamiento eficaz, lo cual, como decía Susan Sontag, la hace una perfecta candidata a cargarse de significados. Así, la enfermedad misma se vuelve metáfora y en su nombre se le atribuye ese horror a otras cosas y la enfermedad se adjetiva y resulta invariablemente moralista.

Sin embargo, no debemos olvidar que los efectos del ébola van más allá de las muertes que ocasiona o de las personas que enferman. Tal vez las consecuencias más devastadoras son las derivadas del debilitamiento y desestructuración que causa sobre los sistemas de salud. La población, que ya tenía una baja confianza en los servicios de salud, ha dejado de acudir por miedo tanto al contagio como a ser falsamente diagnosticado de ébola, y también a ser diagnosticado de ébola y ser “estigmatizado”.

Estamos hablando de sistemas de salud sumamente frágiles, que tienen que enfrentarse a la epidemia prácticamente sin medios materiales y con personal insuficientemente preparado. Este personal, como es de sobra conocido, ha sido especialmente golpeado por la epidemia y ha tenido que limitar sus actuaciones para protegerse (a sí mismos y a otros pacientes) del contagio. Un estudio realizado por la OMS demuestra que el personal sanitario, ha tenido en esta epidemia un riesgo entre 21 y 32 veces mayor que la población general adulta de contagiarse del ébola. Por seguridad, se han suspendido campañas de vacunación o se han limitado intervenciones quirúrgicas. En muchas ocasiones, además, también ha jugado un papel importante el estigma sobre familiares y vecinos, o el miedo al contagio. Este miedo ha repercutido en la atención a otras enfermedades febriles como la malaria, o en las que está implicado el contacto con sangre como el parto. Y por último, no tenemos que olvidar que la lucha contra el ébola ha supuesto una concentración de los recursos, tanto humanos como económicos, que ha ido en detrimento de otros programas básicos de atención primaria de salud.

Otras consecuencias más cualitativas son aquellas que tienen que ver con las estructuras comunitarias y familiares. Dicen que el ébola se contagia por todo aquello que nos hace humanos y, por tanto, limita las formas de expresar afecto, las concentraciones, reuniones. Afecta a familias enteras, se rompen las redes de apoyo. Como ya es conocido, afecta sobre todo a mujeres por su rol de cuidadoras tanto en la familia como profesionalmente, y a las personas más comprometidas de la comunidad.

Obviamente, el ébola tiene los efectos más devastadores cuando se encuentra con sistemas de salud débiles y con personal de salud no solo insuficiente sino, también, mal distribuido, con concentración en el área urbana y en el sistema hospitalario en detrimento de las áreas rurales y el primer nivel de atención. Existen graves carencias en formación pero también en supervisión, gestión y liderazgo o equipamiento. Lamentablemente, el gasto en salud de los países no ha crecido conforme a las recomendaciones internacionales. Los países de la Unión Africana se comprometieron en 2001, mediante la Declaración de Abuja, a aumentar el gasto gubernamental en salud hasta un 15% del total del gasto público pero, hasta la fecha, solamente 6 estados africanos han alcanzado esta cifra: Liberia, Madagascar, Malawi, Rwanda, Togo y Zambia.

No obstante, no podemos descargar toda la responsabilidad sobre los gobiernos nacionales. La comunidad internacional ha dejado mucho que desear en lo que al fortalecimiento de los sistemas de salud se refiere. A las políticas de austeridad, que han servido de excusa para realizar recortes importantes en la cooperación, hay que sumarle una cooperación en salud atomizada, que carece de visión global de las problemáticas y soluciones, repleta de programas verticales que actúan, a menudo, de manera paralela, debilitando más que reforzando el sistema en su conjunto.

Durante esta epidemia, han sido notorios los contrastes entre los discursos y las prácticas. Por poner un ejemplo: la hoja de ruta de la OMS del 28 de agosto de 2014 hace énfasis en la necesidad de intensificar los esfuerzos en la prevención y el abordaje comunitario y antropológico, pero esto no se tradujo, en la práctica, en las acciones ni en el apoyo presupuestario por parte de las grandes agencias donantes. Los fondos para actuar en los países fronterizos, para la preparación para la respuesta han sido escasos y han llegado tarde.

En estos momentos, Liberia ya ha sido declarada libre de ébola y esperamos que pronto puedan serlo también Sierra Leona y Guinea. Pero el ébola seguirá siendo una realidad que tendremos que tener presente en África Occidental. Los aprendizajes extraídos de estas experiencias, deberían ir más allá de la mejora del abordaje de la propia epidemia y ser de utilidad para análisis más estructurales como, por ejemplo, acerca del fortalecimiento de los sistemas públicos de salud como la única alternativa para protegernos de este tipo de epidemias, o el papel que debe tener la cooperación internacional, tanto en cantidad como en calidad.

El trabajo de Médicos del Mundo y medicusmundi en la epidemia del Ébola

Dos de las organizaciones de este informe han estado trabajando en los países afectados por esta epidemia, trabajando para evitar y controlar la expansión de la enfermedad y sus consecuencias.

Médicos del Mundo comenzó sus proyectos en Sierra Leona en 2003, como parte de la respuesta posterior al conflicto armado a través de programas de atención primaria de la salud en diferentes partes del país. Desde 2006, centraron sus esfuerzos en el Distrito de Koinadugu y en el apoyo al Equipo de Gestión de Salud del Distrito, el fortalecimiento de los servicios de atención primaria de la salud, especialmente centrada en la salud sexual y reproductiva y la movilización social. Cuando en el 2014 estalló la epidemia de ébola en Sierra Leona, Médicos del Mundo, en partenariatio con el Ministerio de Salud de Sierra Leona, el Comité Nacional de respuesta al ébola y las autoridades del distrito, trabajó para ofrecer una atención segura y eficaz a las personas sospechosas o contagiadas de EVD.

Desde diciembre de 2014, se añadió el distrito de Moyamba, como zona de intervención, concretamente en el centro de tratamiento contra el ébola, que contaba con 100 camas. Actualmente está funcionando como un centro de aislamiento, y cuenta con 30 camas. En el distrito de Koinadugu, Médicos del Mundo está trabajando actualmente en temas de infección, Prevención y Control en actividades de apoyo a 72 Unidades de Salud del distrito. Además, opera en dos centros de aislamiento, Kasumpe y Kumala, y en la realización de actividades de movilización social. En ambos distritos, se llevan a cabo también actividades con la comunidad y con los supervivientes en temas relacionados con salud mental para trabajar lo que ha supuesto psicológicamente la epidemia para las personas que han sobrevivido a ella y sus allegados. Del mismo modo, se está colaborando en la prestación de un servicio de oftalmología para los supervivientes, puesto que se ha detectado que un alto porcentaje se ha visto afectado por uveítis una vez que han sobrevivido al virus.

También se han desarrollado proyectos de prevención y preparación para la respuesta de ébola en Senegal (distritos de Sedhiou Kedougou) y en Mali (distritos Bafoulabé y Kenieba) a través de fortalecimiento institucional y fortalecimiento de la sociedad civil.

medicusmundi trabajaba en la región de Kenieba, Malí, antes de la epidemia. A finales de octubre de 2014 el ébola llegó a Mali desde Guinea Conakry. Kenieba era una zona de alto riesgo por ser fronteriza con Guinea Conakry y porque su actividad económica principal es la minera, con numerosas zonas de explotación, situadas de forma espontánea y a las que afluyen de manera incontrolada gran cantidad de per-

sonas de otras zonas. Esta circunstancia imposibilita a los centros sanitarios locales el poder disponer de datos fiables sobre la población a la que atienden, y supone un peligro real de propagación de una epidemia como ésta. Básicamente, el trabajo de **medicmundi** en la zona se centró en 4 actividades:

- El fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica: El Distrito Sanitario de Kéniéba intentó trabajar en un plan de contingencia epidemiológica para el ébola, que pretendía equipar de tiendas de aislamiento y dotar con recursos humanos cualificados un cordón sanitario en cuatro puntos diferentes de la zona. Pero, debido a la falta de recursos, sólo se ha podido asegurar uno de esos puntos, el que correspondía a **medicmundi**.
- El refuerzo de las capacidades del distrito para la gestión de eventuales casos de ébola.
- La capacitación de los actores sanitarios sobre las medidas de prevención del ébola, sobre todo a través de la formación de los Agentes de Salud Comunitaria de Malí en los protocolos de prevención de su Ministerio de Salud. El objetivo es que este personal pueda sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención a través de la higiene, la identificación de las prácticas de riesgo, los síntomas de la enfermedad y la importancia de acudir al centro de salud en caso de observar síntomas sospechosos, ya que la promoción de la salud y la sensibilización a la población son un elemento clave en la reducción de las tasas de contagio. El trabajo con los agentes de salud comunitaria (ASC) es fundamental, pues son personas bien conocidas en su comunidad, cuentan con su confianza y su labor de sensibilización llega casa por casa.
- Por último, la realización de actividades de promoción y comunicación entre la población del Distrito, especialmente en la comunidad escolar del mismo.

Como resultado del trabajo en la zona, se ha conseguido mejorar la capacidad de respuesta del Distrito Sanitario de Kéniéba ante esta crisis concreta, pero existen dudas de si el sistema estaría preparado ante otra nueva epidemia.

Estas experiencias en el terreno nos muestran que aún hay mucho trabajo por hacer, incluso aunque el ébola haya casi desaparecido como noticia. Los sistemas de salud de la mayoría de los países afectados, no tienen capacidad para responder a las necesidades de la población y siguen siendo extremadamente vulnerables ante cualquier eventualidad que les suceda.

Por lo tanto, ahora sería un buen momento de reflexionar sobre algunas de las preguntas que nos deja esta epidemia: ¿Qué se encuentra en la base de esta epidemia y su expansión? Las situaciones económico-políticas tanto locales como globales,

la fragilidad de los sistemas de salud, incluyendo la vigilancia epidemiológica, los condicionantes socioculturales,...

Debemos también cuestionarnos la respuesta de la comunidad internacional, específicamente el papel que jugó la OMS y los países más desarrollados, y si se tomaron las medidas y los compromisos necesarios en el momento oportuno.

¿Hemos aprendido algo ¿Estamos mejor preparados? Y si no, ¿qué necesitamos para ello? No parece que los sistemas sanitarios salgan realmente reforzados de esta crisis, y hay dudas sobre si las inversiones y esfuerzos aplicados han resultado rentables. Porque esta crisis no ha contribuido a una mejora estructural en la prestación de los servicios de salud y aunque la intervención internacional ha sido decisiva a la hora de controlar la enfermedad, de nuevo las sociedades enriquecidas se movilizan y comprometen preferentemente ante los estallidos coyunturales y no tanto ante la realidad cotidiana de un derecho a la salud inaccesible para la mayoría de la población.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

(i) Los ODM en Salud no se van a lograr. En 2014 se produjeron 5.840.000 muertes de niños menores de 5 años, 290.000 muertes maternas, 1.500.000 muertes por VIH/SIDA, 472.000 muertes por malaria y 1.460.000 muertes por tuberculosis.

Naciones Unidas valora positivamente los resultados conseguidos a nivel global, a pesar de reconocer que los avances no son equiparables ni en los 8 ODM, ni en las diferentes regiones del mundo. Establecer objetivos ambiciosos ha ayudado a conseguir avances muy considerables, ha generado nuevas e innovadoras colaboraciones y ha impulsado que la opinión pública pueda hacer un seguimiento de los mismos. Pero es difícil explicar cómo metas muy relacionadas han tenido resultados tan dispares, como haber conseguido disminuir la pobreza extrema a la mitad, pero no haberlo hecho con el hambre.

En cuanto a los ODM de salud, se han conseguido grandes avances, pero no se van a conseguir las metas propuestas: la mortalidad de menores de 5 años ha disminuido más de la mitad desde 1990, pero siguen muriendo 16.000 niños cada día, lejos de la meta propuesta de bajar de 31 muertes por cada 1.000 nacidos vivos; la tasa de mortalidad materna mundial también ha descendido a casi la mitad en el mismo periodo, pero siguen muriendo 800 mamás cada día; 35 millones de personas vivían con VIH en 2013, y solo 13,6 millones en 2014 recibían tratamiento antirretroviral (TAR), un 38%; La malaria sigue siendo un grave problema de salud pública, con unos 214 millones de casos anuales y 472.000 muertes en todo el mundo en 2014. La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas más importantes del mundo, causante de 1.460 mil muertes en 2013.

Tenemos los recursos, capacidades y conocimientos para haber mejorado las metas de los ODM en Salud, pero ha faltado un compromiso real para conseguirlo. Las nuevas estrategias de salud deben luchar contra la inequidad e intentar conseguir resultados sostenibles; para ello hace falta apostar por la Atención Primaria de Salud y el forta-

lecimiento de los sistemas públicos de salud, así como tener en cuenta la coherencia de políticas y la multidisciplinariedad de la salud.

(ii) La AOD española ha sufrido nuevos recortes y se ha situado en el 0,14% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.

Después de la ligera recuperación que se apuntó en 2013, la ayuda española ha vuelto a disminuir en volumen y en porcentaje sobre la RNB. La AOD neta ha sido en 2014 de 1.418 millones de euros, un 20% menos que el año anterior y un 18% menos de lo planificado en la Comunicación 2014. La ayuda planificada para 2015 permite pensar que este año tampoco va a haber un paso significativo de recuperación.

Después de los fortísimos descensos experimentados por la AOD española desde 2010 sería esperable que, en la medida que se comienza a hablar de recuperación económica en nuestro país, la política de cooperación, que ha sido la que ha sufrido en mayor medida los recortes, sea de las primeras en sentir la recuperación. De cara a las negociaciones sobre la futura agenda de desarrollo post-2015, la Cooperación Española debería transmitir señales positivas de recuperación y mayor compromiso.

(iii) La AOD para el sector salud se ha situado en el nivel más bajo desde el año 2000.

En 2014 se han destinado al sector salud 65 millones de euros de AOD bruta, es decir, un 3,5% menos de lo que se había planificado y casi un 20% menos que el año anterior. La salud ha representado el 4% del total de la AOD bruta. Esto supone que la AOD española destinada al sector salud se sitúa en el nivel más bajo desde que comenzamos a elaborar esta serie de informes, con el análisis de la AOD de 2001. Además, según las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) presentadas en la Comunicación 2015, la AOD en salud no solo no se recuperará en 2015 sino que, salvo que se produzcan desembolsos extraordinarios provenientes de asignaciones extrapresupuestarias, volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD, quedando en 48,5 millones y en un 2,64 % de toda la AOD bruta.

Es importante que la dotación de recursos de AOD que reciba el sector salud sea coherente con la importancia que históricamente ha tenido este sector en nuestra cooperación. En este sentido, es necesario que el sector salud deje de perder peso relativo en nuestra cooperación y comience una senda de recuperación.

(iv) En su conjunto, las cifras autonómicas en salud son las más bajas desde el año 2004.

En 2014 se ha producido un descenso del 22% en la AOD aportada por las CCAA. Por el contrario, se ha producido un ligero aumento de la ayuda que proviene de EELL. Observando la evolución de los últimos años de cada uno de estos agentes, podemos apreciar que la AOD de CCAA se ha reducido a menos de un cuarto del nivel más alto que alcanzó en 2008 y la de los EELL a menos de un tercio. Esta misma tendencia se aprecia en el sector salud, ya que durante 2014 la cooperación descentralizada ha destinado 22,5 millones de euros al sector salud, con un aporte autonómico de 16,66 millones (cinco millones menos que en 2013) y un aporte local de 5,88 millones (casi un 50% más que el año anterior), que han permitido financiar más de 630 pequeñas acciones de salud.

Es conveniente que la cooperación descentralizada dirigida al sector salud se desarrolle con más constancia y previsibilidad, sin tantos altibajos. Siendo los servicios de salud una competencia transferida a las CCAA, éstas pueden aportar experiencia y conocimiento en la cooperación en este sector.

(v) Por tercer año consecutivo, y a pesar del incremento en la respuesta internacional, la financiación de la Acción Humanitaria Española se mantiene en cifras testimoniales, ocupando un lugar marginal en el ámbito de la Cooperación Española

En un año en el que las necesidades humanitarias han crecido en magnitud como consecuencia del recrudecimiento de los conflictos armados activos, de la mayor crisis de personas de refugiadas en los últimos 60 años y por una devastadora epidemia de Ébola que ha puesto en jaque a varios países del África Occidental, otra vez más, la Cooperación Española no ha estado a la altura para dar respuesta a las necesidades de 150 millones de personas afectadas por crisis en todo el planeta.

Tras tocar fondo el año anterior, la AOD española destinada a la Acción Humanitaria experimenta, en 2014, un ligero repunte que no es suficiente para poder deducir que se trata de un cambio de tendencia de cara al futuro y ser valorado de forma positiva. Por tercer año consecutivo, la partida para Acción Humanitaria se mantiene en niveles muy bajos suponiendo tan solo el 12% de los fondos desembolsados hace tan solo 5 años.

A pesar de que la respuesta internacional se incrementó en el 9% con respecto al año anterior, los 55,8 millones de euros destinados a Acción Humanitaria por la

cooperación española son insignificantes. Suponen tan solo el 3,9% del total de la AOD española, lo que prácticamente le hace perder su singularidad, pasando a convertirse en algo anecdótico.

La Acción Humanitaria sigue siendo más necesaria que nunca por el incremento de las crisis humanitarias y el incremento de número de personas en riesgo de supervivencia. Por ello es preciso que la Cooperación Española cumpla su compromiso de destinar el 10% de la AOD a la Acción Humanitaria en 2016 y apueste por desarrollar su singularidad a través de una mejora en la calidad y eficiencia de la misma.

(vi) La AOD del Conjunto de países del CAD sigue distanciándose del compromiso del 0,7%.

El porcentaje del PIB destinado a AOD ha descendido en 2014 al 0,29%, como promedio del conjunto de países del CAD. También se ha producido una evolución negativa respecto al compromiso con los países menos desarrollados, ya que la ayuda bilateral destinada a este grupo de países se ha reducido un 16% respecto a 2013 y la destinada a África subsahariana, un 5%. Además, según una proyección hecha por la OCDE, se prevé que en el período 2014-2017 se produzca una reducción del 4% en la ayuda programable por país que el conjunto de países del CAD destinará a los PMA y otros países de renta baja.

A la vista de la amplitud de la nueva agenda de desarrollo, recogida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, es imprescindible que los países del CAD retomen sus reiterados –y hasta ahora incumplidos– compromisos de AOD para reforzar la viabilidad de dicha agenda. Especialmente importante será el compromiso con los PMA, en la medida que, para estos países, la AOD representa un mayor porcentaje de sus presupuestos públicos.

(vii) Se consolida el crecimiento de la AOD destinada a salud en el conjunto del CAD, que alcanza el 14,8% de toda la AOD neta, mientras la Unión Europea queda descolgada, con apenas un 3,66% de su ayuda.

En 2013 (último año del que disponemos de datos de la AOD del CAD desagregados sectorialmente) el conjunto de países del CAD destinaron un 13 % más de AOD al sector salud. Mientras en el conjunto del CAD se consolida esta tendencia de creciente importancia de la AOD en salud, las instituciones europeas apenas dedican un

3,66% de su AOD al sector salud y, en el caso español, se produce un retroceso en 2013, situándose seis puntos y medio por debajo de la media del CAD.

A la vista de la importancia que la salud tendrá en la agenda post-2015, es necesario que los países miembros del CAD mantengan el compromiso estable y predecible de financiación de este sector. Aquellos donantes que, como las instituciones europeas y España, no están teniendo una trayectoria similar, deberían revisar el peso que asignan a la salud en sus políticas de cooperación.

(viii) Durante 2015 la definición de futuras prioridades y compromisos se concentra en 3 eventos clave: la definición de los Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), la cumbre de Financiación para el Desarrollo y la Conferencia sobre el cambio climático.

A partir de 2016, los Objetivos de Desarrollo Sostenibles guiarán los esfuerzos globales y locales para conseguir un mundo más justo. En septiembre de 2015, en la Asamblea de NN.UU en Nueva York, se aprobaron los denominados Objetivos de Desarrollo Sostenibles (ODS), que van a marcar la agenda del desarrollo para los próximos 15 años. Previamente, del 13 al 16 de julio tuvo lugar en Addis Abeba (Etiopía) la cumbre sobre la Financiación del Desarrollo, que no consiguió visibilizar el compromiso real de los países con la financiación de la Agenda post2015. Por último, entre el 30 de noviembre y el 11 de diciembre se celebrará en París la vigésimo primera conferencia sobre el cambio climático, objetivo esencial en los ODS. La cumbre debe concluir con un nuevo acuerdo internacional sobre el clima, aplicable a todos los países, que permita mantener el calentamiento global por debajo de los 2°C.

Es necesario que se encuentre una coherencia entre las políticas que se definen durante este año en las diferentes conferencias y encuentros, y los compromisos reales basados en recursos que los países y organizaciones deben sustentar.

(ix) “Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todos para todas las edades”, ODS 3, único objetivo dedicado específicamente a Salud.

El único Objetivo de Desarrollo Sostenible específico del sector salud plantea como gran logro la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención médica de calidad, sin que nadie se quede atrás, requisito básico para promover la salud y el bienestar físico y mental y prolongar la esperanza de vida de todas las personas. Así mismo, establece el compromiso de acelerar los avances conseguidos hasta la fecha

en la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna, poniendo fin a todas las muertes prevenibles para 2030. También se compromete a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, y acelerar los progresos contra enfermedades transmisibles e incluir esta vez a las enfermedades no transmisibles. Pero falta definir qué estrategias se van a priorizar para alcanzar estos objetivos y sobre qué indicadores vamos a medir todos estos avances.

Para evitar de nuevo que las metas propuestas no se cumplan como ha pasado en los ODM es preciso trabajar 3 elementos:

- 1. Consensuar, basándonos en la evidencia, qué estrategia es la mejor para alcanzar las metas propuestas, optando por aquellas estrategias que no tengan exclusivamente una visión de resultados inmediatos, sino que prevean el impacto y la sostenibilidad de las acciones a desarrollar. En ese sentido, debemos analizar las relaciones de las metas de este ODS con el resto de las metas propuestas, dado que se consideran objetivos "integrados e indivisibles".*
- 2. Qué recursos debemos destinar para conseguir estas metas. Además de mejorar la eficiencia y aumentar los presupuestos nacionales y de cooperación en salud (15% del presupuesto nacional local y 15% del total de la AOD de los donantes), será preciso activar otros mecanismos innovadores de financiación adicional como la tasa a las transacciones financieras o la tasa a las emisiones de carbono a nivel internacional. También será necesario un compromiso global para la erradicación de los paraísos fiscales y contra las prácticas de evasión y elusión fiscal, así como el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas tributarios nacionales siguiendo criterios de fiscalidad progresiva, que permiten redistribuir la riqueza, pagando más impuestos quien más tiene, y utilizando parte de esos recursos en la mejora de salud.*
- 3. Establecer indicadores adecuados a nivel nacional e internacional que permitan medir adecuadamente los posibles avances, para poder establecer medidas correctoras.*

(x) Los acuerdos alcanzados para la financiación para el desarrollo en la Agenda de Acción de Addis Abeba" (AAAA) han sido decepcionantes. La Agenda carece de compromisos concretos para avanzar hacia un modelo de financiación del desarrollo suficiente y justo

A pesar de que los países más desarrollados se han vuelto a comprometer con destinar el 0,7% de la renta nacional bruta a cooperación al desarrollo, los acuerdos alcanzados plantean serias dudas sobre si son los mejores para alcanzar los resultados previstos en 2030. En estos momentos avanzamos hacia la privatización del desarrollo, donde los donantes tradicionales evitan cada vez más su responsabilidad en la

financiación del desarrollo, y se ahonda en la pérdida de peso de la Ayuda Oficial al Desarrollo y la financiación pública frente al sector privado y la ayuda reembolsable. Se camina hacia un modelo de financiación pública con gestión privada. Y tampoco prosperó en esta Conferencia la propuesta de crear un organismo fiscal mundial, además de debilitar el mandato de Naciones Unidas para abordar los problemas sistémicos ante otras instituciones. En cuanto a salud, se hace muy poca mención y de forma poco coherente.

La falta de compromisos económicos concretos y el modelo de financiación del desarrollo que ha confirmado esta Conferencia, y que estará vigente hasta 2030, nos aboca a un incremento de las desigualdades Norte-Sur y convierte en imposible con esta agenda la tarea de alcanzar los 17 Objetivos de desarrollo sostenible que entrarán en vigor en 2016.

Es necesario un aumento de recursos para conseguir los ODS, a través del esfuerzo de todas las instituciones implicadas, tanto internacionales como nacionales, y establecer una "estrategia de financiación global" donde no solamente se planteen quien se compromete a destinar los recursos necesarios para alcanzar las metas, sino qué rol debe jugar cada actor implicado. En este sentido, es necesario dejar claro el papel prioritario que deben de asumir los países y Naciones Unidas como los garantes de la equidad y el desarrollo de los pueblos.

(xi) La Declaración de Roma sobre la Nutrición destaca los múltiples desafíos que representa la malnutrición para el desarrollo inclusivo y sostenible y para la salud, y reconoce que las causas profundas de la malnutrición y los factores que conducen a ella son complejos y multidimensionales.

A pesar de los significativos logros alcanzados en muchos países, en los últimos decenios se han hecho progresos modestos y desiguales en la reducción de la malnutrición. La eliminación de la malnutrición en todas sus formas es un imperativo por razones sanitarias, éticas, políticas, sociales y económicas. Las políticas de nutrición deberían promover una alimentación diversificada, equilibrada y saludable en todas las etapas de la vida

Existe una necesidad urgente de fortalecer el compromiso de los gobiernos y ser más ambiciosos para la erradicación del hambre y de todas las formas de malnutrición. Se debe aplicar un proceso eficaz de seguimiento que incluya la participación activa de los movimientos sociales y las organizaciones de la sociedad civil y que disponga

de un marco cronológico claro para alcanzar los objetivos y de indicadores y referencias específicos para controlar el progreso.

(xii) El Ébola ha demostrado que la salud es un problema global que requiere de soluciones globales, rápidas y contundentes.

La epidemia de ébola, la más importante que ha habido hasta la fecha de esta enfermedad, contabiliza más de 28.000 casos, 11.000 muertes y 9 países afectados. A la siempre terrible pérdida de vidas humanas, debemos sumar otras consecuencias catastróficas como son las derivadas del debilitamiento y desestructuración que ha causado sobre los sistemas de salud, algunos de los cuales han dejado simplemente de existir por un tiempo. La población, que ya tenía una baja confianza en los servicios de salud, ha dejado de acudir por miedo tanto al contagio como a ser falsamente diagnosticado de ébola, y también a ser diagnosticado de ébola y ser "estigmatizado".

El ébola tiene los efectos más devastadores cuando se encuentra con sistemas de salud débiles y con personal de salud insuficiente y mal distribuido, con concentración en el área urbana y en el sistema hospitalario en detrimento de las áreas rurales y el primer nivel de atención. Si bien los países africanos no destinan suficientes recursos a salud, la comunidad internacional también han tenido su parte de responsabilidad. A las políticas de austeridad que han servido de excusa para realizar recortes importantes en la cooperación, hay que sumarle una cooperación en salud atomizada, que carece de visión global de las problemáticas y soluciones, repleta de programas verticales que actúan, a menudo, de manera paralela, debilitando más que reforzando el sistema en su conjunto.

Pero además de los problemas puramente del sector salud, sabemos que hay unos condicionantes socio económicos y culturales que han sido factores fundamentales en la expansión de esta enfermedad, y de los que poco o nada se ha hablado para superar los posibles problemas de futuras epidemias.

Para evitar las nefastas consecuencias de futuras epidemias mundiales, no podemos solamente trabajar de manera eficaz y rápida para atajar la enfermedad que lo provoca, es necesario reforzar los sistemas de salud locales, y trabajar la salud en todas las políticas si de verdad queremos establecer un sistema mundial sanitario que asegure el derecho de la salud de todas las personas.

