

LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA ACCIÓN HUMANITARIA

INFORME 2020

DESTACADOS




medicusmundi



El Informe “La Salud en la Cooperación al Desarrollo y la Acción Humanitaria” es una iniciativa conjunta de medicusmundi y Médicos del Mundo que, desde el año 2002, aporta un análisis crítico de la Ayuda Oficial al Desarrollo internacional, estatal y descentralizada en el ámbito de la salud y de la acción humanitaria.

Además, incorpora las políticas, factores y situaciones más relevantes que afectan a la salud de forma más global y marcan de forma periódica la agenda internacional, junto a análisis detallados de la realidad de la salud en determinados países o regiones del mundo.

Toda la información se encuentra disponible en la herramienta en línea CooperasSalud:

<http://www.cooperasalud.org/>

INTRODUCCIÓN

El 11 de marzo de 2020, preocupada por la propagación de la COVID-19, su gravedad y la inacción, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declara la COVID-19 como pandemia. Asistimos atónitos a una situación excepcional, de magnitud nunca vista, con consecuencias imprevisibles. La pandemia, que ha causado ya más de 1,42 millones de muertes, puede revertir progresos sociales de reducción de la pobreza y el hambre, acentuar crisis humanitarias y desigualdades, y hacer retroceder en derechos humanos y gobernabilidad democrática.

La crisis no ha hecho sino acentuar problemas de salud existentes. El impacto en personas enfermas de VIH y SIDA, tuberculosis y malaria se traduce en incremento de mortalidad. Por su parte, la atención a enfermedades no transmisibles se ha interrumpido parcial o totalmente en no menos de 60 países. Urge avanzar en el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, relativo a salud y bienestar, y lograr la cobertura sanitaria universal (CSU), fortalecer los sistemas de protección social y los servicios públicos.

Dos meses antes de que la OMS declarara la pandemia toma posesión el primer gobierno de coalición de la democracia, liderado por Pedro Sánchez, quien se compromete a reforzar la política de cooperación —destinando el 0,5% de la renta nacional bruta al final de la legislatura—, alinearla con la Agenda 2030 de Naciones Unidas (NN. UU.) y apostar por una cooperación transformadora, feminista, que responda a los retos climáticos y recupere el papel internacional de España. El balance es agri-dulce: la cooperación ha recuperado el nivel institucional que le corresponde, pero no la narrativa y el nivel político y presupuestario del discurso oficial.

La Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española sigue siendo escasa y continúa en el furgón de cola europeo. A España se la espera, pero aún no está. La AOD aumenta un 7,15%, quedándose en el 0,21%, por debajo de la media de países donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD, 0,30%), de países donantes europeos (0,47%), y del prometido y comprometido 0,7%, adquirido hace 50 años en NN. UU. Destacar el esfuerzo de Comunidades Autónomas y municipios, que continúan en la senda de la recuperación con un crecimiento del 10,2%.

Respecto a salud, los 63,6 millones destinados supusieron el 2,39% del total de AOD bruta, muy por debajo de la media de donantes del CAD (12,91%) e insuficiente para reducir problemas de salud. La mortalidad materna o las muertes evitables de recién nacidos y de niños y niñas menores de 5 años, las enfermedades transmisibles (SIDA, malaria, tuberculosis) y no trasmisibles (cardiovasculares, diabetes, mentales), que afectan más a las poblaciones más vulnerables, siguen siendo un reto. Las herramientas para ello, como la CSU —garantizando acceso a servicios de salud sexual y reproductiva; consiguiendo protección contra riesgos financieros; acceso a servicios

esenciales de calidad; y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad—, siguen sin avanzar y existe un riesgo, incrementado por la COVID-19, de no conseguir las metas en salud para 2030.

Por otro lado, la crisis de la COVID-19 no debería distraernos de otros factores responsables de la mala salud, como el cambio climático, que en unos años causará unas 250.000 defunciones adicionales cada año. La mejora de la salud pasa por un fuerte compromiso global con políticas coherentes que creen entornos saludables.

Apuntar, por último, la deriva de la Ayuda Humanitaria, bajo mínimos a pesar del ligero incremento que la ha situado en 62 millones de euros, 2,35% de la AOD total, lejos del compromiso del 10% e insuficiente para paliar las necesidades humanitarias.

LA SALUD EN EL MUNDO

La pandemia de la COVID-19 amenaza los avances de la Agenda 2030, pone en riesgo los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) y el principio de “no dejar a nadie atrás”.

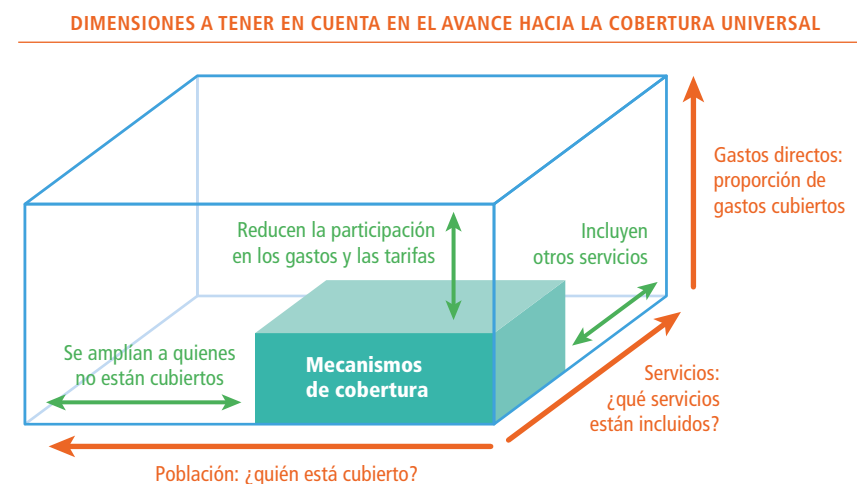
La pandemia de la COVID-19 está siendo en 2020 la mayor amenaza a la salud mundial, una emergencia sanitaria que está afectando a todos los países del mundo, sin distinción por nivel de renta o desarrollo, y que está impactado de forma negativa en casi todos los ODS: además de la afectación en la salud, ha disminuido la posibilidad de acabar con la pobreza extrema; ha aumentado el hambre y la inseguridad alimentaria; ha afectado a la enseñanza; ha aumentado el riesgo de la violencia de género en muchas mujeres; y la economía mundial se ha visto seriamente dañada.

Es ineludible que los gobiernos antepongan las personas y el planeta a otros intereses, junto con un compromiso más profundo de todos los países con la Agenda 2030, marco de referencia de la ansiada “nueva normalidad” y respuesta integral y equitativa ante los problemas globales, como el de la pandemia de la COVID-19.

A nivel mundial los avances en el ODS 3 sobre salud y bienestar son insuficientes para poder alcanzar la cobertura sanitaria universal (CSU). Únicamente entre un tercio y la mitad de la población mundial ha tenido cubiertos sus servicios esenciales de salud, y la cantidad de personas que incurrir en grandes gastos directos de atención médica ha aumentado. Si la situación avanza como hasta ahora, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 5.000 millones de personas no tendrán acceso a atención sanitaria en 2030.

La inequidad en salud sigue siendo el mayor problema que tenemos globalmente y son las sociedades y personas más empobrecidas y vulnerables del planeta las que tienen una peor salud. El 12,7% de la población mundial gastó de su bolsillo más del 10% de su presupuesto familiar en atención médica. La mayor proporción de mortalidad infantil y de muertes por enfermedades infecciosas se localiza en África Subsahariana, una región que, junto a Asia Meridional, tiene las peores tasas de mortalidad materna. La mayoría de estas muertes son evitables, ya que tenemos solución para ellas. Las enfermedades no transmisibles (ENT), culpables del 71% de las muertes mundiales, no solamente están relacionadas con la falta de acceso a los sistemas sanitarios, sino también con algunos factores de riesgo, como una dieta inadecuada, el tabaquismo, alcoholismo o sedentarismo.

Para lograr la CSU y mejorar la vida de las personas, debemos apostar por fortalecer los sistemas públicos de salud y dotar a la atención primaria de la salud de una inversión adicional anual, en los países de ingresos bajos y medianos, de 200.000 millones de dólares. Con esta inversión lograríamos salvar 60 millones de vidas de aquí a 2030.



Fuente: OMS

La COVID-19, posiblemente la principal causa de mortalidad infecciosa en 2020, se ha expandido por todo el planeta, sin distinción en los niveles de renta de los países, impactando negativamente en todas las metas del ODS 3, colapsando el funcionamiento de los sistemas de salud y afectando al resto de problemas de

salud como demuestra el hecho de que se hayan interrumpido los programas de lucha contra enfermedades como el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria en más de 70 países.

Ningún sistema sanitario, ni siquiera el más desarrollado, ha sido por sí solo suficiente para detener la pandemia. Ha existido y existe una clara falta de preparación para afrontar emergencias sanitarias globales. Los recortes que ha habido en salud, debido a medidas de ajuste presupuestario con una base económica, unido a la falta de un compromiso real de los gobiernos para invertir en la salud para que sea un derecho equitativo, han ayudado a que esta pandemia tenga una incidencia y gravedad mayor en los grupos más vulnerables (gente mayor, más pobre, mujeres afectadas por la violencia de género ...), sin olvidarnos de los efectos que está teniendo en multitud de personas afectadas por otras enfermedades en el mundo, que han visto limitado su acceso al sistema sanitario debido a la COVID-19, tanto por miedo al contagio, como por la lógica desviación de recursos a luchar contra esta pandemia.

El fortalecimiento de los sistemas de salud y el aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo. Es importante disponer de un sistema de salud público fuerte para afrontar la pandemia del coronavirus y otras que puedan venir. Para ello es necesario invertir en recursos humanos, en información, suministros, transportes, comunicaciones, así como en proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.

A pesar de advertencias previas, el mundo no estaba preparado para una pandemia como la de la COVID-19. La fragmentación y debilidad de la gobernanza mundial, unido a la sobreinformación y a la falta de una aproximación integral multilateral, han limitado la capacidad de una respuesta global equitativa.

La ausencia de una gobernanza mundial en salud fuerte ha impedido poder liderar una respuesta conjunta ante esta pandemia. La OMS debería jugar ese papel. Ahora bien, muchos actores lucrativos y no lucrativos, países emergentes..., se están incorporando a la gobernanza de la salud global, cuestionando el statu quo actual e incorporando el componente multiactor a una institución multilateral en la que los estados eran los únicos responsables de las decisiones. Este nuevo escenario multiactor dificulta no sólo la toma de decisiones, sino también la obligada transparencia y rendición de cuentas.

Como sociedad civil debemos estar vigilantes a éstos y otros temas, como que la gobernanza mundial de la salud se quiera limitar a aspectos de seguridad sanitaria,

olvidando el resto de los problemas globales que afectan a la población, como puedan ser el sistema económico mundial, la degradación del medio ambiente, la inequidad de género o la falta de protección social de la población más vulnerable en todos los países.

Una nueva gobernanza de la salud mundial demanda una OMS independiente, profesional y participativa, capaz de promover una respuesta común y multisectorial a la pandemia, basada en una evaluación independiente, que busque las posibles mejoras que se deben implementar y anteponga la equidad en el acceso a las soluciones y el derecho a la salud a otros intereses.

La crisis del coronavirus nos recuerda en cada momento la importancia de defender el derecho humano a la sanidad pública y que se considere la vacuna un bien público global.

Se han puesto en marcha algunas iniciativas para que los países más empobrecidos puedan tener acceso a la vacuna. La OMS y dos coaliciones, como CEPI (The Coalition for Epidemic Preparedness Innovations) y GAVI (la Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización), promueven el Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19 (COVAX), una iniciativa mundial destinada a colaborar con los fabricantes de vacunas de modo que los países de todo el mundo tengan un acceso equitativo a vacunas seguras y eficaces. COVAX es el pilar referente de la vacunación del ACT Accelerator (acelerador de acceso a las herramientas contra la COVID-19), cuyo objetivo es agilizar el desarrollo, la producción y el acceso equitativo a las pruebas, tratamientos y vacunas frente a la COVID-19.

Es imprescindible que los procesos de investigación, elaboración y distribución de las vacunas sean absolutamente transparentes y que el precio de la vacuna sea accesible para todas aquellas personas que los necesiten. En un mundo interconectado, si las personas de países con ingresos bajos o medios se ven excluidas de la vacunación, el virus continuará matando y la recuperación a nivel global se retrasará.

PERSPECTIVA INTERNACIONAL

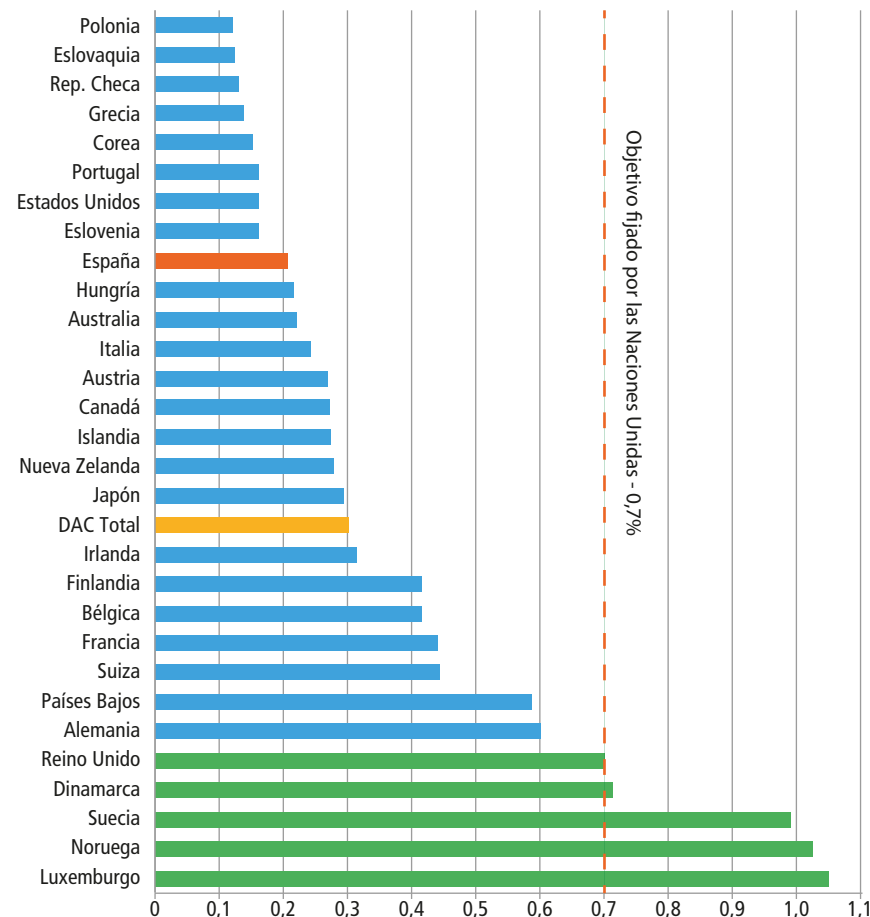
En 2019, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) total de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) se sitúa en 152.780 millones de dólares, lo que supone un aumento del 1,4% respecto a 2018, un 0,30% de su ingreso nacional bruto (INB). Sólo cinco países del CAD, Dinamarca, Luxemburgo, Noruega, Reino Unido y Suecia, cumplieron con el objetivo del 0,7%.

La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,30% de la renta nacional bruta (RNB), muy lejos aún del compromiso del 0,7%. La Unión Europea (UE) y sus Estados miembros son, en su conjunto, el principal donante mundial.

En 2019 su cooperación supuso el 55,2% del total de la AOD del CAD —84.335 millones—, representando la ayuda conjunta de la UE y de sus Estados miembros el 0,46 % de la RNB de la UE. Cinco países, Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Francia y Japón aportan el 68,2% de toda la AOD del conjunto del CAD, si bien sólo el Reino Unido cumple con el compromiso del 0,7%. España repite en el puesto número 13 en cuanto a cifras absolutas y baja al 21 de 29 en cuanto a porcentaje de RNB.

La ruta hacia el 0,7% necesita de un proceso realista de incrementos parciales y creíbles. Las tendencias actuales no van por ese camino. Sería deseable que los 24 países que aún no han alcanzado el 0,7% tomaran una decisión política como la que tomó Reino Unido de decretar por ley el 0,7% para cooperación.

AOD DE LOS PAÍSES DEL CAD, COMO PORCENTAJE DE LA RENTA NACIONAL BRUTA, EN 2019



Fuente: OCDE, 2019

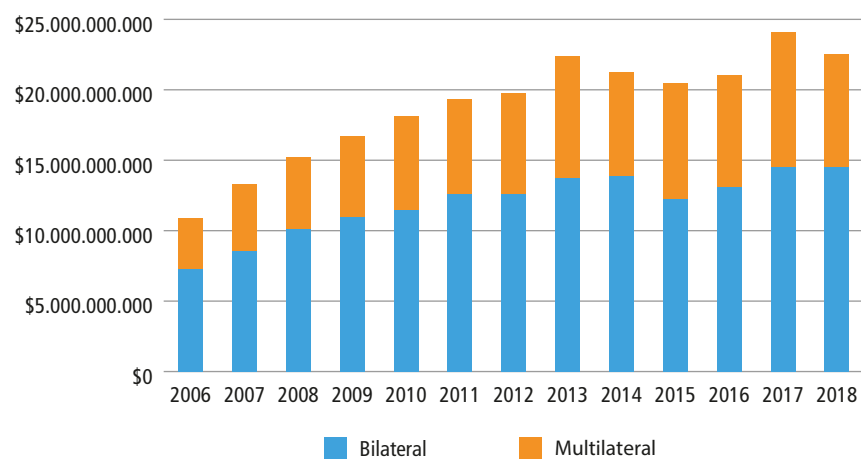
La AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD fue de 22.518 millones de dólares, disminuyendo un 6,5% respecto al año anterior. Esta reducción supuso que el peso de la salud fuera del 12,91%, casi un punto menos que el año anterior.

El descenso de la AOD en salud se ha producido básicamente en la ayuda multilateral, pues la bilateral apenas se reduce en 15 millones de dólares. Si hablamos de

ayuda distribuible (la que los países pueden elegir donde enviar), la salud supone el 18,24%, un punto menos que en 2017, y aunque sigue mostrando la importancia que este sector tiene para los países donantes, las cifras absolutas no son suficientes para ayudar a cumplir el ODS 3. Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Consejo Europeo, destinaron 542 millones de dólares a salud, su cifra más baja desde 2010, mostrando de nuevo el escaso interés del sector para estas instituciones.

La pandemia ha puesto de manifiesto la importancia de la cooperación sanitaria internacional en la lucha contra la pandemia, y la necesidad de acelerar la consecución del 0,7% e incrementar la AOD destinada a salud. Debemos prepararnos mejor para las emergencias, invirtiendo en sistemas de salud que respondan plenamente a las necesidades de las personas a lo largo de toda la vida.

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



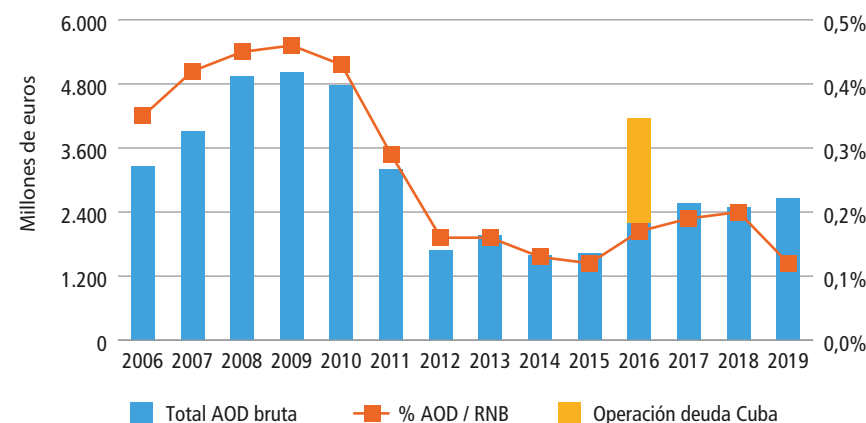
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OCDE-Creditor Reporting System

LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

En 2019, la AOD española aumentó en 177 millones de euros, alcanzando el 0,21% de la RNB, un porcentaje muy alejado del 0,30% de la media del conjunto de donantes del CAD, del 0,47% de la media de los países de la UE y del compromiso del 0,7% adquirido hace 50 años en el seno de las Naciones Unidas.

La AOD desembolsada por España en 2019 alcanzó los 2.661.018.461 de euros, lo que supone el 0,21% de la RNB. Si tenemos en cuenta el punto de partida de la Cooperación Española, tras una década de recortes, es evidente que estamos ante un incremento muy insuficiente que, una vez más, nos aleja de la senda del compromiso internacional del 0,7% y del adquirido por el Gobierno de destinar a cooperación al finalizar la legislatura el 0,5% de la RNB.

EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA Y DEL PORCENTAJE SOBRE LA RNB, 2006-2019



Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES SECIPIC

Para cumplir los compromisos y retos de desarrollo a nivel mundial, es necesaria una reforma de la Cooperación Española, que asegure una financiación suficiente a través de una ley que obligue al 0,7% y que dote de recursos a la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) como principal institución ejecutora de la cooperación técnica. A ello se debe sumar una estrategia de cooperación participativa, donde la sociedad civil y la cooperación descentralizada tengan un espacio en la toma de decisiones.

La pandemia de la COVID-19 ha afectado de manera singular a España y ha mostrado las costuras de nuestro sistema sanitario, que se traduce en la precariedad del personal sanitario y el desbordamiento de la atención primaria, de los hospitales y de las unidades de cuidados intensivos (UCIS).

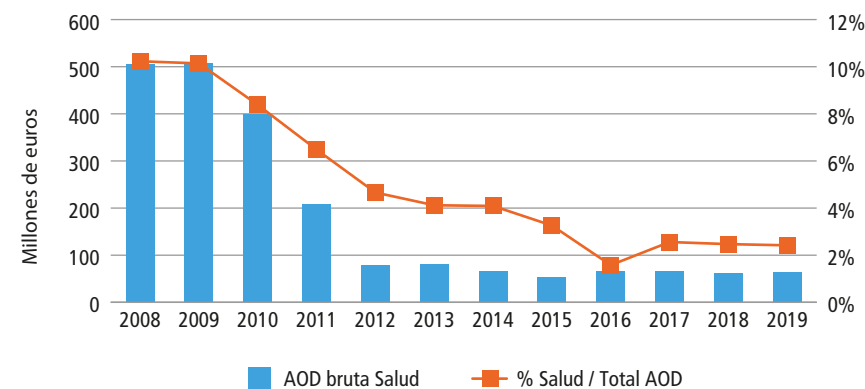
Al comienzo de la crisis, la atención primaria hizo lo posible por identificar contagios y contactos, gestionar el tratamiento de personas infectadas sin gravedad en sus domicilios, evitar el colapso de las camas de los hospitales, muy recortadas por los diferentes gobiernos, atender otras patologías y resolver las dudas y temores de la población por vía telefónica. La precariedad en la que se encontraban muchos profesionales de la atención primaria no ha impedido que, en pleno apogeo de la pandemia, hayan asumido la mayor parte de la gestión de la COVID-19, rastreando los casos y posibles contactos, y trabajando con diferentes sectores sociales para poder controlar sus efectos.

Es imprescindible acabar con la precariedad de los profesionales de la atención primaria en salud, mejorar sus condiciones laborales, salariales y de reconocimiento social, especialmente allí donde éstas sean peores como las zonas rurales aisladas, barrios con mayor vulnerabilidad, etc., así como favorecer la necesaria continuidad en la atención y hacerla más atractiva para las nuevas generaciones de profesionales sanitarios.

La Cooperación Española ha destinado a salud 63,6 millones de euros, lo que representa un exiguo 2,39% del total de la AOD, un porcentaje muy por debajo de la media del conjunto de países donantes del CAD, que se sitúa en el 12,91%.

No se trata de un problema coyuntural, sino estructural. En 2008 lo consignado a salud por la Cooperación Española superaba el 10% de la AOD; en 2010 se sitúa en el 8%; y en los últimos años apenas supera el 2%. Si se hubiera destinado a salud el porcentaje medio de los países del CAD, esta cifra se incrementaría hasta alcanzar los 340 millones de euros, un 81% más de lo destinado en 2019.

EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2019



Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES SECIPIC

Resulta ineludible incrementar el gasto en salud pues es un gasto que proporciona igualdad de oportunidades, es el gran igualador en particular para los países de renta baja y emergentes, donde el acceso a servicios de salud básicos suele ser escaso. La salud debe ser una prioridad real de una cooperación que demanda un incremento sustancial y sostenido de recursos.

La cooperación descentralizada ascendió a 320,3 millones de euros, aumentando un 10,2% respecto a 2018. Lo destinado a salud han sido 28,1 millones de euros, lo que supone el 8,79% del total desembolsado por gobiernos autonómicos y entidades locales (EE. LL.).

Crece tanto la cooperación procedente de las Comunidades Autónomas (CC. AA.), un 4,8%, como la originaria de las EE. LL., un 22,1%. En salud, del total destinado por Cooperación Española, 63,6 millones, el 44,1%, procede de la cooperación descentralizada. Las CC. AA. han desembolsado 24,8 millones de euros, lo que supone el 88% de la AOD en salud de la cooperación descentralizada. El peso que la AOD sanitaria tiene en el conjunto de la AOD autonómica es del 11,44%, cifra mucho mayor que la de la cooperación estatal y muy cercana a la que destina el conjunto de donantes.

La cooperación descentralizada debe mantenerse como un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realiza la Administración General del Estado (AGE) y el resto de los países donantes, y cuyas ventajas no siempre se ha sabido poner en valor, como su flexibilidad para poder asumir necesidades básicas de la población, como la salud, o la proximidad de la ciudadanía con las diferentes realidades que coexisten en el mundo.

AOD DESCENTRALIZADA TOTAL EN SALUD, 2017-2019

CCAA+EELL	AOD salud 2017	AOD salud 2018	AOD salud 2019
Andalucía	2.895.000	4.148.621	8.328.935
Aragón	540.910	911.630	663.338
Asturias	649.761	67.743	426.231
Baleares	704.091	612.093	824.607
C. Valenciana	1.188.569	3.750.008	2.325.832
Canarias		439.520	225.925
Cantabria	60.000	320.639	153.796
Castilla y León	536.112	783.637	567.207
Castilla-La Mancha	401.953	377.632	659.579
Cataluña	5.363.773	9.576.623	6.603.509
Extremadura	1.891.586	1.266.381	491.831
Galicia	503.458	732.712	1.061.898
La Rioja	177.201	174.624	280.897
Madrid	565.243	1.027.047	1.022.862
Murcia	122.361	87.632	20.000
Navarra	2.175.552	2.684.548	2.705.500
País Vasco	3.358.706	2.499.596	1.812.515
TOTAL	21.134.276	29.460.687	28.174.464

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES SECIPIIC

ACCIÓN HUMANITARIA

Frente a un nuevo aumento de las necesidades humanitarias en el mundo, la respuesta de la comunidad internacional ha sido una reducción de 600 millones en los fondos destinados a la Acción Humanitaria Internacional (AHI) que se reportan a través del sistema de NN. UU., lo que hará que, de nuevo, se quede sin cubrir el 40% de las necesidades humanitarias.

En la última década ha crecido de manera importante el número y complejidad de conflictos, lo que ha llevado a que casi se doblara el número de personas desplazadas hasta alcanzar los 70 millones de personas; sin embargo, los fondos destinados a la AH se han reducido en 600 millones en 2019, situándose en los 24.730 millones de dólares.

Este aumento de las necesidades, que con toda seguridad seguirán creciendo en los próximos años, exige un mayor compromiso económico, a medio y largo plazo, por parte de la comunidad internacional, que responda de manera adecuada a la nueva realidad humanitaria.

Por eso, los donantes deben asumir sus responsabilidades y compromisos internacionales e incrementar de forma substancial los fondos destinados a la acción humanitaria, de forma que se reduzca del 40% al 25% la brecha de financiación entre los fondos solicitados y los recibidos.

La respuesta a la pandemia de la COVID-19 no debe hacerse a costa de dejar desatendidos a los millones de personas afectadas por crisis humanitarias, sino que debe hacerse con fondos adicionales.

En 2020, la pandemia de la COVID-19 se superpone a la frágil situación en la que se encuentran muchos países afectados por la violencia, conflictos y emergencias climáticas. Todas las necesidades humanitarias siguen siendo, al menos, tan urgentes como lo eran antes de la COVID-19 y no podemos ignorarlas.

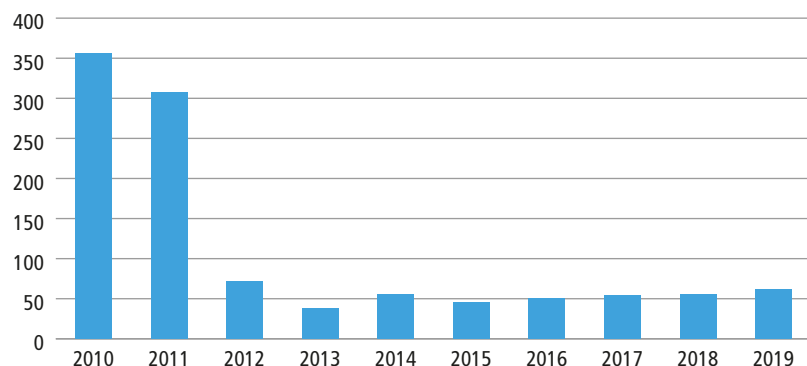
Hasta finales de octubre, el Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 lanzado por NN. UU. sólo había recibido 3.390 millones de dólares de los 9.490 millones solicitados, lo que equivale al 35,7% de los fondos solicitados.

Es fundamental que la comunidad internacional asigne los fondos necesarios para cubrir el 100% del Plan Global de Respuesta Humanitaria COVID-19 y que estos fondos sean adicionales y no fondos procedentes de otras partidas humanitarias. La financiación de este Plan Global no puede hacerse a expensas de los fondos ya previstos para otras crisis humanitarias.

La AH de la Cooperación Española sigue bajo mínimos, a pesar del ligero incremento que la ha situado en 62 millones de euros, lo que representa el 2,35% de la AOD total, sin duda insuficiente para cumplir los propios compromisos de la Cooperación Española.

En 2019 la AH de la Cooperación Española en su conjunto (AGE, CC. AA., EE. LL. y universidades) mantiene la tendencia al crecimiento, aunque siguen siendo incrementos muy modestos que no permiten responder de forma adecuada a las crisis humanitarias a las que se enfrenta el mundo.

EVOLUCIÓN DE LA AOD ESPAÑOLA DESTINADA A ACCIÓN HUMANITARIA



Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

La llegada de la pandemia de la COVID-19 y la respuesta que desde la Cooperación Española se da tiene que hacerse con fondos adicionales, sin sustraer los escasos fondos que se destinan a la AH. No podemos dejar desatendidas unas necesidades para cubrir otras.

Dada la debilidad de la AH en la Cooperación Española, los nuevos retos humanitarios a los que se enfrenta la comunidad internacional y el incumplimiento sistemático del compromiso del 10%, la Cooperación Española debe establecer un calendario concreto y creíble para alcanzar el objetivo de destinar el 10% de su AOD a la AH en 2022 y asegurar que la respuesta a la crisis de la COVID-19 se hace con fondos adicionales.

Importante aumento de la cooperación descentralizada destinada a la AH, que la sitúa ligeramente por encima de los 20 millones de euros, lo que representa el 6% de su AOD total.

El crecimiento más importante se ha dado en la cooperación descentralizada, que crece un 30% pasando de 14,7 millones en 2018 a 20,5 en 2019. El principal incremento se da en las EE. LL., que han pasado de asignar 1,5 millones de euros a 5,7 millones, mientras que las CC. AA. han pasado de 13,2 millones de euros a 14,7 millones.

ACCIÓN HUMANITARIA POR CC. AA. 2018-2019

CC. AA.	2018	%	2019	%
Andalucía	3.848.848	28,99	5.885.286	39,77
Aragón			117.891	0,80
Asturias	1.183.000	8,91		
Baleares	546.749	4,12	440.000	2,97
Canarias				
Cantabria	50.000	0,38	50.000	0,34
Cataluña	796.889	6,00	726.330	4,91
Castilla-La Mancha	190.400	1,43	60.000	0,41
Castilla y León			81.000	0,55
Comunidad Valenciana	1.695.600	12,77	2.581.650	17,45
Extremadura	1.094.949	8,25	913.300	6,17
Galicia	229.675	1,73	110.108	0,74
La Rioja	130.000	0,98	90.076	0,61
Madrid	405.999	3,06	624.229	4,22
Murcia	32.500	0,24		
Navarra	418.000	3,15	240.000	1,62
País Vasco	2.652.419	19,98	2.878.777	19,45
TOTAL	13.275.029 €	100%	14.798.647 €	100%

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIIC

Las principales CC. AA. por volumen de financiación, Andalucía, Comunidad Valenciana y País Vasco, han incrementado los fondos que destinan a AH, aportando entre las tres el 76,6% de los fondos destinados a la misma.

En cuanto a la financiación de las EE. LL., el importante aumento de su financiación se concentra en seis CC. AA., Andalucía, Asturias, Castilla-La Mancha, Canarias, Cataluña, Madrid y País Vasco, siendo estas últimas cuatro las que acumulan los mayores crecimientos.

ACCIÓN HUMANITARIA POR EE. LL. 2017-2019

EE. LL.	2017	2018	2019
Andalucía	16.045	135.000	574.184
Aragón		371.954	10.000
Asturias	25.000		128.000
Baleares	6.632	76.632	6.632
Canarias		24.000	850.000
Cantabria			
Cataluña	200.410	25.181	938.546
Castilla-La Mancha	26.320	14.000	23.000
Castilla y León	43.798	144.077	101.149
Comunidad Valenciana	23.757	172.546	10.700
Extremadura			
Galicia	11.252	25.240	11.376
La Rioja			
Madrid	2.113.350	37.000	1.499.526
Murcia	14.100	66.000	
Navarra	84.000	99.500	92.814
País Vasco	86.860	334.170	1.507.089
TOTAL	2.651.524 €	1.525.300 €	5.753.016 €

Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECIPIE

Aunque se trata de incrementos importantes, el análisis de la serie histórica muestra fuertes altibajos, que hacen muy difícil una respuesta adecuada frente a crisis humanitarias cada vez más complejas y prolongadas, que requieren apoyo a medio plazo. Esto sólo se puede conseguir a través de una financiación estable y plurianual.

La cooperación descentralizada debe consolidar los incrementos en su financiación destinada a la AH y seguir creciendo hasta situarla en el objetivo de destinar el 10% de toda la AOD a AH.



Médicos del Mundo

C/ Conde de Vilches 15 / 28028 Madrid
Tel.: 91 543 60 33
comunicacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org



**Federación de Asociaciones
de Medicus Mundi en España**

C/ Lanuza 9, local / 28028 Madrid
Tel.: 91 319 58 49 / 902 101 065
federacion@medicusmundi.es
www.medicusmundi.es