

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2024


medicusmundi



La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2024

EQUIPO TÉCNICO

Carlos Mediano
Emiliana Tapia

EQUIPO ASESOR

Félix Fuentenebro
Emiliana Tapia
Ruth Díez

EDITA

medicmundi
Médicos del Mundo

TRABAJO DE EDICIÓN

Félix Fuentenebro

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

estudio blg

IMPRESIÓN

Advantia

PARA MÁS INFORMACIÓN:

FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MEDICUMUNDI EN ESPAÑA

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

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

federacion@medicmundi.es

www.medicmundi.es

MÉDICOS DEL MUNDO

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

Tel.: 91 543 60 33

comunicacion@medicosdelmundo.org

www.medicosdelmundo.org

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

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

medicmundi
Médicos del Mundo

ÍNDICE

PRÓLOGO	12	CAPÍTULO 4. ACCIÓN HUMANITARIA	130
CAPÍTULO 1. LA SALUD EN EL MUNDO	16	1. Introducción	133
1. Introducción	18	Sigue creciendo el número de personas desplazadas forzosas	136
2. Evolución de la implementación de la Agenda 2030	20	La inseguridad alimentaria y la malnutrición no dan pausa	136
• La Cumbre del Futuro: una nueva esperanza	22	2. La Acción Humanitaria en la Agenda Internacional	140
2.1. Análisis del ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”	24	2.1. El acceso humanitario ante un futuro incierto	140
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	58	2.2. Foro humanitario europeo 2024	142
1. Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD	61	2.3. La Salud Sexual y Reproductiva en contextos humanitarios	143
• Grant Equivalent: la metodología de cómputo de la AOD	61	30 años después de El Cairo	143
1.1. La AOD del CAD	62	3. La Acción Humanitaria internacional	145
1.2. Distribución de la AOD en 2023	68	4. La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas	147
1.3. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes	70	5. El sector salud en la Acción Humanitaria	151
• La IV Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo	72	6. La Acción Humanitaria en España	154
1.4. Conclusión	74	6.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2023	154
2. Evolución de la AOD en salud	75	6.2. Canalización de los fondos	155
• 30 años del Plan de Acción de El Cairo: Luces y sombras en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas	76	6.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria	156
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	82	6.4. La Acción Humanitaria por sectores	158
3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud	82	6.5. La Acción Humanitaria por agentes	158
3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud	85	6.6. La Acción Humanitaria descentralizada	159
Análisis Objetivos de Desarrollo Sostenible en Europa	86	En foco	163
Anexo	90	Bloqueo humanitario sin precedentes por parte de Israel en el Territorio ocupado palestino	163
CAPÍTULO 3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	92	Hambre y esperanza: Sudán en la encrucijada de la resiliencia y la solidaridad global	168
1. Consideraciones generales	94	CAPÍTULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	174
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	94	ACRÓNIMOS Y SIGLAS	182
2. Datos generales de la AOD en 2023	95		
3. AOD en salud en 2023	100		
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2023	100		
3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud	107		
3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud	110		
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales	114		
4.1. La AOD descentralizada	114		
4.2. La AOD descentralizada en salud	118		
4.2.1. La cooperación autonómica en salud	121		
4.2.2. La AOD de EE. LL. en salud	124		
5. Los ODS en España	126		

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Evolución VIH/sida en el mundo Fuente: elaboración propia a partir de datos de ONUSIDA	30	Gráfico 3.3.	Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2009-2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	101
Gráfico 1.2.	Evolución malaria Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OMS	32	Gráfico 3.4.	Distribución AOD salud sectorial por canales, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	104
Gráfico 1.3.	Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal Fuente: OMS	42	Gráfico 3.5.	Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2023 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	110
Variantes viruela del mono.	Fuente: adaptación de “Actualización: La viruela del mono (MPOX) una emergencia de salud pública de importancia internacional en 2024. SEMFYC”	54	Gráfico 3.6.	Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA. + EE. LL.) en España 1994-2023 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	115
Gráfico 2.1.	Evolución 1960-2023 de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2021) Fuente: OCDE, varios informes. En rosa, la aportación según Grant Equivalent	64	Gráfico 3.7.	Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	116
Gráfico 2.2.	AOD Grant Equivalent. 2023 (En millones de dólares) Fuente: Elaboración propia, a partir de datos OCDE, 2024.	65	Gráfico 3.8.	AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	123
Gráfico 2.3.	AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2023 Fuente Elaboración propia, a partir de datos OCDE, 2024.	66	Gráfico 4.1.	Mapa crisis humanitarias Fuente: Elaboración propia con datos de ACAPS y ECHO	138
Gráfico 2.4.	Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2014-2023 Fuente: Datos OCDE-CAD	71	Gráfico 4.2.	Principales donantes en 2023 (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	146
Gráfico 2.5.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares constantes 2022) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	79	Gráfico 4.3.	Financiación llamamientos de NN. UU. 2016-2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	147
Gráfico 2.6.	Evolución de la AOD bilateral distribuible y del porcentaje destinado a salud por el conjunto de países del CAD (en dólares constantes) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	80	Gráfico 4.4.	Principales donantes de Fondos comunes 2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	149
Gráfico 2.7.	Porcentaje de la AOD bilateral distribuible destinado a salud. Comparativa conjunto de donantes-España Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	80	Gráfico 4.5.	Principales países receptores de Fondos comunes (en millones de dólares) en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	150
Gráfico 2.8.	Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total Fuente: Creditor Reporting System	81	Gráfico 4.6.	Porcentaje de financiación del sector salud por país en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	152
Gráfico 2.9.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2021 por canales (en millones de dólares corrientes) Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	82	Gráfico 4.7.	Evolución de la AOD española destinada a AH Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	154
Gráfico 3.1.	Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2007-2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	96	Gráfico 4.8.	Asignación de fondos por sectores CRS 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	158
Gráfico 3.2.	Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	97	Gráfico 4.9.	AH por regiones del conjunto de las CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	162

ÍNDICE TABLAS

Tabla 1.1.	Avances en las Metas ODS 3 Fuente: elaboración propia adaptando información del Informe 2024 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas	25	Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	112
Tabla 1.2.	ETD, número de casos y nº de países afectados Fuente: elaboración propia, varias fuentes	35	Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	113
Tabla 1.4.	Diferencia personal sanitario/10.000 habitantes entre países de renta baja y alta Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la OMS	48	Tabla 3.9.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	113
Tabla 2.1.	AOD neta de los países del CAD 2018-2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE-CAD	69	Tabla 3.10.	AOD total autonómica 2019-2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	116
Tabla 2.2.	AOD de países no miembros del CAD (en millones de dólares) Fuente: OCDE-CAD	70	Tabla 3.11.	% AOD Comunidades Autónomas y AOD por habitante 2023 Fuente: Elaboración propia a través de los datos de https://serviciostelematicosex.hacienda.gob.es/SGCIEF/PublicacionPresupuestos/aspx/MenuREP.aspx para los datos de presupuestos, y de https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas?anio=2023 para los datos de población	117
Tabla 2.3.	Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares) Fuente: Datos OCDE-CAD	71	Tabla 3.12.	AOD descentralizada total en salud, 2019-2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES SECI	118
Tabla 2.4.	Desembolsos brutos de AOD total en salud de los países del CAD por sectores y subsectores CRS (en millones de dólares corrientes) Fuente: Creditor Reporting System	83	Tabla 3.13.	AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	119
Tabla 2.5.	Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares constantes 2022) Fuente: Creditor Reporting System	84	Tabla 3.14.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	120
Tabla 2.6.	Distribución geográfica de la AOD en salud del CAD en 2022 (desembolsos brutos en millones de dólares constantes 2022) Fuente: Creditor Reporting System	85	Tabla 3.15.	AOD en salud de las CC. AA., 2019-2023 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES.	122
Tabla 3.1.	Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2020-2023 (GE) Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	102	Tabla 3.16.	AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	123
Tabla 3.2.	Resumen de la AOD española en salud, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2023 publicados por DGPOLDES-SECI	103	Tabla 3.17.	EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	125
Tabla 3.3.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2019-2023, en euros Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	105	Tabla 3.18.	Desembolsos brutos de AOD 2023 clasificados en los metas del ODS 3 de salud Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	127
Tabla 3.4.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2019-2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	106			
Tabla 3.5.	Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	109			
Tabla 3.6.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	111			

Tabla 3.19.	Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2023 clasificados en los diferentes ODS Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI.	128
Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	146
Tabla 4.2.	Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA de julio 2024	147
Tabla 4.3.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	148
Tabla 4.4.	AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2022 y 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	156
Tabla 4.5.	AOD española destinada a AH por regiones Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	157
Tabla 4.6.	Principales receptores de AH española en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	157
Tabla 4.7.	AOD española para AH por agentes en 2023 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	159
Tabla 4.8.	AH por CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	160
Tabla 4.9.	AH por EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	161
Tabla 4.10.	AH por regiones del conjunto de las EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	163

Prólogo

El 2025 será un año decisivo para la Salud Mundial y para la Ayuda Oficial para el Desarrollo. La aprobación del Tratado Pandémico, en la Agenda de la OMS para la próxima Asamblea, y la celebración de la IV Conferencia Internacional de Financiación para el Desarrollo Sostenible (Ff4D), que tendrá lugar en Sevilla, marcan dos de los hitos más importantes del próximo año.

El fin de la COVID-19 y de la Viruela Símica (Mpox) como emergencias de salud mundiales, dos importantes logros alcanzados en 2023, amenaza con desplazar a un segundo plano el interés por la salud global y más concretamente por la salud planetaria y el concepto de Una Salud (One Health), que siguen siendo cruciales ya que abordan la interconexión entre la salud humana, animal y ambiental. Ignorar estos enfoques integrados puede dejarnos vulnerables a futuras pandemias y crisis sanitarias. Como también nos hace más vulnerables la ausencia de un Tratado Pandémico o la revisión y actualización del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) que data de 2005 y ha sido revisado en varias ocasiones. Las decisiones políticas tomadas en 2024 por los líderes de todo el mundo tendrán influencia en el destino de millones de vidas.

La prevención, preparación y respuesta ante emergencias sanitarias; el aumento de los conflictos y las catástrofes; las enfermedades y muertes evitables; la aceleración de las respuestas nacionales y mundiales a la resistencia a los antimicrobianos (RAM); y el impacto del cambio climático en la salud, son algunas de las prioridades de salud global que se deben abordar con urgencia. Negociar, redactar y aprobar un instrumento internacional en el seno de la OMS sobre prevención, preparación y respuesta ante pandemias, como es el **Tratado Pandémico**, es una prioridad que esperamos vea la luz en 2025, tras haber pospuesto su acuerdo en 2024. También es una prioridad el **Reglamento Sanitario Internacional** (RSI), un instrumento poderoso, que refuerza el Tratado Pandémico, clave para prevenir y controlar la propagación de enfermedades infecciosas a nivel mundial. En 2024, la 77ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó un paquete de enmiendas significativas al RSI, basado en las lecciones aprendidas durante la pandemia de COVID-19. Se mejora con ello la capacidad de los países para detectar futuros brotes y pandemias y darles respuesta mediante el fortalecimiento de sus propias capacidades nacionales y la

coordinación entre los Estados, con un enfoque en la transparencia y la protección de los derechos humanos.

La relevancia de la salud mundial se ve reflejada en su prominente posición en la agenda de las principales instituciones multilaterales como el G20, el Banco Mundial, o las Naciones Unidas, entre otras. El **G20** ha priorizado temas como la preparación y respuesta a pandemias, la producción local de medicamentos y vacunas, y la salud digital. El **Banco Mundial** ha lanzado iniciativas para fortalecer los sistemas de salud, promover la cobertura sanitaria universal y abordar el cambio climático y su impacto en la salud, además de invertir en iniciativas que mejoran la atención primaria y la resiliencia de los sistemas de salud.

Como vemos la salud está marcada por las consecuencias de acontecimientos globales que requieren de una financiación suficiente. Del 30 de junio al 3 de julio de 2025 Sevilla albergará la **IV Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo** (Ff4D). El objetivo de la conferencia es “impulsar la implementación de las políticas y movilizar los recursos financieros, en la escala y velocidad necesarias, por parte de la comunidad internacional para cumplir los compromisos de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel global. El reto es mayúsculo. Requiere afrontar las distorsiones que provoca un crecimiento económico desigual, con patrones insostenibles, que puede socavar la necesidad de construir un desarrollo inclusivo; por otro lado, los efectos devastadores de los conflictos y el cambio climático sabemos que exacerban las desigualdades y dificultan el progreso de las personas más vulnerables.

En el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo, la cumbre de Sevilla debe

reconocer y afianzar el papel esencial de la AOD como mecanismo de financiación anticíclico, reconociendo al mismo tiempo los billones en compromisos de ayuda no desembolsados, lo que ha generado una deuda con el Sur Global de unos 7,2 billones de dólares. Para cubrir todas las necesidades existentes en el mundo, sanitarias y no sanitarias, los países del CAD destinaron 223.610 millones de dólares a cooperación, el 0,37 % del PIB, lo que supone un aumento del 9,6 % respecto a 2022. De esta cantidad, 24.999 millones de dólares se destinaron a salud, lo que representa el 11,17 % del total de AOD. La cooperación española aportó a la AOD de los países del CAD 3.595 millones de euros, lo que implica una reducción del 12,7 % respecto al año anterior, quedándose en el 0,24 % de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje muy alejado del 0,37 % de la media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), del 0,51 % de la media de los países de la UE y del compromiso del 0,7 % adquirido hace más de 50 años en el seno de las Naciones Unidas (NN. UU.).

El sector salud en la cooperación española pierde relevancia y pasa de absorber el 9,76 % de AOD en 2022 al 6,9 % en 2023. El descenso de fondos sitúa el aporte a salud en 248,3 millones, y aleja nuevamente la cooperación española en salud del 11,17 % de media que destinan los países del CAD. De este total consignado a salud, AECID destina 101.706.011 millones, el 17,75 % de su presupuesto¹. El Ministerio de Sanidad que en 2022 aparecía como primer donante con el 43,8 % de toda la AOD española en salud, en 2023 apenas ejecuta 243 mil euros.

La cooperación descentralizada, que sigue siendo un actor importante en la Cooperación Española, disminuye sus aportaciones a

1 El total ejecutado por AECID en 2024 asciende a 572.733.274 euros.

cooperación un 0,56 %, situándose en 415,7 millones de euros, el 0,12 % del presupuesto del conjunto de las CC. AA., un porcentaje que está muy por debajo de las posibilidades de la mayoría de las comunidades. La cooperación sanitaria supone el 11,6 % del total de la AOD descentralizada, 48,4 millones de euros, tras incrementar los fondos destinados a salud un 11,69 %, algo más de 5 millones de euros.

La Acción humanitaria (AH) de los países del CAD ascendió a 25.900 millones, un aumento del

4,8 % respecto a 2022. La Acción Humanitaria de la Cooperación Española ha crecido un 65 % respecto a 2022, pasando de 158.480.452 euros a 213.777.954 euros. Un importante incremento, tanto en términos absolutos, como en términos porcentuales, lo que representa el 5,95 % del total de su AOD, un porcentaje que sigue muy lejos de la media de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) y de lo establecido por la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española.

Agradecimientos

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

cidencia política SEDRA-FPFE por presentarnos las luces y sombras en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, 30 años después de que se aprobara el Plan de Acción de El Cairo; y a **Paloma Martín**, responsable de Operaciones para África de Acción contra el Hambre por su análisis sobre la hambruna en Sudán y la encrucijada entre la resiliencia y la solidaridad global en la que se encuentra el país.

1

La salud en el mundo



- A falta de seis años para cumplir con la Agenda 2030, sólo el 17 % de las 169 metas que contienen los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) están en camino de conseguirse o ya se han cumplido; el 48 % muestra un progreso mínimo o moderado y más de un tercio se han estancado o incluso retrocedido. Se necesitan movilizar inversiones de entre 5 y 7 billones de dólares para poder cumplir los ODS, el equivalente al 3,5 % de los 200 billones de activos financieros que anualmente se mueven en el mundo. Este dato pone en perspectiva lo alcanzable que es, siempre y cuando haya un compromiso real de gobiernos, organizaciones internacionales, sociedad civil y sector privado.
- Los desafíos que enfrentamos hoy necesitan respuestas coordinadas a nivel mundial que sean efectivas, sostenibles y equitativas. El cambio climático agrava problemas de salud preexistentes y crea nuevos desafíos; la resistencia antimicrobiana amenaza con revertir décadas de progreso en la medicina; y los conflictos armados afectan a la paz y a la seguridad, poniendo en peligro no solo a las poblaciones, sino también a los trabajadores de la salud, dificultando aún más la prestación de servicios esenciales.
- El ODS 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas, muestra retrocesos significativos, mayores incluso que el conjunto de los ODS. Solo el 10 % de las metas se han cumplido o están en camino de cumplirse, un 30 % han sufrido una mejora moderada, un 45 % han avanzado de forma residual y el 15 % restante no han mejorado. Esto tiene como consecuencia que cada dos minutos siga muriendo una mujer por problemas en el embarazo o parto y 18 menores de 5 años, siendo la mayor parte de estas muertes evitables. La comunidad internacional tiene la capacidad y oportunidad de revertir esta situación destinando recursos suficientes y aplicando políticas que de verdad antepongan el derecho a la salud a otros intereses comerciales o políticos.
- La Cobertura Sanitaria Universal, la meta más importante en el ODS 3 está muy lejos de lograrse. 4.500 millones de personas no están plenamente cubiertas por los servicios de salud esenciales y 2.000 millones de personas sufren dificultades económicas debido al gasto que hacen en atención de salud. El índice mundial de cobertura aumentó de 45 a 65 (de un máximo de 100) entre 2000 y 2015. Sin embargo, los incrementos recientes en la cobertura se han ralentizado ya que dicho índice aumentó solo 3 puntos entre 2015 y 2021.
- Los problemas globales de salud deben ser gestionados a través de una gobernanza pública fuerte, con perspectiva de género, consensuada, que oriente las soluciones de

una forma equitativa y basándose en la evidencia. Integrar la perspectiva de género asegura que las soluciones sean inclusivas y justas. La negativa de varios países a integrar la perspectiva de género en las resoluciones de la OMS y las dificultades para alcanzar acuerdos en el Tratado Pandémico, donde la OMS pedía poder gestionar parte de los productos sanitarios en potenciales pandemias, nos muestra lo arraigadas que están las miradas locales en los problemas globales.

- La gestión de la última epidemia de la viruela del mono, que ha afectado mayormente a la población infantil, vuelve a mostrar las costuras que tiene la comunidad internacional para conseguir afrontar problemas internacionales de salud. La respuesta ha sido

lenta e ineficiente, sin atender la demanda de vacunas de los países más afectados, para evitar la muerte y el sufrimiento que provocaba la enfermedad. De nuevo los comportamientos egoístas de los países ricos continúan afectando desproporcionadamente a los más vulnerables. Si el brote hubiese afectado a los países occidentales, la reacción habría sido mucho más rápida e intensa.

- Necesitamos urgentemente un enfoque más equitativo y solidario en la gestión de la salud global, que priorice la vida y el bienestar de todas las personas, sin importar su ubicación. Esto no solo es un imperativo moral, sino también una estrategia práctica para prevenir la propagación de enfermedades a nivel global.

1 Introducción

La pandemia de COVID-19 pasó rápidamente de ser la principal preocupación global a ser un recuerdo en la memoria, precipitado por los conflictos en Ucrania y Gaza. El fracaso de la comunidad internacional a la hora de generar una cultura de paz sólida, se cobra un alto costo en sufrimiento humano. La desinformación y la polarización dividen sociedades al tiempo que obstaculizan las soluciones pacíficas y las protecciones fundamentales. El auge del populismo ha complicado enormemente la capacidad de buscar soluciones negociadas y ha legitimado violaciones de derechos fundamentales. La propagación de noticias falsas es una amenaza real que erosionan la confianza de la sociedad y socavan las instituciones que son esenciales para la convivencia. La gestión de la informa-

ción se ha mostrado como un elemento crucial para evitar que se utilice la desinformación para respaldar posturas que, sin ese respaldo falso, serían inaceptables. Combatir este fenómeno requiere una combinación de educación crítica para que las personas puedan identificar y cuestionar la desinformación, así como una respuesta firme de las plataformas y los medios para detener la difusión de estas falsedades.

La salud mundial tiene muchos frentes abiertos que se deben abordar con urgencia. Entre estos frentes está la aprobación de un nuevo Tratado Pandémico que debería protegernos de las consecuencias de futuras pandemias. La ausencia de consenso por parte de los países que integran la OMS ha pospuesto su aprobación, prevista para 2024, evidenciando la ausencia de

una gobernanza fuerte y colaborativa capaz de priorizar el interés general y el derecho a la salud de todas las personas por encima de cualquier otro interés.

El brote epidémico de la viruela del mono es un ejemplo más de cómo repetimos los mismos errores en la gestión de los problemas que pueden afectar a la salud mundial. Se necesitan grandes consensos y un compromiso fuerte con los bienes públicos globales para proteger a las generaciones futuras.

La pandemia de COVID-19 exhibió las debilidades de no tener una visión global de la salud y, en vez de tomarlo como una lección de la que aprender, se está convirtiendo en una excusa para justificar el retraso en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La pandemia afectó a la salud mundial y a su evolución, pero no puede esconder la falta previa de compromiso con las metas recogidas en el ODS3.

Los retos globales de la salud siguen siendo los mismos: La inequidad en el acceso a la salud, la necesidad de trabajar la salud con un enfoque multisectorial, los impactos del cambio climático, la resistencia antimicrobiana, el cada vez mayor número e intensidad de los conflictos bélicos o la desinformación sobre cuestiones de salud siguen siendo los principales retos de la salud global que requieren atención urgente y una respuesta global coordinada. Abordar estos problemas no solo es una cuestión de políticas y recursos, sino también de voluntad y coopera-

ción internacional, así como de una gobernanza de la salud pública más fuerte, que se haga cargo de la gestión de estos retos sanitarios, de una manera eficaz y eficiente, sin dar pie a aquellos que aprovechan cualquier excusa para justificar que nada se mueva, aunque eso implique un mayor sufrimiento para la humanidad.

La Organización Mundial de la Salud ha presentado su Plan de Trabajo 2025-2028¹, incorporando en sus objetivos los retos más importantes a los que se enfrenta la salud mundial como es el cambio climático, el trabajo con los determinantes de salud, la Cobertura Sanitaria Universal o la preparación y respuesta ante emergencias y posibles pandemias. Enfrentar estos retos requiere dotarnos de sistema de salud pública robustos y bien dotados de personal para poder responder eficazmente a las necesidades de la población, así como fortalecer la Atención Primaria de Salud para mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud. Esto incluye invertir en la formación y retención de profesionales de la salud, asegurar condiciones de trabajo dignas, fomentar un entorno que permita al personal sanitario ofrecer lo mejor de sí mismos y habilitar mecanismos para que las comunidades puedan participar en las decisiones que afecten a la salud. Como vemos se trata de desafíos que demandan una transformación profunda de principios y valores, priorizar las alianzas y una mayor determinación a la hora de cooperar.

1 <https://www.who.int/about/general-programme-of-work/fourteenth>

2 Evolución de la implementación de la Agenda 2030

Estamos en la recta final para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Han pasado nueve años desde que los líderes mundiales se comprometieron con una nueva agenda de desarrollo para “erradicar la pobreza, proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todas las personas”², años en los que la pandemia, los conflictos y otros desafíos han puesto en peligro muchos de los progresos realizados, constatándose lo complicado que es alcanzar las metas propuestas. La falta de asignación de recursos y de políticas coherentes por parte de los países revela una brecha enorme entre los compromisos y las acciones. Relacionado con este problema aparece la dificultad de conjugar una estrategia a largo plazo con una visión cortoplacista de las políticas nacionales, donde se prima los intereses locales más que a los generales, todo ello muy condicionado por una población poco informada sobre el alcance de los ODS y su importancia.

La educación y la comunicación efectiva sobre los ODS son cruciales para movilizar a la ciudadanía y fomentar un mayor compromiso por parte de los gobiernos. Sin embargo, tras nueve años de Agenda 2030, solamente la mitad de la población mundial “ha oído hablar” de los ODS, lo que supone un rotundo fracaso que explica en parte la poca presión que los gobiernos tienen para acelerar el cumplimiento de las metas acordadas. En América Latina, África y Asia la población tiene más conocimiento sobre los ODS que en América del Norte y Europa, lo que es preocupante, ya que transmite la sensación de que esta Agenda Global no tiene que ver

con los países de rentas más altas, lo que no es cierto. En Holanda solo el 25 % de la población ha oído hablar de los ODS y en el Reino Unido el 34 %, mientras que en Kenia el porcentaje sube al 61 % y en Vietnam³ el 77 %. Si observamos la lista de cumplimiento de los ODS que aparece en el “Índice y paneles de indicadores de los ODS”⁴ del Informe de Desarrollo Sostenible 2024, Holanda está en el puesto 24 y Reino Unido en el noveno, mientras Kenia está en el puesto 123 y Vietnam en el 54. Los ODS son relevantes para todos los países, independientemente de su nivel de ingresos.

El contexto de cada país influye en su capacidad para avanzar en las metas de los ODS. Un país con más recursos puede tener una base más sólida, pero si no realiza un esfuerzo significativo, su avance será limitado. Por otro lado, un país con menos recursos, pero con un fuerte compromiso puede mostrar progresos notables. No se trata solo de conocimientos, sino también de voluntad política, estrategias efectivas y asignación adecuada de recursos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) son, por definición, globales. Los problemas que abordan —como el cambio climático, la pobreza, la Cobertura Sanitaria Universal y la inequidad— trascienden fronteras. Si solo unos pocos países alcanzan estas metas, el impacto global seguirá siendo limitado. Es imperativo que todos los países, independientemente de sus ingresos, trabajen juntos y compartan recursos y conocimiento. Solo así se puede abordar eficazmente estos desafíos y asegurar un futuro sostenible y equitativo para todas las personas.

La ciudadanía tiene saber que existen los ODS y que nos interpelan a todas y todos. En el caso de los países de rentas más altas, la población necesita comprender que su papel que es crucial en este proceso. No solo se trata de conocer los ODS, sino de entender que su cumplimiento en todo el mundo es esencial para abordar problemas globales. La solidaridad y la inversión en el bien común deben ser prioridades.

El desajuste entre las necesidades de financiación y la actual cooperación mundial es abismal. Necesitamos una mayor movilización de recursos para poder cumplir con los ODS. Naciones Unidas estima que sería necesario movilizar entre 5 y 7 billones de dólares⁵, el equivalente al 3,5 % de los 200 billones de activos financieros que anualmente se mueven en el mundo. Y la cooperación mundial, que debería poder ajustar los desequilibrios, se mueve en unas cifras que rondan los 220.000 millones de dólares.

El Informe de Desarrollo Humano 2023/2024 de Naciones Unidas, titulado “Salir del estancamiento. Reimaginando la cooperación en tiempos de polarización”⁶, destaca la necesidad urgente de abordar el progreso desigual que existe entre los países nórdicos, que son los países que van mejor, y los países de rentas más bajas que son los que van mucho más retrasados en el logro de las metas. El informe subraya que sigue creciendo la desigualdad entre los países con un Índice de Desarrollo Humano (IDH) muy alto y los del IDH bajo, y para solucionar esta situación, así como para acelerar los logros en las metas de los ODS, presenta varias propuestas:

1. **Construir una arquitectura del siglo XXI para suministrar los bienes públicos globales:** sería una tercera vía de cooperación internacional, complementando tanto la

cooperación al desarrollo que está centrada en los países más pobres, y la acción humanitaria centrada en las emergencias. Un bien público mundial es aquel cuyos beneficios afectan a toda la ciudadanía del mundo, que son no excluyentes y no rivales⁷. El medio ambiente o el aire limpio son dos ejemplos de bienes públicos globales tradicionales, pero en los últimos años se están incorporando otros, como las vacunas⁸. Estos bienes públicos globales requerirían de financiación adicional, y no debería detraerse de las cantidades destinadas a cooperación o ayuda humanitaria.

2. **Hacer retroceder la polarización,** porque frena la cooperación internacional. Una polarización que se basa en percepciones erróneas, que se ejemplifica en que el 69 % de las personas de todo el mundo afirman estar dispuestas a sacrificar parte de sus ingresos para ayudar en la mitigación del cambio climático, pero solo el 43 % percibe que los demás creen lo mismo. Así, como no se cree que la mayoría no está de acuerdo con esa idea de apoyar el cambio climático, no se ponen en marcha acciones porque se piensa que van a fracasar. Esta polarización está fundamentada también en el uso consciente de noticias falsas para desinformar. Por este motivo se propone crear espacios de deliberación abiertos y transparentes, evitando sobre todo que las informaciones utilizadas en conflictos intergrupales provoquen ira, que lleva a evitar la posibilidad de acuerdos, al ver a la otra parte como enemiga.
3. **Reducir las brechas de la capacidad de actuación,** muchas veces debido a una percepción falsa de las propias capacidades. El 50 % de la población mundial cree que no tiene control sobre sus vidas, y el 68 % que

2 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

3 <https://globescan.com/2023/11/22/growing-awareness-of-the-sdgs/>

4 <https://dashboards.sdgindex.org/rankings>

5 <https://unglobalcompact.org/take-action/action/globalallianceforsdgfinance>

6 <https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2023-24>

7 <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2021/12/pdf/chin.pdf>

8 <https://www.realinstitutoelcano.org/comentarios/nuevos-bienes-y-males-publicos-globales/>

no tiene capacidad de influencia en las decisiones de sus gobiernos. Para evitar esto, las instituciones deben ser más abiertas, y fomentar una participación y una distribución del poder equitativa, promoviendo normas sociales que cultiven el valor de los logros colectivos y el comportamiento cooperativo, centrado en las personas y el planeta, y orientado a los potenciales logros futuros.

Es posible que, incluso si cambiamos esta forma de afrontar nuestro futuro común, que afecta directamente a las raíces que fundamenta el comportamiento de la comunidad internacional actualmente, no consigamos en 2030 alcanzar todas las metas previstas, pero nos quedaremos lo más cerca posible, que es probablemente el objetivo que tengamos que marcarnos para los próximos años.

LA CUMBRE DEL FUTURO: UNA NUEVA ESPERANZA

La voluntad por abordar los problemas globales desde un punto de vista más transformador y multilateral se ha visto plasmada en la Cumbre del Futuro celebrada en Nueva York septiembre de 2024, donde los líderes mundiales firmaron el denominado “Pacto por el Futuro, Pacto Digital Mundial y Declaración sobre las Generaciones Futuras”⁹. Este Pacto pretende que la cooperación internacional se adapte a los nuevos tiempos, estableciendo unos nuevos compromisos y resultados concretos que deben ser conseguidos en los próximos años. En concreto, los temas que abarca este Pacto son:

- **Desarrollo Sostenible y financiación:** mediante 12 acciones diferentes, los países vuelven a comprometerse con la consecución de la Agenda 2030 y las metas de los ODS. Se marca la fecha de septiembre de 2027 para que este grupo reflexione sobre cómo acelerar los compromisos de 2030 y como se continuará el trabajo más allá de esa fecha, fortaleciendo el papel del Foro político de Alto Nivel sobre el Desarrollo Sostenible como plataforma principal para el seguimiento y examen de la agenda de desarrollo sostenible. Se vuelven a reafirmar varios compromisos, como la intención de erradicar la pobreza y el hambre,

o el de no superar la temperatura del planeta en más de 2°C sobre los niveles preindustriales, lo que significa volver a poner en la mesa las formas de luchar contra estos problemas, pero necesitaría acompañarse de un compromiso en dotación de recursos, para que no vuelva a ser papel mojado. Uno de los pocos elementos concretos que se plantean en este Pacto es el de gastar 100.000 millones de dólares al año en la lucha contra el cambio climático, teniendo en cuenta las necesidades de los países más vulnerables, para conseguir que en 2027 todas las personas del planeta estén cubiertas por unos sistemas de alerta temprana multirriesgo.

- **Paz internacional y seguridad:** a través de 15 acciones diferentes se pretende mejorar la situación de los múltiples conflictos que asolan el planeta. Principalmente se establecen medidas de prevención, ya sea a escala nacional como a escala internacional, consiguiendo reconfirmar algunos acuerdos esenciales como el de desarme nuclear, que hacía 15 años que no sucedía. Aunque no debería ser noticia si se cumpliera el derecho internacional, se pone el foco en la protección del personal civil, con especial énfasis en la situación de las mujeres y la juventud.

- **Ciencia, tecnología e innovación y cooperación digital:** Son 6 acciones las que hay que desarrollar en los próximos años, cuyo máximo exponente sería un Pacto Digital que busca principalmente cerrar la brecha digital existente en estos momentos, promoviendo la participación y el liderazgo de las mujeres y las niñas en esas esferas, fomentando la participación de la juventud, e incorporando los derechos humanos y los principios éticos en el desarrollo y la utilización de nuevas tecnologías. Este Pacto Digital pretende ser el marco donde se pueda desarrollar una cooperación digital justa, y establece una hoja de ruta para establecer una gobernanza global de la inteligencia artificial. Se trata del primer acuerdo global que regula la inteligencia artificial y garantiza los beneficios de la tecnología para todas las personas.
- **Gobernanza mundial transformada:** 19 acciones que deben permitir una gobernanza mundial multilateral más efectiva y con mayor perspectiva de género, una mayor representación de los países más empobrecidos, y una reforma de la arquitectura financiera internacional que se adapte mejor a la situación actual y tenga presente tanto las necesidades como los logros de los países más empobrecidos en su camino a la sostenibilidad.

- **Juventud y futuro:** a través de 4 acciones se concreta la denominada Declaración sobre Generaciones Futuras, que busca prevenir ahora los impactos negativos que se pueden suceder en el futuro, y salvaguardar los intereses de las futuras generaciones.

A pesar de que es entendible ese espíritu positivo que ha aparecido en Naciones Unidas por poder asegurar una voluntad política uniforme en cuanto al camino que se debe recorrer en el desarrollo en el futuro y conseguir encontrar un consenso con este Pacto (a pesar de las reticencias de algunos países¹⁰), hay que ser prudentes y esperar a ver cómo se plasma este Pacto en la realidad. No es la primera vez que un documento político no tiene el desarrollo esperado, harán falta muchos cambios, cesiones y sacrificios de los países para poder desarrollarlo.

No obstante, es un gran primer paso que, dado el contexto tan polarizado en el que vivimos, tiene una importancia fundamental para demostrar que la ambición de conseguir hacer las cosas de otra manera es posible. Aunque la salud no aparece reflejada específicamente en este Pacto, sí que toca todo el contexto en que se debe desarrollar el trabajo de la cooperación sanitaria, y, por tanto, sería fundamental que se consiguiera implementar.

Naciones Unidas está promocionando una visión positiva del futuro, ya que el optimismo es clave para motivar acción y cambio; por el contrario, la negatividad puede llevar a la desesperanza, y ésta, a la inacción. En el documento “Señales de cambio”¹¹, el PNUD subraya tendencias prometedoras que influirán positivamente en los próximos años. En concreto menciona la esperanza para un mundo más equitativo para

las personas y el planeta, un progreso tecnológico más responsable y comunidades más resilientes y conectadas.

Actualmente esa visión que promueve NN. UU. es más un deseo que una realidad. El Informe 2024 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible¹² describe una situación muy preocupante. Sólo el 17 % de las metas de los ODS están bien encaminadas, el 48 % muestra un

9 https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/sof-pact_for_the_future_adopted.pdf

10 <https://www.usip.org/publications/2024/09/andrew-cheatham-uns-pact-future>

11 PNUD (2024). Señales de cambio 2024. Nueva York, Nueva York.

12 [sehttps://unstats.un.org/sdgs/report/2024/](https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/)

progreso mínimo o moderado y más de un tercio se han estancado o incluso retrocedido. El informe pone el foco en los déficits en la lucha contra el cambio climático, así como en los decepcionantes avances en la equidad de género. Esta falta de evolución se achaca a las consecuencias de la COVID-19, a los efectos del cambio climático, a la escalada de conflictos y a las tensiones geopolíticas. Pero hemos de recordar que antes de 2019 tampoco los avances conseguidos podían hacernos creer que estábamos en el buen camino para la consecución de todas estas metas, aunque sí de algunas. Las reducciones en la mortalidad infantil y en las infecciones por VIH, o las mejoras en el acceso al agua, el saneamiento, la energía y la banda ancha móvil son éxitos que se deberían replicar en el resto de las metas de los ODS.

Para mejorar la situación, Naciones Unidas propone trabajar en tres áreas: construir paz, resolviendo los conflictos a través del diálogo y la diplomacia; aumentar la solidaridad internacional reformando la estructura financiera internacional y destinar más fondos a los ODS;

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

El ODS 3 es el específico a salud. Se enfoca en asegurar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, abordando temas como la cobertura sanitaria universal, la reducción de la mortalidad materna e infantil, la lucha contra enfermedades transmisibles y no transmisibles, y el acceso a servicios de salud de calidad. Consta de 13 metas y 28 indicadores. Según el informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de 2024, no todas esas metas han avanzado de forma parecida. Solamente el 10 % de los indicadores se han conseguido o están en camino de conseguirse, un 30 % han sufrido una mejora moderada, un 45 % han avanzado de forma residual, y el 15 % restante no han mejorado. Si analizamos las metas, la única que está verda-

y aumentar la implementación con alianzas para impulsar las transiciones necesarias en alimentación o energía, siempre con una perspectiva de género. Desgraciadamente, parece que el mundo va en la dirección contraria. Debe hacerse un gran esfuerzo por parte de la comunidad internacional, que consiga reorientar la situación actual y permita encontrar un atisbo de esperanza en un futuro próximo. Es posible hacerlo, solamente hace falta una voluntad decidida y unas capacidades suficientes que permitan el desarrollo de un nuevo futuro para todas las personas.

Una voluntad que, en cuanto a las metas específicas de salud, deben de fundamentarse en un refuerzo de los sistemas públicos de salud, una apuesta por la Atención Primaria de Salud, y la inclusión de los determinantes de la salud en las políticas y estrategias de salud, incorporando un enfoque multisectorial. Porque para mejorar las metas del ODS 3, cuya situación se va a tratar de resumir en las siguientes páginas, no se puede seguir haciendo lo mismo que hasta el momento, ya que no se han logrado la mayor parte de las metas esperadas.

deramente encauzada es la 9, la que pretende reducir sustancialmente el número de muertes y enfermedades causadas por la contaminación.

Como se ve en la tabla 1.1., hay 4 metas que han tenido avances significativos, destacando la reducción de la mortalidad infantil y el apoyo a la investigación y el desarrollo de vacunas y medicamentos. La reducción de sustancias adictivas, como tabaco, alcohol y otras sustancias cerrarían este grupo.

Le siguen 5 metas que necesitan un impulso mucho más decidido por parte de la comunidad internacional, destacando la lucha contra enfermedades transmisibles y no transmisibles, incluyendo la salud mental, y la mejora al acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

TABLA 1.1. Avances en las Metas ODS 3

ODS 3. Garantizar una vida saludable y promover el bienestar para todas las personas y para todas las edades				
En camino de cumplirse o cumplidas	Mejora moderada	Mejora escasa	Estancamiento	Sin datos
<ul style="list-style-type: none"> Impacto de la contaminación en la salud 	<ul style="list-style-type: none"> Reducir mortalidad infantil Reducción abuso de sustancias Mejora control del tabaco Mejora cobertura vacunal 	<ul style="list-style-type: none"> Poner fin a enfermedades transmisibles Reducir las enfermedades no transmisibles Disminuir mortalidad y lesiones por accidentes de tráfico Garantizar el acceso a los servicios de atención de la salud sexual y reproductiva Mejorar la escasez de personal sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> Disminución mortalidad materna Mejora de la Cobertura Universal 	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer la capacidad de gestión de riesgos para la salud

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA ADAPTANDO INFORMACIÓN DEL INFORME 2024 DE LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE DE NACIONES UNIDAS

Uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los sistemas de salud para poder ser operativos y atender las demandas de la población es la escasez de personal sanitario. Hace falta una reflexión muy profunda sobre este asunto, ya que puede poner en riesgo cualquier resultado que pretendamos conseguir en el ámbito de la salud.

Sin duda si hay una meta que reclama nuestra atención esa es la Cobertura Sanitaria Universal; sin ella, las demás metas del ODS 3 —como la reducción de la mortalidad materna e infantil, la lucha contra enfermedades transmisibles y no transmisibles, y el acceso a medicamentos esenciales— se vuelven casi inalcanzables. La paralización de su progreso es una muy mala noticia para la salud mundial. A pesar de los múltiples llamamientos realizados desde la OMS para acelerar su cumplimiento, no parece que se esté en condiciones alcanzarlos. Tampoco se puede olvidar el estancamiento con relación a la mortalidad materna. Las resistencias a incorporar la perspectiva de género en la atención al embarazo y parto contribuyen significativamente a este estancamiento. La falta de enfoque en las necesidades específicas de las mujeres y las barreras culturales y políticas dificultan los avances ne-

cesarios. Por último, la falta de datos suficientes sobre alerta temprana y gestión de riesgos refleja nuestra falta de preparación frente a las amenazas de salud vinculadas al cambio climático. La ciencia ha dejado claro que el cambio climático impacta la salud de manera significativa, desde aumentar la propagación de enfermedades hasta exacerbar crisis alimentarias y desastres naturales. Necesitamos inversiones serias en sistemas de monitoreo y respuesta rápida, y una política sólida que trate el cambio climático como una amenaza a la salud pública.

Este pequeño mapa de la situación nos hace ser bastante pesimistas en cuanto a la posibilidad de alcanzar los logros esperados en 2030. Pero no podemos caer en un pesimismo que llevaría a la parálisis. Cualquier mejora que se consiga, son miles de vidas humanas salvadas. La salud de las personas está profundamente influenciada por el progreso en áreas como la equidad de género, el acceso al agua limpia, la protección del medio ambiente y la estabilidad económica, por lo que, implementar políticas sanitarias equitativas y asignar recursos adecuados es fundamental, pero también es esencial abordar otros factores que impactan directamente la salud global.

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

La mortalidad materna no es solamente relevante por el sufrimiento que causa directamente en las mujeres y sus personas allegadas, sino que también es uno de los indicadores principales que miden la calidad de los cuidados de salud que un sistema proporciona¹³. Los teóricos avances en este indicador se han estancado, por lo que va a ser realmente difícil alcanzar los resultados previstos.

La tasa de mortalidad materna desde el año 2000 hasta 2020¹⁴ se redujo un 34 %. Este descenso se relaciona directamente con un mejor acceso a unos servicios de salud sexual y reproductiva de mayor calidad, que, entre otras cosas, mejoran la atención obstétrica y ayudan a disminuir el número de embarazos no deseados y de abortos inseguros, uno de los grandes causantes de esta mortalidad. Entre 2000 y 2019 se mejoró un 12 % el denominado “subíndice de cobertura sanitaria universal para salud reproductiva, materna, neonatal e infantil”¹⁵, un subíndice que se creó para medir el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, uniendo los datos de la cobertura de los servicios más relevantes en salud sexual y reproductiva e infantil. Fue en Asia Central y Meridional donde se registraron las mejoras más importantes, una muestra más de que es factible mejorar los resultados en este indicador, si hay voluntad para ello.

A partir de 2016 los avances se han detenido. Cada dos minutos muere una mujer en el

mundo¹⁶ por problemas durante el embarazo o el parto, es decir, 287.000 muertes al año¹⁷, algo que se relaciona muy directamente con la mortalidad perinatal de los niños y las niñas. La tasa media actual alcanza las 223 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, triplicando la tasa que se espera alcanzar en 2030, y apenas 4 muertes menos por cada 100.000 nacidos vivos que en 2015. No se trata solo de un problema médico, sino que es un reflejo de las desigualdades en el acceso a cuidados de calidad y en la implementación de políticas equitativas.

Este indicador ha evolucionado de manera muy diferente según la región. En Europa y América Latina, así como en el Caribe, la tasa de mortalidad materna aumentó de 2016 a 2020 en un 17 % y un 15 %, respectivamente¹⁸. A pesar de este aumento, las regiones de Europa y América del Norte siguen teniendo una tasa de mortalidad materna baja, con 13 muertes por cada 100.000 nacidos vivos. No obstante, si se analiza el problema en cifras absolutas, el 70 % de la mortalidad materna sigue ocurriendo en la región de África Subsahariana, porcentaje que alcanza el 87 % si se une la mortalidad materna de Asia Meridional.

Para disminuir la mortalidad materna hay que seguir avanzando en el acceso a unos servicios de salud sexual y reproductiva de calidad. Si además se quiere que los resultados sean sostenibles, se debe ir más allá. Un enorme problema es la falta de personal especializado para atender los embarazos y partos. La escasez de personal especializado en salud sexual y reproductiva se cifra en 1,1 millones¹⁹, de las cuales

900.000 son matronas. Si tuviéramos las suficientes matronas bien formadas se salvarían unos 4,3 millones de vidas al año, entre mujeres y bebés. Pero estas medidas sanitarias deben de estar vinculadas a otras acciones que tienen que ver con otros sectores más allá de los sanitarios, como puede ser la equidad de género o la resolución de los conflictos. Hay una asociación significativa entre equidad de género y mortalidad materna²⁰. Invertir en educación superior para las mujeres, mejorar sus oportunidades de empleo remunerado, aumentar su participación en la política o como líderes sociales, reducir la violencia de género, incluyendo el poner fin al matrimonio infantil, pueden reducir significativamente la mortalidad materna mundial. Por otro lado, la relación entre mortalidad materna y conflictos es muy clara. En nueve países con graves crisis humanitarias las tasas de mortalidad materna eran más del doble del promedio mundial, alcanzando las 551 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos. También problemas globales como el cambio climático pueden aumentar el riesgo de mortalidad materna e infantil, especialmente en países tropicales²¹.

Desde 2021 existe la iniciativa “Terminar con la Mortalidad Materna Prevenible”²². Esta iniciativa establecía unos objetivos de cobertura para 2025 que parecen difícil de cumplirse:

- Los países con una tasa de mortalidad materna inferior a 420 en 2010: reducir la tasa de mortalidad materna en al menos dos tercios con respecto a la tasa de referencia de 2010 para 2030.
- Para los países con una tasa de mortalidad materna inicial superior a 420 en 2010: la tasa de disminución debería ser más pronunciada

de modo que en 2030 ningún país tenga una tasa de mortalidad materna superior a 140.

- Para aquellos países con una tasa de mortalidad materna inicial baja en 2010: lograr la equidad en la tasa de mortalidad materna para las poblaciones vulnerables a nivel subnacional.

En una meta tan relevante como ésta y que está tan retrasada en sus objetivos, es necesario asumir un programa acelerado para los próximos años que tengan en cuenta no solamente el acceso necesario a unos servicios adecuados de salud sexual y reproductiva, sino que se trabajen conjuntamente con los determinantes más importantes para la salud sexual y reproductiva, como pueden ser la equidad de género o la paz.

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

A pesar de lo ambicioso de esta meta, se ha avanzado de forma muy relevante en los últimos años, aunque falte mucho camino por recorrer. La meta incluía reducir la mortalidad neonatal al menos a 12 por 1.000 nacidos vivos y la mortalidad de menores de 5 años al menos a 25 por cada 1.000 nacidos vivos para 2030²³. Los datos de 2022 son esperanzadores. Las muertes mundiales de menores de 5 años descendieron hasta los 4,9 millones, frente a los 9,9 millones de 2000, un 51 % menos, o los 6 millones de 2015, un 18 % menos. Y ello teniendo en cuenta que la pandemia de la COVID-19 afectó considerablemente a algunas acciones muy relacionadas con la mortalidad infantil, como la vacunación infantil, por lo que la mejora hubiera podido ser mayor.

13 https://www.qualityforum.org/Publications/2021/08/Maternal_Morbidity_and_Mortality_Measurement_Recommendations_Final_Report.aspx

14 https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/2.%20SRHR_ICPD30_ThinkPiece_050724_FINAL_WEB_V2%20%281%29.pdf

15 <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-sci-components-reproductive-maternal-newborn-and-child-health>

16 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240068759>

17 <https://www.who.int/news/item/30-05-2024-countries-commit-to-recover-lost-progress-in-maternal--newborn---child-survival>

18 <https://www.univadis.es/viewarticle/aumenta-la-tasa-de-mortalidad-materna-en-europa-2023a10004j7>

19 <https://www.unfpa.org/es/sowmy#:~:text=En%20todo%20el%20mundo%2C%20existe,los%20cuales%20900.000%20son%20matronas>

20 <https://link.springer.com/article/10.1186/s12884-022-05225-6>

21 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3595418/#:~:text=This%20article%20demonstrates%20that%20climate,especialmente%20in%20tropical%2C%20developing%20countries>

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

23 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/#:~:text=Goal%203%20targets,-3.1%20By%202030&text=3.2%20By%202030%2C%20end%20preventable,25%20per%201%20C000%20live%20births>

El informe “Niveles y tendencias de la mortalidad infantil en 2023” realizado por el Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil²⁴, muestra no solo lo conseguido, sino también lo que falta por conseguir. Hay 134 países que en 2022 han cumplido con el objetivo, pero si mantenemos las tendencias actuales 59 países no conseguirán la tasa de mortalidad infantil esperada, y un 64 % no lo hará si hablamos de la tasa de mortalidad neonatal, lo que supone una tercera parte de los países del mundo. En apenas 22 años, del 2000 a 2022, se han perdido 162 millones de vidas de menores de 5 años, lo que equivale a toda la población de Bangladés, el octavo país más poblado del mundo. A esta cifra le tenemos que añadir más de 53 millones de mortinatos, muerte de un bebé en el útero durante las últimas 20 semanas del embarazo²⁵, que no suelen ser computados en las estadísticas.

La ralentización en la reducción de la mortalidad infantil es preocupante. La tasa de reducción de la mortalidad de menores de 5 años ha pasado del 3,8 %, en el periodo 2000-2015, al 2,1 % en el periodo 2015-2022. Por su parte, la tasa de mortalidad neonatal siguió un patrón similar, disminuyendo del 3,0 % al 1,8 %. Los datos denotan una pérdida de impulso que es urgente revertir. Si todos los países cumplieran con el objetivo de mortalidad de menores de cinco años, se estima que se podrían salvar 9 millones de vidas de aquí a 2030.

Las acciones necesarias para mejorar los resultados en esta meta están muy identificadas. Las principales causas de defunción de menores de cinco años son las complicaciones del parto, la neumonía, las anomalías congénitas, la diarrea y el paludismo²⁶. También se cono-

ce qué acciones habría que priorizar según edades. El 47 % de los 4,9 millones de muertes anuales ocurren en el primer mes de vida, algo que muestra claramente la importancia de trabajar integralmente la atención al parto y el embarazo. Aunque hay factores comunes, cada problema tiene sus particularidades. Es esencial tener estrategias específicas para abordar tanto la mortalidad materna como la perinatal, asegurando que cada intervención esté adaptada a sus propias necesidades y circunstancias. Una atención adecuada al parto es clave, pero también lo son otras medidas dirigidas a los diferentes factores que afectan a cada grupo. Según un estudio realizado en Bangladés, casi la mitad de las muertes perinatales son resultado de causas que no suponen una amenaza para la vida de la madre, y casi la mitad de las muertes maternas son resultado de causas que no conducen a la muerte perinatal²⁷. A nivel geográfico también sabemos dónde se debe de poner el foco, principalmente en África Subsahariana y el sur de Asia. Un niño nacido en África Subsahariana tiene en promedio 18 veces más probabilidades de morir antes de cumplir los 18 años que uno nacido en Australia.

El Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad Infantil considera que las inversiones nacionales y locales deben hacerse en intervenciones de alto impacto que hayan mostrado su evidencia, tales como tener personal sanitario bien capacitado, una atención pre y postnatal adecuados, servicios preventivos como la vacunación, mejor acceso al diagnóstico y tratamiento de las principales causas de enfermedad y muerte infantil, e incrementar los esfuerzos para reducir los factores de riesgo de mortalidad, como la

desnutrición. Propone una acción global que se centra en:

- Poner el foco en la acción local: una planificación, implementación y monitoreo en los niveles subnacionales son fundamentales, respaldadas por un compromiso político y unos recursos adecuados.
- Elevar el nivel de ambición e inversiones para madres y recién nacidos: reducir la mortalidad neonatal requiere invertir en atención en el momento del nacimiento brindada por personal de salud cualificado.
- Ampliar las intervenciones de alto impacto para abordar la mortalidad de 1 a 59 meses: muchas muertes entre niños y niñas de 1 a 59 meses se pueden prevenir cuando se puede acceder a las intervenciones de alto impacto antes mencionadas.
- Crear sinergias a lo largo del proceso continuo de atención: las acciones deben abarcar todo el proceso continuo de atención materna, neonatal e infantil.
- Invertir en personal de salud comunitario: los programas nacionales de salud materna, neonatal e infantil, malaria, nutrición e inmunización deben desarrollar conjuntamente un sólido grupo de personal comunitario de salud.
- Fortalecer los sistemas de datos y estadísticas: para supervisar y garantizar la supervivencia de todos los niños y niñas, incluidos los que se encuentran en situaciones más vulnerables, siendo necesario abordar las deficiencias en los datos.

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

Malaria, sida y tuberculosis han sido, por sus consecuencias en la salud humana, las tres enfermedades infecciosas que han recibido una mayor atención por parte de la comunidad internacional desde el año 2000, hasta la aparición de la pandemia de la COVID-19. Este interés se ha reflejado en unos resultados, que, si bien no son los que se esperaban, demuestra que cuando existen recursos y estrategias adecuadas, se pueden conseguir grandes resultados.

VIH y sida

Es enormemente ilusionante observar cómo los informes más actuales muestran las posibilidades reales que existen de que la pandemia de VIH/sida deje de ser en 2030 una amenaza para la salud pública²⁸, a pesar de que sea necesario un mayor esfuerzo que el realizado hasta el momento para conseguirlo. Si se lograra, significaría un gran hito para la humanidad, el poder controlar una enfermedad que, desde sus primeros casos en 1981, ha provocado en 50 años la muerte de 42,3 millones de personas²⁹.

Las estrategias de lucha contra esta enfermedad se han sucedido y aunque no se han conseguido los resultados esperados, es obvio que los avances hubieran sido imposibles sin esas acciones conjuntas a nivel mundial. La estrategia 90-90-90 tenía el ambicioso objetivo de conseguir que en 2020 el 90 % de las personas que vivían con VIH/sida conocieran su estado serológico, que el 90 % recibieran tratamiento y que el 90 % de estos últimos tuvieran supresión

24 <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2024/03/UNIGME-2023-Child-Mortality-Report.pdf>

25 <https://medlineplus.gov/spanish/ency/patientinstructions/000626.htm>

26 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

27 https://www.researchgate.net/profile/Deborah-Maine/publication/13798100_Why_Perinatal_Mortality_Cannot_be_a_Proxy_for_Maternal_Mortality/links/5a0750624585157013a5c2f4/Why-Perinatal-Mortality-Cannot-be-a-Proxy-for-Maternal-Mortality.pdf

28 The urgency of now: AIDS at a crossroads. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2024.

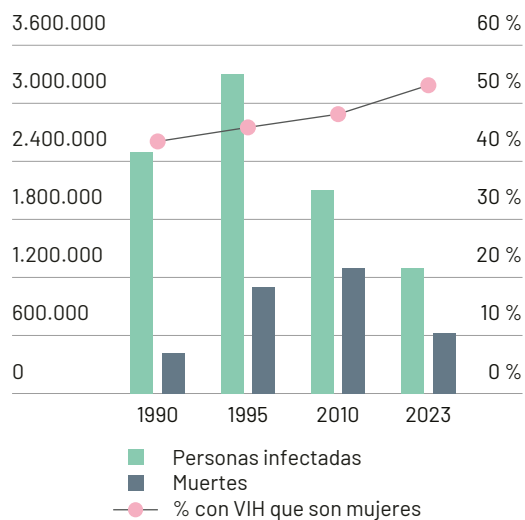
Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

29 <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

de carga viral³⁰. En 2021 la estrategia 95-95-95, tenía los mismos objetivos pero incrementando el porcentaje al 95 % para 2025, a la vez de pretender acortar las distancias entre las personas que sufren esta enfermedad y los resultados del tratamiento del VIH en todas las subpoblaciones, grupos de edad y ámbitos geográficos³¹. A pesar de los avances, aún estamos lejos de conseguirlo como demuestra el dato de los 9 millones de personas con VIH/sida que aún no tienen acceso a tratamiento, algo que pone en riesgo su vida.

Los datos de 2023 son alentadores. Es el año que, desde la pandemia, menos personas contrajeron el virus en el mundo. El 86 % de las personas con VIH conocían su estatus. El 89 % de estas personas tenían acceso a tratamiento, y el 93 % de estos últimos habían conseguido la supresión de la carga viral. A pesar de los logros alcanzados, en 2023 murieron 630.000 personas debido a esta enfermedad y 1,3 millones de personas se infectaron de VIH, 3.600 cada día. Es obvio que aún no se han alcanzado las metas principales previstas, ni en número de nuevas infecciones ni en número de muertes, aunque la evolución de los últimos años haya sido muy importante. Desde 2010 se ha reducido un 38 % la incidencia del VIH y un 42 % la mortalidad por el sida, algo que tiene mucho que ver con que el acceso al tratamiento haya pasado del 24 % en 2010 al 77 % en 2023. Desde el pico alcanzado en 1995, las nuevas infecciones de VIH se han reducido en un 59 %. A su vez, desde el pico de 2004, las muertes por sida se han reducido en un 69 %³². Pero, a pesar de todo, el objetivo fijado para la mortalidad por VIH/sida en 2025, en apenas 2 años, es de 250.000, dos veces y medio menos de lo conseguido en 2023³³, algo que no parece viable, aunque implica la necesidad de acelerar las acciones de lucha contra esta enfermedad.

GRÁFICO 1.1. Evolución VIH/sida en el mundo



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE ONUSIDA

Una derivada de esta enfermedad es su feminización. Tal y como muestra el gráfico 1.1., el porcentaje de mujeres que viven con VIH ha pasado de un 43 % en 1990 a un 53 % en 2023. Sin embargo, el porcentaje de mujeres entre las nuevas infecciones es del 44 % a nivel mundial, lo que puede indicar que las mujeres infectadas viven más que los hombres. Si se analizan las nuevas infecciones en África Subsahariana, el porcentaje de mujeres sube hasta el 62 %. Hay que destacar en positivo el incremento de mujeres embarazadas con VIH que tienen acceso a antirretrovirales para detener la transmisión en el embarazo y parto, que en 2023 se sitúa en el 84 %³⁴.

Al igual que pasaba con la mortalidad infantil y materna, África Subsahariana es la región más afectada. El 50 % de las nuevas infecciones de 2023 ocurrían allí, al igual que el 62 % de las muertes. De las 39,9 millones de personas que viven con VIH/sida, 25,9 millones, el 65 %, viven

en esa región. Dentro del continente, existe una respuesta diferente dependiendo del país. Quienes han apostado por luchar realmente contra esta enfermedad han tenido resultados. Botsuana, Eswatini, Ruanda, Tanzania y Zimbabue, han alcanzado los objetivos 95-95-95 y otros 8 países africanos están en camino de ello³⁵. En estos momentos se están dando una gran contradicción, la respuesta mundial al VIH está avanzando rápido en una región tan afectada como África Subsahariana, pero este progreso se está produciendo con vacilaciones en el resto del mundo donde ha aumentado en 28 países. La desconexión entre los avances en África Subsahariana y el aumento de infecciones en otros países es inquietante. La disminución del interés social, mediático y político sobre el VIH puede llevar a una peligrosa relajación de las medidas de control. Es vital mantener el enfoque en la prevención, el tratamiento y la educación para controlar la propagación del VIH en todas las regiones del mundo. Hay que combatir las legislaciones discriminatorias y el estigma que son barreras importantes en la lucha contra el VIH. Se deben proteger a los colectivos vulnerables, eliminar las leyes punitivas y promover una mayor equidad de género, además de abordar la violencia sexual y de género.

Malaria

La malaria es, posiblemente, la enfermedad infecciosa que ha acompañado a la humanidad durante más tiempo. Hace unos 2 o 3 millones de años este parásito saltó de los chimpancés a los humanos³⁶, que, según algunos autores, ha podido ser responsable de la muerte de la mitad de la población que ha habitado el planeta³⁷. El riesgo de sufrir las consecuencias de esta enfermedad es mayor en menores de 5 años —4 de cada 5 muertes relacionadas con el paludismo ocurridas en 2022 en la Región de África

correspondieron a menores de 5 años—, mujeres embarazadas, personas refugiadas, migrantes y desplazadas internas, y los Pueblos Indígenas.

Actualmente su presencia sigue siendo relevante en muchos países, a pesar de los resultados esperanzadores de los últimos años. Los mosquitos del género Anopheles han mostrado una gran capacidad de adaptación, lo que impide que la comunidad internacional pueda relajar sus esfuerzos para su control. En el período 2000-2022 se evitaron 2.100 millones de casos de malaria y 11,7 millones de muertes por malaria en todo el mundo, pero sigue siendo una de las enfermedades infecciosas más importantes en el planeta.

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo en muchos aspectos de la salud global, incluyendo la malaria. Las medidas de confinamiento y las restricciones de movilidad afectaron la distribución de medicamentos y la implementación de programas de control de mosquitos, lo que llevó a un aumento en los casos de malaria en algunas regiones. No obstante, los últimos datos muestran cierta recuperación respecto a las cifras prepandemia. En 2022 las muertes provocadas por esta enfermedad alcanzaron la cifra de 608.000³⁸, 11.000 menos que en 2021, aunque seguimos lejos de las 589.000 muertes de 2019. Desde el año 2000, las muertes por malaria disminuyeron de manera constante, pasando de 864.000 a 589.000 en 2019, un 32 % menos. El número de nuevas personas infectadas por este parásito ha seguido un patrón parecido hasta 2019. En el período 2000-2019, el número de casos de malaria a nivel mundial disminuyó de 243 millones a 233 millones. Sin embargo, en 2022 las nuevas infecciones aumentan, alcanzando a 249 millones de personas, 2 millones más que en 2021, y 17 millones más que en 2019.

30 <https://www.unaids.org/es/resources/909090>

31 <https://www.unaids.org/es/resources/documents/2024/progress-towards-95-95-95>

32 <https://www.eresvihda.es/que-es-el-vih/vih-una-historia-de-40-anos/datos-en-el-mundo/#:~:text=40%2C4%20millones%20de%20personas,que%20se%20conoci%C3%B3%20la%20enfermedad.>

33 <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet#:~:text=AIDS%2Drelated%20deaths&text=The%20target%20for%202025%20is,died%20of%20HIV%20every%20minute.>

34 <https://www.hiv.gov/hiv-basics/overview/data-and-trends/global-statistics>

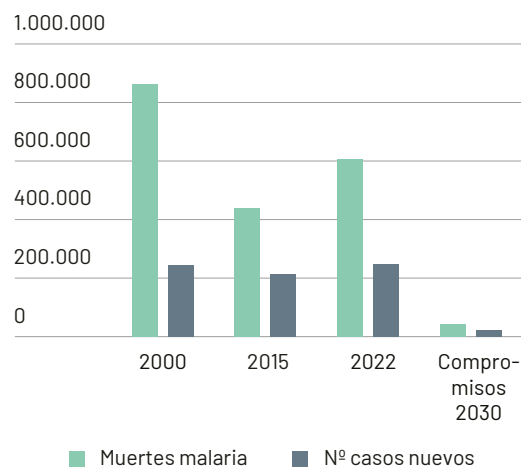
35 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2023-unaids-global-aids-update-summary_es.pdf

36 <https://lamalaria.com/formacion/cual-es-el-origen-de-la-enfermedad-de-la-malaria/#:~:text=Hace%20unos%20a%C3%B1os%20el%20bi%C3%B3logo,millones%20de%20a%C3%B1os%205B2%5D.>

37 Whitfield, J. (2002). "Portrait of a serial killer". Nature. doi:10.1038/news021001-6

38 <https://www.who.int/es/campaigns/world-malaria-day/2024>

GRÁFICO 1.2. Evolución malaria



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE LA OMS

El informe de 2023 sobre malaria de la OMS³⁹ subraya la necesidad de centrar los esfuerzos principalmente en África Subsahariana, donde se producen el 94 % de los casos y el 95 % de las muertes por esta enfermedad⁴⁰. Once países concentran aproximadamente el 70 % de la carga mundial del paludismo: Burkina Faso, Camerún, Ghana, Malí, Mozambique, Níger, Nigeria, República Democrática del Congo, Sudán, Tanzania y Uganda. Pero la malaria sigue siendo un problema global, y aunque África Subsahariana concentra la mayor carga, el aumento de casos en países como Pakistán, con 2,1 millones de casos en 2022, y otros fuera de África subraya la necesidad de un enfoque global. El crecimiento demográfico, el cambio climático y la resistencia a los medicamentos son factores que complican aún más el control de esta enfermedad.

Reducir la incidencia y la mortalidad de la malaria en un 90 % para 2030, con una meta intermedia del 75 % en 2025, es una meta ambiciosa recogida en la estrategia global para la malaria 2016-2030⁴¹. Las tendencias actuales no

son todo lo esperanzadoras que nos gustaría. De ahí que los líderes africanos preocupados por los escasos avances, se reunieron en Yaundé (Camerún), y firmaron una Declaración⁴² en la que se comprometían a ejercer un liderazgo más firme y aumentar la financiación nacional destinada a los programas de lucha contra el paludismo; a garantizar un aumento de la inversión en tecnología de datos; a aplicar las orientaciones técnicas más recientes en materia de control y eliminación del paludismo; y a mejorar las iniciativas de lucha contra el paludismo a nivel nacional y subnacional.

Pero no podemos abordar esta enfermedad solo desde una perspectiva médica sin considerar cuestiones como el cambio climático que sabemos tiene efectos directos e indirectos en la transmisión del parásito y en su carga parasitaria en sangre. Los fenómenos meteorológicos extremos, como inundaciones y sequías, pueden crear condiciones propicias para los mosquitos transmisores de la malaria. Además, el aumento de las temperaturas y los cambios en los patrones de precipitación pueden ampliar las áreas donde los mosquitos pueden sobrevivir y reproducirse, aumentando la incidencia de la enfermedad. La equidad de género, el acceso a la educación, el respeto de los derechos humanos en la población migrante, son otros aspectos que deben ser tenidos en cuenta en la lucha contra la malaria.

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que quizás no recibe la atención mediática que merece. Su tratamiento es prolongado y complejo, lo que añade capas de dificultad tanto para pacientes como para los sistemas de salud que intentan controlarla. La tuberculosis sigue siendo la segunda causa de muerte en el mundo por un único agente infeccioso, después de la COVID-19,

y los objetivos mundiales en materia de tuberculosis no se han alcanzado o siguen estando lejos de alcanzarse.

El informe de la OMS 2023 sobre la tuberculosis⁴³ muestra algunos avances y desafíos significativos. La capacidad diagnóstica ha mejorado sensiblemente después del parón provocado por la pandemia de COVID-19. En 2023 el número de personas diagnosticadas de tuberculosis alcanzó la cifra de 8,2 millones de personas, la cifra más alta desde 1995, año en el que se inicia el seguimiento de esta enfermedad. Esta cifra supera en 400.000 casos el dato de 2019, y en 1,1 millones el de 2021. No obstante, también se ha observado una ligera disminución en la mortalidad, con 1,3 millón de muertes, mejorando las cifras de 2020 y 2021 en casi 100.000 muertes menos.

La "Estrategia Fin de la Tuberculosis de la OMS"⁴⁴ es ambiciosa pero la realidad muestra que aún estamos lejos de cumplir con las metas. La reducción neta del número mundial de muertes causadas por tuberculosis entre 2015 y 2022 fue del 19 %, muy lejos del objetivo del 75 % marcado para 2025. En 2022 enfermaron de tuberculosis 10,6 millones de personas en todo el mundo: 5,8 millones de hombres, 3,5 millones de mujeres y 1,3 millones de niños y niñas.

En la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la lucha contra la tuberculosis de 2018⁴⁵ se aprobó una resolución que buscaba facilitar tratamiento para la tuberculosis a 40 millones de personas y tratamiento preventivo a 30 millones de personas entre 2018 y 2022, pero los resultados han sido muy pobres. Solamente se ha llegado a 34 millones (85 %) y a 15,5 millones (51,6 %) de personas, respectivamente. Es cierto que es una enfermedad compleja, cuyo tratamiento, por su extensión en el tiempo, no tiene la adherencia deseada. Pero uno de los elementos fundamentales que explica unos resultados tan diferentes a los esperados es la

falta de financiación. Se necesitan 13.000 millones de dólares anuales para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de la tuberculosis y en 2022 solo se consiguió el 44 % de esa cantidad. Al déficit en la financiación se añade el hecho de que alrededor del 50 % de los pacientes con tuberculosis deben afrontar gastos catastróficos (más del 10 % de los ingresos anuales del hogar) por esta enfermedad.

Una variable para tener en cuenta son los casos de tuberculosis multirresistente, uno de los mayores desafíos en el tratamiento de esta enfermedad. Requiere terapias más largas y costosas y muchas veces tiene un pronóstico peor. La resistencia antimicrobiana no solo complica el tratamiento de la tuberculosis, sino que también afecta a muchas otras infecciones, subrayando la necesidad de desarrollar nuevos antibióticos y estrategias para evitar el uso excesivo y la mala gestión de los existentes. En 2022, el 3,8 % de los casos, 410.000 personas, sufrían de tuberculosis multirresistente, y solamente 175.000, el 42 % recibieron tratamiento.

La tuberculosis está muy relacionada con la pobreza como demuestran numerosos estudios. Invertir en salud pública, abordar las desigualdades y fortalecer los sistemas de salud son pasos cruciales para enfrentar esta enfermedad de manera efectiva. Aunque las tasas de éxito del tratamiento han mejorado, aún fracasan en el 12 % de las personas tratadas por tuberculosis sensible a los medicamentos y el 37 % en el caso de las personas con tuberculosis multirresistente.

A pesar de que la situación nos debería llevar a ser prudentes, los objetivos en la Declaración política de la reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de la OMS sobre la lucha contra la tuberculosis de septiembre de 2023⁴⁶ pueden suponer un cambio en la evolución esta enfermedad, aunque, como siempre, falta traducir en acciones los compromisos asumidos en esa Declaración, que fijan sus metas en 2027.

39 <https://www.who.int/teams/global-malaria-programme/reports/world-malaria-report-2023>

40 <https://www.afro.who.int/health-topics/malaria>

41 <https://iris.who.int/handle/10665/342995>

42 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/malaria/mpac-documentation/malaria-conference-declaration-final.pdf?sfvrsn=2a67eb91_8

43 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373828/9789240083851-eng.pdf?sequence=1>

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

45 <https://documents.un.org/doc/undoc/ltd/n18/306/01/pdf/n1830601.pdf>

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

Hepatitis

La hepatitis es una enfermedad inflamatoria del hígado provocada por diferentes causas, aunque la que aquí nos interesa es la hepatitis viral, debido a unos virus denominados A, B, C, D y E⁴⁷, siendo los 3 primeros los más frecuentes. La hepatitis A representa el 0,5 % de las muertes por hepatitis virales⁴⁸. Se transmite principalmente a través del consumo de agua o alimentos contaminados, y aunque puede causar enfermedades graves, la mayoría de las personas se recuperan completamente sin complicaciones a largo plazo.

La hepatitis viral es una amenaza global subestimada. A pesar de su impacto creciente en la mortalidad, no recibe la atención que merece. Esto subraya la necesidad de una mayor concienciación y acción internacional para combatir esta enfermedad. Según el informe Mundial de hepatitis 2024⁴⁹ de la OMS, las muertes anuales por hepatitis en 2022 alcanzaron la cifra de 1,3 millones de muertes, 200.000 más que en 2019. Este número de muertes es muy similar al de la tuberculosis, compartiendo con ésta la segunda plaza entre las enfermedades infecciosas que más mortalidad provocaron en 2022, después de la COVID-19. A pesar de ello, sigue sin estar tan presente en las prioridades de las estrategias y las políticas nacionales de salud. La suma de las hepatitis B y C causan 3.500 muertes por día y sigue aumentando según datos de los últimos años.

En el mundo existen 254 millones de personas con hepatitis B y 50 millones con hepatitis C. Cada día se infectan 6.000 personas con hepatitis vírica. Pero hay un dato positivo, el número de nuevas infecciones está bajando y se ha pasado de 3 millones en 2019 a 2,2 millones en 2022, un 26 % menos.

La hepatitis viral es prevenible y tratable con las herramientas y conocimientos actuales, en todos los niveles, incluyendo en el de la Atención

Primaria de Salud que juega un papel crucial en esta lucha, proporcionando vacunación, diagnósticos tempranos y tratamientos accesibles. El caso de Egipto es un claro ejemplo de lo que se puede lograr con compromiso político y recursos adecuados. En 2023 se ha convertido en el primer país que elimina la hepatitis C.

Respecto a la hepatitis B, solo el 13 % de las personas que viven con infección crónica habían sido diagnosticadas y alrededor del 3 % había recibido terapia antiviral, algo que muestra la distancia entre los objetivos propuestos para 2030 y la realidad. Las personas infectadas por hepatitis vírica suponen ocho veces las infectadas por VIH/sida, y sin embargo recibe una décima parte de financiación. Actualmente, solo el 50 % de los países han añadido o tienen previsto añadir diagnósticos de hepatitis virales a su lista nacional de diagnósticos esenciales. Aumentar el acceso al tratamiento requiere políticas nacionales efectivas, así como acuerdos comerciales que faciliten la disponibilidad de medicamentos a precios accesibles. La disparidad en el acceso al tratamiento no solo es una cuestión de precios internacionales, sino también de cómo cada país maneja sus políticas sanitarias y comerciales. Tanto el tratamiento para la hepatitis B, que ya no está patentado, como el de la hepatitis C han bajado en los últimos años su precio, pero casi ningún país está pagando estos tratamientos al precio acordado en los acuerdos mundiales de fijación de precios mundiales, algo que es una auténtica barrera en el acceso a estos tratamientos. Además, los países más vulnerables están pagando más por los tratamientos que los países de renta alta. En Estados Unidos el precio mensual acordado para el tratamiento de la hepatitis B es de 2,4 dólares, mientras que la R.D. del Congo es de 108 dólares, 45 veces más.

Se necesita un enfoque global que priorice la salud pública sobre los intereses comerciales. Esto significa asegurarse de que los tratamientos y diagnósticos sean asequibles y accesibles para todos. La colaboración internacional y la presión política pueden hacer que pongamos a las personas en primer lugar, por encima de los beneficios comerciales.

Enfermedades tropicales desatendidas

Las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD) son una colección heterogénea de 20 enfermedades que, según la OMS “tienen consecuencias devastadoras en la salud, en la economía y en la sociedad”⁵⁰. Las ETD son un grave problema de salud mundial que afecta a personas de países tropicales y subtropicales y que tiene muy distinta prevalencia. Algunas como la dracunculiasis está a punto de ser erradicada, otras como el Dengue extendiéndose cada vez más, como se puede ver en la tabla anexa. En 2022, unos 1.600 millones de personas necesitaron tratamiento y atención al menos para una de las ETD, lo que supone una disminución del 26,1 % respecto de 2010.

En 2021 se aprobó la “hoja de ruta para las ETD 2021-2030”⁵¹, donde se plantean como objetivos generales para alcanzar en 2030 los siguientes:

- Reducir en un 90 % el número de personas que requieren tratamiento para las ETD: entre 2010 y 2022 se ha conseguido disminuir un 32 % la proporción de personas que requieren algún tipo de tratamiento para estas enfermedades, pasando del 75 % al 43 %. Esta tendencia no va a permitir conseguir el objetivo propuesto para 2030, por lo que se necesita un mayor compromiso en la lucha contra las ETD.

TABLA 1.2. ETD, número de casos y n° de países afectados

	Nº casos	Nº países afectados
Dengue	100.000.000	100
Dracunculiasis	54	7
Tripanosomiasis africana	1.119	37
Lepra	202.226	119
Oncocercosis	21.000.000	32
Esquistosomiasis	236.000.000	78
Filariasis linfática	51.400.000	72
Tracoma	142.000.000	44
Úlcera de Buruli	2.271	33
Chagas	7.000.000	21
Cisticercosis/Tenias	55.500.000	80
Equinococosis	1.000.000	Todo el mundo
Micosis/Micetomas	No hay datos	No hay datos
Leishmaniasis	1.000.000	87
Pian	87.877	19
Trematodiasis	200.000	25
Helmintiasis	1.500.000.000	92
Veneno serpiente	2.700.000	132
Rabia	29.000.000	130
Sarna	200.000.000	Todo el mundo

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, VARIAS FUENTES

- Reducir en un 75 % los años de vida ajustada por discapacidad relacionados con las ETD: tampoco parece que se vaya a conseguir esta meta, muy vinculada a la anterior
- 100 países hayan erradicado al menos una de estas enfermedades: a finales de 2023 unos 50 países habían eliminado al menos una de estas enfermedades, y aunque hay algunos cerca de conseguirlo también, duplicar esta cifra en siete años se antoja complicado
- Al menos 2 de las 20 ETD se hayan erradicado del planeta: La dracunculiasis está muy cerca de ser erradicada, y las otras dos candidatas a acompañarla serían la úlcera de Buruli y la tripanosomiasis africana, por los pocos casos anuales que ocurren cada año.

47 [https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/hepatitis-viral#:~:text=La%20hepatitis%20es%20una%20inflamaci%C3%B3n,virus%20bacterias%20o%20par%C3%A1sitos\).&text=La%20hepatitis%20viral%20es%20causada,%20C%20C%20D%20y%20E.](https://nida.nih.gov/es/areas-de-investigacion/hepatitis-viral#:~:text=La%20hepatitis%20es%20una%20inflamaci%C3%B3n,virus%20bacterias%20o%20par%C3%A1sitos).&text=La%20hepatitis%20viral%20es%20causada,%20C%20C%20D%20y%20E.)

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

49 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>

50 https://www.who.int/health-topics/neglected-tropical-diseases#tab=tab_1

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

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

Enfermedades no transmisibles

Las enfermedades no transmisibles (ENT) son responsables del 75 % de las muertes registradas anualmente⁵², 41 millones; de éstas, el 41,5 % son muertes prematuras, es decir, se producen antes de los 70 años. Contrariamente a lo que se pueda pensar, este tipo de enfermedades no es solamente un problema de los países de rentas altas. Tres cuartas partes de las muertes totales y el 86 % de las muertes prematuras debidas a este grupo de enfermedades ocurren en los países de rentas medias y bajas⁵³. Los años de vida ajustados por discapacidad en África por ENT han aumentado un 67 % entre 1990 y 2017⁵⁴.

Las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de defunción en el mundo, cerca de 18 millones de personas, el 32,7 % de las muertes totales anuales. Si a estas le sumamos las muertes por cáncer, 9,3 millones, las enfermedades respiratorias crónicas, 4,1 millones y la diabetes, 2 millones, sumarían el 61 % de las muertes totales. Una gestión adecuada de estas enfermedades es absolutamente indispensable para cualquier sistema sanitario, que incluyan el diagnóstico, el cribado, el tratamiento y los tratamientos paliativos necesarios. Estos últimos pretenden mejorar la calidad de vida de pacientes y familiares que afrontan las consecuencias de enfermedades potencialmente mortales. El 80 % de los pacientes con cáncer y el 67 % de los pacientes con enfermedad cardiovascular o enfermedad pulmonar obstructiva

crónica experimentarán dolor moderado o severo al final de sus vidas. Pero solamente el 14 % de los 56 millones de personas que necesitan estos cuidados en el mundo reciben algún tipo de cuidados paliativos⁵⁵, y son normalmente en países de renta alta, mientras que el resto sufre innecesariamente.

Para luchar contra este tipo de enfermedades es preciso trabajar más allá del sector sanitario, ya que hay que controlar 4 factores de riesgo fundamentales que provocan el incremento de estas enfermedades: reducir la contaminación del aire, reducir el consumo de tabaco y de alcohol, tener un estilo de vida activa y consumir una dieta saludable, ya que el exceso de sal y de azúcar provocan anualmente 1,8 millones y 184.000 de muertes respectivamente⁵⁶. Además de los programas y medidas de salud pública que orienten a la población a tener unos hábitos más saludables, debemos de enfrentarnos a unos determinantes comerciales de la salud que influyen directamente en el comportamiento de la población. En el libro “Política de refrescos: enfrentarse a las grandes empresas de refrescos”⁵⁷, su autora describe como las empresas de refrescos azucarados, cuyo consumo se asocia con obesidad, diabetes, caries, problemas cardiovasculares entre otros problemas de salud⁵⁸, gastan miles de millones de dólares cada año para promover su venta a menores, minorías y poblaciones de bajos ingresos, tanto en países en desarrollo como industrializados, para después proteger sus ganancias presionando a gobiernos, subvencionando estudios que hagan parecer que las evidencias sobre sus efectos en la salud no son tan claras, o con actividades de responsabilidad social que les hacen parecer preocupados por la salud. En septiembre de

2024 el British Medical Journal publicó un artículo donde se afirmaba que más de la mitad de los expertos del panel asesor sobre nutrición del gobierno del Reino Unido tenía vínculos con la industria alimentaria⁵⁹. Algunas de las compañías de tabaco más importantes del mundo como Philips Morris y Rj Reynolds, se han introducido hace años en el sector alimentario, y según un estudio reciente difundieron entre 1988 y 2001 de forma selectiva alimentos hiperpalatables en el sistema alimentario estadounidense, alimentos que son más adictivos por sus concentraciones de azúcar, sodio, carbohidratos, cafeína y grasa y, por lo tanto, inducen a un mayor consumo⁶⁰. En 2018 se observó que este tipo de productos estaban totalmente extendidos en toda clase de productos de empresas de nutrición en Estados Unidos, más allá de aquellas que pertenecen a las empresas de la industria tabacalera, lo que indica que el mercado ha seguido esa estela, a pesar de sus consecuencias en la salud. África Subsahariana es la región en la que más ha crecido el consumo de bebidas azucaradas en el mundo entre 1990 y 2018, realizando campañas de marketing dirigidas a las poblaciones más marginalizadas⁶¹.

Todas estas estrategias, a las que se unen las ya conocidas de las empresas tabacaleras y de venta de alcohol, merecen una respuesta internacional unida y contundente, que regule todos aquellos comportamientos y estrategias que provocan el aumento de ENT en el mundo, regulando publicidades, eliminando las sustancias que provocan una mayor adicción en los productos que se consumen, dando información veraz sobre las consecuencias del consumo de esos productos y estableciendo legislaciones internacionales y nacionales restrictivas que

incrementen los impuestos de los productos dañinos para la salud.

Salud mental

Los problemas de salud mental son, seguramente, los que requieren una mayor atención por parte de la comunidad internacional. Una de cada tres mujeres y uno de cada cinco hombres de Estados Unidos sufrirán al menos un episodio de depresión en su vida, antes de alcanzar los 65 años⁶². Aun sabiendo que es uno de los problemas más importantes en la salud de las personas, es difícil conocer su prevalencia en el mundo, ya que existe una falta de datos que impide poder conocer el estado de la salud mental mundial. Los dos sistemas más reconocidos para clasificar y diagnosticar trastornos mentales son la ICD⁶³ (Clasificación Internacional de Enfermedades) y el DSM⁶⁴ (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales). La ICD es elaborada por la OMS y se usa globalmente en contextos médicos y de salud pública para codificar diagnósticos de todo tipo de enfermedades, incluyendo trastornos mentales. El DSM es producido por la Asociación Americana de Psiquiatría y es más detallado en cuanto a los criterios de diagnóstico para trastornos mentales, siendo ampliamente utilizado en entornos clínicos y de investigación, especialmente en Norteamérica.

No todos los países tienen registros de las enfermedades mentales más frecuentes. Solo 34 países tienen registros para el trastorno bipolar y 111 lo tiene para algo tan común como las depresiones⁶⁵. A estos problemas de registro se añaden otros como la capacidad que debe tener el personal sanitario para diagnosticar estas enfermedades, que la propia población entienda o

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

53 https://www.who.int/health-topics/noncommunicable-diseases#tab=tab_1

54 <https://africacdc.org/download/africa-cdc-non-communicable-diseases-injuries-prevention-and-control-and-mental-health-promotion-strategy-2022-26/>

55 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

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

57 Nestle M. Soda politics: taking on big soda (and winning). Oxford, New York: Oxford University Press; 2015.

58 <https://www.cdc.gov/nutrition/data-statistics/sugar-sweetened-beverages-intake.html>

59 <https://www.bmj.com/content/386/bmj.q1909>

60 <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/add.16332>

61 <https://www.ingredientsnetwork.com/sugary-drink-intake-on-the-rise-in-sub-saharan-news122805.html>

62 <https://ourworldindata.org/depression-lifetime-risk>

63 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/classification/other-classifications/9241544228_eng.pdf

64 <https://www.verywellmind.com/the-diagnostic-and-statistical-manual-dsm-2795758>

65 <https://ourworldindata.org/data-insights/data-on-many-mental-illnesses-is-only-available-for-a-small-number-of-countries>

no que lo que sufre es un problema de salud o las diversas acepciones de algunas de las enfermedades mentales, entendidas de manera muy diferente según los contextos sociales y culturales en donde nos movamos.

El Informe mundial sobre salud mental de la OMS realizado en 2022⁶⁶, muestra la importancia de este problema. En 2019 el 13 % de la población mundial, 970 millones de personas, sufrieron algún tipo de trastorno mental, siendo el 52,4 % mujeres. Los dos problemas más diagnosticados fueron trastornos de ansiedad y depresivos, que unidos suponen casi el 60 % de todos los trastornos de salud mental de ese año. Con la pandemia la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresivos aumentaron un 25 %.

En el día de la salud mental, 10 de octubre, la OMS ha puesto el foco en la salud mental laboral⁶⁷, un asunto que suele pasar desapercibido en los registros de salud. La depresión y la ansiedad hacen que se pierdan unos 12.000 millones de días de trabajo al año en todo el mundo, que provocan unos costos de 1 billón de dólares al año por pérdida de productividad. El 15 % de las personas trabajadoras sufren algún trastorno de salud mental⁶⁸, con unos costos sociales y económicos considerables. Alrededor del 60 % de la fuerza laboral mundial trabaja en el sector informal⁶⁹, fuera de cualquier tipo de protección sanitaria, lo que dificulta la respuesta a este problema de salud. Mientras se regulan los sectores informales para que vean reconocidos sus derechos, se pueden realizar diferentes acciones para mejorar la situación, como prevenir los problemas de salud mental en el trabajo gestionando los riesgos psicosociales en el lugar de trabajo, implementando, por ejemplo, marcos para hacer frente a la violencia y el acoso en el trabajo, capacitar a las personas trabajadoras y

administradoras de las empresas a reconocer y gestionar los problemas de salud mental, y apoyar a aquellas personas trabajadoras que sufren trastornos de salud mental, creando entornos propicios de trabajo.

El “Plan de Acción Integral en Salud Mental 2013-2030”⁷⁰, de la OMS establece un marco crucial para abordar los desafíos de salud mental a nivel global. La implementación adecuada de este plan y el cumplimiento de sus metas para 2030 son esenciales para mejorar la calidad de vida de millones de personas. Esto incluye ampliar el acceso a servicios de salud mental, reducir el estigma asociado con los trastornos mentales y fortalecer los sistemas de salud para proporcionar un apoyo integral y continuo. Si no hacemos nada, en 2030 la salud mental mundial podrá costar 6 billones de dólares⁷¹, una cifra que debe hacer reflexionar a los gobiernos sobre la importancia de tener estos problemas dentro de sus prioridades de salud.

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

Alcohol y tabaco

Tabaco y alcohol son las dos sustancias adictivas más relevantes en el mundo. Su legalidad facilita su disponibilidad y, a menudo, normaliza su uso, lo que puede llevar al abuso. Las campañas de concienciación y las políticas de salud pública han demostrado ser eficaces en la reducción de su consumo, pero todavía queda mucho por hacer.

El Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco aprobado en 2003⁷² ha sido una herramienta fundamental para reducir el consumo de tabaco a nivel global, un consumo que no tie-

ne absolutamente ningún beneficio para la salud de las personas⁷³. Aunque la comunidad internacional no se decidió a prohibirlo expresamente, sí que acordó reducir su impacto.

El tabaco mata a la mitad de sus consumidores si no dejan de fumar, algo que no es fácil por la adicción que provoca. Como consecuencia, el consumo de tabaco es responsable de más de 8 millones de muertes al año, incluyendo las muertes de 1,3 millones de fumadores pasivos⁷⁴. A pesar de las medidas que se imponen para restringir el uso del tabaco, el 22,3 % de la población mundial fuma, y el 80 % de los 1.300 millones de personas fumadoras viven en países de renta baja o media, donde las medidas suelen ser algo más laxas. El comercio del tabaco supuso 886.090 millones de dólares en 2023⁷⁵, lo que le da mucha fuerza para que la industria pueda ralentizar o detener cualquier iniciativa seria para acabar con su consumo en el mundo.

El mercado del alcohol por su parte es impresionante y refleja el profundo arraigo cultural y social que tiene. El crecimiento proyectado refleja tanto su aceptación social como los poderosos intereses económicos en juego, 2,3 billones de dólares y las perspectivas dicen que duplicará esta cifra para 2032⁷⁶. Al alcohol se le atribuyen 2,6 millones de muertes al año y 209 millones de personas sufren dependencia al alcohol⁷⁷. Aunque es cierto que las muertes atribuibles al alcohol han disminuido desde 2010 un 20 %, sigue siendo un problema sanitario mundial que es preciso afrontar.

El Plan de acción mundial contra el alcohol 2022-2024⁷⁸, publicado por la OMS, busca reducir el “uso nocivo del alcohol”; es decir, “el consumo de alcohol que causa consecuencias sociales y sanitarias perjudiciales para la persona bebedora, las que lo rodean y la sociedad en general,

así como unos patrones de consumo de alcohol que están asociados con un mayor riesgo de resultados adversos para la salud”, estableciendo unos indicadores que precisarán del interés de los países para que puedan ser efectivos.

A pesar de que la adicción a sustancias es un problema de salud pública importante, no se le dedican los recursos necesarios, e incluso está disminuyendo, algo que es preciso revertir. Se estima que, en 2022 el porcentaje de las personas tratadas por adicciones a diferentes sustancias ha pasado del 11 % al 9 %. Y existe una importante brecha de género en estos tratamientos, el 13 % de los hombres que lo necesitan lo reciben, frente a un 6 % de las mujeres que lo demandan.

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

Las estadísticas sobre accidentes de tráfico son realmente alarmantes. Cada dos minutos el tráfico se cobra dos vidas y deja millones de personas heridas cada año. Según la OMS en 2023 las muertes debidas a accidentes de tráfico alcanzaron los 1,19 millones de personas⁷⁹ y entre 20 y 50 millones resultan heridas de diferente consideración. El 92 % de estos accidentes ocurren en países de renta media y baja, aunque solamente tengan el 60 % del parque automovilístico mundial, lo que indica la importancia de tener una red de carreteras en buen estado y un parque de vehículos con buenas condiciones de seguridad. La mitad de todas las muertes por esta causa son peatones, ciclistas o motoristas, que son las más vulnerables en estos accidentes. Los accidentes de tráfico tienen un coste, en

66 https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57878/9789275327715_spa.pdf?sequence=5

67 <https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day/2024>

68 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-at-work>

69 <https://www.ilo.org/es/publications/mujeres-y-hombres-en-la-economia-informal-un-panorama-estadistico-tercera>

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

71 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(20\)30432-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(20)30432-0/fulltext)

72 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42813/9243591010.pdf>

73 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4631133/>

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

75 <https://www.grandviewresearch.com/industry-analysis/tobacco-market>

76 <https://www.fortunebusinessinsights.com/alcoholic-beverages-market-107439>

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

78 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376939/9789240090101-eng.pdf?sequence=1>

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

la mayoría de los países, de alrededor del 3 % de su PIB, un coste que puede ser, en una gran parte, prevenible.

Reducir estas cifras requiere un enfoque multifacético: mejorar la infraestructura vial, promover campañas de concienciación y hacer cumplir las leyes de tráfico de manera más estricta. Cada aumento del 1 % en la velocidad media produce un aumento del 4 % en el riesgo de accidente mortal y del 3 % en el riesgo de accidente grave. Las distracciones al volante, mucho más frecuentes actualmente debido al mal uso de los teléfonos móviles cuando se conduce, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el no usar medidas de protección esenciales como los cinturones de seguridad y cascos en motos y bicicletas, son elementos que explican las cifras actuales de mortalidad y morbilidad por accidentes de tráfico.

Estamos muy lejos de alcanzar la meta de reducir la mortalidad por accidentes de tráfico en un 50 % entre 2021-2030, establecida en la “Década para la acción para la seguridad vial”⁸⁰ de Naciones Unidas. La reducción de solo un 5 %⁸¹ en más de una década muestra que necesitamos cambios más profundos y efectivos. Las estrategias para mejorar la seguridad vial deben ser mucho más agresivas y estar mejor implementadas. La educación, la infraestructura segura y la aplicación rigurosa de las leyes de tráfico son esenciales para salvar vidas.

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

El término “salud sexual y reproductiva” se puede definir como el derecho de una persona a tener la autonomía, educación y atención sanitaria

suficientes para decidir libremente con quién tener relaciones sexuales; y al conocimiento y los productos sanitarios para evitar las infecciones de transmisión sexual o los embarazos no deseados. La salud sexual es parte integral de la salud y el bienestar general, y debe garantizar que las personas puedan tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación o riesgos para la salud⁸². Por lo tanto, un acceso a un servicio de salud sexual y reproductiva permite acceder a un servicio adecuado en el embarazo y parto, pero también incluyen los servicios que apoyan las elecciones personales en cuanto a medidas de contracepción que permitan una adecuada planificación familiar, e incluso al acceso a abortos seguros.

Cerca de 73 millones de abortos ocurren cada año en el mundo, lo que suponen el 29 % de todos los embarazos que se producen cada año⁸³. El 40 % de los abortos, más de 29 millones, son inseguros lo que ponen en riesgo la vida de la madre. Más de la mitad de los abortos inseguros se dan en Asia, si bien es en América Latina y África Subsahariana donde son proporcionalmente más importantes, ya que aproximadamente 3 de cada 4 abortos fueron inseguros. Es lógico que la atención integral del aborto esté incluida en la lista de servicios de salud esenciales publicada por la OMS en 2020⁸⁴, con motivo de la afectación de los mismos por parte de la COVID-19.

El número de abortos está muy relacionado con embarazos no deseados que llevan como solución extrema al aborto. La situación está mejorando, pero hay mucho por hacer. Entre las mujeres casadas o en unión en los países de bajos ingresos el porcentaje que utiliza un método anticonceptivo moderno aumentó del 9,5 % al 34,3 % entre 1990 y 2023; y en los países de

ingresos medios, este porcentaje subió del 48,1 % al 61,5 %. Como consecuencia, la tasa de embarazos no deseados disminuyó entre 1990-1994 y 2010-2014 un 17 %.

Seis de cada diez embarazos no deseados acaban en aborto. La falta de acceso a medidas modernas de contracepción es una de las causas de estos embarazos no deseados, que en la población más joven tiene consecuencias más allá de su salud. Cada año en África Subsahariana, la región mundial con la tasa más alta de natalidad entre las adolescentes (una de cada diez niñas de 15 a 19 años da a luz cada año), hasta 4 millones de adolescentes abandonan la escuela debido a quedarse embarazadas,⁸⁵ lo que empeora sus oportunidades laborales futuras. En todo el mundo, solo una de cada dos adolescentes y mujeres jóvenes de entre 15 y 19 años ven satisfechas sus necesidades de planificación familiar mediante métodos modernos⁸⁶. La falta de conocimiento de los métodos anticonceptivos, la falta de apoyo de la familia y las normas sociales siguen siendo las grandes barreras que impiden un acceso adecuado a este tipo de servicios por parte de las mujeres⁸⁷.

META 3.8. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

Conseguir la Cobertura Sanitaria Universal (CSU) es posiblemente la meta más importante de todas las que existen en el ODS3, ya que podríamos decir que es una meta paraguas del resto de metas de este ODS, y todas están relacionadas con ella. La OMS define la CSU como “alcanzar que todas las personas tengan acceso a la toda la gama de servicios sanitarios de calidad que necesitan, cuando y donde los necesitan, sin dificultades económicas, abarcando todo el espectro de servicios sanitarios esenciales, desde la promoción

de la salud hasta la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos”⁸⁸.

Conseguir la CSU para todas las personas es extremadamente complejo ya que depende de muchos factores. Primero habría que definir qué entendemos por “todos los servicios que las personas necesitan”, porque hay muchas posibles interpretaciones. Hay que diferenciar entre problema de salud y demanda de salud, que puede estar muy condicionado por los determinantes comerciales de la salud, como ocurre con la medicalización de la vida⁸⁹. Normalmente esos problemas de salud y las estrategias para implementar son definidos por instituciones científicas o políticas, pero las comunidades no participan. Comunidades que son muy variadas y cuyo concepto de salud puede ser muy diferente entre ellas, por lo que pueden necesitar soluciones muy diversas. Por otra parte, el concepto de salud cambia con el tiempo, por lo que los sistemas tienen que ser muy dinámicos, algo de lo que carecen en el momento actual. En estos momentos se asume como problema de salud el abuso de uso de tecnologías o la ecoansiedad, problemas que hace apenas 20 años no se contemplaban y que actualmente cuentan con pocos o nulos recursos asignados para su solución. Por último, el acceso a los servicios de salud trasciende muchas veces los niveles sanitarios, como hemos visto, por ejemplo, en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. A pesar de todos estos problemas, el objetivo que los países e instituciones deben tener es alcanzar o quedarse lo más cerca posible de la Cobertura Sanitaria Universal, y eso es algo que no está sucediendo.

La Cobertura Sanitaria Universal se define a través de 3 dimensiones diferentes, como se ve en la siguiente gráfica: más personas cubiertas, más servicios a la población, y menos pago por

80 <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/safety-and-mobility/decade-of-action-for-road-safety-2021-2030>

81 <https://www.who.int/news/item/13-12-2023-despite-notable-progress-road-safety-remains-urgent-global-issue>

82 <https://www.msichoices.org/latest/what-is-sexual-and-reproductive-health/>

83 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/abortion>

84 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332240/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-eng.pdf?sequence=1

85 <https://www.msichoices.org/wp-content/uploads/2023/10/her-body-her-future-two-pager.pdf>

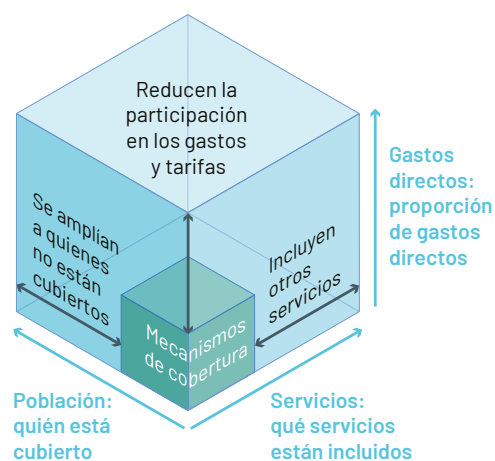
86 <https://data.unicef.org/topic/gender/sexual-and-reproductive-health/>

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

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

89 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2011000200011

GRÁFICO 1.3. Dimensiones para el avance hacia la cobertura universal



FUENTE: OMS

acto y más gasto mancomunado, que reduce la posibilidad de gastos catastróficos en salud para la población.

La CSU es uno de los 3 pilares de la meta 3.000 millones de la OMS, cuyo primer pilar pretende para 2025 que 1.000 millones de personas más se beneficien de Cobertura Sanitaria Universal (CSU)⁹⁰. Se mide a través de dos componentes: 14 indicadores de cobertura de diferentes servicios esenciales por un lado y, por otro, las dificultades económicas de acceso, que se define como la proporción de la población que gasta más del 10 % de lo que ingresa en salud. Los 14 indicadores se dividen en los siguientes 4 grupos:

- **Salud reproductiva/materna/neonatal e infantil:** Atención prenatal, Neumonía infantil, Planificación familiar, Inmunización,
- **Enfermedades no transmisibles:** Diabetes, Hipertensión, Tabaco, VIH,
- **Enfermedades infecciosas:** Malaria, Tuberculosis, WASH (agua, saneamiento e higiene)

- **Acceso y capacidad del servicio:** Camas, personal sanitario y Reglamento Sanitario Internacional /seguridad sanitaria.

Si nos centramos en las cifras actuales, la situación no es buena para ninguno de los dos componentes de la CSU, ni la atención sanitaria de servicios esenciales, ni la seguridad financiera. En 2021 4.500 millones de personas no tenían cubiertas sus necesidades de servicios de salud esenciales y 2.000 millones de personas experimentaron dificultades financieras por sus gastos de salud. En 2023, 429 millones de personas más se beneficiaron de la cobertura sanitaria universal sin incurrir en gastos sanitarios catastróficos en comparación con 2018. La proyección para 2025 es de apenas 585 millones, lo que sugiere que el mundo está muy lejos de alcanzar el objetivo de mil millones de personas cubiertas para 2025⁹¹.

Si analizamos la evolución de la CSU, medida con este índice mundial de servicios de cobertura sanitaria universal, vemos que su comportamiento ha sido desigual. Desde el año 2000 hasta 2015 crecía constantemente, consiguiendo que las estimaciones por países de ese índice se volvieran más equitativas, ya que los países con puntuaciones más bajas avanzaron y estrecharon las diferencias con aquellos países de puntuaciones más altas. A partir de 2015 hubo una reversión abrupta de esta tendencia, salvo en las regiones de África y el Sudeste Asiático que seguían reduciendo la desigualdad. Finalmente, el índice de cobertura aumentó de 45 a 65 (de un máximo de 100) entre 2000 y 2015, para quedarse en apenas un 68 en 2021. El número de personas con gastos catastróficos en salud, relacionados con el gasto individual que hace cada persona en salud, desde el año 2000, no para de crecer. En 2019 ya superaron los mil millones de personas y 344 millones cayeron en la pobreza debido a sus gastos en salud.

La pandemia de la COVID-19 provocó un gran impacto negativo en la mejora de la CSU, pero no fue tan importante como para no alcanzar las metas propuestas. Entre las seis regiones de la OMS, la única en la que el número de personas que se beneficiaron de la cobertura sanitaria universal disminuyó en 2020 y 2021 en comparación con 2018 fue la Región de las Américas. Europa también se vio afectada durante esos años, lo que provocó que el posible incremento de personas con cobertura se quedara prácticamente a cero. Esta situación exige que los países se comprometan de una manera más intensa con el cumplimiento de esta meta, lo que debería de provocar cambios drásticos en las políticas públicas para que prioricen ampliar la cobertura sanitaria universal de forma equitativa para toda su población.

La CSU aparece específicamente en el 14º Programa de Trabajo de la OMS 2025-2028⁹². De los 6 objetivos estratégicos, dos están relacionados con la Cobertura Universal de Salud, en concreto el tercer objetivo del Plan pretende promover el enfoque de Atención Primaria de Salud (APS) para conseguir mejorar la CSU, a través de:

1. Renovar y fortalecer el enfoque de APS,
2. Mejorar sustancialmente el número de personal sanitario, la financiación de la salud y el acceso a productos de calidad, y
3. Fortalecer los sistemas de información sanitaria y promover la transformación digital.

El segundo objetivo, vinculado más directamente con la CSU, pretende mejorar la cobertura de servicios de salud y la protección financiera mediante:

4. La mejora de la equidad en el acceso a servicios de calidad para enfermedades no transmisibles, afecciones de salud mental y enfermedades transmisibles,

abordando al mismo tiempo la resistencia a los antimicrobianos.

5. Mejorando la equidad en el acceso a servicios de nutrición, salud sexual y reproductiva, neonatal, infantil, adolescente y de personas mayores, y de la cobertura de inmunización.
6. Mejorando la protección financiera mediante la reducción de las barreras financieras y los gastos de bolsillo en salud, especialmente para aquellas personas más vulnerables.

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

La importancia de la contaminación en la salud de las personas está fuera de toda duda. Prácticamente toda la población mundial, el 99 %, respira aire que excede los límites establecidos por la OMS y contiene altos niveles de contaminantes, siendo los países de ingresos bajos y medios los que sufren las mayores exposiciones⁹³. La contaminación de agua por heces afecta a 1.700 millones de personas en el mundo. El 27 % de la población mundial, más de 2.200 millones, no usan agua segura para beber⁹⁴. Además, está la contaminación del suelo, la gran desconocida y la que menos interés suscita. Según un estudio de Nature⁹⁵, la contaminación del suelo está extendiéndose por todos los ecosistemas terrestres, encontrando niveles similares de contaminación en espacios verdes urbanos y áreas naturales adyacentes en todos los continentes, aunque había diferencias en la cantidad de elementos contaminantes, dependiendo de la zona geográfica del estudio.

Según la Comisión de Polución y Salud de Lancet, la polución era responsable en 2015 de 9 millones de muertes prematuras anuales, el 16 %

92 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_16-en.pdf

93 https://www.who.int/health-topics/air-pollution#tab=tab_1

94 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>

95 <https://www.nature.com/articles/s41467-023-37428-6>

90 <https://www.who.int/data/stories/the-triple-billion-targets-a-visual-summary-of-methods-to-deliver-impact>
91 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376869/9789240094703-eng.pdf?sequence=1>

de las muertes totales, 3 veces más que el VIH/sida, tuberculosis y malaria juntas, y 15 veces más que todas las guerras y formas de violencia juntas⁹⁶. En 2022 se actualizaron las cifras⁹⁷. Si bien los 9 millones de muertes prematuras se mantienen, no así su distribución. Se ha producido una reducción del número de muertes relacionadas a la contaminación asociada a la pobreza extrema por contaminación en el aire del hogar y en el agua potable. Pero esta mejora se ha visto contrarrestada por un aumento de las muertes atribuibles a la contaminación del aire ambiental y la contaminación química tóxica (como, por ejemplo, por plomo), que han aumentado un 7 % desde 2015 y más del 66 % desde 2000. Estas muertes se relacionan con una industrialización y una urbanización sin control. Si no se toman medidas pronto, estas muertes van a seguir aumentando.

En los países de rentas medias o bajas, donde la polución es más importante, los avances han sido escasos. Cada vez más estos problemas tienen que ver con cuestiones que trascienden el ámbito local. Los expertos de Lancet proponen no solo tomar medias locales y nacionales, sino también a nivel global, ya que es un problema que traspasa las fronteras. Hay que buscar una alianza que incluya al sector científico, político y social para controlar con éxito estas amenazas, tanto a nivel mundial, como nacional y local, que, si se logra, pueden tener muchos más beneficios adicionales. Por ejemplo, una transición rápida y a gran escala que abandone todos los combustibles fósiles y adopte energías limpias y renovables es una estrategia eficaz para prevenir la contaminación y, al mismo tiempo, frenar el cambio climático, logrando así un doble beneficio para las personas y para la salud del planeta.

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

A finales de 2023, 183 países habían ratificado este Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco (CMCT). Hay 13 países que aún no lo han hecho y, por lo tanto, no tienen obligación de cumplirlo. Entre todos, por su importancia, destaca Estados Unidos que si bien firmó el Convenio luego no lo ratificó. En igual situación se encuentran países como Argentina, Cuba, Haití, Marruecos o Suiza. Otros 7 países ni siquiera lo han aprobado (República Dominicana, Eritrea, Indonesia, Liechtenstein, Mónaco, Somalia y Sudán del Sur). El último país en ratificar el Convenio ha sido Malawi en 2023⁹⁸. No se entiende que estos países no hayan aprobado este acuerdo, cuando el tabaco es uno de sus grandes problemas de salud pública. Según el CDC (Centro de Control de Enfermedades) de Estados Unidos, el consumo de tabaco es la primera causa de enfermedades prevenibles y muertes en su país, y uno de cada cinco personas consumen productos relacionados con el tabaco⁹⁹. Para entender esta situación hay que tener en cuenta la importancia de la industria tabacalera. La fabricación del tabaco es muy importante en algunas economías nacionales y da trabajo a muchas personas. La República Dominicana exporta tabaco por valor de 953 millones de dólares¹⁰⁰, dando trabajo a unas 110.000 personas a través de 93 empresas. De los 6 millones de toneladas de tabaco que se produjeron en 2022 en el mundo¹⁰¹, la producción en Estados Unidos tuvo un valor de 1.000

millones de dólares. Pero no se puede obviar que los costos de sus consecuencias son enormes. Según la OMS, en 2016 el tabaco costó más de 1 billón de dólares de cuidados en salud y pérdida de productividad¹⁰².

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

Las vacunas salvan 4,4 millones de vidas cada año, una cifra que podría aumentar a 5,8 millones anuales si se cumplieran los objetivos de la Agenda de Inmunización 2030¹⁰³. Pero no hablamos solamente de salud, también de economía. Las vacunas son una de las intervenciones de salud pública más costo-efectivas en el sector de la salud, ya que disminuyen de manera muy considerable los costos de la asistencia médica¹⁰⁴, además de evitar el sufrimiento de las personas al enfermar. Cada dólar gastado en vacunación produce un retorno de la inversión de 26 dólares. Por estos motivos no se entiende que uno de cada cinco menores no haya sido vacunado o no haya recibido todas las vacunas, lo que les hace vulnerables a una serie de enfermedades prevenibles mediante la vacunación.

Antes de la puesta en marcha de la vacuna en 1963, el sarampión causaba la muerte de unos 2,6 millones de personas al año en todo el mundo, en su mayoría niños y niñas. En 2021 esa cifra se había reducido a 128.000, un número que es todavía demasiado elevado, pero que representa una notable mejoría, aunque hay que tener en cuenta que no se da en todos los lugares por igual. En los hogares más pobres, algo más de uno de cada cinco niños y niñas son cero dosis;

en los más ricos, solo uno de cada veinte. En algunas regiones, la diferencia es aún mayor: en África Occidental y Central casi 1 de cada 2 niños de los hogares más pobres son cero dosis, frente a aproximadamente 1 de cada 16 en los países más ricos.

Conseguir el acceso a productos sanitarios de calidad, tal y como solicita en sus objetivos el 14 Programa de Trabajo de la OMS, requiere una respuesta integral que abarque todas las fases del ciclo del medicamento o producto médico. Habrá que reflexionar sobre los obstáculos que existen para un acceso universal en la investigación, fabricación, distribución, almacenamiento, prescripción, dispensación, uso racional y eliminación de los productos médicos. Muchos de estos obstáculos, como vimos en la pandemia de la COVID-19, provienen de los modelos socio económicos imperantes en nuestras sociedades, donde priman los intereses económicos sobre la salud. El sector público cede a manos privadas la gestión de estos productos e incluso en la definición de qué líneas de investigación se priorizan, que suelen ser aquellas que producen un beneficio económico y, por lo tanto, muchas enfermedades olvidadas no son un elemento de investigación.

Unos pocos países concentran una gran parte de la producción de los productos médicos. China es el mayor productor del mundo, con una participación estimada del 40 % de la producción global¹⁰⁵ e India el mayor proveedor mundial de medicamentos genéricos, obtiene casi el 70 % de sus ingredientes farmacéuticos activos de China¹⁰⁶.

La falta de una previsión adecuada de la cantidad de medicamentos que se necesita, provoca las rupturas de stock de muchos productos. Estas rupturas de stock de medicamentos esenciales se han convertido en un problema global, presente tanto en los hospitales en países de renta alta

96 The Lancet Commission on pollution and health. Landrigan, Philip J et al. The Lancet, Volume 391, Issue 10119, 462 - 512
97 Pollution and health: a progress update Fuller, Richard et al. The Lancet Planetary Health, Volume 6, Issue 6, e535 - e547
98 <https://fctc.who.int/who-fctc/overview/parties>
99 <https://www.cdc.gov/tobacco/php/data-statistics/adult-data-cigarettes/index.html#:~:text=Tobacco%20product%20use%20remains%20the,reported%20current%20tobacco%20product%20use.>
100 https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/ministerio-exterior/america-central-caribe/fichasectores_do_tcm30-626346.pdf
101 <https://www.statista.com/topics/1593/tobacco/#:~:text=The%20global%20tobacco%20industry%20produced,producers%20were%20Brazil%20and%20India.>
102 https://cancercontrol.cancer.gov/sites/default/files/2020-06/m21_complete.pdf

103 <https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
104 <https://ibvacunas.com/2013/03/01/estudios-coste-efectividad-de-las-estrategias-vacunales/>
105 <https://www.optimainsights.org/reports/69-china-api-market>
106 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7137871/>

como los europeos¹⁰⁷, como en puestos de salud comunitaria de países de renta baja o media¹⁰⁸.

Hay también una necesidad de reforzar los sistemas locales de salud para asegurar las fases intermedias y finales del ciclo del medicamento, especialmente el sector de la Atención Primaria, proporcionando a las y los trabajadores de primera línea, en su mayoría mujeres, los recursos y el apoyo que necesitan. La eliminación de los residuos de los productos médicos suele ser un gran problema de salud pública en muchos países. Se considera que el 15 % de la cantidad total de residuos sanitarios producidos es peligrosa y puede ser infecciosa, tóxica o radiactiva¹⁰⁹. En cuanto a la distribución internacional, la falta de acuerdo en el Tratado Pandémico para que la OMS gestionara una pequeña parte de los productos médicos necesarios para afrontar nuevas pandemias, que luego trataremos, muestra claramente la distancia que existe actualmente entre el interés general de la población mundial y las resistencias que provocan los intereses comerciales de la salud.

Un problema relacionado con el acceso a los tratamientos es la resistencia antimicrobiana (RAM), uno de los mayores problemas de salud global a los que nos enfrentamos a corto plazo, y que afecta a todos los países del mundo. Según The Lancet, de los 7,7 millones de personas que mueren anualmente por infecciones bacterianas, casi 5 millones se relacionan con la RAM, el 64,3 % del total, y el problema va a ir a más en el futuro. Se espera que entre 2005 y 2035 la RAM se duplique en los países de altos ingresos para los antibióticos de último recurso, que son la última línea de contención de algunas enfermedades

infecciosas. Pero es en los países de renta media o baja donde la RAM tiene un mayor impacto. Se considera que la mortalidad asociada a RAM en África Subsahariana alcanza las 98,9 muertes por millón, 43,2 muertes más que en los países de renta alta. Y sus consecuencias no son solamente de salud. El Banco Mundial estima que la RAM podría costar en atención médica entre 300.000 millones hasta un billón de dólares en 2050, y pérdidas del producto interno bruto (PIB) mundial de hasta 3,4 billones de dólares por año para 2030¹¹⁰.

Tanto en la Asamblea de la OMS como en la de NN. UU. este tema ha sido una de sus prioridades principales, ya que hay una gran preocupación en sus consecuencias a corto plazo. En mayo de 2024 se aprobó en la Asamblea de la OMS las prioridades estratégicas y operacionales de la OMS para hacer frente a las infecciones bacterianas farmacorresistentes en el sector de la salud humana para el periodo 2025-2035¹¹¹, que espera impulsar la respuesta contra este problema global. De los 178 países que en 2023 habían desarrollado planes de acción multisectoriales contra la RAM, solo el 27 % de los países notificaron que estaban aplicando efectivamente sus planes de acción nacionales, y solo el 11 % había asignado presupuestos nacionales para hacerlo. El 26 de septiembre, durante la Asamblea de Naciones Unidas en Nueva York, tuvo lugar el segundo encuentro de Alto Nivel sobre resistencia antimicrobiana. Esta Reunión de Alto Nivel constó de una sesión de apertura, una sesión plenaria, dos paneles interactivos, una sesión de clausura y se aprobó un nuevo acuerdo en la lucha contra la resistencia antimicrobiana¹¹².

107 https://ejhp.bmj.com/content/26/5/290?ijkey=9b27c76e1cee9327735f80fd258d43d7ffae04a7&keytype=tf_ipsecsha
108 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35840965/>
109 [https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9858835/#:~:text=It%20is%20estimated%20that%20HCWs,or%20toxic%20\(Figure%201\).](https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9858835/#:~:text=It%20is%20estimated%20that%20HCWs,or%20toxic%20(Figure%201).)
110 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance>
111 <https://www.who.int/news-room/articles-detail/consultation-monitoring-framework-strategic-and-operational-priorities-to-address-drug-resistant-bacterial-infections>
112 <https://www.un.org/pga/wp-content/uploads/sites/108/2024/09/FINAL-Text-AMR-to-PGA.pdf>

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

La salud es un bien común y también un sector económico muy importante en el mundo, lo que explican los enormes intereses que confluyen en un sector que mueve 8 billones de dólares al año¹¹³ y sigue en constante crecimiento. Además, el sector de la salud es un gran empleador en el mundo. Por estos motivos, la OMS está proponiendo una nueva narrativa entre salud y economía, que pretende reorientar las economías para ofrecer salud y bienestar a todos en un mundo cada vez más complejo. En 2020 se creó el Consejo de la OMS sobre Economía de la Salud para todas las personas, que ha elaborado una serie de recomendaciones¹¹⁴ con una meta clara: que el bienestar físico y mental de todas las personas sea un objetivo central de las economías, no solo un trampolín hacia otros objetivos. Para que esto suceda, la “Salud para todos y todas” debe ser una prioridad clave en todos los departamentos gubernamentales, no solo en los ministerios de salud. Las 13 recomendaciones son las siguientes:

Valorar la salud para todos y todas:

1. Valorar lo esencial: Tratar la salud y el bienestar, el personal sanitario y los sistemas de salud como una inversión a largo plazo, no como un costo a corto plazo.
2. Derechos humanos: Utilizar compromisos legales y financieros para hacer cumplir la salud como un derecho humano.
3. Salud planetaria: Restaurar y proteger el medio ambiente mediante el cumplimiento de los compromisos internacionales con una economía regenerativa que vincule el planeta con las personas.

113 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_26-en.pdf

114 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373122/9789240080973-eng.pdf?sequence=1>

4. Panel de control para una economía saludable: Utilizar una variedad de métricas que hagan un seguimiento del progreso en los valores sociales fundamentales, más allá de la medida estrecha y estática del PIB.

Financiación de la salud para todos:

5. Financiación a largo plazo: Adoptar un enfoque integral y estable para financiar la Salud para todas las personas.
6. Calidad de las financiaciones: Redefinir la arquitectura financiera internacional para financiar la salud de manera equitativa y proactiva, incluida una respuesta eficaz e inclusiva a las crisis.
7. Financiación y gobernanza de la OMS: Garantizar que la OMS esté adecuadamente financiada y gobernada para desempeñar su papel de coordinación global clave en la Salud para todas las personas.

Innovación para la salud para todos:

8. Inteligencia colectiva: Construir alianzas público-privadas simbióticas para maximizar el valor público, compartiendo tanto los riesgos como las recompensas.
9. Bien común: Diseñar la gobernanza del conocimiento, incluidos los regímenes de propiedad intelectual, para el bien común a fin de garantizar un acceso equitativo global a innovaciones vitales en materia de salud.
10. Orientación a los resultados: Alinear las estrategias industriales y de innovación con misiones intersectoriales audaces para brindar Salud para todas las personas

Fortalecimiento de la capacidad pública para brindar salud para todos y todas:

11. Todo el Gobierno: Reconocer que Salud para todas las personas no es solo para los ministerios de salud sino para todos los gobiernos.

12. Capacidad del Estado: Invertir en las capacidades dinámicas del sector público, inculcando una cultura de experimentación y aprendizaje para liderar eficazmente en la prestación de Salud para todas las personas.
13. Generar confianza: Demostrar transparencia y un compromiso público significativo para exigir a los gobiernos que rindan cuentas por el bien común.

Desafortunadamente, los gobiernos no están en el camino de hacer frente a este problema. Según la base de datos sobre el gasto mundial en salud de la OMS, publicada en diciembre de 2023¹¹⁵, la mayoría de los gobiernos no gastaron más del 5 % de su PIB o el 15 % de su presupuesto nacional en atención sanitaria pública en 2021, un porcentaje totalmente insuficiente para cubrir las demandas de salud de sus poblaciones.

Si hablamos del problema de personal sanitario, hay que saber que en estos momentos existen 61,3 millones de personas, de las cuales más del 67 % son mujeres¹¹⁶, que trabajan en el sector sanitario mundial, entre enfermería, medicina, farmacia, dentistas, matronas y trabajos adicionales¹¹⁷. Y a pesar de estas cifras, hay una falta de personal, que las cifras más optimistas cifran para 2030 en 10 millones de personas, sobre todo en países de renta media y baja, que supone una gran barrera para un acceso de la población a unos servicios de salud de calidad. Es un problema global, donde muchos países de rentas altas deben enfrentarse no solamente a una población envejecida, sino a un personal sanitario también envejecido que necesita reemplazo. Se necesitan 1,8 millones más de profesionales sanitarios en 54 países solamente para reemplazar al personal que se va a retirar, para poder mantener las mismas ratios de personal. Pero si hablamos de ratios, en la tabla 1.4. se puede observar que la magnitud del problema no es

TABLA 1.4. Diferencia personal sanitario/10.000 habitantes entre países de renta baja y alta

	Países de renta baja	Países de renta alta
Personal médico	1,1	35,6
Enfermería y matronas	7,5	76,8
Dentistas	0,1	7
Personal farmacéutico	0,2	8,8

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE LA OMS

igual dependiendo del nivel de renta del país, donde el personal médico en países de renta alta supera en más de 30 veces el de rentas bajas y el personal de enfermería en diez veces. A estas carencias le debemos añadir la migración de personal sanitario, favorecido por los países más ricos, absorbiendo el personal de países de rentas medias o bajas. Pero las consecuencias de absorber ese poco personal que tienen los países de renta baja son enormes, en términos de acceso de una población que sufre ya de por sí unas tasas de enfermedad más altas. Es necesario una mejor planificación tanto a nivel nacional como internacional del personal sanitario necesario para cubrir las necesidades de la población.

Hay que hacer una reflexión y un análisis no solamente sobre el número de personal sanitario que se necesita, sino conocer primero las funciones necesarias para cubrir las necesidades de salud de la población y plantear una reestructuración del personal sobre esas necesidades, bien formando a la gente necesaria, bien cambiando funciones que hace algún personal específico, pero que puede ser realizado por otro. La OMS propuso un Plan de Acción 2022-2030¹¹⁸, donde pretenden abordar los desafíos críticos y de larga duración del personal sanitario y asistencial y apoyar a los países a que puedan planificar adecuadamente los recursos humanos que necesita, pero para que funcione se necesita una mayor implicación de los países, que tienen que tener una visión del problema no solamente local.

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

Esta meta está muy relacionada con la elaboración del Tratado Pandémico que se pretende aprobar en 2025, y que se va a tratar en un apartado posterior con mayor profundidad. Este refuerzo en las capacidades de los países más vulnerables debe pasar sin duda por una mayor financiación local en reducción y gestión de riesgos, y también con una mayor colaboración internacional y transferencia de tecnología y conocimientos que permita a los países más vulnerables tener sus propias capacidades, sin tener que depender de la buena voluntad de otros países, que, como vimos en la pandemia de la COVID-19, no siempre se da en momento de crisis. Pero para conseguirlo, es necesario una profunda reflexión sobre nuestras bases económicas, tal y como ya hemos comentado en la meta 3.c. y anteponer la salud a los intereses comerciales de la industria y de los países más desarrollados.

EL TRATADO PANDÉMICO: UN RETRASO POCO JUSTIFICABLE

La Asamblea extraordinaria de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2021, fue un momento crucial para abordar las deficiencias en la respuesta a la pandemia de COVID-19, cuando aún todos los países notaban directamente sus consecuencias. En esa asamblea, los países se comprometieron a crear un Órgano de Negociación Intergubernamental, abierto a todos los Estados Miembros y Miembros Asociados, para desarrollar un instrumento internacional que mejore la prevención, preparación y respuesta a futuras pandemias¹¹⁹.

Después de dos años y medio y nueve reuniones, el Órgano de Negociación Intergubernamental de la OMS presentó el borrador del Tratado o Acuerdo Pandémico¹²⁰, en la Asamblea de la OMS en mayo de 2024. Desgraciadamente, este borrador no fue aprobado, y después de varias deliberaciones se decidió seguir con las negociaciones esperando llegar a un consenso antes de la asamblea de mayo de 2025¹²¹. El motivo de este retraso proviene de la falta de acuerdo entre los Estados Miembros en el contenido del Tratado Pandémico, lo que muestra una vez más la dificultad de establecer acuerdos cuando tantos intereses, incluidos los comerciales e ideológicos, están encima de la mesa. En las deliberaciones previas a la Asamblea se habían conseguido algunos consensos, pero no fueron suficientes. La falta de consenso en puntos clave demuestra la complejidad de abordar una respuesta global coordinada frente a futuras pandemias. A pesar de los esfuerzos, solo se logró un acuerdo total en 8 de los 17 puntos de la introducción, y en 17 de los 37 artículos de la propuesta, un modesto 54 %

Las divergencias han surgido por diferentes razones. Las que tienen que ver con asuntos técnico-administrativos, se pueden resolver en el plazo acordado. Sin embargo, las divergencias más profundas tocan la esencia misma de cómo entendemos nuestros modelos sociales y económicos. Sin una base sólida y consensuada en estos aspectos fundamentales, el Tratado Pandémico pierde su coherencia y capacidad innovadora.

El primer punto de conflicto proviene del grado de importancia que se les da a las inequidades de género en los problemas de salud. En la introducción un grupo de países (los más beligerantes fueron Irán, Rusia, Egipto, Arabia Saudí y Nigeria) no aceptó la inclusión de un párrafo donde se pedía que se adoptaran medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención mé-

115 <https://apps.who.int/nha/database>

116 <https://www.who.int/teams/health-workforce/hwfequity>

117 <https://gh.bmj.com/content/7/6/e009316>

118 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/365794/9789240063341-eng.pdf?sequence=1>

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

120 https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb9/A_inb9_3Rev1-sp.pdf

121 <https://publichealth.jhu.edu/2024/is-a-pandemic-treaty-still-possible>

dica, algo relacionado claramente con el acceso a los medios diagnósticos y terapéuticos de las mujeres en las pandemias. La discriminación de género en la salud es una cuestión crítica que afecta directamente la equidad y la efectividad de cualquier medida de salud pública. Es esencial que cualquier tratado o acuerdo global considere y aborde estas disparidades para ser verdaderamente inclusivo y efectivo. Lamentablemente, esta falta de sensibilidad con el género se ha extendido a otras declaraciones, donde se han visto afectadas las diferentes menciones a equidad o perspectiva de género, algo que tiene mucha más profundidad que hablar solamente de desigualdades de género. Esta situación es preocupante, ya que la eliminación de referencias a la perspectiva de género en las resoluciones de la OMS¹²², socava los esfuerzos por promover la equidad y justicia en la atención médica. En concreto, y además del Tratado Pandémico, se han visto afectadas las resoluciones sobre salud mental, preparación para emergencias, economía de la salud, clima y participación social. Según algunas fuentes que cita Health Policy Watch, Rusia pretendía eliminar la palabra “sexual” en el término ampliamente aceptado (incluso por la propia Rusia) de salud sexual y reproductiva. En el caso de la Resolución de la Economía de la Salud, Nigeria inicialmente se opuso a utilizar los términos “equidad de género” o “promover la incorporación de la perspectiva de género”. Y en la Resolución sobre Cambio Climático y Salud, aunque se hayan dejado tres menciones sobre desigualdades de género, se han eliminado las de perspectiva de género¹²³. Solamente una enmienda presentada por Rusia, Arabia Saudí y Nigeria, que pretendía cambiar la “perspectiva de género” por “tener en cuenta consideraciones de igualdad de género y diferentes necesidades” en una Resolución destinada a fortalecer la capacidad de los paí-

ses para hacer frente a los Riesgos y desastres naturales, fue derrotada por 76 votos a 8¹²⁴. Debería ser innegociable una mayor presencia de la mención de la equidad de género en el documento, por ejemplo, en el artículo 17, que habla de “enfoques que abarquen a todas las instancias gubernamentales y a toda la sociedad”. Si de verdad queremos que este Tratado sea incluyente, es crucial que los países que apoyan la equidad de género respondan con firmeza para asegurar que estos temas se mantengan en la agenda internacional y se avancen en políticas inclusivas.

Otros aspectos conflictivos que se han discutido tienen que ver con la economía global y el modelo económico actual. Las fronteras entre los intereses de la ciudadanía, los países y las multinacionales a menudo se vuelven borrosas, lo que crea tensiones y controversias. La falta de interés de algunos países en ceder parte de su producción de productos médicos y diagnósticos a la OMS es una de las causas principales del retraso en la firma del Tratado Pandémico. La propuesta se centraba en solucionar estas inequidades (puestas al descubierto durante la pandemia) ampliando la capacidad para compartir conocimientos y tecnologías, mejorando la distribución equitativa de productos y abordando los obstáculos creados por la propiedad intelectual. Además, buscaba fortalecer el papel de la OMS en la gestión de futuras pandemias, con el objetivo de garantizar una respuesta más rápida y efectiva, especialmente en los países más vulnerables. Sin embargo, la falta de consenso en estos aspectos ha complicado la adopción del Tratado. Aceptar esta nueva forma de actuar supondría cambios muy profundos que afectan a intereses comerciales muy concretos, por lo que la resistencia está asegurada.

En los artículos 10 y 11 del borrador del Tratado Pandémico se describía la necesidad de

conseguir una producción sostenible y diversificada geográficamente de todos los productos necesarios para afrontar una pandemia, así como la apuesta por una transferencia de tecnología, conocimientos técnicos y productos médicos a las regiones más vulnerables para que sean más independientes en su respuesta. Estas formulaciones tan generales, que no especifican cantidades o plazos e incorporan en muchos casos coletillas tales como “condiciones mutuamente acordadas”, dificultan la posibilidad de alcanzar cambios significativos, manteniendo el statu quo actual que, como se sabe, fue parte del problema para no conseguir una respuesta rápida y eficaz. En estos artículos, el asunto más conflictivo se relaciona con la petición de que los titulares de las patentes o de las licencias pertinentes para la producción de productos de salud relacionados con las pandemias deberían renunciar al cobro de regalías, algo que provocaba disensión entre los países, o cobrar “unas regalías razonables”, algo inespecífico y que fue aceptado, donde las empresas podrían seguir haciendo lo mismo que hasta el momento.

Pero es en el papel de la OMS donde existen más discrepancias. La propuesta quería que la OMS tuviera un papel más protagonista en futuras pandemias. Pretendía que liderara directamente gran parte de la gestión de futuras pandemias, sin tener que depender tanto de los intereses o de la voluntad de algunos de los países más avanzados. Para ello, se proponía establecer un sistema multilateral que gestionara y coordinara la OMS para el acceso seguro, transparente y responsable de la información de los patógenos con potencial pandémico. Esta información es la base para elaborar nuevos productos médicos y de diagnóstico, la base del denominado Sistema de Acceso a los Patógenos y Participación en los Beneficios (Sistema PABS) de la OMS, una iniciativa crucial que permitirá compartir patógenos y beneficios derivados de productos médicos y diagnósticos de manera equitativa y rápida du-

rante futuras pandemias. Finalmente, los países solo aceptaron la coordinación y no la gestión única de la OMS; es decir, los países han optado por mantener un mayor control y participación directa en las decisiones, cuando la OMS ya representa a todos los países. En el trasfondo del debate aparece la complejidad de equilibrar la soberanía nacional frente a la necesidad de articular una respuesta global eficaz.

Otro punto crítico que aparecía en el artículo 12, proponía reforzar significativamente la capacidad de la OMS para responder a futuras pandemias. Se proponía que, en caso de una nueva pandemia, la OMS tuviera acceso en tiempo real al 20 % (el 10 % en forma de donación y el 10 % a precios asequibles para la OMS) de la fabricación de productos de salud relacionados con las pandemias que fueran seguros, eficaces y efectivos. Esta propuesta, que realmente debería ser un primer paso hacia una gobernanza pública en salud más profunda, donde la gestión global debería recaer en la OMS, ha tenido una respuesta negativa por parte de los países donde residen las empresas que tienen la tecnología de estos productos, seguramente influenciados por esas propias compañías privadas. Pero no podemos achacar solamente a la empresa privada este comportamiento de los países. Muchos de ellos están a menudo influenciados por ideologías políticas y sentimientos nacionalistas que, aunque comprensibles, dificultan una respuesta global.

Las voces críticas hacia el borrador no se hicieron esperar. Algunos países comentaron al instante que, si se aprobaban esos artículos tal y como estaban, afectarían a la innovación¹²⁵, afirmando que el problema en la pandemia de la COVID-19 no fueron la innovación o la rapidez en desarrollar productos contra la pandemia, que se hizo en tiempo récord. La exención de las obligaciones de patentes a las vacunas contra la COVID-19 bajo el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) por parte de la

122 <https://healthpolicy-watch.news/conservative-member-states-balk-at-references-to-gender-in-wha-resolutions/>

123 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF7-sp.pdf

124 <https://healthpolicy-watch.news/gender-conservatives-defeated-in-resolution-on-natural-hazards-at-world-health-assembly/>

125 <https://www.csis.org/blogs/perspectives-innovation/securing-ip-and-future-pandemic-preparedness>

Organización Mundial del Comercio fue un paso importante, pero no suficiente. Esta dispensa no logró aumentar la distribución de vacunas en los países empobrecidos que no poseían (y aún no poseen) los recursos necesarios para construir unas infraestructuras de almacenamiento y distribución, de información de los riesgos y beneficios de las contramedidas a la población o de contratar profesionales sanitarios cualificados para enfrentarse a la pandemia. Incluso afirman que muchas empresas se vieron perjudicadas, pues su valor cayó cuando se congelaron esas patentes.

Siendo ciertas las conclusiones sobre la necesidad de tener unos sistemas sanitarios públicos fuertes para afrontar potenciales pandemias, esta lectura reduce el problema a dificultades locales, principalmente de logística, y evita reconocer los problemas transnacionales que la propia pandemia visibilizó. Como ya se comentó en informes anteriores, la pandemia de COVID-19 puso al descubierto varias debilidades en la respuesta internacional que vale la pena recordar y aprender de ellas. En marzo de 2021 había 321 vacunas en distintas fases de investigación¹²⁶, cuando realmente las líneas de investigación diferentes eran solo 9. No se consiguió que las empresas compartieran conocimientos y tecnologías para mejorar las vacunas, y solo se promocionaba la competencia y no las alianzas, lo que dificultó tener una respuesta más rápida y eficaz. Además, desde enero de 2020 hasta julio de 2021 diferentes gobiernos invirtieron unos 5.600 millones de dólares para la investigación y el desarrollo de vacunas COVID-19¹²⁷, que fueron directamente a la industria farmacéutica, disminuyendo el riesgo de financiación de las empresas farmacéuticas. Entre 2020 y 2021 se realizaron más de 70 acuerdos bilaterales de compra de vacunas. Los países ricos

acaparaban más vacunas de las necesarias. Países como Canadá o Japón reservaron vacunas suficientes para vacunar al menos 3 veces su población y la Unión Europea unas dos veces, lo que al final provocó un excedente de 1.200 millones de dosis¹²⁸. Y mientras, otros países como Perú, que había sufrido la tasa más alta de letalidad por COVID-19 y tenían suficientes recursos como para distribuirlas internamente, no tuvieron un acceso mínimamente adecuado a esas vacunas hasta mediados de 2021.

La aprobación del Tratado Pandémico es una oportunidad crítica que no se debería dejar pasar para redefinir la respuesta a los retos globales. El interés general debería primar sobre los intereses comerciales o políticos si se quiere una respuesta efectiva y equitativa en futuras crisis. Es imperativo que los países actúen ahora construyendo acuerdos que fortalezcan nuestra capacidad de enfrentarnos a los desafíos futuros.

No se puede dejar que esta discusión se enmarque como si fuera una lucha de poder que perpetúe las desigualdades en el acceso a soluciones médicas ante futuras crisis sanitarias. Los países de altos ingresos pretenden mantener sus privilegios sabedores de que poseen la tecnología que pueden necesitar en la lucha de nuevas pandemias, frente a aquellos países que reclaman un acceso equitativo a ella¹²⁹. El foco debe estar en la colaboración global y en cómo compartir tecnología y conocimiento para beneficio de toda la humanidad. Las potenciales pandemias son solamente la punta del iceberg de los problemas globales que nos acechan. La resistencia antimicrobiana y los efectos del cambio climático en la salud son dos ejemplos de amenazas inminentes que o se abordan conjuntamente o no se conseguirá mitigar los efectos que tendrán en la salud de las comunidades.

LA VIRUELA DEL MONO: TROPEZAR DE NUEVO EN LA MISMA PIEDRA

La viruela fue una enfermedad devastadora que afectó a la humanidad durante milenios, causando millones de muertes en los más de 3.000 años de existencia que al menos convivió de forma natural con las personas. Pero también es una excepción en la lucha de la humanidad contra las enfermedades infecciosas, ya que es la única que ha conseguido derrotar. En 1796 Jenner creó la primera vacuna de la historia, una vacuna que iba dirigida a protegernos de la viruela¹³⁰. La OMS asumió en 1967 una estrategia intensiva de lucha contra la viruela a través de la inmunización y el seguimiento de casos, y en 1980 declaró la erradicación de esta enfermedad¹³¹. Por tanto, no tenía sentido seguir inmunizando a la población, e incluso algunos países como Estados Unidos habían dejado de vacunar en 1972, antes de la erradicación oficial.

La viruela del mono, también conocida como viruela símica o monkey pox, de la que se está hablando en estos últimos años no es una enfermedad nueva. Se detectó por primera vez en 1958 en Dinamarca, en colonias de monos criados para investigación. El primer caso en humanos se constató por primera vez en 1970 en un niño de 9 meses, en una región de la República Democrática del Congo donde se había erradicado la viruela humana en 1968. La viruela del mono es una zoonosis viral, un virus transmitido a los humanos por los animales, con síntomas similares a los observados en el pasado en pacientes con viruela humana. No obstante, hasta el momento, es mucho menos grave. La tasa de letalidad de la viruela humana alcanzaba al 30 % de las personas infectadas¹³², mientras que ahora nos movemos en unas cifras mucho más bajas, aunque no por ello poco importantes.

La viruela del mono suele ser autolimitada, lo que significa que generalmente se resuelve por sí sola en un período de 2 a 4 semanas. Su clínica puede ser muy variada, y suele aparecer entre 5 y 21 días después de su exposición¹³³. Lo más característico es la aparición de erupciones cutáneas (unas pocas o muchas de ellas) que empiezan como una mancha y pasa luego a vesículas llena de líquido, que puede picar o doler, con un alto riesgo de infección grave si no se tratan. Posteriormente estas vesículas se secan, se hacen costras y se caen. También pueden aparecer al principio con otros síntomas inespecíficos, como fiebre alta, dolores de cabeza, musculares..., que complica el diagnóstico clínico, pues pueden confundirse con muchas otras enfermedades. Las complicaciones de la viruela del simio, además de las infecciones dérmicas (celulitis), pueden incluir otras infecciones secundarias, como bronconeumonía, sepsis, encefalitis o infección de la córnea, que puede provocar pérdida de visión. El diagnóstico más exacto se consigue con pruebas de PCR, algo que es complicado de conseguir en zonas rurales de África.

En África, se ha encontrado evidencias de infección por el virus de la viruela del simio en muchos animales, incluidas las ardillas, las ratas, los lirones, o diferentes especies de monos, por lo que es fácil su extensión. Existe la transmisión de animal a humano (zoonótica) que puede ocurrir por contacto directo con la sangre, fluidos corporales o lesiones cutáneas o mucosas de animales infectados, y también la transmisión de persona a persona. Esta última puede resultar del contacto cercano con secreciones respiratorias, lesiones en la piel de una persona infectada u objetos recientemente contaminados. La transmisión a través de gotitas de partículas respiratorias generalmente

126 <https://es.statista.com/estadisticas/1135710/covid-19-numero-de-vacunas-candidatas-en-el-mundo-por-fase-y-tipo/>

127 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp2107528>

128 <https://www.bbc.com/mundo/noticias-internacional-58651211>

129 <https://publichealth.jhu.edu/2024/is-a-pandemic-treaty-still-possible>

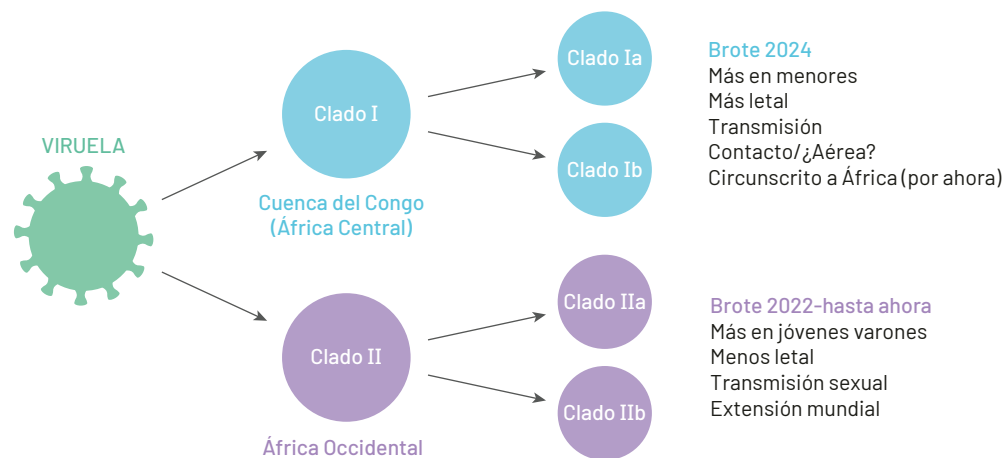
130 <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-los-origenes-vacuna-S0716864020300535>

131 https://www.who.int/health-topics/smallpox#tab=tab_1

132 <https://www.msmanuals.com/es/profe%20nossional/enfermedades-infecciosas/poxvirus/viruela>

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

Variantes viruela del mono



FUENTE: ADAPTACIÓN DE "ACTUALIZACIÓN: LA VIRUELA DEL MONO (MPOX) UNA EMERGENCIA DE SALUD PÚBLICA DE IMPORTANCIA INTERNACIONAL EN 2024, SEMFYC"

requiere un contacto cara a cara prolongado, lo que pone en mayor riesgo al personal sanitario y a los miembros del hogar de la persona infectada. La transmisión también puede ocurrir a través de la placenta de la madre al feto (lo que puede conducir a la viruela símica congénita) o durante el contacto cercano durante y después del nacimiento. La viruela símica se propaga por contacto directo de cualquier tipo, lo que incluye los besos, el contacto, y las relaciones sexuales.

Las personas con mayor riesgo de sufrir un cuadro grave de la enfermedad o complicaciones son las mujeres embarazadas, los niños y niñas y las personas inmunodeprimidas. Los casos graves están relacionados con el grado de exposición al virus, el estado de salud del paciente y la naturaleza de las complicaciones.

Esta enfermedad es causada por un virus que pertenece al género de los Orthopoxvirus, al igual que la viruela humana. Existen dos clados genéticos (o variantes del original) distintos del virus: El clado I, (que tiene ahora los subcla-

dos Ia y Ib) relacionado con la cuenca del Congo, tiende a ser más virulento, mientras que el clado II, (que tiene los subclados IIa y IIb) de África occidental, suele causar una enfermedad menos grave. Las vacunas que aún se tienen para poder combatir un potencial resurgimiento de la viruela humana parecen también proteger contra la viruela símica, aunque en los menores de edad no hay evidencias de ello.

Hasta 2022 la enfermedad estaba circunscrita a África Occidental y Central, por lo que no acaparaba mucha atención de la comunidad internacional. En mayo de 2022, además de detectarse en los países africanos habituales, se detectaron grupos de casos de viruela símica en varios países no endémicos, entre ellos España. La OMS declaró en julio de 2022 una emergencia de salud internacional, cuando ya había 75 países afectados¹³⁴. En mayo de 2023, después de más de 87.000 personas infectadas en el mundo, con 140 muertes en 111 países afectados, la OMS levantó el estado de emergencia¹³⁵, después de

que se produjera un descenso sostenido de los casos en el mundo. No obstante, la OMS avisaba que había que estar vigilantes ya que seguían apareciendo casos, aunque no los suficientes como para mantener una alerta internacional. Hasta el 31 de agosto de 2024 se habían confirmado un total de 106.310 casos y 234 muertes en 123 países¹³⁶. De hecho, aún en estos momentos siguen apareciendo casos vinculados a este brote que fue causado por una cepa del clado IIb, que tenía unas características específicas. La vía de transmisión más frecuente era por vía sexual, especialmente entre hombres jóvenes o de mediana edad que tenían sexo con hombres, y su tasa de letalidad era muy baja, de alrededor del 0,5 %.

Pero todo cambió en 2023. La R.D. del Congo comenzó a sufrir un enorme aumento de casos del clado I. Dada su expansión hacia varios países vecinos, el 14 de agosto de 2024 el director general de la OMS declaró de nuevo una emergencia de salud pública de importancia internacional por un nuevo brote de viruela símica. Al principio, se relacionaba esta situación con el clado Ib y con una vía de transmisión principalmente sexual. En abril de 2024, en Sur Kivu (R.D. del Congo) se identificaba por primera vez una nueva subvariante, el clado Ia¹³⁷, que tenía características específicas, posiblemente una mutación debida a que no se controló adecuadamente el brote que afectaba a ese país. Aún se desconocen muchas cosas de este clado, pero sabemos que afecta mucho más a la población infantil, que es más mortal y que la transmisión aérea posiblemente sea la vía más frecuente de contacto. Tiene asociada una tasa de letalidad del 3 %. Los niños menores de 15 años representan más del 65 % de los casos confirmados y más del 80 % de los fallecidos. Por el momento, no ha

habido casos fuera de la región, pero el riesgo de extensión es considerable y las autoridades sanitarias de muchos países ya se han puesto en alerta. El CDC (Centro de control y prevención de enfermedades, en sus siglas en inglés) de África ha constatado desde enero de 2024 hasta septiembre del mismo año 6.806 casos confirmados de viruela del mono, 34.297 sospechosos y 866 muertes, con una tasa de letalidad del 2,52 %¹³⁸. Estas cifras seguramente esconden muchos más casos, debido sobre todo a las dificultades para conseguir diagnosticarlos en zonas aisladas.

Esta situación produjo un consenso en la comunidad internacional para que se utilizaran todas las herramientas posibles para atajar este brote, entre ellas las vacunas, a pesar de que, como ya hemos mencionado, no existían evidencias de que sean útiles para proteger a la población infantil. La OMS precalificó el 13 de septiembre de 2024 la primera vacuna contra la viruela del mono (la MVA de Bavarian Nordic), con el fin de poder utilizarla en este brote¹³⁹, afirmando que "la vacunación desempeñará un papel fundamental en la lucha contra el brote". Esta precalificación vino casi un mes después de que el director del CDC de África, el Dr. Kaseya, solicitara el 17 de agosto que se enviaran 10 millones de dosis de vacunas para África en 2025, más 2 millones durante lo que quedaba de 2024¹⁴⁰.

El Dr. Kaseya había afirmado pocos días antes que África no había recibido en el anterior brote de 2022 todo el apoyo urgente que necesitaba. Y esto fue debido a la falta de interés internacional, una vez, los casos globales disminuyeron, aunque en África siguieran creciendo. El Dr. Kaseya solicitó a la comunidad internacional un cambio de enfoque en este nuevo brote para apoyar los esfuerzos de los países africanos.

134 <https://news.un.org/es/story/2022/07/1512072>

135 <https://elpais.com/sociedad/2023-05-11/la-oms-declara-el-fin-de-la-emergencia-sanitaria-por-la-viruela-del-mono.html>

136 https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/#3_Global_situation_update

137 https://www.sanidad.gob.es/areas/alertasEmergenciasSanitarias/alertasActuales/alertaMonkeypox/docs/20240822_ERR_Monkeypox.pdf

138 <https://africacdc.org/download/africa-cdc-weekly-event-based-surveillance-report-september-2024/>

139 <https://www.who.int/es/news/item/13-09-2024-who-prequalifies-the-first-vaccine-against-mpox>

140 <https://africacdc.org/news-item/africa-cdc-and-bavarian-nordic-partner-to-boost-mpox-vaccine-production-in-africa/>

A esa falta de interés de los países más enriquecidos, podemos añadir el acaparamiento que se hizo, una vez más, en vacunas por parte de varios países en el anterior brote, y que denunciarnos en el informe de 2022¹⁴¹. Estos comportamientos distan mucho de ser los más adecuados para afrontar cualquier problema global de salud, pero no parece que hayamos aprendido.

La comunidad internacional se ha comprometido hasta el momento en hacer llegar a la R.D. del Congo, el país más castigado, 3,6 millones de vacunas, pero esas son solamente el 36 % de lo solicitado por el CDC de África. 620.000 dosis eran de la vacuna MVA-BN que donaba la Comisión Europea, Estados Unidos y varios países europeos entre los que se contaba España; y 3 millones de dosis provenían de Japón de su vacuna LC16 que, si bien ha sido bien recibida por las autoridades africanas, no cuenta hasta el momento de la aprobación de la OMS, y no hay mucha evidencia de su utilidad en brotes epidémicos, como si la tiene la MVA-BN¹⁴². El problema no es solamente “poner en la puerta del país las vacunas”. Es necesario cambiar totalmente la forma de enfrentarnos a estos problemas internacionales en salud si queremos evitar su expansión global.

El primer paso debería ser un compromiso más profundo de la comunidad internacional con la salud global, dejando de lado los localismos y egoísmos que provocan o la falta de interés o el acaparamiento de productos, solamente “por si acaso”, retrasando las respuestas necesarias en las zonas cero, algo que es completamente ineficaz incluso para nosotros mismos. Un Tratado Pandémico eficaz supondría una mejora en este sentido, y el papel de la OMS, como garante público de la salud mundial, se vería reforzado para poder tomar decisiones de este tipo. Además, es necesario una mayor agilidad en las tomas de decisiones políticas que favorezcan la toma de decisiones técnicas, que no pasen me-

ses desde que se identifique un brote hasta que la comunidad internacional se ponga en marcha. Un Tratado Pandémico bien estructurado ayudaría también en este sentido.

Los países que suelen sufrir al principio estos brotes tienen unos sistemas de salud frágiles, que es necesario reforzar. Para ser eficaz, una campaña de vacunación necesita, al menos, una gestión de transporte y almacenamiento adecuados que incluya una cadena de frío, un personal suficiente y capacitado y una población concienciada. En un primer momento de urgencia de este brote, la llegada de las vacunas a las zonas más afectadas no se produjo de manera inmediata. Además, es necesario reforzar la capacidad diagnóstica para poder tener un mapa real de la relevancia de la evolución de la enfermedad, y también de la capacidad terapéutica, que en zonas rurales suele estar limitada.

Por último, la mejora de la participación de la población en las propias soluciones, no solo accediendo a una información veraz, sino una implicación más directa en la implementación de soluciones locales que no tiene que ser homogéneas dependiendo de las zonas, es otro elemento que suele quedarse siempre en los documentos, pero no se hacen realidad. Necesitamos herramientas mucho más operativas que nos permitan afrontar problemas como el de este nuevo brote de la viruela del mono. Pero también necesitamos reflexionar sobre las bases sociales, políticas y económicas que fundamentan nuestras sociedades, unas bases que no solamente favorecen la inequidad y que dificultan en gran medida la búsqueda de soluciones globales y equitativas, sino que permite repetir errores en periodos cortos de tiempo, como es en la gestión de brotes que potencialmente podrían ser peligrosos para el conjunto de la humanidad. Tenemos que reconocer que si este brote salta a los países occidentales y son los y las menores de estos países quienes se ven

afectados, la respuesta no solamente sería más intensa, sino que el interés de controlar este brote en su lugar de origen sería mucho mayor. La burbuja en la que vivíamos antes de la COVID 19 en los países de renta alta ya estalló, y nos mostró como debemos de tener una respuesta rápida ante cualquier amenaza global. Pero parece que no hemos aprendido lo suficiente como para afrontar nuevos brotes epidémicos, que, al final, pueden llegar a afectarnos, sea la viruela del mono, sea cualquier otro brote que pueda aparecer en el futuro.

En resumen, la situación general de la mejora de la salud mundial no puede ser optimista. Existen las estrategias y una buena identificación de los problemas, pero falta voluntad política y compromisos reales que permitan lograr los progresos que pretendemos alcanzar en los próximos 6 años. Aunque también existen avances considerables que nos permiten afirmar que, incluso si no se alcanzaran las metas propuestas, el esfuerzo por llegar lo más cerca posible merece la pena, pues se evitarían muchas muertes evitables y sufrimiento, y puede enseñarnos el camino para seguir trabajando más allá de 2030.

141 https://www.cooperasalud.org/informes/Informe_SaludAOD_2022.pdf

142 <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/14760584.2024.2397006#summary-abstract>

2

Perspectiva internacional



Foto de ©Olmo Calvo, del proyecto Wawachaña, partos en el techo del mundo, realizado con la Beca del Premio Internacional Luis Valtueña. La doctora Dunia Arakaki y la partera Leonarda Quispe atienden a una mujer embarazada en Patacamaya, Bolivia, 2013.

- La AOD del conjunto de países donantes del CAD alcanzó en 2023 la cifra récord de 223.610 millones de dólares, lo que supone un incremento del 9,6 % respecto a los desembolsos de 2022. Excluyendo los costos de personas refugiadas en los países donantes, que son 31.000 millones de dólares, la AOD aumentó un 3,2 % en términos reales. Las asignaciones de AOD aumentaron en 14 países miembros del CAD y disminuyeron en otros 17.
- La AOD total de los miembros del CAD representa el 0,37 % de la renta nacional bruta (RNB), apenas un punto porcentual más que en 2022 y muy por debajo del compromiso de NN. UU. del 0,7 %. Sólo 5 países, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Noruega y Suecia cumplieron con el objetivo del 0,7 %.
- Las guerras de Ucrania y Gaza son dos de los hechos extraordinarios que han motivado el aumento de la AOD, y no tanto las persistentes situaciones de desigualdad, hambre y pobreza extrema que se dan entre las poblaciones más pobres y vulnerables.
- La AOD de los veintiún países del CAD que son miembros de la UE cayó un 7,7 % pero siguen siendo en conjunto el principal donante

mundial con 92.900 millones de dólares, lo que equivale al 0,57 % de su RNB. Los países del G-7 (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Francia, Italia, Japón y Reino Unido) destinaron 169.944 millones de dólares, lo que equivale al 76 % de toda la AOD.

- La AOD desembolsada por España en 2023 se redujo en un 17,4 %, principalmente debido a menores costos de acogida de refugiados, quedándose en 3.833 millones de dólares, lo que equivale al 0,24 % de su RNB. Con estos datos, España se mantiene en el puesto 12 de 31 en cuanto a volumen de AOD y en el puesto 22 en cuanto al porcentaje de AOD sobre la RNB con respecto a los países miembros del CAD.
- Los 31.000 millones de dólares destinados a acoger personas refugiadas, sobre todo procedentes de Ucrania, representa el 13,8 % de toda la AOD, lo que implica una disminución del 6,2 % respecto a 2022. Para 7 de los 31 países del CAD, los costos de personas refugiadas en los países donantes representan más de una cuarta parte de su AOD.
- Los países del CAD destinaron a salud en 2022 un total de 24.999 millones de dólares,

lo que representa el 11,17 % del total de AOD y el 17,38 % de la AOD bilateral distribuible, un 37 % menos que en 2021. De esta cifra, el 27,9 % se destinó al control de la pandemia de la COVID-19.

- La ayuda humanitaria alcanzó los 25.900 millones, un aumento del 4,8 % en comparación con 2022. La AOD a Ucrania, donde la guerra está entrando en su tercer año,

aumentó un 9 % en 2023 para alcanzar los 20.000 millones de dólares, incluidos 3.200 millones de dólares de ayuda humanitaria. La AOD también aumentó para Cisjordania y Gaza un 12 % con respecto a 2022, hasta alcanzar los 1.400 millones de dólares. De ese total, 758 millones de dólares correspondieron a ayuda humanitaria, un incremento del 91 % con respecto a 2022.

ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS

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

Las cifras desagregadas de AOD que presenta públicamente el CAD suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2023, que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2022.

El gráfico 2.1 que recoge la evolución de la aportación neta de AOD por el conjunto de los países del CAD, en lugar de dar los datos en dólares corrientes, se ofrecen los datos del período 1960-2023 en dólares constantes de 2021 (con los ajustes de tasas de cambio e inflación que corresponden). La explicación es que los dólares constantes visibilizan más ajustadamente el esfuerzo que hace cada donante, ya que tienen en cuenta las variaciones debidas tanto a la inflación como a las fluctuaciones del tipo de cambio, si bien nos obligará a hacer pequeñas modificaciones en las cifras de cada año.

1 Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD

GRANT EQUIVALENT: LA METODOLOGÍA DE CÁLCULO DE LA AOD

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

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

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

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

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

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

1.1. La AOD del CAD

La creciente complejidad que está afectando al planeta actualmente, donde diferentes retos globales se están superponiendo, obliga a una reflexión profunda de todos los actores implicados en el desarrollo mundial, incluida la cooperación internacional. Asistimos a una reiterada vulneración de derechos elementales como es el derecho internacional humanitario y el derecho a asistencia sanitaria, algo que, desgraciadamente, no es nuevo, pero que ahora se hace sin disimulo en la franja de Gaza. Según la Organización Mundial de la Salud (enero 2024), el 58 % de los 36 hospitales no estaban operativos, 94 establecimientos de salud y 79 ambulancias se habían visto afectadas y 606 personas, entre pacientes y personal médico, fallecieron en esos ataques², que no discriminaban entre población civil y militar. La comunidad internacional enfrenta grandes desafíos para detener estos ataques y garantizar la seguridad de los servicios de salud en áreas de conflicto. La situación es compleja y requiere una cooperación global más efectiva y medidas de protección más estrictas para prevenir estas situaciones.

Entre las medidas debería incluirse la apuesta decidida por la Agenda 2030 y el cumplimiento de los ODS, así como una mejor gestión del enorme flujo de información que circula por las redes, incluidas las fake news, que influyen enormemente en las decisiones globales y que contribuyen a una polarización de la población, impidiendo los consensos. En lo que respecta a la salud global, la comunidad internacional ha reconocido la necesidad de mejorar la cooperación y la gobernanza global para evitar que se repitan los problemas que hubo durante la pandemia. Sin embargo, la implementación de estas medidas se enfrenta a obstáculos significativos, como la resistencia a ceder soberanía y el temor a una gobernanza global más estricta.

La OMS y otras entidades están trabajando para fortalecer el Reglamento Sanitario Internacional y promover una mayor equidad en la respuesta a emergencias sanitarias con un Tratado Pandémico. No obstante, el camino hacia una gobernanza global más efectiva y justa es complejo y requiere un compromiso por parte de todos los países que no parece existir.

El tema crucial en la agenda de desarrollo global es sin duda el cambio climático. El informe de 2024 del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) titulado “Abordar la pobreza y las desigualdades a través de una transición verde” subraya la importancia de integrar la sostenibilidad en nuestras acciones para combatir la pobreza y las desigualdades. El informe avanza que el cambio climático podría llevar a 132 millones de personas a la pobreza para 2030. La reciente resolución sobre clima y salud es un paso importante, pero su impacto dependerá de cómo se implementen las medidas acordadas. La cooperación internacional es esencial para asegurar que estas acciones sean efectivas y equitativas. La transición hacia una economía verde debe ser inclusiva y considerar las necesidades de las poblaciones más vulnerables.

Para poder ser efectiva y abordar las inequidades, la cooperación internacional debe ser resiliente y adaptarse a los nuevos contextos. El Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) está en un proceso de reflexión sobre “*el sistema de la ayuda*”³ y el modelo de cooperación para mejorar su eficacia y su impacto. En este proceso es importante que el CAD evalúe cómo las desigualdades globales y los desafíos emergentes, como el cambio climático y las pandemias, afectan la eficacia de la ayuda. También es importante en este proceso que se refuercen principios como la apropiación, las alianzas inclusivas y la transparencia. La unidireccionalidad del sistema de

ayuda debe mudar a un modelo más transversal capaz de generar una participación inclusiva de todos los actores, incluida la sociedad civil.

La AOD del CAD siguió creciendo en 2023, alcanzando la cifra récord de 223.610 millones de dólares, lo que supone un incremento del 9,6 % respecto a 2022. En términos absolutos el incremento ha sido de 19.615 millones de dólares, un crecimiento similar al del año anterior. La AOD de los países donantes del CAD representa el 0,37 % de la renta nacional bruta (RNB), un porcentaje ligeramente mayor al destinado en 2022, que fue del 0,36 %. Este crecimiento es positivo, pero a este ritmo va a ser imposible alcanzar el 0,7 % en 2030, tal y como se han comprometido los países del CAD, a no ser que el esfuerzo se multiplique exponencialmente en los próximos años.

Si hacemos el ejercicio de proyectar un crecimiento porcentual similar al que ha tenido la ayuda en los últimos 5 años, pasando del 0,30 % en 2019 a 0,37 % en 2023, en 2030 la AOD de los países del CAD se situaría en el 0,46 % de la RNB, muy lejos del compromiso del 0,7 %, compromiso que data de 1980⁴. Además, y como sucede todos los años, hay un comportamiento muy desigual entre los diferentes países del CAD en cuanto a su compromiso con la cooperación.

Según el informe de 2023 del CAD⁵, el crecimiento de la AOD se ha debido principalmente al (i) incremento de la ayuda a Ucrania, que en 2023 alcanza el 9 % del total de la ayuda, aumentando 1,2 puntos porcentuales respecto a 2022, (ii) el gasto en ayuda humanitaria, que crece un 4,8 %, hasta alcanzar los 25.900 millones de dólares, muy influenciada por el gasto en Ucrania y en Cisjordania y Gaza, y (iii) las contribuciones a instituciones multilaterales, que crecieron un 4 %. Las cifras absolutas destinadas a los gastos por personas refugiadas en los países donantes crecieron hasta los 31.000 millones de dólares, casi 1.700 millones más que en 2022, pero su peso

disminuye al 13,8 %, casi un punto porcentual menos que el año anterior. Para 7 países, este tipo de gasto supuso en 2023 más de la cuarta parte del total de su AOD, lo que muestra su importancia y la necesidad de que sea considerado un gasto excepcional, que no influya en los montos destinados a cooperación. En el análisis que hace el CAD en 2023 no aparecen las aportaciones a la COVID-19, lo que significa que ya no lo considera un asunto relevante que condicione las aportaciones y las acciones de cooperación de 2023.

Del total de la ayuda, se destinaron a préstamos netos o a inversiones en empresas privadas que operan en países elegibles para la AOD 1.300 millones de dólares, 400 millones menos que el año anterior. El conjunto de “instrumentos del sector privado” (PSI en sus siglas en inglés) supone un gasto de 2.900 millones de dólares, un 1,3 % del conjunto de la ayuda del CAD. Este tipo de ayuda necesita ser muy transparente y asegurar que el apoyo a estructuras privadas no incremente la inequidad con la población más pobre de las zonas donde pretende actuar.

Los datos preliminares de 2023 muestran un aumento de los flujos netos de AOD bilateral de los miembros del CAD a África, que ascendieron a 42.000 millones de dólares, un 2 % más que en 2022. El desembolso destinado a África Subsahariana fue de 36.000 millones de dólares, un aumento del 5 % respecto al año anterior.

En el gráfico 2.1. se observa la evolución de la aportación neta a la cooperación por parte de los países del CAD. Esta evolución, a pesar de los enormes cambios que ha habido durante estos 63 años en el contexto mundial, ha mantenido una tendencia de crecimiento continuo, con descensos puntuales que se recuperaban rápidamente. Este crecimiento es más visible desde que en el año 2000 aparecen los Objetivos del Milenio, lo que confirma la importancia de tener

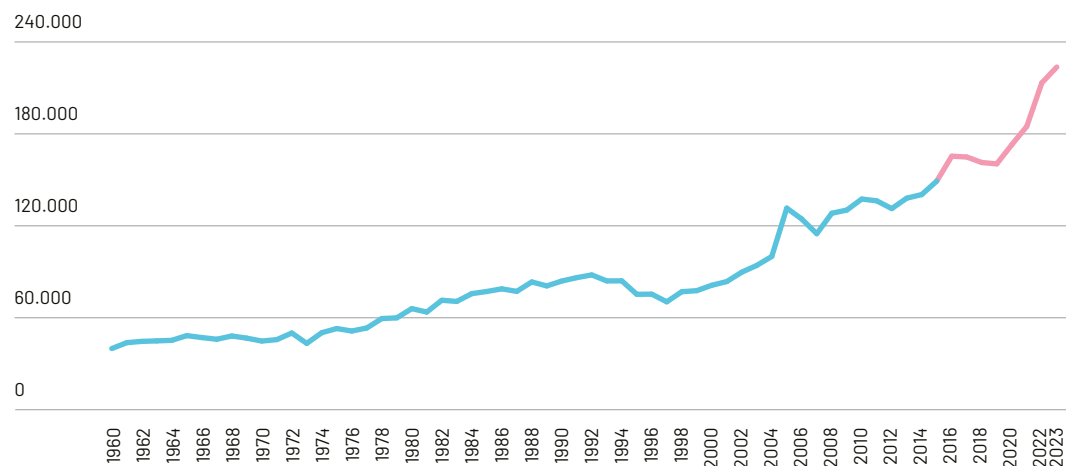
2 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB154/B154_51-sp.pdf

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

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

5 <https://www.developmentaid.org/api/frontend/cms/file/2024/04/ODA-summary-2023.pdf>

GRÁFICO 2.1. Evolución 1960-2023 de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2021)



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

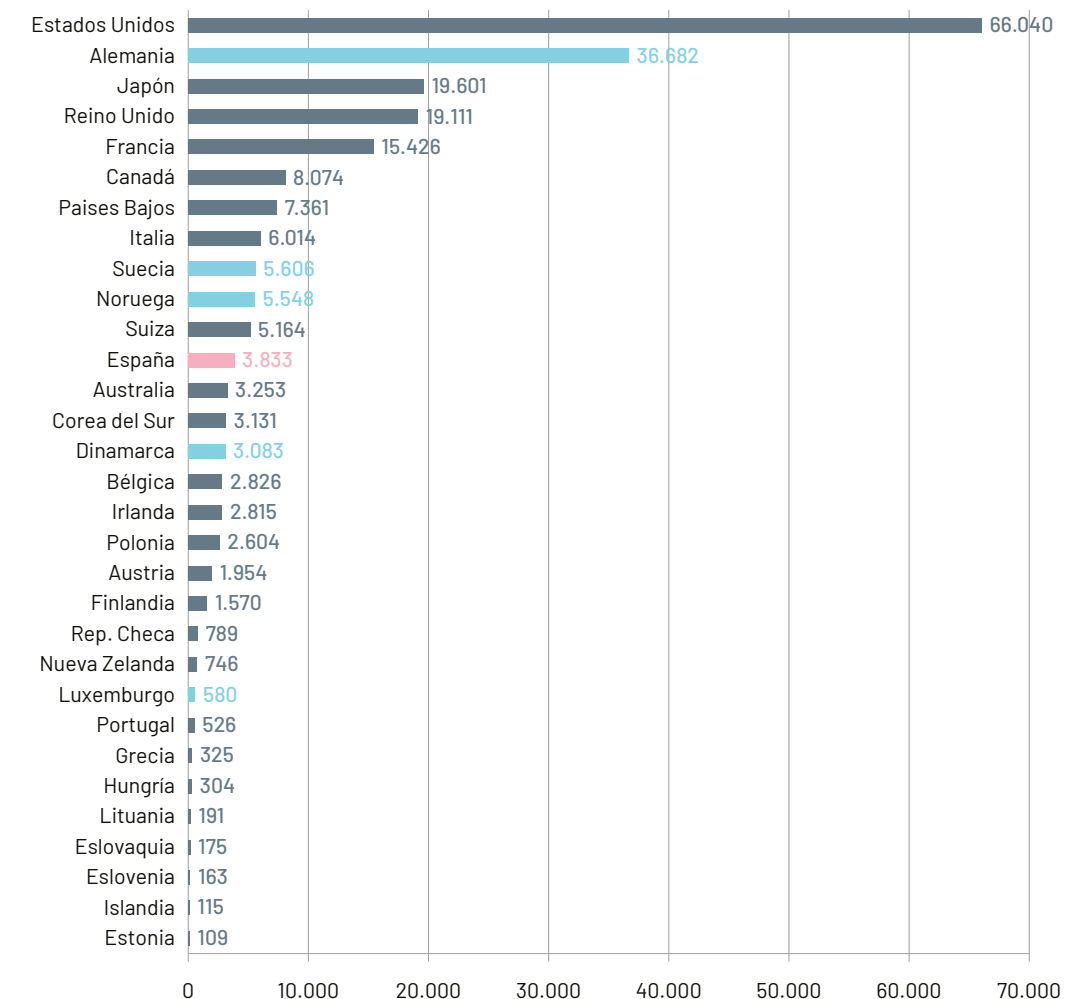
compromisos globales, pues ayudan a canalizar y visibilizar los flujos de ayuda. Desde 2015, año en el que se asumen los ODS, el crecimiento hasta 2023 es de un 56 % impulsado por factores como el cambio en la manera de computar la ayuda como Gran Equivalent (en rosa), la pandemia de COVID-19 y el conflicto de Ucrania.

Los cinco principales donantes del CAD no varían en 2023. Estados Unidos, Alemania, Reino Unido, Japón y Francia representan el 70,1 % de toda la ayuda, un punto porcentual más que en 2022. En términos absolutos, EE. UU. sigue liderando el ranking con 66.000 millones de dólares, 11.000 millones de dólares más que en 2022, lo que equivale al 30 % del total de la ayuda del CAD. Le sigue Alemania con 36.700 millones (1.500 millones más que en 2022) y un peso sobre el total del 16,4 %. Japón incrementa 2.100 millones de dólares respecto a 2022 y se consolida en el tercer puesto con 19.600 millones de dólares y un peso porcentual del 8,76 %, prácticamente el mismo que el año anterior. Reino Unido mejora un puesto, incrementando su AOD en 3.400 millones de dólares, alcanzando 19.100 millones de dólares, un 8,6 %. Finalmente, Francia con 15.400

millones de dólares disminuye su aportación a cooperación en 500 millones. En su conjunto, 14 países del CAD aumentaron sus fondos y 17 los redujeron, sobre todo por la disminución del coste para personas refugiadas en países donantes y de préstamos concesionales.

Como se viene indicando desde hace ya unos años, las cifras absolutas no recogen adecuadamente el esfuerzo que en materia de cooperación realizan los diferentes países. El peso de la cooperación en la RNB de los cinco grandes donantes aumenta en 2023, pero vuelve a ser Alemania la única que cumple con el compromiso del 0,7 % al destinar el 0,79 % de su RNB a AOD. Francia se queda en el 0,50 %, y Reino Unido destina el 0,58 %, a pesar de que aprobó por Ley el 0,7 %, si bien utilizó la pandemia para activar la cláusula en la ley que permite incumplir el compromiso “hasta que se den las condiciones adecuadas” para recuperarla. Japón se sitúa en el 0,44 % y, como en años anteriores, Estados Unidos, el mayor donante en cifras absolutas y la mayor economía del mundo, apenas destina el 0,24 % de su RNB, el sexto porcentaje más bajo del conjunto de países donantes.

GRÁFICO 2.2. AOD Grant Equivalent. 2023 (En millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, A PARTIR DE DATOS OCDE, 2024.

Uno de los compromisos clave de la Agenda 2030 es que los países desarrollados destinen el 0,7 % de su ingreso nacional bruto (INB) a la asistencia oficial para el desarrollo (AOD). Además, se espera que entre el 0,15 % y el 0,20 % de esta asistencia se dirija específicamente a los países menos adelantados (PMA)⁶. Este compromiso es fundamental para apoyar el desarrollo sostenible en las regiones más vulnerables y asegurar que nadie se quede atrás.

A medida que nos acercamos a 2030, es crucial que los países desarrollados cumplan con estos objetivos para fomentar un desarrollo global equitativo y sostenible. De los miembros del CAD, cinco países cumplen con el compromiso de destinar al menos el 0,7 %: Dinamarca (0,74 %), Alemania (0,79 %), Luxemburgo (0,99 %), Noruega (1,09 %) y Suecia (0,91 %). Suecia es un caso ejemplar al alcanzar y mantener el objetivo del 0,7 % desde 1975. Noruega se unió en

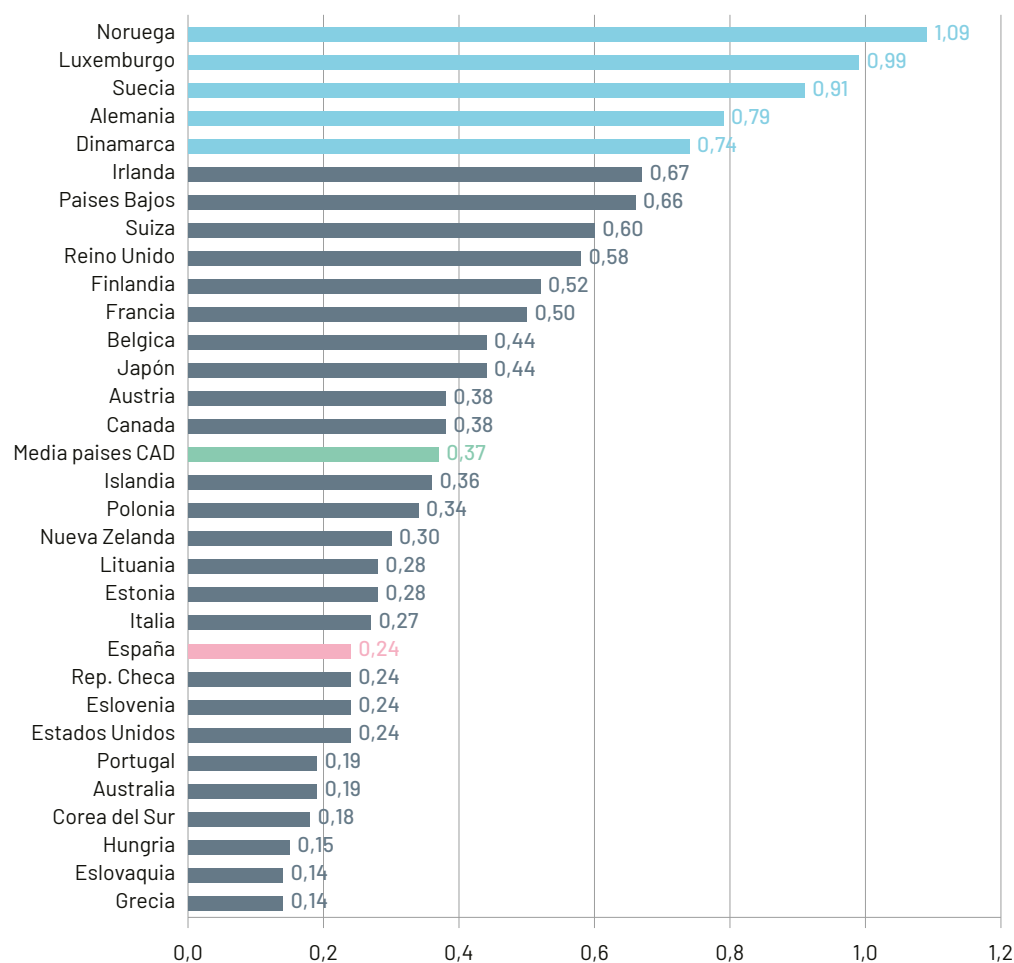
6 <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/globalpartnerships/>

1976, Dinamarca en 1978, Luxemburgo en el año 2000 y Alemania lo hizo en 2020. Reino Unido en 2013, con un déficit del 5,5 % del PIB, blindó el 0,7 % por Ley si bien desde 2021, coincidiendo con la crisis de la pandemia, el gobierno decidió que había otras prioridades, reduciendo su AOD y situándola actualmente en el 0,58 %⁷. En 2022 el déficit del país porcentualmente era el mismo que en 2013.

Otro caso paradigmático es Países Bajos. Durante muchos años estuvo destinando el 0,7 % cooperación para el desarrollo. En 2016 redujo

sensiblemente la ayuda que volvió a incrementar en 2022 y actualmente se sitúa en el 0,66 % si bien este incremento está directamente relacionado con el gasto destinado a refugiados que supone el 17,7 % de su AOD. Por encima del 0,5 % estarían también Irlanda (0,67 %), Suiza (0,6 %), Finlandia (0,52 %), y Francia (0,5 %). Entre los países que se sitúan por encima de la media del CAD (0,37 %) también estarían Bélgica y Japón con el 0,44 % y Austria y Canadá con el 0,38 %. Es decir, 15 de los 31 países que integran el CAD, superan la media de lo que el conjunto

GRÁFICO 2.3. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2023



FUENTE ELABORACIÓN PROPIA, A PARTIR DE DATOS OCDE, 2024.

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

destina a cooperación, uno menos que en 2022. Por debajo de la media se sitúan el resto de los países, dieciséis, entre los que se encuentran algunos tan importantes como Estados Unidos y España que destinan un 0,24 % o Italia que se queda en el 0,27 %. Para cumplir con los objetivos programados, sería preciso que los países multiplicaran sus esfuerzos y duplicaran los montos que destinan a cooperación. Proyectando las cifras actuales, los fondos destinados a AOD deberían situarse en torno a los 423.027 millones de dólares, casi 200.000 millones más que los consignados actualmente.

La situación actual refleja una falta de compromiso por parte de muchos países en alcanzar el objetivo del 0,7 % de la Renta Nacional Bruta destinado a la Ayuda Oficial al Desarrollo. A pesar de algunos incrementos recientes, la mayoría de los países donantes están lejos de cumplir con este compromiso. Un incremento sustancial de la AOD por parte de los países supone también una revisión de su normativa y de sus estructuras de gestión, como es el caso de España.

Las instituciones de la Unión Europea junto con los veintiún Estados miembros que forman parte del CAD siguen siendo el principal donante mundial con el 42 % de toda la AOD, alcanzado los 92.900 millones de dólares, un 0,52 % de su RNB, muy por encima del 0,37 % de media del CAD. Y eso a pesar de que en 2023 redujo sus aportaciones a cooperación en un 7,7 % debido a que 17 países disminuyeron su AOD y solamente 4 la incrementaron: Dinamarca (+10 %), Irlanda (+9,7 %), Países Bajos (+3,1 %) y Suecia (+2,1 %). Los países que porcentualmente más disminuyeron su ayuda son Estonia en un 51,4 %, Polonia, República Checa y Hungría en más de un 30 %.

Por su parte, el grupo de países que integran el G7 (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, Italia, Canadá y Japón), destinan a cooperación el 76 % de toda la AOD del CAD, un porcentaje prácticamente idéntico al de 2022.

Respecto a España, en 2023 se produce un descenso de su AOD del 17,4 %, debido sobre

todo a una ejecución menor en la partida de acogida de personas refugiadas en el país y en la partida que había presupuestado el Ministerio de Salud para vacunas COVID-19; concretamente el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones había presupuestado 904 millones de euros y la ejecución ha sido de 271,34 millones, y el Ministerio de Salud había presupuestado 200 millones de euros y la ejecución ha sido de 243.000 euros. Lo dejado de ejecutar de las partidas de AOD presupuestadas por estos dos ministerios asciende a 832,41 millones de euros.

España destinó a cooperación 3.833 millones de dólares, pasando del 0,30 % en 2022 al 0,24 % en 2023. Este porcentaje, como ya se ha comentado, está muy alejado no solo del compromiso del 0,7 %, sino de la media de la UE y de la media de los países del CAD, dejando a España porcentualmente a la cola de países del CAD, solo por delante de Grecia, Eslovaquia, Hungría, Corea del Sur, Australia y Portugal. En cifras absolutas España mantiene el puesto número 12 de 31 países, el mismo que ocupaba en 2022.

Los préstamos bilaterales soberanos, después del enorme crecimiento de 2022, se reducen en un 6,5 %, pero siguen siendo una parte importante de la AOD bilateral; en concreto un 8 % del total. Los países que más utilizaron esta partida son los mismos que en 2021 y 2022: Japón (57 % de su AOD bilateral), Corea del Sur (32 %) y Francia (17 %). Los préstamos soberanos de las instituciones de la UE aumentaron un 63 % en términos reales, debido al aumento de los préstamos a Ucrania, y representaron el 35 % de su AOD bilateral. En apenas dos años los préstamos prácticamente han triplicado su peso en la AOD bilateral de las instituciones de la UE. Si bien la situación de Ucrania es especial, seguimos manteniendo que no nos parece que sea una herramienta adecuada para la cooperación internacional. El Banco Mundial, a pesar de que considera la deuda un buen instrumento si está bien utilizado, considera que “un alto nivel de deuda pública puede frenar la inversión privada, aumentar la presión fiscal, reducir el gasto

social y limitar la capacidad gubernamental de implementar reformas”⁸. Según datos del Fondo Monetario Internacional, desde los años 70 la deuda pública se ha multiplicado por tres en el mundo y en 2022 suponía el 92 % del PIB mundial. Si incluimos la privada, el porcentaje sube hasta el 238 % del PIB mundial⁹. Esto hace que muchos países empobrecidos estén en una situación límite como demuestra el hecho de que

1.2. Distribución de la AOD en 2023

En 2023 los países que más incrementaron porcentualmente su AOD son Nueva Zelanda (+41,3 %), Noruega (+30,9 %) e Islandia (+17,1 %), ninguno de la UE. Sin embargo, los mayores descensos porcentuales se producen en países europeos como es el caso de Estonia (-51,4 %), Polonia (-36,6 %), República Checa (-34,3 %) y Hungría (-31,3 %). Como ya hemos explicado anteriormente, de la UE, solamente 4 países incrementan su AOD. España con -17,4 %, es el sexto país del conjunto del CAD que arroja un mayor descenso. La disminución de la partida destinada a personas refugiadas en el propio país explica la mayor parte de estos descensos.

A nivel geográfico la AOD neta bilateral para África se ha incrementado un 2 % respecto a 2022, alcanzando los 42.000 millones de dólares. África Subsahariana es la región que más crece, un 5 %, llegando a los 36.000 millones de dólares, lo que es una buena noticia.

La AOD neta a Ucrania, donde la guerra de agresión de Rusia continúa desde febrero de

destinarán más de 443.500 millones de dólares al pago de su deuda pública en 2022¹⁰. En la última década, el pago de intereses realizados por estos países se cuadruplicó hasta alcanzar un máximo histórico de 23.600 millones de dólares en 2022, lo que supone un 26,5 % del total. Alrededor del 60 % de los países de ingresos bajos muestran un alto riesgo de sobreendeudamiento o ya se encuentran en esa situación¹¹.

2022, crece un 9 % y se sitúa en los 20.000 millones de dólares; por su parte Cisjordania y Gaza recibieron 1.400 millones de dólares, un 12 % más que en 2022. Las instituciones de la UE gastaron 20.500 millones de dólares en Ucrania, lo que representa el 54,4 % de su AOD total.

Fuera del CAD existen otros países que son claves en la cooperación para el desarrollo. El grupo más importante es el denominado BRICS (Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica)¹², que desde enero de 2024 se ha conformado como BRICS+, con la incorporación de Irán, Egipto, Emiratos Árabes, Arabia Saudí y Etiopía. Este grupo de países destina importantes cantidades de recursos económicos a cooperación bajo los principios de respeto mutuo, igualdad soberana, inclusión, consenso y fortalecimiento de la colaboración. Los BRICS+ tienen 3 líneas de trabajo¹³: (i) cooperación política y de seguridad, (ii) cooperación económica y financiera, y (iii) cooperación cultural, que la unen con lo que denominan “persona a persona”.

TABLA 2.1. AOD neta de los países del CAD 2018-2023

AOD Neta	2018 GE		2019 GE		2020 GE		2021 GE		2022 GE		2023GE	
	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB
Australia	3.119	0,23	2.949	0,22	2.869	0,21	3.444	0,22	3.040	0,19	3.253	0,19
Austria	1.178	0,26	1.211	0,27	1.273	0,30	1.460	0,31	1.853	0,39	1.954	0,38
Bélgica	2.294	0,43	2.177	0,42	2.344	0,48	2.571	0,46	2.657	0,45	2.826	0,44
Canadá	4.655	0,28	4.673	0,27	5.052	0,31	6.271	0,32	7.832	0,37	8.074	0,38
Rep. Checa	323	0,14	306	0,13	299	0,13	362	0,13	987	0,36	789	0,24
Dinamarca	2.582	0,72	2.546	0,71	2.652	0,72	2.874	0,70	2.857	0,70	3.083	0,74
Finlandia	983	0,36	1.126	0,42	1.278	0,47	1.436	0,47	1.614	0,58	1.570	0,52
Francia	12.155	0,43	12.176	0,44	14.125	0,53	15.448	0,52	15.876	0,56	15.426	0,5
Alemania	24.985	0,61	23.806	0,60	28.680	0,73	32.232	0,74	35.025	0,83	36.682	0,79
Grecia	28.226	0,13	308	0,14	325	0,17	264	0,12	305	0,14	325	0,14
Hungría	190	0,14	317	0,22	418	0,27	455	0,29	396	0,28	304	0,15
Islandia	81	0,31	67	0,27	58	0,27	72	0,28	93	0,34	115	0,36
Irlanda	928	0,31	935	0,31	988	0,31	1.169	0,31	2.452	0,64	2.815	0,67
Italia	5.005	0,24	4.900	0,24	4.248	0,22	6.017	0,28	6.468	0,32	6.014	0,27
Japón	14.167	0,28	15.507	0,29	16.260	0,31	17.619	0,34	17.475	0,39	19.601	0,44
Corea del Sur	2.351	0,15	2.521	0,15	2.250	0,14	2.855	0,16	2.786	0,17	3.131	0,18
Lituania									197	0,29	191	0,28
Luxemburgo	473	0,98	474	1,05	452	1,03	539	0,99	531	1,00	580	0,99
Países Bajos	5.616	0,61	5.292	0,59	5.359	0,59	5.288	0,52	6.471	0,67	7.361	0,66
Nueva Zelanda	556	0,28	559	0,28	530	0,26	681	0,28	538	0,23	746	0,3
Noruega	4.257	0,94	4.292	1,02	4.196	1,11	4.673	0,93	5.161	0,86	5.548	1,09
Polonia	763	0,14	684	0,12	829	0,14	952	0,15	3.378	0,51	2.604	0,34
Portugal	390	0,17	373	0,16	413	0,18	450	0,18	505	0,23	526	0,19
Eslovaquia	133	0,13	129	0,12	141	0,14	151	0,13	171	0,15	175	0,14
Eslovenia	83	0,16	86	0,16	91	0,17	115	0,19	164	0,27	163	0,24
España	2.874	0,20	2.896	0,21	2.987	0,23	3.542	0,25	4.207	0,30	3.833	0,24
Suecia	5.844	1,04	5.397	0,99	6.349	1,14	5.927	0,92	5.456	0,90	5.606	0,91
Suiza	3.094	0,44	3.093	0,44	3.563	0,49	3.927	0,51	4.477	0,56	5.164	0,6
Reino Unido	19.403	0,70	19.365	0,70	18.568	0,70	15.814	0,50	15.748	0,51	19.111	0,58
EE. UU.	34.261	0,17	34.615	0,16	35.576	0,17	42.311	0,18	55.277	0,22	66.040	0,24
Total países CAD	153.025	0,31	152.780	0,30	162.173	0,33	178.916	0,33	203.995	0,36	223.610	0,37

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS OCDE-CAD

8 <https://www.bancomundial.org/es/topic/debt/overview>

9 <https://www.imf.org/es/Blogs/Articles/2023/09/13/global-debt-is-returning-to-its-rising-trend>

10 <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/02225002-395f-464a-8e13-2acfca05e8f0>

11 <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2023/12/13/developing-countries-paid-record-443-5-billion-on-public-debt-in-2022#:~:text=Los%20pa%C3%ADses%20en%20desarrollo%20pagaron,en%20deuda%20p%C3%BAblica%20en%202022>

12 <https://infobrics.org/page/history-of-brics/>

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

Recientemente Turquía también ha pedido su adhesión a este grupo, siendo el único país de la OTAN que podría formar parte del mismo. Esta incorporación, además de por cuestiones

políticas y geoestratégicas, tiene su importancia pues es un país que en los últimos años ha superado el 0,7 %, aunque en 2023 se quedara en el 0,6 %.

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

	2018		2019		2020		2021		2022		2023	
	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB	Monto	% AOD / PIB
Croacia	55,0	0,10			84,0	0,15	94,0	0,15	119,0	0,17	147,0	0,2
Estonia	49,0	0,16	42,0	0,13	49,0	0,16	60,0	0,17	203,0	0,54		
Israel	434,0	0,12	278,0	0,07	288,0	0,07	394,0	0,08	569,0	0,10	377,0	0,07
Letonia	34,0	0,10	34,0	0,10	40,0	0,12	47,0	0,12			142,0	0,33
Lituania	59,0	0,11	58,0	0,11	67,0	0,12	83,0	0,13				
Malta	31,0	0,23	40,0	0,29	58,0	0,44			46,0	0,28	50,0	0,26
Rusia	1.036,0	0,06										
Turquía	8.562,0	1,10	8.652,0	1,15	8.003,0	1,12	7.643,0	0,95	7.184,0	0,79	6.711,0	0,6
Emiratos Árabes	4.188,0	1,03	2.236,0	0,55	1.695,0	0,48	1.489,0	0,40	1.352,0	0,33	1.869,0	0,37
Arabia Saudí							2.124,0	0,30	5.992,0	0,74		
Bulgaria	69,0	0,11	65,0	0,10	84,0	0,13	91,0	0,12	232,0	0,27	170,0	0,19
Rumania	252,0	0,11	251,0	0,10	306,0	0,13	327,0	0,12	411,0	0,14	546,0	0,16
Taiwán	337,0	0,06	302,0	0,05	403,0	0,06	334,0	0,04	384,0	0,05	68	0,01
Chipre			45,0	0,21	20,0	0,08					18,0	0,07
Kuwait									743,0	0,44		
Qatar									820,0	0,46	705,0	0,31

FUENTE: OCDE-CAD

1.3. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

Como ya se ha mencionado anteriormente, la ayuda a personas refugiadas en países donantes aumentó un 5,7 % en 2023. En concreto, se destinaron casi 31.000 millones de dólares. Esta cifra sitúa la ayuda a personas refugiadas en el 13,8 % del total de la AOD del CAD, un punto porcentual menos que el año anterior.

A pesar de ser un gasto absolutamente necesario para preservar los derechos humanos de las personas afectadas, la ayuda a personas refugiadas en los países donantes no debería considerarse AOD genuina, por tratarse de contribuciones que no tienen un efecto tangible en el desarrollo de su país de origen. Además, hemos constatado como, en ocasiones, va acompañado de una reducción del importe de

la ayuda que se destina a los países donde se producen las crisis humanitarias que dan lugar a la llegada de personas refugiadas. Es verdad que en el informe de la OCDE se afirma que, en una encuesta realizada en los países donantes, la mayoría respondió que este tipo de gasto fue adicional al que se preveía para cooperación, pero no siempre es así, y no ha sido computado fuera de los canales de cooperación.

Como se puede observar en la tabla 2.3, entre los años 2016 y 2017 las ayudas a personas refugiadas eran muy altas, derivadas de una migración masiva a causa del conflicto sirio. A partir de 2018 y hasta 2021, las cifras se habían estabilizado entre los 8-10.000 millones de dólares. En 2022 la invasión rusa de Ucrania provoca una

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

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Total CAD	16.416	14.111	10.769	9.635	8.980	9.285	29.297	30.967
Países UE del CAD	12.343	11.565	8.228	6.301	5.287	5.641	15.332	15.736
% UE sobre total CAD	75,19 %	81,96 %	76,40 %	65,40 %	58,88 %	60,75 %	52,33 %	50,82 %

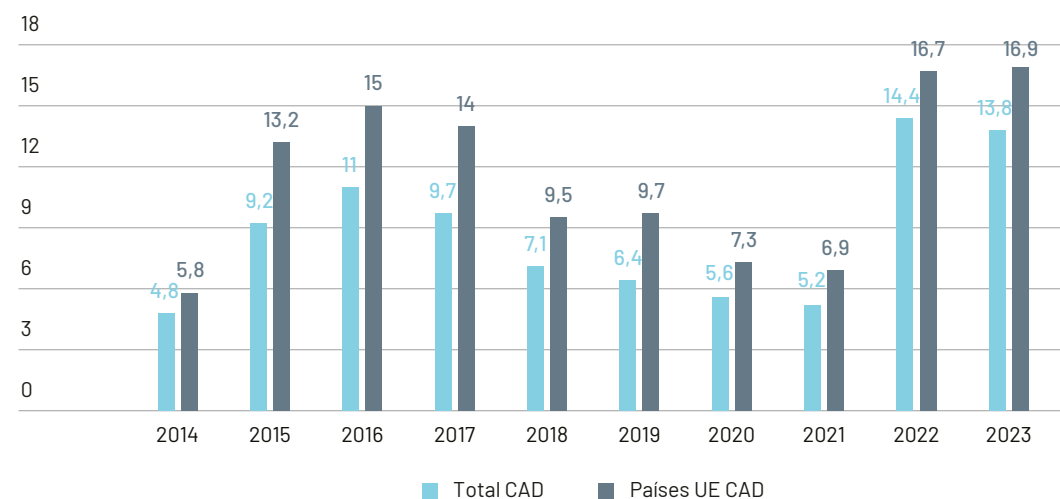
FUENTE: DATOS OCDE-CAD

enorme crisis humanitaria que obliga a más de ocho millones de personas a abandonar Ucrania y buscar protección en otros países europeos. Este hecho contribuye a que en 2022 se compute como ayudas a personas refugiadas la cantidad de 29.297 millones de dólares, cifra récord para el CAD. Y las cifras de 2023, con un aumento del 5,7 %, confirman que la necesidad sigue ahí.

A gastos de personas refugiadas en el país donante las instituciones de la Unión Europea y los países de la UE que forman parte del CAD contribuyen con 15.736 millones de dólares, el

16,9 % de su cooperación, porcentaje muy parecido al de 2022. Históricamente las instituciones y los países de la UE que forman parte del CAD destinan más porcentaje de AOD a personas refugiadas en sus propios países que la media del conjunto de donantes, como muestra el gráfico 2.4. Aunque estas actuaciones son muy necesarias para preservar los derechos humanos de las personas afectadas, insistimos en que no deberían contabilizarse como AOD, ya que no repercuten en el desarrollo de sus países de origen, que es la raíz del problema.

GRÁFICO 2.4. Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2014-2023



FUENTE: DATOS OCDE-CAD

LA IV CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE FINANCIACIÓN PARA EL DESARROLLO

La conferencia abordará cuestiones nuevas y emergentes y la necesidad urgente de implementar plenamente los Objetivos de Desarrollo Sostenible y apoyar la reforma de la arquitectura financiera internacional.

Del 30 de junio al 3 de julio de 2025 Sevilla albergará la IV Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (Ff4D). El objetivo de la conferencia es “impulsar la implementación de las políticas y movilizar los recursos financieros por parte de la comunidad internacional para cumplir los compromisos de la Agenda 2030 y sus Objetivos de Desarrollo Sostenible a nivel global”. La conferencia reúne a gobiernos, instituciones financieras, sector privado y sociedad civil.

Las ediciones anteriores se celebraron en Monterrey (2002), Doha (2008) y Addis Abeba (2015). Monterrey fue la primera reunión a nivel de cumbre patrocinada por las Naciones Unidas para abordar cuestiones financieras y conexas clave relacionadas con el desarrollo mundial. La cumbre finalizó con el *Consenso de Monterrey* que subrayaba la importancia de aumentar tanto los flujos financieros oficiales como los privados, y promovió la cooperación internacional para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. También se enfocó en la necesidad de mejorar la gobernanza y la transparencia en el uso de los recursos financieros, reconociendo que el desarrollo sostenible requiere un enfoque multilateral e inclusivo. La cumbre de Doha reafirmó el Consenso de Monterrey y en la Declaración final recogía la importancia de adoptar medidas coordinadas y coherentes para formular estrategias nacionales de desarrollo que reflejen adecuadamente los intereses de los países en desarrollo. También se comprometía la reforma de todas las instituciones económicas internacionales y los órganos normativos para garantizar una representación adecuada de los países menos adelantados. La tercera cumbre finaliza con la Agenda

de Acción de **Addis Abeba**, que comprometía un marco integral para movilizar recursos financieros y políticas necesarias para implementar la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Entre los propósitos enunciados estaba la movilización de recursos nacionales, la reducción de la evasión fiscal y los flujos financieros ilícitos, el compromiso de los países desarrollados para cumplir con la partida de asistencia oficial al desarrollo (0,7 %) y el fomento de la cooperación Sur-Sur.

El desafío de Sevilla

La FfD4, además de evaluar los avances logrados en la implementación del Consenso de Monterrey, de la Declaración de Doha y la Agenda de Acción de Addis Abeba, deberá enfrentar el desafío de implementar las políticas y movilizar los recursos necesarios en la escala y velocidad necesarias para alcanzar los ODS y los objetivos del Acuerdo de París. Se estima que la brecha de financiamiento para alcanzar los ODS en los países empobrecidos es de 2,5 a 3 billones de dólares por año (*Informe sobre las inversiones en el mundo de la UNCTAD*, 2014). El reto es mayúsculo. Requiere afrontar las distorsiones que provoca un crecimiento económico desigual, con patrones insostenibles, que puede socavar la necesidad de construir un desarrollo inclusivo; por otro lado, los efectos devastadores de los conflictos y el cambio climático sabemos que exacerban las desigualdades y dificultan el progreso de las personas más vulnerables.

El éxito de la FfD4 de Sevilla pasa por un compromiso coordinado y sostenido de los países tanto con la implantación de políticas coherentes, como con la aportación de recursos que

promuevan las inversiones sostenibles, sin olvidarnos de la necesidad de fomentar y fortalecer las alianzas entre diferentes actores, así como establecer una mejor rendición de cuentas. En Doha los países se comprometieron a reformar las instituciones económicas internacionales y los órganos normativos. Ahora toca reformar la arquitectura financiera internacional, incluida su gobernanza, abordar el reto de la deuda, y mejorar la fiscalidad. Las organizaciones de la sociedad civil tienen un papel vital que desempeñar en esta reforma, de la que deben formar parte ya que pueden defender políticas más justas, así como asegurar la rendición de cuentas y fomentar la transparencia.

En el ámbito de la cooperación internacional para el desarrollo, la cumbre de Sevilla debe reconocer y afianzar el papel esencial de la AOD como mecanismo de financiación anticíclico, reconociendo al mismo tiempo los billones en compromisos de ayuda no desembolsados, lo que ha generado una deuda con el Sur Global de unos 7,2 billones de dólares. En Addis Abeba los países ratificaron el compromiso del destinar el 0,7 % de la Renta Nacional Bruta (RNB) a la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD); ahora toca dar un paso más y plantear el 0,7 % como un mínimo y no como una meta. Y ello además de asegurar que la AOD sea de calidad lo que implica que los fondos se utilicen de manera eficiente, transparente y en

proyectos que realmente generen impacto como pueden ser los retos globales de salud, la equidad de género o el cambio climático.

A la espera de los resultados de la COP29 y la posibilidad de que se acuerden nuevos objetivos sobre financiación climática, Sevilla debe comprometer la movilización de recursos adicionales para apoyar a los países empobrecidos en su transición verde de una manera justa. No olvidemos que los países empobrecidos soportan una carga desproporcionada de las consecuencias del cambio climático. Estos países, que a menudo contribuyen menos a las emisiones globales de gases de efecto invernadero, son los más vulnerables a los fenómenos meteorológicos extremos, la subida del nivel del mar y las alteraciones en los patrones climáticos, afectando gravemente sus economías y la salud de sus poblaciones. La falta de recursos para adaptarse y mitigar estos impactos agravaría aún más la situación.

El documento final de la FfD4 debe recoger una buena narrativa que justifique por qué son importantes éstas y otras medidas y por qué es importante hacerlo ahora. Sin duda hay un ámbito de responsabilidad de los estados hacia la Agenda 2030, Agenda que les interpela y les compromete colectivamente a explorar la posibilidad de hacer emerger recursos públicos no utilizados hasta el momento y mecanismos innovadores.

1.4. Conclusión

Es cierto, estamos en una época donde las crisis parecen multiplicarse y superponerse, creando una sensación de urgencia constante. Desde conflictos internacionales como la guerra en Ucrania, hasta crisis climáticas, económicas y sanitarias, la necesidad de respuestas rápidas y efectivas es más crucial que nunca.

Pero esta situación no puede invisibilizar las causas que subyacen bajo esos problemas globales. La inequidad existente con las poblaciones más vulnerables, que supone que muchas necesidades básicas de la población estén insatisfechas, la extrema pobreza, los efectos del cambio climático, el incremento de los conflictos, o la falta de garantía en la consecución de los derechos sexuales y reproductivos, no pueden solucionarse exclusivamente con una atención directa y puntual. Necesitamos un trabajo a medio y largo plazo que profundice en el entorno social y económico, tanto local como global, ya que allí aparecen gran parte de las causas de esos retos globales. Oímos continuamente hablar de políticas transformadoras, pero parece que solamente lo son nominalmente, ya que seguimos haciendo lo mismo. Como consecuencia, mantenemos unas inercias que sabemos que no van a conseguir los resultados comprometidos.

Si asumimos el espíritu transformador asociado a la cooperación para el desarrollo, el papel de la cooperación no debería ser solamente el ayudar a cubrir las necesidades básicas de las poblaciones, sino que debería también conseguir que esos problemas disminuyan y/o desaparezcan de forma permanente. Además de su vertiente asistencial, es importante que la cooperación tenga presente una transferencia de tecnología y conocimiento necesario para que los países más vulnerables puedan solventar sus problemas autónomamente. Pero no es suficiente. También se deben abrir canales de participación reales donde las poblaciones vulnerables puedan participar en las soluciones. La cooperación efectiva implica trabajar “con” las personas y comunidades, no solo “para” ellas. Este enfoque colaborativo permite una mejor comprensión de las necesidades y contextos locales, lo que resulta en soluciones más sostenibles y efectivas. Para lograr un trabajo más integral e integrado, la cooperación debe fomentar la colaboración interdisciplinaria, utilizar datos y evidencia, promover la participación comunitaria y buscar las conexiones que existen entre diferentes problemas. Finalmente, la cooperación debe ser un impulsor de la coherencia de políticas.

2 Evolución de la AOD en salud

Como sucede en todos los informes, desgraciadamente las cifras definitivas de AOD de salud de 2023 a nivel del conjunto de donantes no estarán disponibles hasta finales de diciembre de 2024, por lo que los datos aquí presentados responden al análisis de la AOD de 2022¹⁴.

En 2022 la COVID-19 empieza a ceder protagonismo entre las prioridades de la comunidad internacional. La asignación de recursos a salud se resiente, reduciendo de forma drástica sus montos que pasan de 39.695 millones de dólares constantes¹⁵ en 2021 a 24.999 millones en 2022, lo que representa una reducción del 37 %. Predomina en 2022 de una manera muy clara la ayuda bilateral, que acapara el 73,7 % de toda la ayuda sanitaria. Mientras, la ayuda multilateral se queda en el 26,3 % del total, reduciendo casi 20 puntos porcentuales su peso. Apostar por intervenciones globales y coordinadas mediante una estrategia global, debe ser una forma de afrontar la mayoría de los problemas de salud que existen actualmente en el planeta, cuyas causas deben abordarse de forma integral y colectiva.

En 2022 el peso de la salud bilateral distribible en relación con la AOD total, se sitúa en el 17,38 %, 2,82 puntos porcentuales menos que

en 2021. Podríamos pensar que la disminución progresiva del problema de salud que supone la COVID-19 está detrás de este descenso, aunque parece que esto no es exactamente así. Hay otros subsectores, además del referido a la pandemia, cuyas contribuciones se ven reducidas de forma considerable, incluso más que el orientado hacia la COVID-19. La pandemia nos enseñó la importancia de la salud global y lo interrelacionada que está con muchos otros sectores. Por lo tanto, sin un sistema sanitario fuerte, equitativo y sólido, las consecuencias de cualquier problema de salud sobrepasan los límites de ese problema, pudiéndose convertir en un problema global y multidimensional. Además de un derecho, la salud es la base necesaria para el cumplimiento de muchos otros derechos.

Además de con recursos económicos, la defensa del derecho a la salud debe hacerse con el desarrollo de políticas y estrategias sólidas. El retroceso en los logros alcanzados en algunos derechos es preocupante. A modo de ejemplo, el retroceso en los derechos sexuales y reproductivos es una preocupación global que requiere una defensa mucho más robusta en los foros internacionales.

14 En 2023 existe un cambio en la forma de computar los datos preliminares de cooperación en la OCDE que ha provocado algunas variaciones en el tipo de análisis que veníamos realizando tradicionalmente. [https://data-explorer.oecd.org/vis?fs\[0\]=Topic%2C1%7CDevelopment%23DEV%23%7COfficial%20Development%20Assistance%20%28ODA%29%23DEV_ODA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=19&vw=tb&df\[ds\]=dsDisseminateFinalCloud&df\[id\]=DSD_CRS%40DF_CRS&df\[ag\]=OECD.DCD.FSD&df\[vs\]=1.1&dq=DAC.DPGC%2BDPGC_X%2BO%2BS_X%2BF97%2BS4_S7%2BS97%2BA_X%2BA7%2BA5%2BF_X%2BF6%2BF4%2BE.400%2B1000.14%2B30%2B100._T._T.D.Q._T.&p d=2022%2C2022&to\[TIME_PERIOD\]=false](https://data-explorer.oecd.org/vis?fs[0]=Topic%2C1%7CDevelopment%23DEV%23%7COfficial%20Development%20Assistance%20%28ODA%29%23DEV_ODA%23&pg=0&fc=Topic&bp=true&snb=19&vw=tb&df[ds]=dsDisseminateFinalCloud&df[id]=DSD_CRS%40DF_CRS&df[ag]=OECD.DCD.FSD&df[vs]=1.1&dq=DAC.DPGC%2BDPGC_X%2BO%2BS_X%2BF97%2BS4_S7%2BS97%2BA_X%2BA7%2BA5%2BF_X%2BF6%2BF4%2BE.400%2B1000.14%2B30%2B100._T._T.D.Q._T.&p d=2022%2C2022&to[TIME_PERIOD]=false)

15 En dólares constantes 2022. Para las comparaciones con otros años también se utilizan dólares constantes 2022

30 AÑOS DEL PLAN DE ACCIÓN DE EL CAIRO: LUCES Y SOMBRAS EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE TODAS LAS PERSONAS

Filomena Ruggiero y David Llorente

Área incidencia política SEDRA-FPFE

Este año se conmemora el 30º aniversario de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994. Este aniversario brinda una oportunidad para hacer balance y reflexionar sobre los avances logrados en las últimas tres décadas y sobre los retos que todavía hay que abordar para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas, un importante ámbito de los derechos humanos y factor fundamental para el desarrollo sostenible.

Contexto histórico

La CIPD de 1994 fue un evento histórico que redefinió las políticas de población en el mundo. Representantes de 179 países, organizaciones no gubernamentales y agencias internacionales se dieron cita en El Cairo con el objetivo de desarrollar un enfoque integral que vinculara la salud reproductiva, los derechos humanos y la igualdad de género con el desarrollo sostenible.

El resultado más importante fue el Programa de Acción de El Cairo, un plan que con un horizonte de 20 años estableció objetivos y estrategias y que se acordó revisar periódicamente. Por ello, desde la aprobación del Plan de Acción se han ido celebrando sucesivas conferencias que, además de evaluar su cumplimiento, han servido para actualizar compromisos y medidas. Entre estas conferencias destaca la denominada CIPD+20, que dio lugar a marcos regionales de actuación como el Consenso de Montevideo, la Declaración de Addis Abeba sobre población y desarrollo, el Marco de Acción mundial de la CIPD para después de 2014 y la ampliación del mandato del Programa de Acción. Otro hito importante para impulsar el cumplimiento de los compromi-

sos fue la Cumbre de Nairobi (CIPD +25) de 2019, 25 años después de la conferencia en El Cairo. Allí numerosos Estados asumieron compromisos nacionales voluntarios para acelerar la aplicación de los puntos del Plan de Acción que todavía están pendientes de cumplimiento.

La conmemoración del 30º aniversario incluye una serie de eventos y diálogos globales organizados por el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Estos eventos buscan reflexionar sobre los logros alcanzados, identificar los desafíos persistentes y renovar el compromiso con la agenda de desarrollo centrada en las personas.

Entre los eventos destacados se encuentran los siguientes:

1. **Diálogo Global sobre la Visión de la Nueva Generación para la CIPD:** Este evento se llevó a cabo del 4 al 5 de abril de 2024 en Cotonou, Benín, y reunió a organizaciones y líderes juveniles para evaluar el progreso y reimaginar el Programa de Acción de la CIPD para futuras generaciones.
2. **Diálogo Global sobre Diversidad Demográfica y Desarrollo Sostenible:** Celebrado del 15 al 16 de mayo de 2024 en Dhaka, Bangladesh, este encuentro exploró los cambios demográficos globales y su impacto en el desarrollo sostenible, con el objetivo de integrar estas dinámicas en políticas futuras post-2030.
3. **Diálogo Global sobre Cambio Tecnológico:** Este evento, realizado del 27 al 28 de junio de 2024 en Nueva York, se centró en cómo la tecnología está transformando la capacidad de las personas para satisfacer sus necesidades de salud sexual y reproductiva y reclamar sus derechos.

4. **8ª Conferencia Internacional de Parlamentarios/as sobre la Implementación del Programa de Acción de la CIPD (IPCI/ICPD):** Celebrada en Oslo del 10 al 12 de abril de 2024, esta conferencia tuvo como objetivo generar un consenso mundial entre parlamentarios/as en torno a la salud y los derechos sexuales y reproductivos que se traduzca en resultados tangibles en cada país.

Además, la 57ª sesión de la Comisión de Población y Desarrollo (CPD) en abril de 2024 se ha centrado en evaluar los 30 años de implementación del Programa de Acción de la CIPD, de acuerdo con las revisiones nacionales y regionales.

LUCES: Avances desde 1994

En los últimos 30 años se han logrado importantes avances en varios frentes:

1. **Salud reproductiva y derechos reproductivos:** Se ha ampliado significativamente el acceso a los servicios de salud reproductiva en muchas regiones del mundo. La planificación familiar y los métodos anticonceptivos modernos han contribuido a una reducción notable de las tasas de fertilidad y mortalidad materna. Entre 2000 y 2020, la ratio de mortalidad materna a nivel mundial retrocedió en un 34 %. Desde 2000, los partos de adolescentes de entre 15 y 19 años se han reducido en cerca de una tercera parte. Entre 1990 y 2021, la cifra de mujeres que recurre a métodos anticonceptivos modernos se duplicó. En 2021 se registró casi un tercio menos de nuevas infecciones por el VIH que en 2010.
2. **Igualdad de género:** La promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres han progresado, aunque de manera desigual. Muchas naciones han implementado políticas y legislaciones que promueven los derechos de las mujeres y su participación en la vida económica y política. Se han

promulgado leyes contra la violencia doméstica en 162 países, un hito histórico. La proporción de niñas a las que se somete a la mutilación genital femenina ha disminuido notablemente debido al cambio de actitud ante esta práctica.

Al comienzo de la pandemia del SIDA, las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo estaban tipificadas como delito en la mayoría de los países, mientras que ahora están despenalizadas en dos tercios de ellos. Es posible que los avances se produzcan a más velocidad que antes, ya que en 2022 se abrieron más leyes punitivas de esta naturaleza que en cualquiera de los últimos 25 años.

3. **Educación:** Se han logrado avances especialmente para las niñas, lo que ha tenido un impacto positivo en el desarrollo económico y social. La tasa de alfabetización femenina ha aumentado y en la actualidad hay más niñas que nunca asistiendo a la escuela. En lo que se refiere a la educación sexual particularmente, desde la celebración de la CIPD se han formulado diversas normas internacionales en este ámbito y, según la UNESCO, dos tercios de los países que presentan informes han declarado que al menos el 76 % de sus centros escolares imparte algún tipo de educación sexual. De acuerdo con el UNFPA, la educación sexual ha estado asociada con un mayor uso de anticonceptivos, menores tasas de embarazo adolescente y una mejora de los conocimientos, actitudes y la comunicación social sobre la sexualidad y las relaciones sexuales.
4. **Sostenibilidad ambiental:** Aunque los desafíos ambientales se han intensificado, el vínculo entre la población y la sostenibilidad ha sido un foco creciente de las políticas internacionales. En este sentido, se han realizado también esfuerzos para integrar la planificación familiar y la salud reproductiva en las estrategias de desarrollo sostenible. Sabemos que la responsabilidad por el cambio

y sus efectos se distribuyen de manera desigual. Según Oxfam, en 2019 el 1 % más rico de la población mundial generó el 16 % de las emisiones de carbono, tanto como los 5.000 millones de personas que componen los dos tercios más pobres de la humanidad. Sin embargo, son los países más pobres y los grupos sociales más desfavorecidos los que más sufren los efectos nocivos del cambio climático. En particular, las mujeres y las niñas corren un mayor riesgo de experimentar esos efectos, muchos de ellos relacionados con su salud y sus derechos sexuales y reproductivos, como, por ejemplo, la falta de acceso a agua limpia y segura, que resulta indispensable para garantizar la atención durante el embarazo y el parto o para la administración de ciertos métodos anticonceptivos. Por ello, es fundamental que el enfoque de género y la atención a la salud y los derechos sexuales y reproductivos estén en el centro de las políticas públicas frente al cambio climático para seguir logrando avances en este ámbito.

SOMBRA: Asuntos pendientes

A pesar de los logros, hay todavía asuntos que siguen estando pendientes:

1. **Desigualdades:** La desigualdad de género y las disparidades en el acceso a servicios de salud y educación siguen siendo significativas en muchas partes del mundo. Persisten barreras importantes para las mujeres y las niñas, especialmente en regiones de bajos ingresos y en situaciones de conflicto.
2. **Salud reproductiva:** El acceso a servicios de salud reproductiva sigue siendo limitado en varias regiones y la mortalidad materna continúa siendo alta en algunos países.
3. **Cambio climático:** Los impactos del cambio climático exacerbaban las vulnerabilidades existentes y plantean nuevos desafíos para el desarrollo sostenible. La relación entre población y recursos naturales es cada vez más

crítica en este contexto. El cambio climático también contribuye a los desplazamientos forzados y los conflictos, complicando los esfuerzos para mejorar la salud, la educación y la igualdad de género.

4. **Crisis humanitarias:** Las crisis humanitarias y los conflictos han aumentado, afectando a millones de personas y añadiendo dificultades a las acciones para mejorar la salud, la educación y la igualdad de género. Las mujeres y niñas en situaciones de crisis tienen mayor riesgo de sufrir violencia y explotación, y a menudo tienen un acceso limitado a servicios de salud y apoyo.
5. **Aumento de las fuerzas y movimientos que se movilizan contra la salud y los derechos de las mujeres:** Estas fuerzas y movimientos se organizan a escala internacional, cuentan con abundante financiación y han situado en el centro de sus ataques la igualdad de género y, particularmente, la autonomía corporal y la libertad reproductiva de las mujeres.
6. **Disminución de fondos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos:** Muchos financiadores han cambiado sus prioridades, destinando sus recursos a otras áreas. La financiación a países de ingresos medios ha disminuido considerablemente, a pesar de las arraigadas desigualdades internas. Y muchos gobiernos nacionales no han aumentado su inversión en este tipo de programas, a pesar de que son asequibles. En la mayoría de los países del Sur Global, con alrededor de nueve dólares por mujer se podrían proporcionar anticoncepción moderna y atención durante la maternidad durante un año entero.

Conclusión

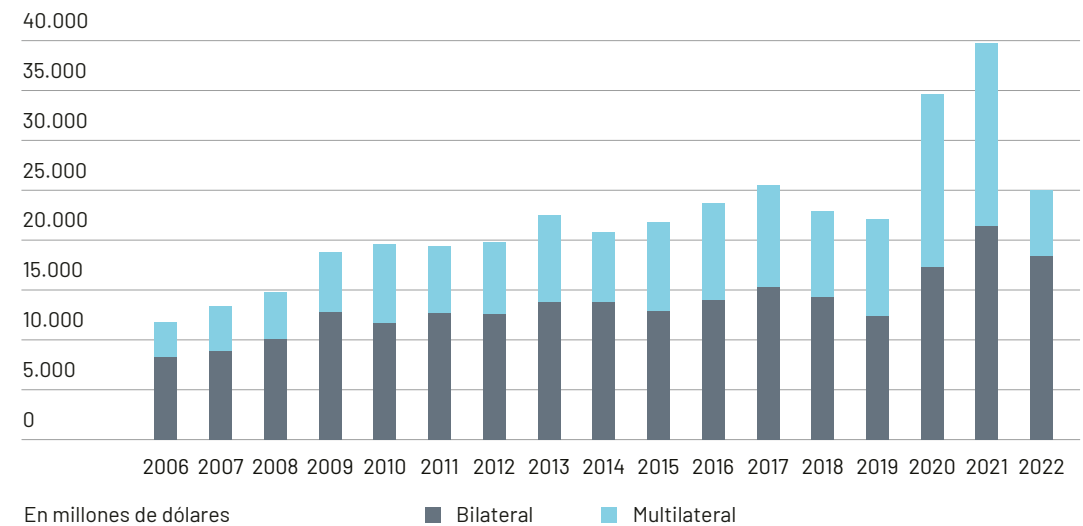
El 30º aniversario de la CIPD es una oportunidad para que el rumbo de los sistemas sociales y sanitarios vire hacia la prestación de servicios que empoderen a las personas, respeten su diversidad, defiendan su dignidad y les ayuden a ejercer sus derechos y su autonomía corporal.

En este sentido, la Cumbre del Futuro que se celebró en Nueva York en septiembre de 2024 constituyó también una oportunidad única para aprovechar los debates de la CPD57 y seguir avanzando en el programa de la CIPD. Los objetivos de esta cumbre son mejorar la cooperación mundial, reafirmar los compromisos existentes y abordar las lagunas en la gobernanza mundial. Esperamos que los resultados de la cumbre sirvan para implementar medidas urgentes contra la desigualdad y contra los conflictos, medidas que aceleren el avance hacia el cumplimiento de las metas de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.

Los países del CAD destinaron a la lucha contra la COVID-19 11.236 millones de dólares, un 51,3 % menos que en 2021, lo que equivale al 5,5 % del total de la AOD. Al control de la enfermedad (prevención, tratamientos y cuidados), se destinaron 6.982 millones de dólares, lo que

supone más del 62 % de los fondos destinados a paliar las consecuencias de esta enfermedad. Las donaciones de vacunas siguen teniendo un papel relevante, representando el 13,6 % del total, 1.535 millones de dólares. Las donaciones de vacunas han sido una herramienta crucial durante la pandemia, pero también han generado críticas. Muchos países donantes han sido acusados de acaparar vacunas inicialmente, lo que les permitió tener un excedente que luego donaron. Este exceso de vacunas, aunque útil, a veces se ha utilizado para inflar los presupuestos de cooperación, lo que ha generado desconfianza y cuestionamientos sobre la verdadera intención detrás de estas donaciones^{16,17}. Como lección, debemos asumir en el futuro la necesidad de aumentar la transparencia y la calidad de los datos que se recogen, ya que son vitales si queremos una cooperación eficaz.

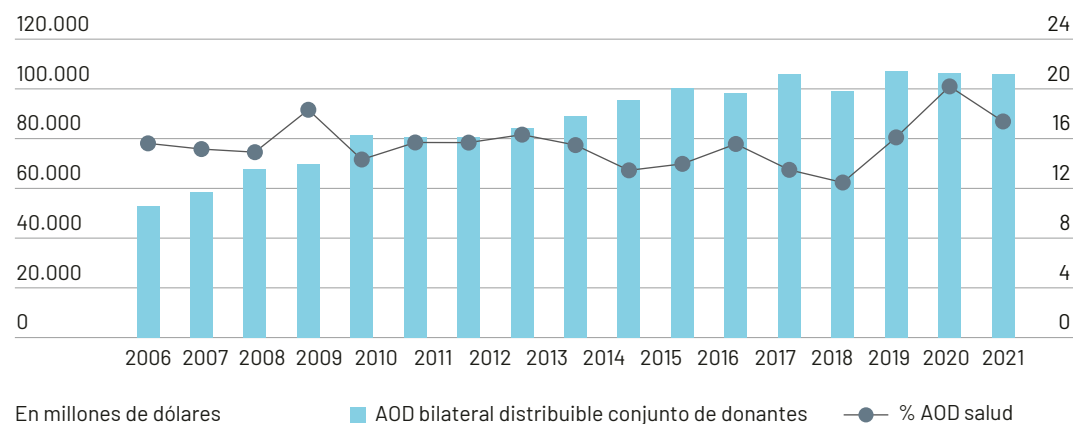
GRÁFICO 2.5. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a salud (sectores 120 y 130) por canales (en dólares constantes 2022)



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

16 <https://www.cgdev.org/blog/vaccine-mark-counting-more-oda-we-paid-vaccines-illogical-immoral-and-unpopular>
 17 <https://www.odareform.org/post/oda-and-the-donation-of-surplus-covid-vaccines>

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



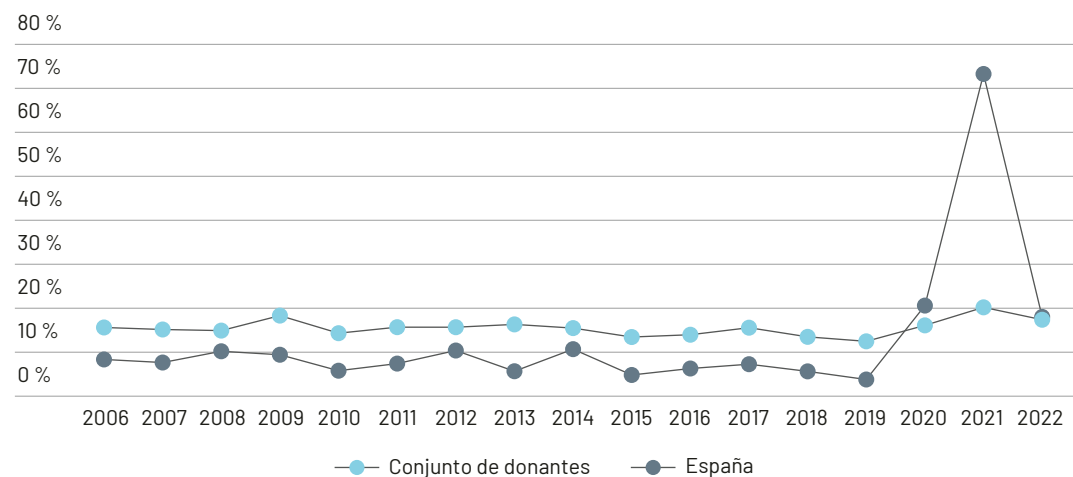
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

Si se analiza la AOD bilateral distribuible destinada al sector salud, es decir la ayuda para la que los países donantes pueden elegir su destino, se ve que en cifras absolutas existe en 2022 una reducción importante del 14,1 % con respecto a 2021, situando la ayuda en salud en 18.416 millones de dólares, un descenso de más de 3.000 millones. Porcentualmente, la ayuda destinada a salud disminuye 2,7 puntos, situán-

dose en el 17,38 %, un porcentaje interesante para hacer frente a los principales problemas de salud.

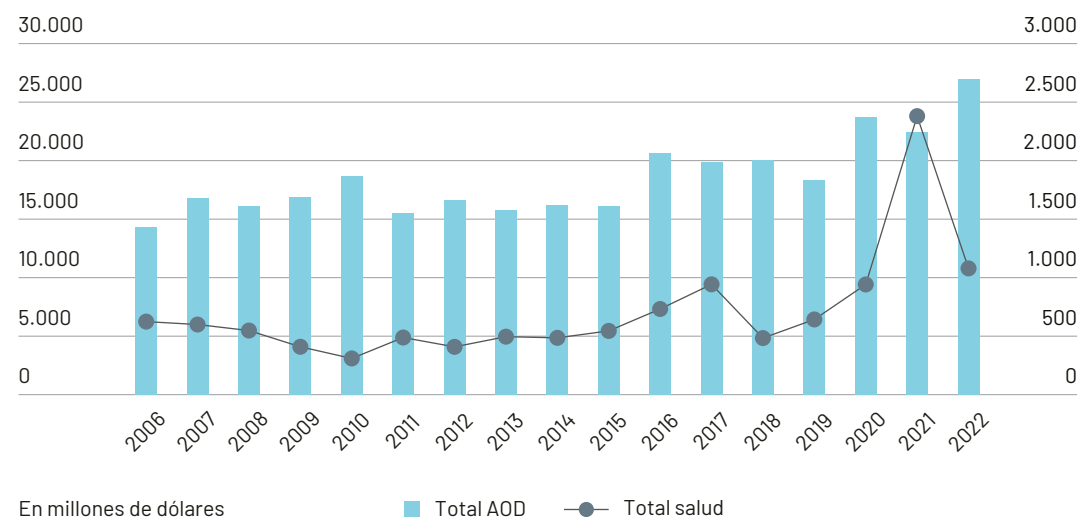
Si se compara la cooperación española en salud con lo que realizan los países del CAD (gráfico 2.7.), lo primero que llama la atención es el enorme descenso del porcentaje que España destina a AOD bilateral distribuible en salud, si bien su peso se equipara al del conjunto de

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



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

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



FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

países CAD. La ayuda distribuible en salud pasa del 73,26 % en 2021 a un 18,02 % en 2022, lo que equivale a una reducción de más de 55 puntos porcentuales. El aumento producido en 2021 responde a la necesidad de hacer frente a la pandemia de la COVID-19.

Con estas cifras, la cooperación española no sólo reduce la brecha que tenía tradicionalmente con el conjunto de los países donantes del CAD, en cuanto a cooperación en salud distribuible se refiere, sino que con el 18,02 % se sitúa unas décimas por encima de la media del CAD que como hemos comentado es del 17,38 %. Confiamos en que la cooperación española sea capaz de aprovechar esta inercia y mantenerse en la media con el conjunto de los países del CAD.

Las instituciones europeas, que engloban la Comisión Europea y la Secretaría del Conse-

jo Europeo, destinaron a AOD 26.926 millones de dólares, un 17 % más que en 2021. Esta cifra supone la mayor cantidad desembolsada por las instituciones europeas a cooperación.

En lo que respecta a los datos específicos de salud de las instituciones europeas, se observa una reducción del 54,7 % respecto a 2021 (1.301 millones), quedando lo destinado a salud en 1.079 millones de dólares, el 4,01 % del total destinado a cooperación. Descartada la pandemia como crisis sanitaria global, las instituciones europeas vuelven a destinar fondos a sus prioridades tradicionales, las recogidas en el Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional (NDICI)¹⁸, y que asignan 7.000 millones de euros, el 11,6 % de todo el presupuesto, para programas de salud global y bienestar durante el periodo 2021-2027.

18 El Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional (NDICI), también conocido como Europa Global, es el principal mecanismo de la Unión Europea para financiar la cooperación internacional y el desarrollo. Este instrumento tiene un presupuesto de 60.388 millones de euros para el periodo 2021-2027.

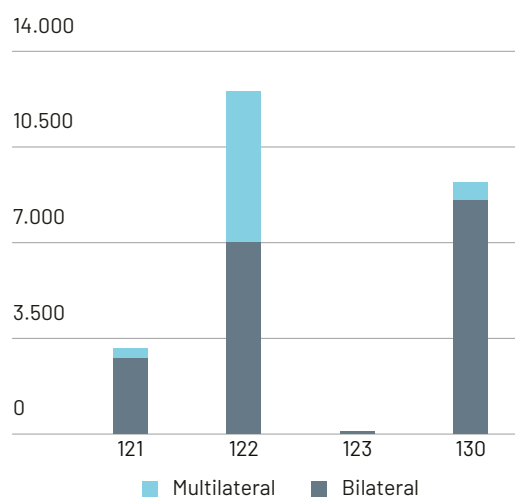
3 Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD

3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

Respecto a los cuatro subsectores de salud que computa el CAD, salud general (código CRS 121), salud básica (código CRS 122), enfermedades no transmisibles (código CRS 123), y programas/políticas de población y salud reproductiva (código CRS 130), vemos que salud básica sigue siendo el sector más financiado con 12.551 millones de dólares, a pesar de haber sufrido una reducción del 38,7 % respecto a 2021 (7.222 millones). Aun así, supone el 50,21 % del total asignado a cooperación sanitaria, que, aunque son 5,8 puntos porcentuales menos que el año anterior, expresa la importancia de la salud básica para el conjunto de donantes. El 44 % de los fondos consignados a salud básica se destinan por la vía multilateral, dos puntos porcentuales más que en 2021. El resto, un 56 %, utiliza la vía bilateral.

Las partidas destinadas a salud sexual y reproductiva rompen la tendencia de los últimos dos años y ven reducido significativamente sus presupuestos; Los 9.294 millones de dólares destinados a salud sexual y reproductiva, son 1.174 millones menos que en 2021, una reducción del 11,3 %. El 92,6 % de las aportaciones van por la vía bilateral. La salud general recibe 3.122 millones de dólares y ve reducido sus aportaciones en 1.835 millones respecto a 2021, siendo el segundo subsector que más disminuye porcentualmente, un 37 %. Por último, las enfermedades no transmisibles (ENT) siguen siendo un subsector residual y vuelven a recibir solamente el 0,49 % de la AOD sanitaria, 121 millones de dólares. Esta asimetría en la asignación entre

GRÁFICO 2.9. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2021 por canales (en millones de dólares corrientes)¹⁹



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

sectores se mantiene constante en los últimos años, lo que indica una cierta orientación estratégica por parte del conjunto de donantes hacia determinados subsectores y componentes, aunque esta priorización no aparezca en ninguna planificación estratégica conjunta.

Si se desglosa en subsectores y componentes CRS, tal y como aparece en la tabla 2.4, se observa que, a pesar del aumento global de presupuesto y de sus partidas, desde 2019 se mantiene una dinámica similar en el conjunto de

donantes en cuanto al peso que los componentes CRS más relevantes tienen en cada subsector. Evidentemente, la única excepción fue la incorporación a partir de 2020 del subsector 12264 “control COVID-19”, que en 2022 sigue teniendo un enorme peso, y muestra que la pandemia seguía teniendo su importancia en la agenda internacional, aunque en próximos años tenderá a desaparecer. Esta tendencia a mantener la prioridad en componentes CRS no responde a ninguna política concreta sino más bien parece responder a intereses y/o hábitos de los donantes que se mantienen en el tiempo.

Si analizamos los componentes de la salud general, política sanitaria y gestión administra-

tiva (12110) sigue destacando y acapara el 75 % de todos los fondos destinados a este subsector, 2.352 millones de dólares. El segundo componente más financiado de la salud general, a gran distancia del anterior, es la investigación médica (12182) que recibe 397 millones de dólares y el tercero serían los servicios médicos (12191), con 309 millones de dólares. En salud básica sigue destacando el control COVID-19 (12264), que recibe 7.875 millones de dólares, un 14,6 % menos que en 2021. A pesar de esta reducción, supone el 62,65 % de la salud básica y el 31,5 % de toda lo destinado a salud, siendo el componente sanitario más financiado en 2022. La distribución para el resto de los componentes está más repartida,

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

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
121	2.175,35	2.605,69	2.881,13	3.376,75	3.118,57	3.816,67	4.957,31	3.122,22
12110	1.388,15	1.765,67	1.766,05	2.021,28	1.745,95	2.161,90	3.234,93	2.352,82
12181	81,37	116,98	130,55	117,07	85,42	73,50	103,89	63,58
12182	284,93	288,22	496,93	680,11	650,00	649,00	583,13	396,98
12191	420,90	434,82	487,60	558,29	637,20	932,27	1.035,36	308,84
122	9.057,39	8.932,69	10.507,98	9.062,78	10.369,18	14.219,67	19.773,68	12.551,63
12220	2.823,76	2.646,05	3.062,67	2.854,87	3.317,87	2.247,72	2.946,49	967,04
12230	360,32	468,82	653,49	420,65	547,93	566,31	821,59	421,24
12240	861,69	856,11	986,13	972,18	928,00	886,92	969,53	601,58
12250	2.250,83	1.983,68	2.385,83	1.934,93	2.280,47	3.056,04	2.042,69	1.557,62
12261	81,99	100,58	166,34	136,85	140,20	172,16	199,64	115,97
12262	1.775,26	1.888,41	2.061,20	1.759,72	2.201,00	2.172,84	2.453,42	656,61
12263	754,40	870,61	1.065,14	877,48	827,41	916,64	972,69	290,10
12264						4.058,73	9.221,94	7.875,76
12281	149,15	118,43	127,20	106,10	126,30	142,31	145,71	65,71
123				15,31	138,97	142,20	171,73	121,55
12310				3,25	82,85	41,66	36,84	31,93
12320				0,87	1,46	7,00	1,75	3,50
12330				2,52	0,84	2,74	7,22	6,60
12340				2,14	9,88	30,38	51,20	48,48
12350				4,14	17,39	31,58	48,84	23,41
12382				2,40	26,55	28,85	25,89	7,64
130	9.217,28	9.481,78	10.702,69	10.078,97	7.817,63	10.275,24	10.380,37	9.204,53
13010	289,90	234,84	331,75	290,55	254,56	303,97	345,27	184,62
13020	1.763,73	1.684,66	1.730,88	1.700,62	1.602,85	1.472,87	1.461,27	1.196,63
13030	858,07	668,40	808,28	1.045,05	929,67	829,06	872,67	694,18
13040	6.193,88	6.783,99	7.685,12	6.914,43	4.939,90	7.586,31	7.632,52	7.072,46
13081	111,71	109,89	146,66	128,32	90,65	83,04	68,64	56,64

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

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

como viene siendo habitual. No obstante, hay tres componentes que queremos destacar: el control de enfermedades infecciosas (12250) que disminuye en 485 millones de dólares respecto a 2021 y se sitúa en 1.557 millones de dólares, el 12,41 % de toda la salud básica; la atención sanitaria básica (12220) ve reducida su aportación en 1.979 millones y recibe 967 millones, el 7,7 % de la salud básica; y finalmente el control de la malaria (12262) que ve reducida su aportación en 1.797 millones de dólares y recibe únicamente 656,6 millones. Reducir los fondos destinados a financiar la atención sanitaria básica, el control de la malaria y otras enfermedades infecciosas puede tener consecuencias graves como un aumento en el número de infecciones y muertes, especialmente en mujeres embarazadas y los niños y niñas que son más vulnerables, limitar la capacidad para desarrollar y distribuir nuevos tratamientos y herramientas, lo que puede llevar a un aumento en la resistencia a los medicamentos, y el retroceso en las estrategias diseñadas para luchar contra este tipo de enfermedades.

Entre los componentes del subsector de programas/políticas sobre población y salud reproductiva destaca un año más la *lucha contra enfermedades de transmisión sexual*, que incluye el VIH/sida (13040). Los fondos destinados a este subsector ascienden a 7.072 millones de dólares, el 76,8 %, habiendo sufrido recortes por valor de 560 millones. Dentro de este mismo subsector, la *atención en salud reproductiva*

(13020) recibe 1.196 millones de dólares, un 18 % menos que en 2021.

La situación de las enfermedades no transmisibles (ENT) no ha cambiado con el paso de los años. Se trata de un subsector que se incorporó en 2018 para tratar de prestar una atención especial a las enfermedades que más mortalidad provocan en el mundo. Cinco años después sigue sin tener relevancia a pesar de que las ENT, también conocidas como enfermedades crónicas, son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo (estas enfermedades incluyen enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades respiratorias crónicas). A pesar de haber incrementado en 50 millones, lo computado en 2022 a este subsector ha sido 121,5 millones de dólares.

El análisis de las instituciones europeas, Comisión Europea y Secretaría del Consejo Europeo, muestra un comportamiento similar al de años anteriores. En 2022 apenas destinaron 1.079 millones de dólares a salud que se han repartido entre los diferentes subsectores de forma similar al conjunto de países del CAD. Prevalece el interés sobre la salud básica, al que se han destinado casi 845 millones de euros, el 78,2 % de su presupuesto en salud, si bien observamos un descenso del 59 % respecto a 2021. El segundo componente más financiado es la salud sexual y reproductiva, siendo el único subsector que aumenta, 77,6 millones de dólares, en comparación con el año anterior. La salud general ve reducido

TABLA 2.5. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares constantes 2022)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Total AOD Instituciones Europeas	20.621,09	19.901,13	20.071,08	18.296,65	23.677,04	22.467,03	26.926,00
Salud General (CAD 121)	131,09	178,28	121,49	203,78	308,63	249,42	85,02
Salud Básica (CAD 122)	499,14	610,84	346,60	402,25	586,78	2.065,89	844,91
Enfermedades no transmisibles (CAD 123)			1,18	28,68	10,14	4,13	10,67
Políticas/programas demográficos y salud reproductiva (CAD 130)	101,99	153,79	14,54	8,14	36,12	60,82	138,51
Total Salud	732,22	942,90	483,81	642,85	941,67	2.380,25	1.079,11
% Salud/Total	3,55	4,74	2,41	3,51	3,98	10,59	4,01

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

sus aportaciones en 164,4 millones y apenas recibe 85 millones de dólares, lo que implica una reducción del 65,7 %. Las ENT tienen un papel residual y apenas reciben 10,67 millones de dólares.

En coherencia con el comportamiento de los estados miembros, las instituciones europeas deberían incrementar sus aportaciones hasta situarse en la media del resto de donan-

tes y hacerlo de forma constante, no solamente en momentos excepcionales. Además, debería revisar los criterios de asignación para evitar los niveles de descompensación actuales. En la consecución de logros en salud global es fundamental apostar por el componente de salud general y un mayor protagonismo de los programas/políticas sobre los servicios asistenciales.

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

De los 24.999 millones de dólares destinados en 2022 por los países del CAD a salud, 10.700 millones, el 42,8 %, no se pueden asignar geográficamente a un país concreto, un 20,2 % más que en 2021. Este incremento se puede deber a dos motivos principales. De un lado la apuesta clara por un mayor protagonismo de la ayuda multilateral, que, por las características propias de esta vía de colaboración, es difícil de asignar geográficamente, algo que tiene sentido cuando se abordan problemas de salud global como es el caso de la pandemia de COVID-19. De otro lado puede deberse a una deficiente clasificación de la AOD. Además, las ayudas destinadas a proyectos regionales en su conjunto apenas suponen el 3,99 %, un porcentaje muy similar a 2021.

Si analizamos los 14.299 millones que, si tienen una asignación geográfica, observamos que África, el continente que alberga las mayores inequidades, recibe 8.614 millones de dólares, el 34,4 % de la cooperación sanitaria de los países donantes. De esta cantidad, 7.955 millones de dólares, el 32 % de toda la AOD sanitaria, se destina a la región del África Subsahariana, siendo la región más financiada. Desde el Informe de salud avalamos esta decisión ya que África Subsahariana es la región que tiene los peores indicadores de salud del mundo, y debe ser prioritario para todos los donantes.

Asia recibe 3.749 millones de dólares, un 15 % del total de la cooperación en salud, un 52 %

menos de lo recibido en 2021. La ayuda está repartida entre las diferentes regiones, aunque destacan Asia Central y Sur que reciben 1.744 millones de dólares y Lejano Oriente, que recibe 1.275 millones, siendo respectivamente la segunda y tercera región mundial que más recursos reciben.

América apenas recibe el 5,65 % de la AOD sanitaria, un porcentaje ligeramente inferior al de 2021. No obstante, los 1.412 millones

TABLA 2.6. Distribución geográfica de la AOD en salud del CAD en 2022 (desembolsos brutos en millones de dólares constantes 2022)

	AOD SALUD	%
África	8.614,28	34,46 %
Norte de África	120,78	0,48 %
África subsahariana	7.995,97	31,98 %
África, regional	497,52	1,99 %
América	1.412,16	5,65 %
América Central y del Norte	552,92	2,21 %
América del Sur	656,30	2,63 %
América, regional	202,94	0,81 %
Asia	3.748,98	15,00 %
Lejano Oriente	1.275,38	5,10 %
Asia central y del sur	1.744,32	6,98 %
Oriente Medio	606,89	2,43 %
Asia, regional	122,39	0,49 %
Europa	233,58	0,93 %
Oceanía	290,59	1,16 %
No especificado	10.700,35	42,80 %

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

destinados a este continente suponen 661 millones menos que en 2021. La distribución de la ayuda entre América Central y América del Sur es muy equilibrada, 552,9 y 656 millones de dólares respectivamente. Como es habitual, América Latina no es una prioridad para la mayoría de los países del CAD. Si bien es cierto que en general los indicadores de salud en América Latina están mejor que en otras zonas del mundo como África y Asia, también lo es la desigualdad que existe en el acceso a la salud, el cada vez mayor peso de enfermedades crónicas como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares que representan una carga difícil de asumir actualmente para los sistemas de salud, la prevalencia de enfermedades infecciosas como el dengue, la malaria y el VIH/sida o los problemas de salud mental.

Por último, mencionar que Europa con 233,58 millones, 0,93 %, ve reducida sus aportaciones

en 503 millones, a pesar de que los motivos que llevaron a los países donantes a incrementar la ayuda en 2021 perduran. Completa el análisis Oceanía que recibe 290 millones de dólares, el 1,16 % de toda la ayuda destinada a salud.

Después del primer impacto de la pandemia de la COVID-19, la cooperación en general vuelve hacia una línea continuista que no parece tener en cuenta las lecciones aprendidas en estos años. Los retos en salud a los que nos enfrentamos como la resistencia antimicrobiana, la escasez de personal sanitario o el cambio climático son inmensos y este nivel de financiación resulta a todas luces insuficiente. En su conjunto, tanto la asignación geográfica como sectorial demandan un mayor equilibrio entre regiones y sectores, otorgando un mayor protagonismo a América Latina por un lado y a los componentes CRS que fortalecen los sistemas de salud y la Atención Primaria de Salud por otro.

Análisis Objetivos de Desarrollo Sostenible en Europa

Según la Comisión Europea, “el desarrollo sostenible es un principio fundamental del Tratado de la Unión Europea y un objetivo prioritario de las políticas internas y externas de la UE”²⁰. Es obvio que los ODS se encuentran dentro de las prioridades de las instituciones europeas, como la Comisión Europea (CE), que es el órgano ejecutivo de la Unión Europea. La CE incorporó la relación que existía entre sus 6 prioridades de trabajo, un Pacto Verde Europeo, una economía al servicio de las personas, una Europa adaptada a la era digital, la promoción del modo europeo, una mayor presencia de Europa en el mundo y un nuevo impulso a la democracia europea, y los diferentes ODS. La propia Comisión desarrolló un nuevo enfoque de “gobierno integral” para la implementación de los ODS, que comprendía los siguientes ejes:

- Diseñar y aplicar eficazmente políticas profundamente transformadoras;
- La coordinación de las políticas económicas;
- Desarrollar el Marco Financiero Plurianual y el instrumento de recuperación “Next GenerationEU”;
- Incorporar los ODS en la formulación de políticas mediante mejores herramientas regulatorias;
- Garantizar la coherencia de las políticas para el desarrollo sostenible;
- Aumentar la participación de la UE en el mundo;
- Realización y presentación de informes de seguimiento;
- Mejorar la participación de la sociedad civil, el sector privado y otras partes interesadas.

20 https://commission.europa.eu/strategy-and-policy/sustainable-development-goals_en



FUENTE: COMISIÓN EUROPEA

Este ambicioso plan tuvo durante el primer año de su creación un impulso importante, aunque la pandemia de COVID-19 trastocó en cierta medida los planes. Incluso así, se presentaron numerosas propuestas para conseguir avanzar en los resultados esperados, si bien no parece que haya suficientes avances en el ámbito de las políticas, más bien parece que por el momento nos hemos quedado en las bases que deben servir para esos avances. En 2019 se presentó un informe conjunto sobre la evolución del Consenso europeo sobre el Desarrollo²¹, que tenía que repetirse cada 4 años. En 2024 aparece un nuevo informe que presenta los progresos de los ODS²² en la UE, pero es más un informe estadístico de recolección de datos que un documento que incorpore los avances políticos realizados.

Según el informe de 2019, en el ODS 3 de salud la UE apoyaba un enfoque integral e intersectorial de la salud, centrándose en el fortalecimiento de los sistemas de salud para lograr una cobertura sanitaria universal, otorgando especial importancia a las políticas de género y su

relación con la salud. La realidad es que, tanto en Europa como en la cooperación, un elemento esencial del sistema como es el personal sanitario está en una crisis global cada vez mayor lo que dificulta la implementación de ese supuesto enfoque. Incluso la forma de medir los avances en este enfoque no parecen claros, y no parecen tener esa visión integral de la salud.

En el informe de 2024, en lo que al ODS 3 se refiere, se puede observar que hay algunos indicadores que en Europa han empeorado en los últimos años, indicadores relacionados directamente con la pandemia. Entre ellos destaca la autopercepción de buena salud que en 2022 se situaba en el 67,8 %, un 1,7 % inferior a los datos recogidos en 2017. Este resultado está relacionado con la respuesta a cómo valoran la atención médica, que también empeora afectando al 2,2 % de la población. Hay otros indicadores que no están relacionados directamente con los efectos de la pandemia de COVID-19 y que también empeoran como es el caso de los accidentes de tráfico que han aumentado un 11,5 % respecto a 2017.

21 https://commission.europa.eu/document/download/1ae1e765-0a3f-4092-b87e-86ecbd1ec0c7_es?filename=delivering_on_uns_sustainable_development_goals_staff_working_document_en.pdf

22 <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4031688/19398139/KS-05-24-072-EN-N.pdf/021a09dd-277d-87d1-e347-867f0263ab59?version=2.0&t=1720710353372>

En cuanto al ODS 17, alianzas, la AOD europea crece de forma muy intensa en 2022, alcanzando el 0,58 %, 0,11 puntos porcentuales más que en 2017. Habrá que ver si cuando desaparezcan las crisis que actualmente afectan a Europa como el conflicto de Ucrania, se mantiene.

La Comisión Europea está poniendo en marcha una Unión Europea de la Salud²³, que, en teoría, debería servir para:

- Prepararse para responder juntos a las futuras y presentes crisis sanitarias,
- Proteger mejor la salud de los ciudadanos:
- Mejorar la resiliencia de los sistemas sanitarios europeos. disponer de suministros médicos innovadores y a precios asequibles, y colaborar para mejorar la prevención, el tratamiento y el seguimiento de enfermedades como el cáncer.

Para conseguirlo ha lanzado varias iniciativas, como la aprobación del Reglamento sobre las amenazas transfronterizas graves para la salud y el fortalecimiento del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC), para mejorar la respuesta conjunta a amenazas globales de salud. Por su parte, el refuerzo de la Agencia Europea de Medicamentos, y la Reforma de la legislación farmacéutica de la UE, buscan conseguir medicamentos asequibles, accesibles e innovadores para todas las personas, así como protegerse de los desabastecimientos que suceden continuamente, creando un mercado único de medicamentos y luchando contra el problema que supone las resistencias antimicrobianas. Si bien esta Unión Europea de la Salud es una buena idea, hay que esperar en los próximos años si pueden realmente superar las barreras nacionales que existen y podemos hablar finalmente de una sola salud europea.

Otra iniciativa interesante fue la aprobación en 2022 de una nueva Estrategia de Salud Global de la UE²⁴, doce años después de la última. Este es un documento que debería ser la guía del trabajo en salud al exterior de la Unión Europea, y que pretendía recuperar el terreno perdido en la consecución de las metas del ODS de salud. Establecía tres prioridades políticas: mejorar salud y el bienestar de las personas a lo largo de toda su vida, fortalecer los sistemas de salud promoviendo la Cobertura Sanitaria Universal (CSU), y prevenir y combatir las amenazas a la salud, incluidas las pandemias, aplicando el enfoque Una Salud.

Y para ello, las acciones de salud deberían de reorientarse hacia la consecución de la CSU, el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud y el trabajo de los determinantes de salud, algunos tradicionales como la pobreza o las desigualdades sociales, pero también incluyendo el cambio climático y la degradación ambiental, la seguridad alimentaria, los conflictos y otras crisis humanitarias. Incluye, por tanto, el enfoque de “salud en todas las políticas”, algo que nos parece tremendamente positivo. Los primeros análisis que se han realizado de los avances conseguidos en su primer año son, en su mayoría, positivos²⁵, y los primeros intentos de buscar una coherencia interna parecen adecuados. Pero también existen amenazas para su desarrollo, como la falta de coordinación de sus instituciones y los países que forman la UE, la visión reduccionista de utilizar esta estrategia exclusivamente para la gestión de pandemias o el potencial cambio de liderazgo político europeo que se ha dado en las recientes elecciones al Parlamento europeo²⁶. Se trata de una buena iniciativa que hace un análisis muy acertado de lo que se necesita. Estaremos en los próximos años atentos a su evolución, ya que las expe-

riencias anteriores no nos hacen ser demasiado optimistas. El primer paso debería ser generar una evidencia sobre cual debe ser las mejores políticas para conseguir los objetivos propuestos de forma equitativa y con el mayor impacto posible, para posteriormente comprometerse con los recursos suficientes para alcanzar esos objetivos. Porque no existe, al menos todavía, ninguna mención sobre compromisos en firme de parte de las instituciones y países de la UE.

La sensación es que, a pesar de los intentos por transformar Europa, aún falta mucho camino por recorrer. Las inercias individuales de los países siguen siendo más fuertes que ese espíritu europeo que debe estar basado en los principios

de democracia, derechos humanos y bienestar social para todas las personas, que caracteriza y diferencia a Europa de otras sociedades. El aumento de populismos de mirada corta, unas redes sociales donde las verdades se diluyen con demasiada frecuencia o una sociedad en la que se potencia un individualismo feroz y que busca beneficios inmediatos, son claras amenazas a esa visión europea del desarrollo. La gestión egoísta de los recursos que se hizo durante la pandemia o cómo se afronta el problema de la inmigración, son ejemplos de esa burbuja de cristal en la que pretendemos vivir, sin entender que en un planeta global es imposible mantenerse aislado del resto del mundo.

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

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

25 <https://www.thinkglobalhealth.org/article/eu-global-health-strategy-one-year>

26 https://ecdpm.org/application/files/3816/7084/2106/EU_Global_Health_Strategy_ECDPM_briefing_note_152_2022.pdf

Anexo

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

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

cinco dígitos los cuales definen un sector característico o concreto.

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

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

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

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

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

3

La salud en la cooperación española

- En 2023, la AOD española disminuyó un 12,7 %, situándose en 3.595 millones de euros. La reducción en 526 millones de euros fija porcentualmente la AOD en el 0,24 % de la RNB. Este porcentaje está muy lejos de todos los compromisos económicos adquiridos y/o renovados en los últimos años, haciendo prácticamente imposible que se pueda alcanzar el compromiso del 0,55 % para final de legislatura (2027) o del 0,7 % en 2030, como recoge la nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo y la Solidaridad Global. Por otro lado, este porcentaje nos aleja notablemente de la media de los países de la UE, que se sitúa en el 0,52 %, y de la media de los países del CAD que está en el 0,37 %.
- La AOD destinada a Salud cae un 38,3 %, situándose en 248,3 millones de euros. Este descenso, tres veces más intenso que el aplicado a la AOD general, sitúan la Cooperación Sanitaria en el 6,9 % del total de la AOD española, un porcentaje que se aleja cada vez más del 12 % que se debería destinar a este sector para afrontar los problemas globales de salud. El fin de la emergencia sanitaria por la COVID-19 explica en parte una reducción tan significativa de los fondos que España destina a cooperación en salud.
- El Ministerio de Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación lidera con el 45,8 % la financiación de la cooperación en salud. Por otro lado, el fin de la emergencia sanitaria por la COVID-19 ha supuesto la casi desaparición del Ministerio de Salud como financiador, lo que no deja de ser una contradicción pues estamos en un momento donde las crisis sanitarias y los problemas de salud son globales y recurrentes.
- El conjunto de la cooperación descentralizada disminuye sus aportaciones a cooperación un 0,56 %, apenas 2,4 millones de euros, situándose en 415,7 millones de euros. Los gobiernos autonómicos decrecen un 0,4 % (1,3 millones) y las entidades locales poco más de un millón.
- La cooperación sanitaria supone el 11,6 % del total de la AOD descentralizada, 48,4 millones de euros, tras incrementar los fondos destinados a salud un 11,69 %, algo más de 5 millones de euros. La cooperación descentralizada en salud continúa creciendo y representa el 19,5 % del total de la AOD destinada a salud, 9 puntos porcentuales más que en 2022; es decir, uno de cada cinco euros de la cooperación sanitaria española proviene de la cooperación descentralizada.

1 Consideraciones generales

1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2 Datos generales de la AOD en 2023

En 2023 la cooperación española rompe la tendencia positiva de crecimiento iniciada en 2020 y cae un 12,7 %, situando la cifra de AOD en 3.594.781.149 euros. La reducción en 526 millones de euros fija porcentualmente la AOD en el 0,24 % de la RNB. En estos años, el crecimiento venía condicionado por dos hechos singulares, la pandemia de la COVID-19 y la invasión de Ucrania por parte de Rusia, problemas mundiales que reflejan la importancia que tiene la cooperación en un mundo globalizado. La pandemia la hemos dejado atrás, pero no así la guerra de Ucrania, que persiste, junto a un sinfín de crisis a las que cada año se suma alguna más como es el caso de la guerra de Gaza o la Monkeypox, anteriormente conocida como viruela del mono o viruela símica, declarada el 14 de agosto de 2024 por la OMS una emergencia de salud pública de importancia internacional.

Uno de los objetivos acordados por el Gobierno para la presente legislatura es hacer que la AOD alcance el 0,55 % del RNB en 2027, como

paso intermedio para alcanzar el 0,7 % en 2030. Vistos los datos de 2023 todo apunta a que esos objetivos no se alcanzarán a menos que se elabore una hoja de ruta meditada y consistente que fije una senda de expansión creíble de los recursos de la AOD, una hoja de ruta que permita entender cómo va a evolucionar la composición básica de la AOD a lo largo de estos años. La dificultad que el Gobierno tiene para comprometer una hoja de ruta, no debería ser una limitación para que este ejercicio se realizase.

La desviación entre lo programado y lo efectivamente gestionado revela una falta de seguimiento del gasto por parte de los responsables del sistema de cooperación que debiera corregirse. Resulta frustrante observar el contraste existente entre las expectativas sostenidas por los propios responsables de la cooperación y la realidad de lo efectivamente gestionado, que vuelve a situar a la Cooperación Española un paso atrás, en el 0,24 % del RNB. Urge, como se viene reclamando desde hace años,

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

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

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

que la Cooperación Española establezca los mecanismos adecuados para seguir de manera centralizada el gasto y programe con marcos presupuestarios que le permita hacer el seguimiento de los compromisos adquiridos.

Los grandes desafíos globales como la enorme inequidad global económica y social que sufre gran parte de la humanidad, los efectos del cambio climático, o el aumento y gravedad de los conflictos, necesitan de una cooperación sólida, sostenida en el tiempo, para que pueda contribuir a paliar estos problemas, además de visibilizarlos y proponer desde el multilateralismo soluciones conjuntas.

En el gráfico 3.1, en el análisis de la evolución de la cooperación española, se observa que la cifra destinada a cooperación en 2023 está aún muy lejos de lo que se destinó en 2009, cuando se alcanzó el 0,46 % de la RNB. Si hablamos de cifras brutas, hace 15 años se destinaba a cooperación 1.421 millones de euros más que lo destinado en 2023. Si tenemos en cuenta la variación de la in-

flación (100 euros de 2009 supondrían 130 euros en 2023⁴), la cantidad aumentaría hasta los 1.847 millones de euros. Debemos recordar que el Gobierno se había comprometido a destinar a AOD el 0,5 % en 2023, compromiso no cumplido y que ahora ha desplazado a 2027, cuando finalice la actual legislatura.

A corto plazo, 2025, la cooperación española debería situarse al menos en la media que destinan los países del CAD (0,37 %) y en el medio plazo (2027) en la media de lo que destinan nuestros vecinos europeos (0,52 %), para poder aspirar al 0,7 % en 2030, tal y como recoge la Ley de Cooperación para el Desarrollo y la solidaridad Global.

Más allá de las cifras, que son importantes, convendría poner en valor la cooperación para el desarrollo y la acción humanitaria, evitando así que aparezcan sombras sobre la misma. La cooperación al desarrollo es una política pública imprescindible para alcanzar la justicia social y los derechos humanos, una política que aporta soluciones para los problemas globales que nos

preocupan y que permite la participación de las personas en las tomas de decisiones.

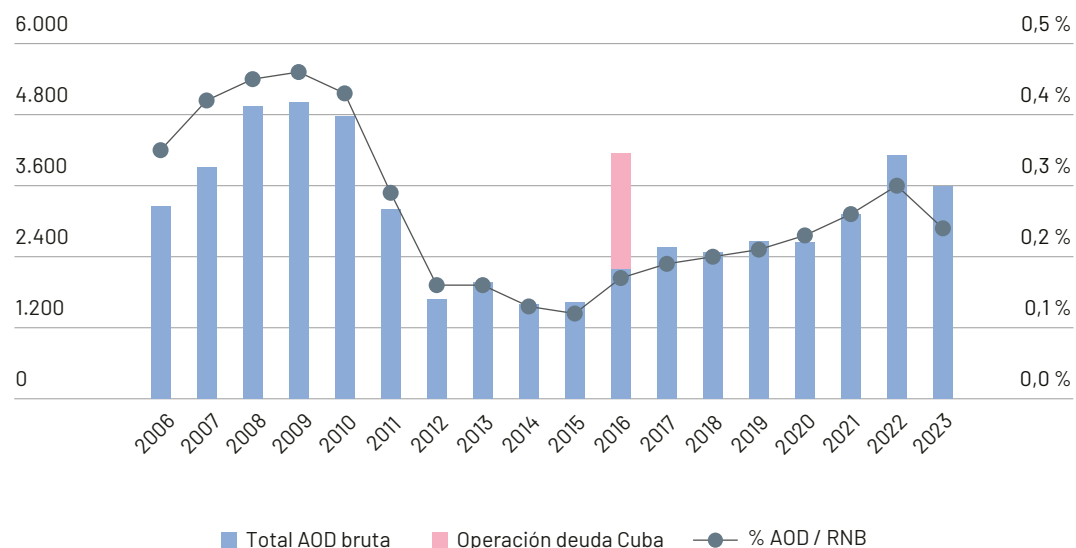
Como en años anteriores sigue habiendo devoluciones de préstamos que se computan como AOD, si bien su relevancia sigue disminuyendo. El monto por reembolsos en 2023 fue de 26,7 millones de euros, el 0,73 % de toda la AOD, un 21 % menos que en 2022, año en el que las devoluciones alcanzaron los 34 millones de euros. Apenas 3 años antes, en 2020, los reembolsos llegaron a representar el 10 % de toda la cooperación española. Como se ha comentado en informes anteriores, se valora positivamente que los reembolsos aparezcan en los presupuestos, si bien deberían computarse como partidas extraordinarias y reinvertirse en aquellos sectores para los que habían sido concebidos cuando se concedieron.

Observando el gráfico que muestra la evolución de la Cooperación Española, se constata un cierto optimismo en las cifras de AOD. Desde 2016 hay un crecimiento continuo del porcentaje de la RNB destinada a la ayuda que, si bien es positivo, resulta pequeño en su evolución

como para asegurar el cumplimiento del compromiso del 0,7 % en 2030, y más después de los datos de 2023. Cierto es que en los diez años previos a 2020, la Cooperación Española nunca tuvo un crecimiento tan notable, salvo en 2016, cuando se incluyó una operación puntual y extraordinaria de cancelación de deuda con Cuba que no debiera haberse computado como AOD. Por hacer una lectura optimista, respecto a 2015 la cooperación española casi ha duplicado la ayuda. No obstante, el descenso de 2023 rompe, como ya hemos dicho esta tendencia positiva de los últimos años. Como se desprende del gráfico, la cooperación española no ha llegado a estar en la senda de cumplimiento del 0,7 %, ni siquiera en sus mejores momentos cuando se alcanzó un 0,34 % en 2022.

Para consolidar una política de cooperación, el incremento de fondos es importante pero no es suficiente si dicho incremento no se acompaña de una inversión en recursos humanos, técnicos y normativos que favorezcan ese trabajo de gestión, a lo que se debe incorporar una profunda reflexión sobre cuál debería ser la mejor

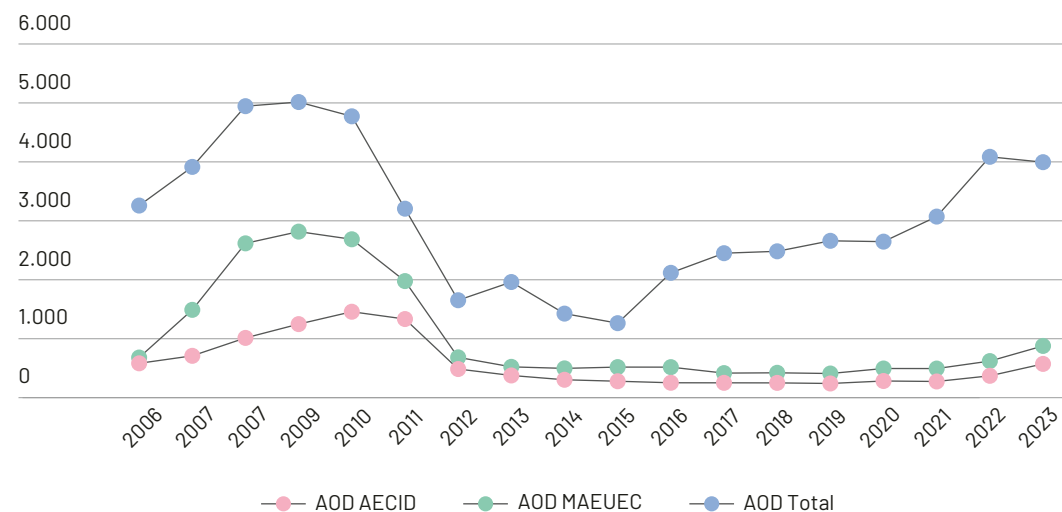
GRÁFICO 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB, 2007-2023



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

4 <https://fxtop.com/es/calculadora-de-inflacion.php?A=100&C1=EUR&INDICE=ESCP12013&DD1=31&M1=12&YYYY1=2009&DD2=31&MM2=12&YYYY2=2023&btnOK=Calcular+equivalente>

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



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

estructura no solo para ejecutar y gestionar la cooperación española, sino para incorporar la innovación y los nuevos retos que tiene la misma.

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

sables de movilizar los recursos financieros y humanos necesarios para alcanzar los objetivos de desarrollo y de ayuda humanitaria.

La AOD ha sufrido una prolongada crisis que se ha materializado en los escasos recursos destinados a cooperación. A partir de 2020 cambia la tendencia, tal y como se refleja en el gráfico 3.2. La reducción de la AOD en 2023 no ha supuesto un descenso ni en los montos gestionados por el MAEUEC (incluye AECID, SEAE, SECI y SEICEM) 854.452.230 euros, ni en los montos gestionados por la AECID, 572.733.274 euros. Al contrario, ambas instituciones crecen de forma considerable en 2023. Los fondos gestionados por el MAEUEC crecen un 41,3 % respecto a 2022, mientras que los fondos gestionados por AECID lo hacen en un 54,4 %. Esto hace que la AECID pase de gestionar el 9,1 % del total de la AOD a gestionar el 15,9 %, algo que se considera positivo, ya que abogamos por un mayor protagonismo de la AECID en la cooperación española.

EL PRIMER PLAN TRAS LA APROBACIÓN DE LA NUEVA LEY DE COOPERACIÓN

El VI Plan Director de la Cooperación Española (2023-2026), aprobado el 23 de julio de 2024 por el Consejo de Ministros a propuesta del Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, ha sido, en general, bien valorado por todos los actores, destacando la prioridad y el compromiso que la cooperación Española (CE) adquiere con los derechos humanos, la cooperación feminista, la justicia social y ambiental, la lucha contra la pobreza y las desigualdades, el reconocimiento de la diversidad, la promoción de la cultura de la paz y la erradicación de todas las formas de violencia y discriminación. Algunas de estas prioridades vienen de lejos, otras son más novedosas pero todas ellas resultan muy pertinentes.

Es el primer plan director tras la aprobación de la nueva Ley 1/2023 de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global, lo

que representa una oportunidad para trasladar a un documento estratégico y operativo los nuevos pronunciamientos que recoge la Ley. Entre estos pronunciamientos estaría la puesta en valor de la acción humanitaria, que tiene en este PD un contenido claro, detallado y bien estructurado, recogiendo el compromiso de alcanzar el 10 % de la AOD, tal como señala la Ley 1/2023.

Entre las novedades que plantea el VI PD destaca la articulación de las prioridades temáticas en torno a tres grandes compromisos de transformación que denomina transiciones y que son clave para cumplir con la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Así vemos que La Transición Social busca reducir las desigualdades y promover la inclusión social aplicando el enfoque de derechos humanos, igualdad de género, y lucha contra la pobreza; La Transición

Ecológica prioriza la sostenibilidad medioambiental y la justicia climática, fomentando prácticas que protejan el medio ambiente y mitiguen el cambio climático; y la Transición Económica tiene como objetivo crear economías más justas y sostenibles, enfocándose en el desarrollo económico inclusivo y la creación de empleo digno.

Sin embargo, más allá del consenso en el marco adoptado, se echa en falta un mayor desarrollo y, en ocasiones, ampliar el foco de algunas temáticas que albergan las tres transiciones. En la primera de las transiciones, la referencia a las migraciones, una de cuyas consecuencias son las crisis migratorias, casi siempre se hace aludiendo a las políticas de los países emisores y no a los de los países receptores y en tránsito, quienes tienen mucha responsabilidad en la implementación de políticas migratorias. Y en el ámbito de la salud, la propuesta de que la prioridad de cooperación en salud sea promover el sistema español de salud, vistas las quejas públicas que se acumulan respecto a su funcionamiento en diversos ámbitos, parece poco adecuado. Sí lo sería un mayor énfasis en la necesidad de fortalecer los sistemas públicos de salud y la estrategia de apoyo a la atención primaria como mejor vía para promover el Derecho a la Salud de todas las personas. Por otro lado, la pandemia nos ha enseñado la importancia de que la población tenga acceso, en condiciones de coste adecuadas, a las vacunas y a los medicamentos esenciales disponibles. Sería importante que en estos años se apoyara la colaboración entre la OMS y el Banco Mundial de Patentes de Medicamentos, para “el acceso a medicinas y tecnologías de la salud a través del acopio de patentes y la concesión de licencias voluntarias no exclusivas”; y que se proponga que la OMS estudie con la OMC y la OMPI las medidas necesarias para poder responder, con urgencia, a situaciones de grave riesgo para la salud global, mediante la provisión garantizada y accesible para los países en desarrollo, en condiciones de coste adecuadas, de

las vacunas y los medicamentos esenciales necesarios. En cuanto a la transición ecológica justa, es muy pertinente su inclusión y el compromiso de la AOD española de apoyar los esfuerzos de los países socios de la Cooperación Española en materia de mitigación y, sobre todo, adaptación climática desde un enfoque de justicia climática. Sin embargo, las medidas propuestas en materia de sostenibilidad ambiental debieran ser más contundentes para enfrentar los desafíos del cambio climático.

En el apartado humanitario, las alusiones al Triple Nexo son bien recibidas, aunque hubiera sido deseable un mayor desarrollo de un instrumento clave para abordar de manera más efectiva las crisis complejas y prolongadas, como los conflictos armados, los desplazamientos forzados y los efectos del cambio climático. Por otro lado, se echa en falta una mayor presencia del Triple Nexo en otros apartados del PD, pues su aplicación no es exclusiva de la acción humanitaria, sino que es muy pertinente su implementación en acciones de desarrollo. Lo mismo sucede con las referencias al enfoque feminista, que hubieran requerido de mayor desarrollo y precisión.

La complejidad del contexto internacional hace pertinente cierta flexibilidad en las prioridades geográficas, como plantea el PD, siempre que se cumpla con los compromisos internacionales adquiridos como el de dedicar entre el 0,15 y 0,20 % de su RNB en forma de ayuda a los países menos adelantados (PMA); o sea para atender “casos especiales de violación de derechos humanos en contextos de fragilidad y situaciones de alto impacto social y ambiental con repercusiones globales”. No obstante, trabajar en 36 países como recoge el PD puede ser excesivo, si todos ellos tienen la condición de prioritarios.

En el “debe” del VI PD tenemos que apuntar la ausencia de un marco de resultados que nos permita a posteriori evaluar el Plan, o de una hoja de ruta para que la AOD alcance el 0,55 %

del RNB en 2027, como paso intermedio para alcanzar el 0,7 % en 2030, tal y como recoge la Ley. El PD sí incluye escenarios presupuestarios tentativos para el período de vigencia del Plan, pero son escenarios que ni se explican, ni se justifican por lo que resultan poco creíbles.

Creíble pero poco preciso aparece recogido el compromiso de la CE con el multilateralismo. Cada vez son más los problemas globales que no se pueden atajar desde el ámbito de cada país y que requieren de la colaboración de todos. La CE apuesta por fortalecer la acción multilateral si bien falta una reflexión profunda que clarifique

cuáles son las instituciones del sistema multilateral con las que de forma prioritaria pretende trabajar y crear alianzas que sean estratégicas.

En definitiva, un PD comprometido con la Agenda 2030 y con los Objetivos de Desarrollo Sostenible que requiere, para avanzar en su cumplimiento, que la Reforma del Sistema de Cooperación que prevé la Nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global llegue a buen puerto.

Texto desarrollado con aportes del dictamen que el Consejo de Cooperación para el Desarrollo realizó sobre el VI Plan Director.

3 AOD en salud en 2023

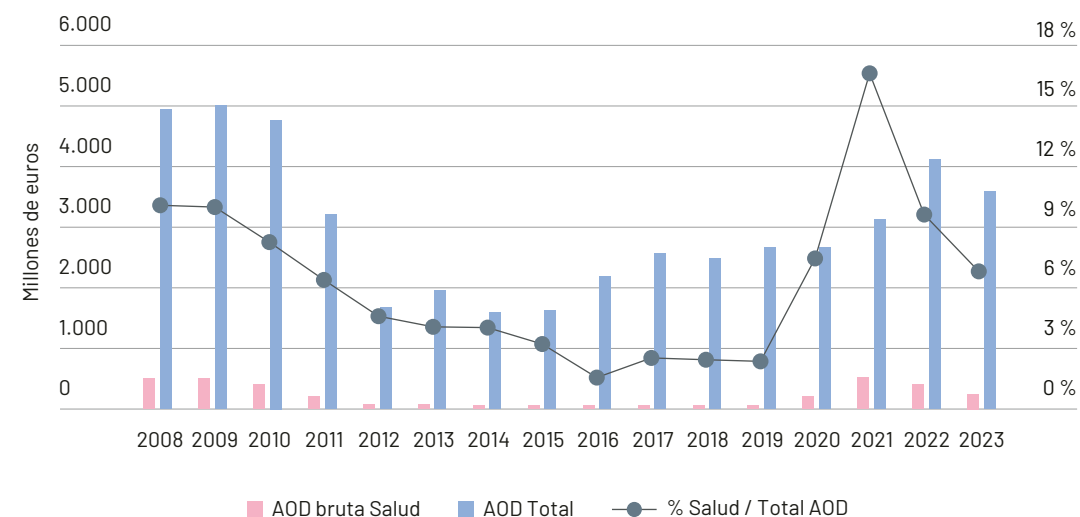
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2023

En 2021 el foco principal de la cooperación española se puso en la pandemia de la COVID-19, lo que hizo incrementar de forma considerable las cantidades destinadas a cooperación en salud. En 2022 la AOD se vio condicionada inequívocamente por la invasión de Ucrania, lo que repercutió inevitablemente en la distribución de la AOD y sectores como el de Salud ven disminuir los fondos, tendencia que se ha mantenido en 2023.

De los 3.594 millones de euros destinados a AOD, a salud se consignaron 248,3 millones de euros, el 6,9 % del total de la AOD, lo que supuso una disminución respecto a 2022 del 38,3 %, 154,5 millones de euros. Esta caída de la AOD en salud, la segunda consecutiva, ha hecho que la cooperación en salud pase del 16,8 % en 2021 al 6,9 % en 2023, una caída de casi 10 puntos

porcentuales. El descenso, no por esperado es más comprensible. El incremento en 2021 hasta los 309 millones de euros se debió a las donaciones de vacunas para la COVID-19 que contabilizó el Ministerio de Sanidad. En 2022, el Ministerio de Sanidad presupuestó 292,82 millones de euros en el Programa 143A, básicamente para la compra de vacunas para la COVID-19, ejecutando únicamente 176.339.143 euros, el 59 %; y en 2023 presupuestó 200 millones de euros para destinar “al ámbito de la Salud Global”, habiendo ejecutado únicamente 243.200 euros; es decir, una ejecución del 0,121 %. Una ejecución lamentable, no por lo ejecutado, que también, sino por el ejercicio presupuestario realizado tan poco profesional, pues de todos era sabido que no se podría ejecutar para lo que estaba destinado y que se estaba inflando la AOD en un 4,5 %.

GRÁFICO 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2009-2023



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

Como venía siendo habitual en los años pre-pandemia, el Ministerio de Salud deja de estar entre las principales instituciones donantes de salud, lo que demuestra que lo ocasional no tiene por qué generar tendencia. Este hecho deja la ayuda en salud en un 6,9 %, insuficiente a todas luces para hacer frente a los problemas que la salud global demanda.

Para conocer realmente cuál es el peso de la cooperación sanitaria en el conjunto de la AOD, es necesario hacer una comparación con el resto de los sectores. Este ejercicio se hace mediante el análisis de la ayuda bilateral distributable, que es aquella en la que el donante decide el destino de los fondos y, por lo tanto, expresa mejor su voluntad respecto a la distribución sectorial. En 2023, al contrario de lo que venía sucediendo en los últimos años, la AOD bilateral distributable ha crecido de manera considerable, tanto en sus cifras brutas como en su peso respecto a la AOD total. Porcentualmente se sitúa en el 18,3 %, cuando en 2022 apenas llegaba al 10,6 %. Por su parte la ayuda multilateral sigue fuerte y se mantiene entorno al 61 %.

En la tabla 3.1 se observa cómo la AOD distributable en salud han crecido 9.585.615 euros,

alcanzando los 88.322.245 euros. Pero si se analiza el peso de la salud en toda la AOD distributable, ésta disminuye en más de 4 puntos porcentuales, situándose en el 13,46 %, una cifra por debajo del peso que ha tenido en los últimos años. El sector que más peso tiene es el de Gobernabilidad y Sociedad Civil con el 27,77 %, seguido de salud con el 13,46 %, Educación con un 12,74 % y Multisectorial con el 9,56 %. Estos cuatro sectores concentran el 63,53 % de la ayuda bilateral distributable. En el análisis sectorial apuntar que el sector de Industria aparece en cifras negativas, fruto de que el análisis se centra en la AOD neta, y por lo tanto, debemos de restar las devoluciones de préstamo. En este caso las devoluciones al sector Industria superan a las aportaciones en más de 3,7 millones de euros, con unos préstamos devueltos que sobrepasan los 12 millones de euros. Hay otros sectores que también reciben préstamos, pero ningún otro arroja un balance negativo.

Para entender la cooperación sanitaria española, es necesario desgranar los actores que la conforman y su implicación con ella. En la tabla 3.2. se muestra la desagregación por canales y actores. El primer hecho destacable es que

TABLA 3.1. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2020-2023 (GE)

Sectores CAD	2020 (GE)		2021 (GE)		2022 (GE)		2023 (GE)	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	52.975.214	11,11	64.429.573	7,93	63.016.588	13,60	83.577.975	12,74
120+130 Salud	88.605.398	18,59	386.500.867	47,54	78.736.630	16,99	88.322.245	13,46
140 Agua y saneamiento	24.057.947	5,05	22.253.401	2,74	24.536.685	5,29	45.664.714	6,96
151 Gobierno y sociedad civil	126.543.231	26,55	170.347.982	20,95	132.255.487	28,54	182.244.864	27,77
152 prevención/resolución conflictos							16.421.100	2,50
160 Otros servicios e infraest. sociales	18.502.151	3,88	22.327.172	2,75	23.119.105	4,99	27.656.486	4,21
210 Transporte y almacenamiento	2.887.211	0,61	5.091.466	0,63	479.193	0,10	7.196.061	1,10
220 Comunicaciones	243.779	0,05	491.432	0,06	344.964	0,07	11.371.588	1,73
230 Generación y suministro de energía	1.738.631	0,36	1.743.700	0,21	2.062.431	0,45	2.615.055	0,40
240 Servicios financieros	20.482.071	4,30	8.892.567	1,09	15.591.990	3,36	31.800.520	4,85
250 Empresas y otros servicios	1.674.404	0,35	1.028.587	0,13	2.229.702	0,48	4.230.588	0,64
311 Agricultura y ganadería	42.101.620	8,83	55.715.711	6,85	51.957.748	11,21	49.793.262	7,59
312 Bosques	777.973	0,16	500.327	0,06	862.359	0,19	817.450	0,12
313 Pesca	1.355.576	0,28	1.524.999	0,19	4.119.233	0,89	2.108.449	0,32
321 Industria	3.121.142	0,65	3.330.339	0,41	4.026.349	0,87	-3.745.241	-0,57
322 Minería y recursos minerales	21.475	0,00	72.270	0,01	29.900	0,01	34.811	0,01
323 Construcción	125.000	0,03	103.497	0,01	13.487	0,00	1.942	0,00
331 Políticas y regulaciones comerciales	392.945	0,08	1.109.146	0,14	485.058	0,10	1.021.077	0,16
332 Turismo	500.831	0,11	994.675	0,12	2.074.048	0,45	2.142.849	0,33
410 Medioambiente	6.104.551	1,28	8.153.367	1,00	11.180.806	2,41	40.142.726	6,12
430 Multisectorial	84.496.930	17,73	58.322.255	7,17	46.300.824	9,99	62.757.043	9,56
Total AOD bilateral distribuible	476.708.080	100	812.933.331	100	436.866.100	100	656.175.566	100
Total AOD bilateral	890.801.379		1.273.586.278		1.583.207.391		1.401.325.325	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	2.646.820.189		3.123.562.267		4.120.338.725		3.594.781.149	

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

desde 2021 no ha habido ayuda reembolsable en el sector salud, algo a celebrar y que se viene reclamando desde hace mucho tiempo, pues no es un instrumento adecuado para responder a necesidades sociales básicas.

El canal Multilateral que había sido el más utilizado en 2022 apenas representa un 7,3 %, 18,1 millones de euros, lo que implica una reducción de más de 160 millones de euros. La disminución de la cooperación sanitaria en 2023 sucede sobre todo a través de este canal. El canal bilateral que antes de la pandemia era el predominante, disminuye en cerca de 8,6 millones de euros. Los 70,1 millones asignados en 2023 por este canal,

suponen el 28 % de toda la AOD sanitaria. El único canal que crece es el multilateral, 15,2 millones de euros, que se sitúa en 160 millones de euros, lo que representa el 64,4 % de toda la AOD sanitaria.

La pandemia condicionó notablemente la forma de canalizar la cooperación en salud. Ante una crisis de salud mundial, procedía una respuesta global que necesariamente debía canalizarse a través del multilateralismo. En los próximos años veremos si un hecho ocasional se convierte en tendencia.

En cuanto a las instituciones que apuestan más por la cooperación sanitaria en España,

observamos que, tras la pandemia, el Ministerio de Sanidad vuelve prácticamente a desaparecer asignando una ayuda de 243.200 euros, cuando en 2022 fueron más de 176 millones de euros. Es como si su única implicación en cooperación pudiera estar relacionada con elementos excepcionales como la pandemia de la COVID-19, algo con lo que estamos profundamente en desacuerdo. Si se quiere mejorar la calidad de la cooperación sanitaria, es esencial que el Ministerio de Sanidad participe en la misma, no solamente aumentando los recursos económicos, sino también aportando conocimientos técnicos y recursos humanos, con el objetivo de conseguir una mejor salud para todas las personas. Su presencia y participación en instituciones multilaterales, especialmente la OMS, y en foros internacionales de cooperación debería ser una prioridad.

El primer puesto en este ranquin, como sucedía antes de la pandemia, recae en el MAEUEC (Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación), con cerca de 114 millones de euros, 16,3

millones de euros más que en 2022. En segundo lugar, aparece el Ministerio de Hacienda con 81,5 millones de euros, por las aportaciones a los presupuestos de la CE en materia de Cooperación al Desarrollo. Las CC. AA. ocupan el tercer puesto con 40,7 millones de euros, 3,6 millones más que en 2023, y las EE. LL. la cuarta posición, con 7,7 millones, 1,5 millones más que el año anterior. Finalmente, las Universidades mantienen una presencia residual con 463.556 euros, aunque se sitúan por delante del Ministerio de Sanidad.

La gobernanza global de salud está en estos momentos redefiniéndose, con claras amenazas a algunos principios básicos que se creían inmutables, como puede ser la equidad de género, elemento fundamental para definir y analizar la salud de las mujeres. En este sentido, apostar por los principios que sustenta el sistema sanitario español (a pesar de sus defectos, que son más de implementación que de principios) como la equidad en el acceso, la apuesta por la Atención Primaria de Salud y la gobernanza pública del sistema sanitario, es fundamental para

TABLA 3.2. Resumen de la AOD española en salud, 2023

Total AOD	Tipo AOD	Instrumentos	Agente financiador	Monto €
Total AOD salud	AOD bilateral	No reembolsable 70.123.387 €	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	24.339.673
Bruta: 248.324.381 € 100 %	Bruta: 70.123.387 € 28 %		Ministerio Sanidad	43.200
Neta: 248.324.381 €	Neta: 70.123.387 €		CC. AA.	38.492.733
			EE. LL.	6.784.225
			Universidades	463.556
		Reembolsable 0 €		
	AOD multilateral	18.198.858 € 7,33 %	Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	15.299.200
			EE. LL.	1.000.000
			Ministerio de Sanidad	200.000
			CC. AA.	1.699.658
	AOD multilateral	160.002.136 € 64,43 %	Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	74.294.382
			Ministerio de Hacienda	85.207.754
	Contribuciones obligatorias:	92.734.997 €	CC. AA.	500.000
	Contribuciones voluntarias:	67.267.138 €		

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DE SEGUIMIENTO DE AOD 2023 PUBLICADOS POR DGPOLDES-SECI

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

Si analizamos la distribución de la cooperación sanitaria en base a los cuatro subsectores determinados para salud -salud general (121), salud básica (122), salud reproductiva (130) y enfermedades no transmisibles (123)-, podemos observar que en 2023 cambia las tendencias de los últimos años. En 2023 es la salud general quien recibe más aportaciones, cerca del 52 % del total de la AOD en salud, especialmente a través del canal multilateral. Con el 34,5 % aparece en segundo lugar la salud básica, que es quien tradicionalmente recibía más dinero, sobre todo a través de los canales bilateral y multilateral. El subsector de salud reproductiva recibe el

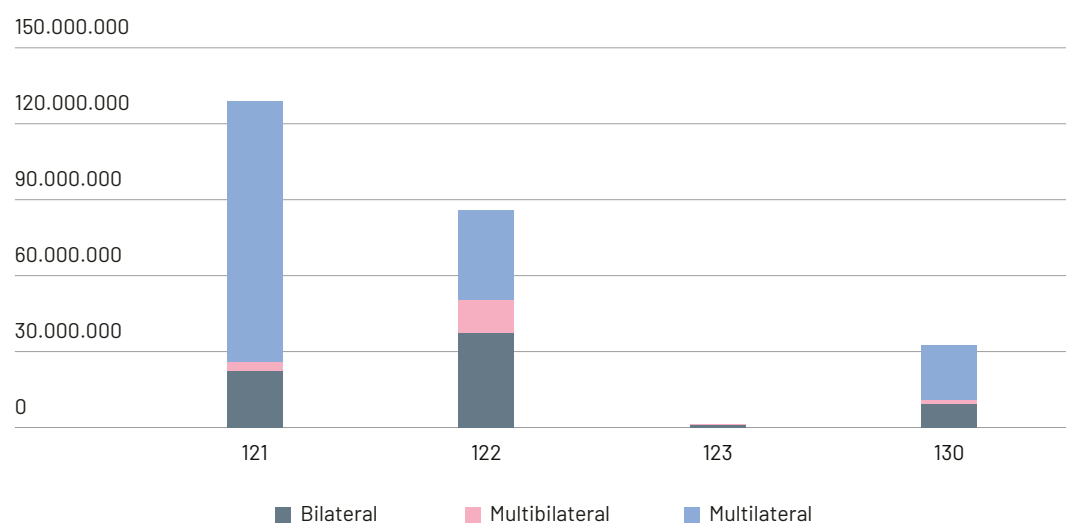
13 % de la cooperación sanitaria, principalmente por el canal multilateral. Y el subsector de las enfermedades no transmisibles sigue recibiendo una financiación residual, utilizando para ello principalmente el canal bilateral.

Desde 2020 se observa un importante incremento de las aportaciones canalizadas por organismos multilaterales, algo que en 2023 sigue sucediendo aunque en menor medida pues crece un 7 %, apenas 12 millones de euros.

Respecto a la desagregación por agentes y destino, de los 160 millones canalizados exclusivamente por la vía multilateral, el Ministerio de Hacienda canaliza el 53,2 % de toda la ayuda. Como en los tres años anteriores, este dinero se ha dirigido exclusivamente hacia la cooperación internacional de la Comisión Europea.

La aportación del MAEUEC al canal multilateral alcanza los 74,3 millones de euros, tras contabilizar un incremento de 11,6 millones en 2023. En apenas 5 años este canal multiplica por cuatro los recursos destinados a salud, confirmando lo que parece ser una apuesta por afianzar la colaboración con organismos como la OMS, que recibe una aportación de 12,1 millones de euros, el Fondo Global contra el sida, malaria

GRÁFICO 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2023



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

TABLA 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2019-2023, en euros

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2019	2020	2021	2022	2023
MAEUEC	NACIONES UNIDAS	8.846.383	7.862.462	10.848.255	9.653.421	13.329.719
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola					
	UNFPA - Fondo de Población de NN. UU.	500.000				1.150.000
	OMS - Organización Mundial de la Salud	8.346.383	7.862.462	10.848.255	9.653.421	12.179.719
	ONUSIDA - Programa conjunto de NN. UU. sobre el SIDA					
	PNUD - Programa de NN. UU. para el Desarrollo					
	UNICEF - Fondo de NN. UU. para la Infancia					
	PMA - Programa Mundial de Alimentos					
	UNRWA					
	OTROS ORGANISMOS	9.475.000	19.475.000	39.569.750	53.100.000	60.964.663
	AIM - Alianza Internacional de Microbicidas					
	GFATM - Fondo Global contra el sida, malaria y tuberculosis		10.000.000	30.000.000	48.100.000	45.000.000
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida					
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000	9.475.000	9.569.750	5.000.000	5.000.000
	IPPF - Federación Internacional de Planificación Familiar					
	SICA - Sistema de la Integración Centroamericana					489.663
	UNITAID - Facilidad Internacional de Compra de Medicamentos					1.000.000
GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización					9.475.000	
SUBTOTAL MAEUEC	18.321.383	27.337.462	50.418.005	62.753.421	74.294.382	
MH	INSTITUCIONES FINANCIERAS					
	BM AIF - Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial					
	BaFD - Banco Africano de Desarrollo					
	BAsD - Banco Asiático de Desarrollo					
	UNIÓN EUROPEA		85.506.206	89.151.348	81.515.995	
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo		57.090.946	65.951.816	81.515.995	85.207.754
	FED - Fondo Europeo de Desarrollo		28.415.260	23.199.532		
SUBTOTAL MH		85.506.206	89.151.348	81.515.995	85.207.754	
Min. Sanidad	OMS - Organización Mundial de la Salud					
	SUBTOTAL M Sanidad					
MCIN	IARC - Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer		443.700			
	SUBTOTAL MCIN		443.700			
CC. AA.	OMS - Organización Mundial de la Salud	1.658.674				
	ACNUR	125.467				
	UNRWA					
	UNRISD	200.000				
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización			500.000	600.000	500.000
	SUBTOTAL CC. AA.	1.784.141		500.000	600.000	500.000
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD	20.105.524	113.287.368	140.069.353	144.869.416	160.002.136	

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

my tuberculosis (GFTAM) que recibe 45 millones y Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización (IFFIm) que recibe 5 millones. A estos organismos que se mantienen en 2023, se suman otras instituciones como GAVI con más de 9,4

millones de euros, UNFPA con 1,5 millones, UNITAID con un millón de euros y SICA con 489.663 euros. La ayuda multilateral de salud se completa como en 2022 con una pequeña aportación de 500.000 euros por parte de las CC. AA. a GAVI.

TABLA 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2019-2023

ORGANISMOS RECEPTORES	2019	%	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%
GFATM										
UNFPA	200.000	7,86	900.000	5,47	2.450.000	0,77	2.940.000	1,65	1.926.700	10,59
OPS	300.000	11,79	1.081.650	6,57	750.000	0,23	1.200.000	0,67	1.122.500	6,17
UNICEF	900.000	35,37	530.400	3,22	889.500	0,28				
DNDi										
MMV - Medecines for Malaria Venture										
UNRWA			250.000	1,52	761.000	0,24				
OMS	644.554	25,33	5.032.878	30,59	310.957.064	97,17	163.501.576	91,65	3.949.658	21,70
OIEA										
PNUD										
CEDEAO										
ONUSIDA										
Banco Mundial									10.000.000	54,95
OEA - Organización de Estados Americanos									200.000	1,10
ACNUR					700.000	0,22	50.000	0,03		
ONDUC - Oficina de NNUU contra la Droga y el Delito	500.000	19,65					500.000	0,28		
OEI - Organización de Estados Iberoamericanos							200.000	0,11		
UE										
Programa de Voluntarios de Naciones Unidas										
BID			5.000.000	30,39						
SEGIB										
MSF										
FAO										
SICA			500.000	3,04						
UNITAID			1.500.000	9,12	3.500.000	1,09	10.000.000	5,61		
Consejo de Europa			200.000	1,22						
OIM Organización Int. Migraciones			150.000	0,91						
PMA			300.000	1,82					1.000.000	5,49
Unión Africana			1.000.000	6,08						
IANPHI - Asociación Internacional de Institutos Nacionales de Salud Pública			6.532	0,04						
GAVI							290.000	0,16		
TOTAL	2.544.554	100	16.451.460	100	320.007.564	100	178.391.576	100	18.198.858	100

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

La apuesta que la cooperación española hace por la ayuda multilateral es a nuestro entender una decisión estratégica acertada. Aunque la pandemia ya no sea una prioridad, persisten o emergen otros problemas de salud a nivel mundial que requieren de la complicidad de todos los estados. La ayuda multilateral concentrada en una serie de instituciones, previamente seleccionadas en base a criterios como relevancia, mandato, experiencia, transparencia, etc, permite hacer frente a problemas globales que requieren soluciones colectivas, como las enfermedades derivadas del cambio climático o aquellas que persisten como el VIH, la malaria, tuberculosis, Chagas, Monkeypox, etc.

La vocación multilateral de la CE no puede ser ajena a cuestiones como la gobernabilidad o la transparencia de los organismos con los que colabora, y plantearse si la financiación que reciben estos organismos por parte de España responde a una cuestión de estrategia. Por ejemplo, la OMS en tanto que institución encargada de la gobernanza global y de la salud global, recibe apenas el 7,6 % de toda la ayuda multilateral. ¿Es esta la financiación adecuada pensando estratégicamente o debería recibir más financiación?

La ayuda multilateral vuelve a caer en 2023, desapareciendo casi por completo el

enorme crecimiento de 2021, quedándose en algo más de 18 millones de euros, un 87 % menos que en 2022. En el desglose de la ayuda multilateral podemos observar que es el Banco Mundial, con 10 millones de euros, el organismo que más ayuda recibe a través de este canal. Le sigue la OMS que recibe casi 4 millones de euros, 165 millones menos que en 2022, algo que parece relacionarse con la desaparición como problema global de salud de la pandemia de la COVID-19. Se reducen también las aportaciones al UNFPA en más de un millón de euros, quedándose en algo menos de 2 millones, y se mantienen las destinadas a la OPS, 1,1 millón de euros. Por último, la OEA recibe 200.000 euros por este canal multilateral.

Si se compara con 2022 se observa que hay instituciones que después de años sin financiación vuelven a entrar, otras salen y algunas se mantienen. Entran después de algunos años el Banco Mundial, PMA y la OEA; salen ACNUR, ONDUC, OEI, UNITAID, UNICEF, UNRWA y GAVI; se mantienen UNFPA, OPS, OMS. Y esto solo en salud. Si analizamos el mapa de instituciones multilaterales a las que la CE financia, seguramente nos costaría encontrar un patrón lógico, lo que demuestra la necesidad de elaborar una nueva estrategia multilateral.

3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud

Al igual que sucedía con el conjunto de países donantes, en el sexto año de vigencia de las ENT (enfermedades no transmisibles) como subsector del CAD referido a salud, éstas siguen sin tener una presencia relevante en la AOD, a pesar de seguir siendo el grupo de enfermedades que provoca la mayor carga de mortalidad en el mundo. En 2023 las cifras brutas destinadas a las ENT bajan respecto a 2022 cerca de un 11 %, pero debido a que la disminución del total de salud es mucho mayor, su peso en la cooperación sanitaria crece del 0,37 % hasta el 0,55 %.

Un porcentaje que sigue siendo prácticamente irrelevante en el conjunto de la AOD en salud.

La salud general es el sector más financiado con cerca del 52 % del total de la AOD en salud, una subida de 30 puntos porcentuales, debido principalmente a las cantidades destinadas a través de la ayuda multilateral. Muy lejos de la salud general encontramos en segundo lugar a la salud básica, el sector tradicionalmente más financiado por la cooperación española, con un 34,5 %, un porcentaje que es casi la mitad del año anterior. Por último, la salud sexual

y reproductiva sigue recuperando peso poco a poco, pasando del 8,4 % de 2022 al 12,9 % de 2023.

Si desglosamos los componentes CRS de la salud general, se observa que su distribución es similar a los dos años anteriores. La política sanitaria (código CRS 12110) crece en más de 10 millones de euros, y sigue siendo de largo el componente más financiado con 112,8 millones de euros, una cifra que le permite también colocarse en el primer lugar cuando englobamos a todos los subsectores referidos a salud. El segundo componente CRS más financiado de la salud general siguen siendo los servicios médicos (código CRS 12191), que alcanza los 6,2 millones de euros, disminuyendo respecto a 2022 en apenas 300.000 euros. La enseñanza y formación médicas (código CRS 12181) duplican su presupuesto y se colocan en tercer lugar con 5 millones, y la investigación médica (código CRS 12182) recibe 4,7 millones de euros. Al igual que en los dos últimos años, cierra la lista de los componentes CRS de la salud general el nuevo componente CRS creado en 2020 de Estadísticas y datos de salud (código CRS 12196), con una aportación mínima de apenas 228.125 euros.

En salud básica es donde los cambios son más profundos. El subsector más financiado en 2021 y 2022, el subsector de lucha contra la COVID-19 (código 12264), se desploma en 2023, y pasa de 191 millones de euros, a 1,4 millones, explicando gran parte de la caída de la cooperación sanitaria española. De hecho, la disminución ese año de la AOD sanitaria en su conjunto es de 154 millones. Esta mayor reducción de las cifras brutas de este subsector, que es muy específico y temporal, indica que hay otros subsectores que han crecido. El subsector más favorecido es el del control de enfermedades infecciosas (código CRS 12250), que no aparecía en 2022. Sin embargo, en 2023 es el subsector de salud básica el que más dinero recibe, con más de 32 millones de euros, el 13,6 % de toda la AOD sanitaria. La atención sanitaria básica (código CRS 12220) se coloca en segundo lugar dentro de la salud básica, manteniendo las cifras del año anterior, con

21,9 millones de euros. La lucha contra la malaria (código CRS 12262) y control de tuberculosis (código CRS 12263) son los siguientes subsectores, con 7 y 6,7 millones respectivamente. La nutrición básica (código CRS 12240), recibe casi 6 millones de euros, seguido muy de cerca por la formación del personal sanitario (código CRS 12281) con 5,8 millones de euros. Tanto la educación sanitaria como la infraestructura sanitaria básica reciben 1,9 millones y 2,4 millones de euros respectivamente. Esta distribución nos parece correcta porque, aunque es mucho más diversa que en años anteriores, también mantiene un interés mayoritario por unos subsectores muy relacionados con la Atención Primaria de Salud, algo que debería ser prioritario en cualquier cooperación sanitaria.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, el componente de más peso dentro de este subsector es, como tradicionalmente ha sucedido en la cooperación española, la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, donde se incluye el VIH/sida (código 13040), que en 2023 reduce mínimamente sus cifras, alcanzando los 20,4 millones de euros, un millón menos que en 2022. El otro componente que sigue destacando en 2023 es el de la atención en salud reproductiva (código 13020), que, con 9,4 millones de euros sigue la tendencia al crecimiento de los últimos años, un 5,6 % más que en 2022. El resto de los componentes de este sector salvo planificación familiar (código CRS 13030), que recibe 1,3 millones de euros, no alcanzan el millón de euros, y tiene poca relevancia en el conjunto de la AOD sanitaria.

2023 marca una relativa “vuelta a la normalidad” después de la pandemia de la COVID-19 y la financiación sanitaria española es más coherente con los problemas tradicionales de inequidad que tiene la salud mundial. Es positivo que la Cooperación Española concentre sus esfuerzos en unos pocos componentes para buscar una mayor eficacia, impacto y previsibilidad de su ayuda. Pero una vez cerrada la crisis pandémica, los esfuerzos deben orientarse hacia soluciones

TABLA 3.5. Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2023

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	22.260.793	3.558.408	103.219.636	129.038.836	51,96 %
12.110	7.739.438	3.334.658	101.729.973	112.804.069	45,43 %
12.181	5.047.046			5.047.046	2,03 %
12.182	3.091.228	150.000	1.489.663	4.730.891	1,91 %
12.191	6.211.205	17.500		6.228.705	2,51 %
12.196	171.875	56.250		228.125	0,09 %
122	37.390.330	12.913.750	35.382.500	85.686.580	34,51 %
12.220	20.727.156	1.200.000		21.927.156	8,83 %
12.230	2.868.184	33.750		2.901.934	1,17 %
12.240	4.865.118	1.080.000		5.945.118	2,39 %
12.250	6.212.052	5.080.000	21.382.500	32.674.552	13,16 %
12.261	1.115.032	90.000		1.205.032	0,49 %
12.262		280.000	6.750.000	7.030.000	2,83 %
12.263	31.080		6.750.000	6.781.080	2,73 %
12.264	915.636		500.000	1.415.636	0,57 %
12.281	656.071	5.150.000		5.806.071	2,34 %
123	1.154.745	200.000	-	1.354.745	0,55 %
12.310	88.840			88.840	0,04 %
12.330	103.200	200.000		303.200	0,12 %
12.340	850.956			850.956	0,34 %
12.350	104.250			104.250	0,04 %
12.382	7.500			7.500	0,00 %
130	9.317.520	1.526.700	21.400.000	32.244.220	12,98 %
13.010	613.700			613.700	0,25 %
13.020	7.570.296	718.100	1.150.000	9.438.396	3,80 %
13.030	485.134	808.600		1.293.734	0,52 %
13.040	161.406		20.250.000	20.411.406	8,22 %
13.081	482.721			482.721	0,19 %
13.096	4.262			4.262	0,002 %
TOTAL	70.123.387	18.198.858	160.002.136	248.324.381	100 %

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

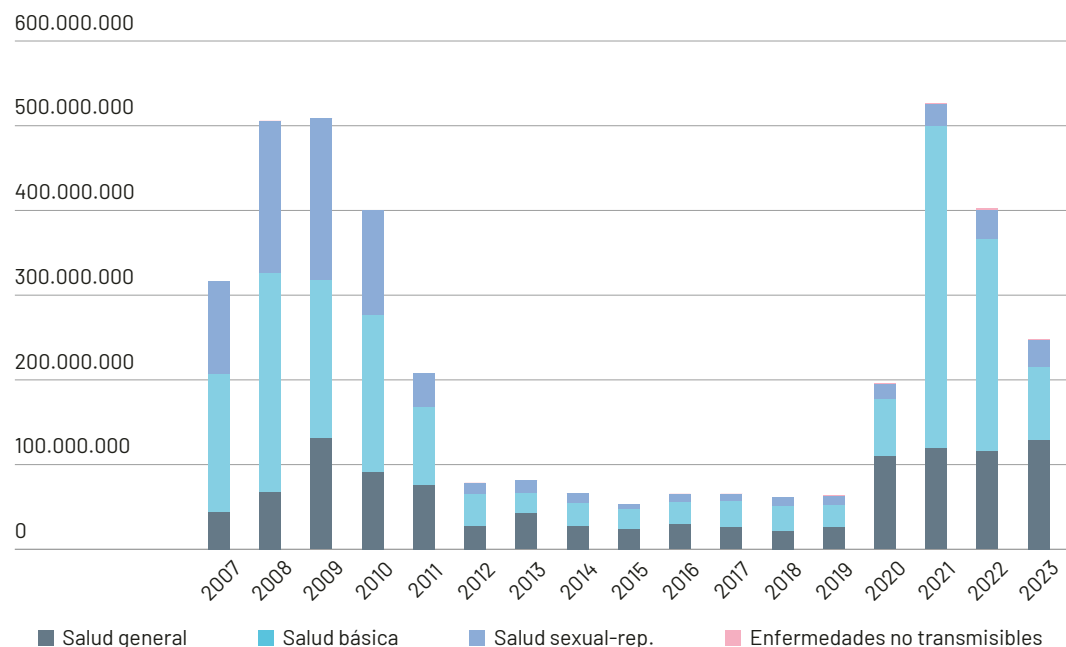
más globales de salud. Hay que priorizar el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud en todos sus niveles, priorizando la atención primaria de salud y garantizando la equidad en el acceso. El trabajo con los determinantes de salud es fundamental, aunque resulte complicado de medir con el sistema actual, ya que no está preparado para realizar un análisis afinado de la compleja realidad actual, donde los sectores de trabajo se entrecruzan muchas veces.

El gráfico 3.5. nos muestra la evolución a lo largo de los últimos 17 años de los subsectores de la salud. Después de la enorme subida de 2021, que consiguió superar las cifras máximas

destinadas a salud de 2008 y 2009, el monto destinado a este sector en 2022 disminuyó considerablemente, una tendencia que se afianza en 2023 un hecho preocupante, puesto que desaparece el impulso que el sector consiguió debido a la pandemia. Pero si algo ha enseñado esta pandemia es la necesidad de apostar por una salud global equitativa, y donde la cooperación sanitaria puede jugar un papel fundamental, algo que tiene que ser integrado en las futuras políticas de cooperación.

Si se analiza la evolución de la cooperación sanitaria se observa que lo que de verdad diferencia las cantidades que se destinaban entre

GRÁFICO 3.5. Evolución de la AOD bruta en salud por subsectores, 2007-2023



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

2007 y 2010, a las destinadas ahora, es el escaso papel que tiene en estos momentos la salud sexual y la salud reproductiva, a pesar de que incorpora la lucha contra el VIH/sida, y que sigue estando muy relacionada con la equidad de

género. En la necesaria redistribución de recursos en la era post-pandémica, es de esperar que la salud sexual y la salud reproductiva tengan el peso que deberían de tener en una cooperación que se declara feminista.

3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud

Como en anteriores ediciones de este informe, al analizar la distribución geográfica de la cooperación sanitaria española se comprueba que la gran cantidad de AOD en salud que no tiene asignación geográfica puede distorsionar el análisis final. En 2023 la ayuda no especificada por país o región geográfica se dispara hasta el 73,4 % del total, 30 puntos porcentuales más que en 2022. Este incremento viene dado por la enorme disminución de la ayuda bilateral, que tradicionalmente tenía una mayor asignación geográfica, a lo que se suma el descenso de la ayuda multilateral.

En 2023 la AOD distribuida geográficamente alcanzó los 66 millones de euros, disminuyendo un 71 % respecto al año anterior. Este descenso se da en todas las regiones, pero sobre todo se centra en los dos continentes que tradicionalmente reciben la mayor parte de los fondos de la cooperación sanitaria española: África y América. En cifras brutas, el mayor descenso se produce en la región americana, que disminuye más de 73 millones de euros, situándose en 27,2 millones de euros, perdiendo la posición predominante que tenía en 2022. Esa posición la

recupera África, que a pesar de disminuir más de 54 millones de euros respecto a 2022, recibe casi 31 millones de euros. Oriente Medio se mantiene en tercera posición con 5,4 millones de euros, pero también se reducen de forma considerable las aportaciones, pues en 2022 recibía 20,4 millones de euros. Les siguen Asia, con 1,7 millones y Europa, con menos de un millón de euros, cerrando la lista Oceanía con una aportación residual de casi 64.000 euros.

Si desglosamos por subregiones, a pesar del descenso en 50,2 millones de euros, África Subsahariana sigue siendo la zona geográfica más financiada en salud con 25,5 millones de euros. Las cifras absolutas destinadas al Norte de África también disminuyen de forma relevante, pasando de 12,6 millones de euros a 5,3 millones. Finalmente, como sucedía en los dos últimos años, la partida no especificada regional tiene una financiación marginal de apenas 42.000 euros.

En el continente americano, América del Sur continúa siendo la segunda subregión mundial que más dinero recibe de la cooperación sanitaria española, 16,5 millones, a pesar de un descenso de 46,6 millones de euros. América Central y Caribe es la siguiente subregión más financiada con 10,4 millones de euros, 26 menos que el año anterior. En esta región, las aportaciones a la partida de “No especificado” en la región alcanzan los 243.200 euros, una reducción del 41 %.

En la región de Asia, es el Sur de Asia quien recibe la mayor parte de los recursos, 1,3 millones, a lo que se suma una aportación residual a Asia Oriental de 30.000 euros. Finalmente, 243.200 euros se destinan a esta región, pero sin asignación geográfica, creciendo de forma relevante desde los 20.000 euros de 2022.

Aunque estas cifras son mucho menores que en 2022, su distribución vuelve a constatar la importancia que tiene África Subsahariana en la

TABLA 3.6. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2023

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2023	%
ÁFRICA	30.896.106	12,44 %
Norte de África	5.329.647	
África Subsahariana	25.523.615	
No especificado	42.844	
AMÉRICA	27.207.603	10,96 %
América Central y Caribe	10.450.388	
América del Sur	16.514.015	
No especificado	243.200	
ASIA	1.745.563	0,70 %
Asia Oriental		
Asia Central	30.278	
Sur de Asia	1.365.379	
No especificado	349.905	
OCEANÍA	63.681	0,03 %
ORIENTE MEDIO	5.274.418	2,12 %
EUROPA	887.277	0,36 %
PVD No Esp.	182.249.732	73,39 %
TOTAL	248.324.381	100 %

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

cooperación sanitaria española, algo que siempre se valora positivamente, ya que es donde mayores problemas de salud existen. Además, que la segunda región sea América también es positivo, ya que es el continente que sufre una mayor diferencia entre la población más rica y la más empobrecida y vulnerable, siendo el nivel económico uno de los mayores determinantes de salud.

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

5 El VI PD ha sufrido retrasos, por el adelanto electoral y la ausencia de gobierno posterior, por lo que el nuevo Plan Director empezará en 2024.

En 2023, teniendo en cuenta que se está “prorogando” el V Plan Director, los datos muestran que solamente el 25,8 % del total de la ayuda se especifica en función de las prioridades geográficas del V Plan Director. El resto no está especificado, y tiene mucho que ver con la parte destinada a multilateral que no puede ser desglosada. De estas cantidades especificadas geográficamente, el 77,1 % se destinó al conjunto de los países prioritarios, incluidos todos los países de asociación y los países de cooperación avanzada, mejorando un 18,8 % respecto a 2022. Esta mejora rompe la tendencia de los últimos años de reducir de forma muy significativa la importancia de los países que deberían de recoger la mayor parte de las aportaciones de la cooperación sanitaria española, algo que valoramos positivamente. Aun así, se aprecia cierta incoherencia en los datos cuya explicación puede ser múltiple: que el sector de la salud no esté tan centrado como la AOD general en los países prioritarios, que las prioridades geográficas definidas en el Plan Director en 2017 vayan cambiando en el tiempo, o que el trabajo de planificación en la cooperación española no tenga en cuenta las prioridades de actores relevantes, como pueden ser las CC. AA. o las EE. LL. Sería necesario, de cara a aumentar la previsibilidad de la ayuda e impacto de la misma, que una gran parte de la cooperación sanitaria española se oriente hacia no muchos países, algo que tiene que ser

TABLA 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2023

PRIORIDADES V PD	AOD SALUD 2023	%
Países de asociación renta media	28.407.912	44,20 %
Países de asociación menos avanzados	17.633.928	27,44 %
Países de cooperación avanzada	3.517.891	5,47 %
Otros países	14.714.111	22,89 %
TOTAL Especificada	64.273.843	100 %
No Especificada	184.050.538	

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

tenido en cuenta en la elaboración del próximo Plan Director, sin olvidar que puede haber un determinado porcentaje que puede destinarse hacia políticas sanitarias innovadoras en países no priorizados previamente, pero que puedan tener un beneficio para el conjunto de la cooperación sanitaria.

Si se analizan los niveles de renta de los países receptores, podemos observar que en 2023 no se mantiene la misma tendencia del año anterior. Si en 2022 eran los países de renta media alta los que recibían más fondos, en 2023 son los PMA (países menos avanzados) con 23,2 millones de euros, pero reduciendo su presupuesto en 40,8 millones de euros. Los países de renta media alta están en segundo lugar con 21,3 millones de euros, disminuyendo casi 67 millones respecto a 2022. Por último, y con una cantidad insuficiente aparecen los países de renta media baja con 19,5 millones, y una reducción también muy significativa del 75 % respecto a 2022. Finalmente, la financiación de los países de renta baja que no son PMA prácticamente desaparece, y en 2023 reciben solamente 78.000 euros.

Que en 2023 la cooperación sanitaria se oriente prioritariamente hacia los países empobrecidos, sobre todo PMA, es algo muy positivo, ya que se enfrentan a los mayores retos en salud. Pero si uniéramos los recursos destinados a todos los países de renta media, tanto de media alta como de media baja, supondrían más del 62 % del total de los recursos asignados geográficamente, lo que muestra la importancia que tienen tradicionalmente los países de renta media en la cooperación española. Por ese motivo, siempre pedimos que se asegure que esos fondos vayan a promover una mayor cobertura sanitaria de forma equitativa en esos países, priorizando el acceso y la participación de las capas más vulnerables de la sociedad.

De los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud en 2023, solamente un país repite respecto al año anterior, Guatemala; o lo que es lo mismo, de los 10 países que más AOD en salud recibieron en 2023, 9 no estaban en la

TABLA 3.8. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2023

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2023	%
PMA	23.259.644	9,37 %
Otros de renta baja	78.000	0,03 %
Renta media baja	19.561.893	7,88 %
Renta media alta	21.374.305	8,61 %
No especificado	184.050.538	74,12 %
TOTAL	248.324.381	100 %

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

lista de los más financiados en 2022 y respecto a 2021, solo entraría Bolivia. La ayuda sostenida permite a los países implementar programas a largo plazo que pueden mejorar la calidad de vida de las personas y evitar situaciones de crisis y desconfianza respecto a las alianzas que pueden establecer con países donantes.

Que la pandemia condicionó estrategias y planes es evidente. En 2021, año pandémico, los 10 países más financiados en salud recibieron 194 millones de euros, sólo 4 eran “País de Asociación”, todos en América Latina (Bolivia,

Colombia, Ecuador y Nicaragua); en 2022 año pandémico también, los 10 países más financiados en salud recibieron 154 millones de euros, 4 eran “País de Asociación” (Guatemala, Colombia, Ecuador y Nicaragua), todos en América Latina. En 2023, año en el que la crisis pandemia se da por finalizada y hay una vuelta a la normalidad, los 10 países más financiados en salud son “País de Asociación” y recibieron 39,8 millones de euros, apenas el 16 % de toda la ayuda sanitaria. Si el análisis lo hacemos en base a la AOD distribuida geográficamente, dejando fuera la no especificada, el conjunto de los 10 países más financiados absorbería el 62 % de la ayuda, 26 puntos menos que en 2022.

Es importante que la ayuda sea sostenida en el tiempo para que los países receptores conozcan los flujos de ayuda que van a recibir en los próximos años y puedan realizar sinergias con los presupuestos de los Ministerios de Salud, incrementando el impacto de sus programas. La predictibilidad de la cooperación sanitaria debe estar basada en una mejor planificación y en un dialogo abierto entre gobiernos, respetando la gobernanza pública local de salud.

TABLA 3.9. Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2023

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2023	CATEGORÍA V PD
Perú	8.958.278	País de Asociación de Renta Media
Mozambique	4.953.561	Países de Asociación Menos Avanzada
Mali	4.506.442	Países de Asociación Menos Avanzada
Bolivia	3.926.188	País de Asociación de Renta Media
Palestina	3.728.538	País de Asociación de Renta Media
Mauritania	3.082.980	Países de Asociación Menos Avanzada
Población saharahui	2.948.660	Otros países y territorios
Guatemala	2.820.768	País de Asociación de Renta Media
Senegal	2.645.784	Países de Asociación Menos Avanzada
El Salvador	2.278.138	País de Asociación de Renta Media

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

4 La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entes Locales

Una de las características principales de la política de cooperación al desarrollo española viene determinada por la importancia, cuantitativa y cualitativa, que aporta la cooperación autonómica y local. Esta cooperación, que calificamos como singular y diferencial, aporta indudables ventajas comparativas frente a otros actores de cooperación internacional, como es su influencia en la agenda política, su flexibilidad para poder asumir necesidades de poblaciones —que quedan fuera de las grandes políticas— o el hecho de facilitar la proximidad de la ciudadanía hacia las diferentes realidades que coexisten en el mundo.

4.1. La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada se mantiene como un elemento singular y diferenciador en positivo con respecto a la cooperación que realizan el resto de los países donantes. Sus ventajas no siempre se han sabido poner en valor, como su flexibilidad para poder asumir necesidades de poblaciones que quedan fuera de las grandes políticas, o el hecho de facilitar la proximidad de la ciudadanía hacia las diferentes realidades que coexisten en el mundo. Este tipo de cooperación engloba la que se realiza tanto desde los gobiernos autonómicos como desde las entidades locales (EE. LL.).

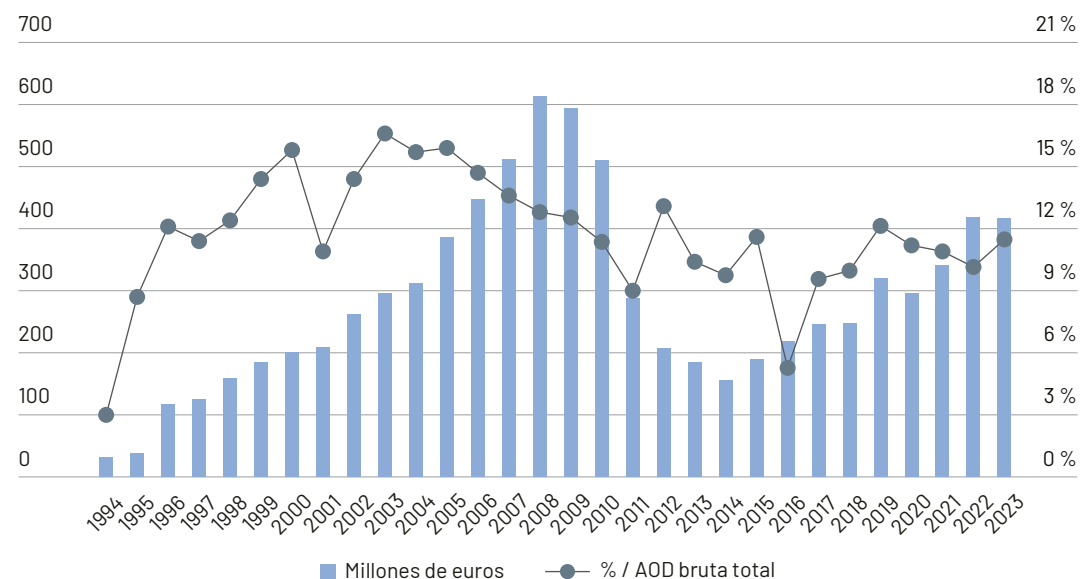
El año 2023 viene marcado por las elecciones generales, autonómicas y locales, así como por la aprobación de la nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo y la Solidaridad Global que determina una serie de reformas normativas y

Uno de los propósitos de este informe es poner en valor la cooperación que realizan las comunidades autónomas y las entidades locales, desde el análisis riguroso de los datos que proporciona DGPOLDES, datos que, si bien no siempre responden a un mismo patrón, sí son reflejo de una realidad, la que hace que la cooperación descentralizada añada valor a la cooperación española desde la heterogeneidad y diversidad. Este ejercicio requiere no solo analizar los datos sino también entenderlos; de ahí nuestro interés en clarificar cualquier discrepancia que pueda surgir, como es el caso de la codificación de los datos referidos a salud o a ayuda humanitaria, que son los que analiza este informe.

estructurales de gran calado para el futuro de la cooperación española. Las elecciones autonómicas de mayo de 2023 trajeron cambios significativos en varias comunidades. De las 12 donde se celebraron elecciones, siete tienen nuevos gobiernos: Comunidad Valenciana, Canarias, Cantabria, Baleares, Aragón, Extremadura y La Rioja. Y en otras cinco comunidades (Asturias, Navarra, Castilla-La Mancha, Murcia y la Comunidad de Madrid), el partido que gobernaba sigue en el poder. Los cambios en los gobiernos conllevan permutas en las prioridades por lo que deberemos estar atentos a los indicios de 2023 y a lo que suceda en 2024.

En 2023, tras dos años de incrementos importantes, la cooperación descentralizada disminuye sus cifras en un 0,56 %, apenas 2,4 millones de euros. Si bien en su conjunto se trata de un

GRÁFICO 3.6. Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA. + EE. LL.) en España 1994-2023



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

ajuste mínimo, romper una tendencia positiva no deja de ser una noticia preocupante que puede distraer la atención del compromiso del 0,7 %.

La evolución del conjunto de la cooperación descentralizada ha pasado por diferentes momentos. Hasta 2008 creció de manera constante. A partir de ese año, empieza un lento descenso que se acentuó enormemente a partir de 2011, cuando la crisis económica y las decisiones políticas hicieron que la cooperación pareciera una política prescindible. A partir de 2015 comienza una discreta recuperación, salpicada con algunos altibajos puntuales. El porcentaje que ha supuesto la cooperación descentralizada respecto del total de la AOD española ha sido también bastante irregular, alcanzado su valor más alto en 2004, y su valor más bajo (si se exceptúa el primer año del análisis, 1994) en 2016. A partir de 2019 la cooperación

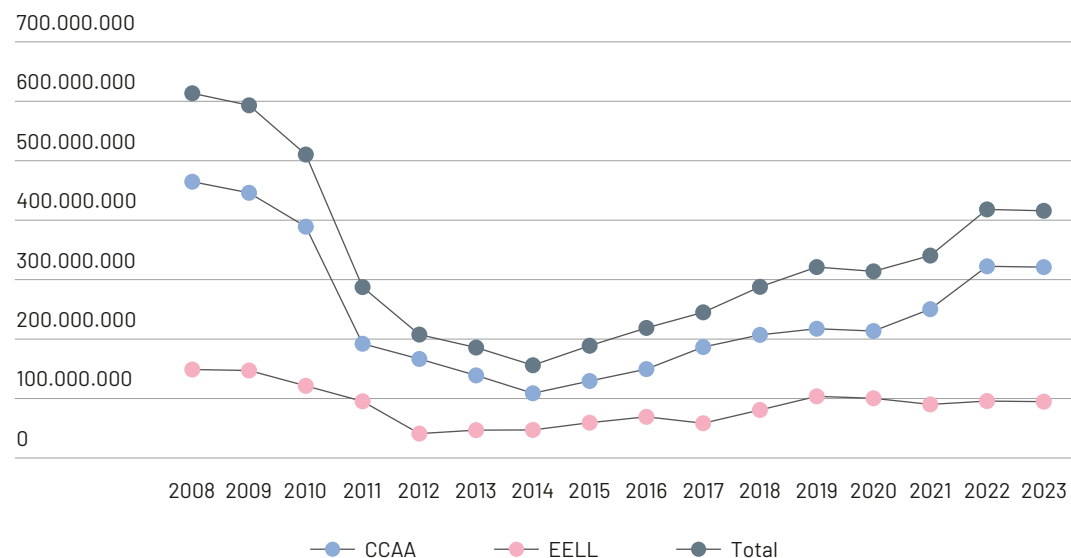
descentralizada vuelve a crecer si bien su peso en la cooperación española disminuye debido a que su ritmo de crecimiento era mucho más lento. Cuanto más crece la cooperación estatal, más se diluye la cooperación autonómica si esta no crece proporcionalmente al mismo ritmo que la de la AGE. En los últimos años, el peso de la AOD descentralizada se mueve en una horquilla que va del 10 % al 12 %, algo que debe ser valorado.

En 2023 el conjunto de la AOD descentralizada se sitúa en 415,7 millones de euros, 2,3 millones menos que en 2022. La cooperación descentralizada supone el 11,5 % del total de la AOD española, 1,4 puntos porcentuales más que en 2022. Este incremento no deja de ser un efecto estadístico provocado por el descenso de la cooperación estatal y el mantenimiento de la cooperación descentralizada.

El análisis desagregado de la cooperación autonómica y de las entidades locales, gráfico 3.7, muestra pequeñas diferencias en su evolución. La cooperación de los gobiernos autonómicos

mantiene un crecimiento consolidado desde 2014, interrumpido mínimamente en 2020 y en 2023. La cooperación de las entidades locales responde más a un patrón más errático, de dien-

GRÁFICO 3.7. Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2023



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

TABLA 3.10. AOD total autonómica 2019-2023

CC.AA.	AOD 2019	AOD 2020	AOD 2021	AOD 2022	AOD 2023	Diferencia 2023-2022
Andalucía	57.436.328	30.789.020	30.260.440	21.642.239	20.355.174	-1.287.065
Aragón	3.634.699	4.177.323	6.038.023	5.826.192	5.809.559	-16.633
Asturias	4.513.744	4.129.794	4.727.749	6.557.523	11.311.241	4.753.718
Baleares	5.530.712	5.316.891	6.428.807	6.259.307	6.178.584	-80.724
Canarias	969.157	2.209.442	2.688.727	3.652.626	655.118	-2.997.508
Cantabria	2.060.468	1.608.717	2.593.217	3.264.141	3.665.406	401.265
Castilla y León	4.414.390	4.384.650	5.037.110	4.438.105	7.055.502	2.617.397
Castilla-La Mancha	2.835.819	517.612	3.199.661	3.001.867	3.452.537	450.671
Cataluña	29.511.448	45.420.681	48.040.651	104.645.248	93.065.663	-11.579.584
C. Valenciana	28.606.109	32.093.436	46.929.238	61.979.949	66.852.207	4.872.259
Extremadura	8.194.952	8.343.899	11.606.945	11.936.696	11.206.377	-730.319
Galicia	6.606.027	6.978.818	8.079.526	8.388.378	9.335.461	947.083
La Rioja	1.546.639	2.055.866	2.973.838	3.099.341	2.608.787	-490.554
Madrid	4.042.719	4.567.238	4.685.194	4.817.392	4.913.380	95.988
Murcia	30.743	475.000	431.144	803.042	236.000	-567.042
Navarra	9.376.553	13.234.922	13.620.562	15.224.280	17.301.325	2.074.045
País Vasco	48.115.948	47.234.466	52.997.561	56.863.087	57.028.711	165.624
TOTAL	217.426.454	213.537.775	250.338.391	322.399.413	321.031.033	-1.368.381

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

tes de sierra, con pequeñas fluctuaciones como la que se da en 2023.

En la tabla 3.10. podemos ver la procedencia de los 321.035.282 euros destinados por los Gobiernos autonómicos a cooperación. En su conjunto, la cooperación autonómica representa el 77,2 % del total de la cooperación descentralizada, un porcentaje similar al que tenía en 2022. En 2023, al igual que en años anteriores, todas las CC. AA. han destinado fondos a cooperación.

En cifras absolutas, al igual que sucediera en 2022, con 93 millones de euros Cataluña es la comunidad autonómica que más fondos destina a cooperación, reduciendo en 11,5 millones la cantidad que consignó en 2022. Le sigue la Comunidad Valenciana con 66,8 millones y un incremento de 4,8 millones, País Vasco con 57 millones y un incremento de poco más de 165 mil euros; Andalucía con 20,3 millones y unos recortes que superan el 1,2 millón de euros. Navarra, con 17,3 millones, mantiene su apuesta por aumentar sus partidas de cooperación de los últimos años. El conjunto de estas 5 CC. AA. concentra el 77 % de toda la AOD autonómica, un punto más que en 2022.

La heterogeneidad entre las CC. AA. es un argumento recurrente para explicar su comportamiento. En 2023 son siete las CC. AA. que recortan su presupuesto en cooperación y diez las que lo aumentan. Como ya hemos mencionado, Cataluña con recortes por encima de los 11 millones de euros (11,07 %) es la que más reduce su cooperación, seguida de Canarias, que rompe su tendencia al alza de los últimos años y disminuye en casi 3 millones de euros (82,06 %) y Andalucía con recortes por encima del 1,2 millón de euros (5,95 %). A nivel porcentual destacan también los recortes aplicados por Murcia (70,61 %), La Rioja (15,83 %) y Extremadura (6,12 %).

Las comunidades que más aumentan su cooperación son la Comunidad Valenciana y Asturias, con 4,8 (7,86 %) y 4,7 (72,49 %) millones respectivamente. Les siguen Castilla y León con 2,6 millones, Castilla-La Mancha un 15 % (450 mil euros), Navarra un 13,67 % (2 millones), Cantabria un 12,29 % (400 mil euros), Galicia un 11,29 % (947 mil euros) y Comunidad Valenciana un 7,8 % (4,8 millones de euros). Como se puede observar, no existe una relación directa entre la riqueza

TABLA 3.11. % AOD Comunidades Autónomas y AOD por habitante 2023

CC. AA.	AOD 2023	Presupuesto CC. AA.	% AOD	Población 2023	AOD x hab
Andalucía	20.355.174	41.077.207.630	0,050 %	8.631.981	2,36
Aragón	5.809.559	7.800.013.830	0,074 %	1.350.124	4,30
Asturias	11.311.241	5.903.686.960	0,192 %	1.009.548	11,20
Baleares	6.178.584	7.133.371.720	0,087 %	1.232.500	5,01
Canarias	655.118	11.059.201.630	0,006 %	2.239.523	0,29
Cantabria	3.665.406	3.507.353.720	0,105 %	591.274	6,20
Castilla y León	7.055.502	12.752.807.820	0,055 %	2.391.466	2,95
Castilla-La Mancha	3.452.537	11.571.457.310	0,030 %	2.102.797	1,64
Cataluña	93.065.663	47.156.286.930	0,197 %	8.023.743	11,60
C. Valenciana	66.852.207	28.959.359.590	0,231 %	5.322.272	12,56
Extremadura	11.206.377	7.162.130.880	0,156 %	1.053.700	10,64
Galicia	9.335.461	14.154.837.620	0,066 %	2.706.577	6,59
La Rioja	2.608.787	1.898.969.370	0,137 %	324.142	8,05
Madrid	4.913.380	28.142.467.640	0,017 %	7.004.389	0,70
Murcia	236.000	7.770.713.380	0,003 %	1.570.183	0,15
Navarra	17.301.325	5.748.951.170	0,301 %	678.354	25,50
País Vasco	57.028.711	14.314.935.460	0,398 %	2.228.278	25,59
TOTAL	321.031.033	256.113.752.660	0,125 %	48.460.851	6,62

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE LOS DATOS DE [HTTPS://SERVICIOSTELEMATICOSEXT.HACIENDA.GOB.ES/SGCIEF/PUBLICACIONPRESUPUESTOS/ASPX/MENUREP.ASPX](https://serviciostelematicosextr.hacienda.gob.es/SGCIEF/PUBLICACIONPRESUPUESTOS/ASPX/MENUREP.ASPX) PARA LOS DATOS DE PRESUPUESTOS, Y DE [HTTPS://DATOSMACRO.EXPANSION.COM/DEMOGRAFIA/POBLACION/ESPAA-COMUNIDADES-AUTONOMAS?ANIO=2023](https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/espaa-comunidades-autonomas?anio=2023) PARA LOS DATOS DE POBLACIÓN

económica de una comunidad y su aportación en cooperación, lo que afianza la idea de que es cuestión de solidaridad y voluntad política.

Al calcular el porcentaje que las comunidades autónomas destinan a cooperación al desarrollo respecto a su presupuesto total, observamos que el conjunto de las CC. AA. destina el 0,125 %, 5 décimas menos que en 2022. Los datos responden a una gran heterogeneidad que van del 0,39 % del País Vasco o el 0,30 % de Navarra, ambas por encima de la media de la AGE, al 0,03 % de Murcia o el 0,017 % de la Comunidad

de Madrid que cuenta con el cuarto mayor presupuesto autonómico.

Si analizamos la AOD por habitante y año, destaca nuevamente País Vasco y Navarra con 25,5 euros; A continuación, estaría la Comunidad Valenciana con 12,5 euros, Catalunya con 11,6 euros, Asturias con 11,2 euros, Extremadura con 10,6 euros y La Rioja con 8 euros, todas ellas por encima de la media que está en 6,62 euros. Por debajo comunidades como Galicia, Andalucía, Madrid, Aragón, Baleares, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Murcia o Canarias.

4.2. La AOD descentralizada en salud

La salud sigue siendo uno de los sectores prioritarios de la cooperación descentralizada, siendo su peso equivalente al 12,05 % del total de la AOD descentralizada que asciende a 415,7 millones de euros. Las comunidades autónomas y las entidades locales dedicaron a salud 48.476.616 euros, incrementando un 11,7 % (5.073.635 euros) lo destinado en 2022.

El peso que la cooperación descentralizada da a la salud supera la media de lo destinado por los países del CAD, 11,98 %, y supera con creces el escaso 6,9 % que destina la cooperación estatal, insuficiente a todas luces para atender los principales problemas de salud global.

Por comunidades autónomas, Cataluña es la comunidad que más fondos destina a salud, 15,8

TABLA 3.12. AOD descentralizada total en salud, 2019-2023

CC. AA.+EE. LL.	AOD salud 2019	AOD salud 2020	AOD salud 2021	AOD salud 2022	AOD salud 2023
Andalucía	8.328.935	4.752.483	7.878.774	3.243.632	3.752.008
Aragón	663.338	1.252.482	1.391.783	789.891	759.294
Asturias	426.231	859.813	841.334	1.192.329	1.167.212
Baleares	824.607	880.667	1.212.856	1.021.523	1.199.155
Canarias	225.925	3.071.963	1.787.226	978.280	2.352.072
Cantabria	153.796	139.257	473.267	465.440	677.745
Castilla y León	567.207	760.541	659.772	678.347	1.736.925
Castilla-La Mancha	659.579	381.468	1.314.985	856.188	596.782
Cataluña	6.603.509	6.361.865	5.649.874	13.114.749	15.810.775
C. Valenciana	2.325.832	4.348.987	7.313.747	8.392.324	8.478.359
Extremadura	491.831	1.181.736	1.290.204	2.447.007	955.644
Galicia	1.061.898	1.224.558	1.401.464	1.521.471	1.599.920
La Rioja	280.897	100.000	462.449	302.752	225.768
Madrid	1.022.862	1.220.725	715.515	746.266	734.712
Murcia	20.000	56.390	158.463	331.942	46.500
Navarra	2.705.500	3.818.184	4.187.804	4.836.886	5.949.074
País Vasco	1.812.515	1.041.815	2.218.793	2.483.956	2.434.672
TOTAL	28.174.464	31.452.935	38.958.312	43.402.981	48.476.616

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

millones de euros, el 32,6 % del total de la AOD descentralizada en salud, aumentando 2,7 millones respecto a 2022. La Comunidad Valenciana mantiene el segundo lugar con 8,4 millones de euros, una cifra muy similar a la de 2022. El conjunto de las instituciones navarras se sitúa en tercer lugar con 5,9 millones, incrementando un 23 % respecto a 2022. Las instituciones andaluzas, con 3,7 millones de euros estarían en cuarto lugar, aumentando medio millón de euros. País Vasco mantiene el quinto lugar con algo más de 2,4 millones de euros.

La **distribución subsectorial** de la cooperación descentralizada en salud no sigue como

otros años las pautas de la cooperación estatal, seguramente por la gran disminución de la ayuda bilateral estatal.

La salud básica sigue siendo el subsector más financiado con el 62,21 %, 5,7 puntos porcentuales más que en 2022. Éste es un porcentaje 27,7 puntos por encima del 34,5 % que destina la cooperación estatal. La salud general, aunque crece en unos 400.000 euros respecto a 2022, se mantiene en segunda posición con 11,1 millones de euros, representando el 22,9 % del total, 29 puntos por debajo del 52 % destinado por la cooperación estatal. La salud sexual y reproductiva ocupa el tercer lugar con 6,1 millones de euros,

TABLA 3.13. AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2023

CAD	CRS		AOD 2023	Porcentaje
121		Salud general	11.117.551	22,93 %
	12110	Pol. sanitaria y Gestión administrativa	6.057.736	12,50 %
	12181	Enseñanza y Formación médicas	781.343	1,61 %
	12182	Investigación médica	1.209.000	2,49 %
	12191	Servicios médicos	3.069.472	6,33 %
122		Salud básica	30.154.887	62,21 %
	12220	Atención sanitaria Básica	19.104.874	39,41 %
	12230	Infraestructura sanitaria básica	2.004.848	4,14 %
	12240	Nutrición básica	5.169.008	10,66 %
	12250	Control enfermedades infecciosas	1.446.066	2,98 %
	12261	Educación sanitaria	802.923	1,66 %
	12262	Control de la malaria		0,00 %
	12263	Control de la Tuberculosis	31.080	0,06 %
	12264	Control COVID	1.385.636	2,86 %
	12281	Formación personal sanitario	210.450	0,43 %
123		Enfermedades no transmisibles	1.111.545	2,29 %
	12310	Control ENT general	88.840	0,18 %
	12320	Control consumo de tabaco		
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	60.000	0,12 %
	12340	Promoción de la salud mental	850.956	1,76 %
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	104.250	0,22 %
	12382	Investigación en prevención y control ENT	7.500	
130		Salud sexual y reproductiva	6.092.633	12,57 %
	13010	Pol. Población y gestión administrativa	441.250	0,91 %
	13020	Atención en S.R.	5.047.016	10,41 %
	13030	Planificación Familiar	330.828	0,68 %
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	130.850	0,27 %
	13081	Formación RRHH en población y SR	138.427	0,29 %
	13096	Estadísticas y datos de población	4.262	0,01 %
TOTAL			48.476.616	100 %

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

el 12,5 % del total, disminuyendo en 1,3 millones de euros respecto a 2022. Las enfermedades no transmisibles (ENT), al igual que en la cooperación estatal, apenas tiene presencia, aunque aquí alcanzan el 2,3 % del total de la ayuda sanitaria.

Si el análisis lo hacemos en base a los códigos CRS, la cooperación descentralizada se comporta de manera similar a años precedentes, marcando diferencias con la cooperación estatal. El componente más financiado es el código CRS 1220 (atención sanitaria básica), que aumenta 6,4 puntos porcentuales y supone el 39,4 % de toda la salud descentralizada, cuando a nivel estatal apenas alcanzaba el 8,83 %. En segundo lugar, aparece el código CRS 12110 (apoyo a las políticas sanitarias) con el 12,5 %, que es el más financiado a nivel estatal. En tercer lugar, aparece la nutrición básica con el 10,66 %, y muy cerca se coloca el componente CRS 13020 (atención en salud reproductiva), con el 10,41 %. La suma de estos 4 componentes supone el 72,98 % del total de la cooperación sanitaria descentralizada, y los 21 componentes restantes suman el 27,02 %, lo que vuelve a indicar una concentración sectorial

importante de la cooperación descentralizada sanitaria, algo que consideramos positivo en términos de impacto.

Geográficamente la AOD descentralizada en salud tampoco sigue los mismos patrones que la estatal. La partida no especificada geográficamente se sitúa en 3,9 millones, lo que implica un descenso de 6,2 millones respecto a 2022, descenso motivado por la escasa aportación a programas globales como puede ser la COVID-19.

América recibe 20,8 millones, el 42,92 % de la AOD sanitaria, siendo la región Sur, con un crecimiento del 240 % respecto a 2022, 14,4 millones, la que más recibe, casi el 30 % del total de la AOD sanitaria. África recibe 16,5 millones, el 34,16 % siendo el África Subsahariana la región más favorecida con 12,6 millones de euros, aumentando en millón y medio las cifras de 2022, lo que supone el 26 % de toda la ayuda descentralizada sanitaria. Asia con 1,7 millones recibe el 3,56 %, siendo el Sur de Asia la zona más beneficiada con 1,3 millones. Por su parte Oriente Medio recibe el 10,16 % lo que equivale a 4,9 millones y Europa se queda en 423.404 euros.

4.2.1. LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

En 2023 la cooperación autonómica ha financiado 2.142 acciones de cooperación, **68 más que en 2022**. De estas acciones, 230, el 10,7 % son de salud, un porcentaje similar a los dos años anteriores. El coste medio de los proyectos de salud financiados ha sido de 176.923,4 euros.

Los 40.692.391 euros desembolsados por las CC. AA. en cooperación sanitaria, supone el 83,9 % de toda la AOD en salud descentralizada, 1,7 puntos porcentuales menos que en 2022.

El crecimiento de las cifras absolutas refleja el peso de la salud respecto al resto de sectores, que sube 1,18 puntos porcentuales, quedándose en un 12,68 %, una cifra que está dentro de lo razonable. Para la cooperación autonómica el sector de la salud siempre ha sido una prioridad, a pesar de las fluctuaciones regulares en los datos agregados del conjunto de las comunidades, sin una tendencia clara al aumento o a la disminución.

Cuando pixelamos la foto de grupo, vemos la heterogeneidad que existe entre las diferentes comunidades. Siete de las 17 CC. AA. destinan más de un millón de euros a salud, concentrando el 88,7 % del total destinado a salud. Destaca Cataluña, que sigue subiendo tanto en cifras absolutas como en importancia relativa. En 2023 ha destinado a salud 15,1 millones de euros, 2,7 millones más que en 2022, el 37,1 % de toda la salud autonómica. Le sigue la Comunidad Valenciana, con casi 7,9 millones, 400.000 euros más que en 2022, Navarra con 5,5 millones de euros, incrementa su partida de cooperación sanitaria en un millón de euros, Andalucía, que se coloca en cuarto lugar, frenando sus caídas de los últimos años y destinando 2,9 millones de euros, unos 800.000 euros más que en 2022 y Castilla y León con 1,5 millones y un incremento de 1,2 millones. Completan esta lista Galicia y País Vasco que destinan poco más de 1,5 millones a salud.

En 2023 la variabilidad y heterogeneidad sigue siendo la norma, como en años anteriores. 8 CC. AA. bajan sus presupuestos en AOD sanitaria,

destacando en negativo el Gobierno de Murcia que no destina recursos a cooperación sanitaria, eliminando los casi 300.000 euros que destinó en 2022. Además de Murcia, si nos fijamos en las cifras absolutas, tres CC. AA. reducen sustancialmente sus aportes a salud; concretamente Extremadura, que disminuye sus apartaciones en más de 1,5 millones de euros, Canarias reduce 664.573 y Aragón 452.853 euros. El resto de CC. AA. que reducen sus aportaciones a salud, La Rioja, Baleares y Asturias, lo hacen en menos de 100.000 euros.

Las fluctuaciones bruscas en la asignación de fondos a un sector, dificulta la planificación de los países receptores al no saber con certeza cuándo y cuánto apoyo recibirán. La continuidad en la asignación de recursos permite una implementación más coherente de políticas y programas; además, fomenta la confianza entre los donantes y los receptores, lo que puede mejorar sustancialmente la efectividad de la ayuda.

Son 9 las CC.AA. que están en la media o por encima de la media de lo que en conjunto destinan las comunidades a salud, que es el 12,68 %. En concreto, Navarra con el 32 %, Canarias con el 27,46 %, Castilla y León con el 21,28 %, Cantabria con el 17,1 %, Galicia con el 16,57 %, Cataluña con el 16,2 %, Andalucía un 14,71 %, Baleares 14,69 % y Madrid el 13,53 % de su AOD. Cerca de la media, aunque por debajo estaría Comunidad Valenciana con el 11,8 %.

Llama la atención el poco peso que tradicionalmente tiene el sector de la salud en la cooperación del País Vasco, la comunidad que cuenta con el tercer mayor presupuesto de cooperación autonómica y que más ha puesto en valor su sistema público de salud, Osakidetza. La cooperación cobra sentido cuando entre otras circunstancias aporta valor y no deja de ser una contradicción que la cooperación en salud sea algo residual para la comunidad que mejores indicadores arroja en salud. En 2023 la cooperación en salud del País Vasco apenas representó el 2,6 % según los datos reportados a cooperación española.

TABLA 3.14. AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2023

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2022	%
ÁFRICA	16.560.641	34,16 %
Norte de África	3.898.075	
África Subsahariana	12.619.722	
No especificado	42.844	
AMÉRICA	20.804.489	42,92 %
América Central y Caribe	6.326.125	
América del Sur	14.478.364	
No especificado		
ASIA	1.724.025	3,56 %
Asia Oriental		
Asia Central	30.278	
Sur de Asia	1.362.554	
No especificado	331.192	
OCEANÍA	63.681	0,13 %
ORIENTE MEDIO	4.924.418	10,16 %
EUROPA	423.404	0,87 %
PVD No Esp.	3.975.959	8,20 %
TOTAL	48.476.616	100 %

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

TABLA 3.15. AOD en salud de las CC. AA., 2019-2023

CC. AA.	AOD salud 2019	AOD salud 2020	AOD salud 2021	AOD salud 2022	AOD salud 2023	% AOD a salud 2023
Andalucía	7.250.697	3.293.646	6.721.701	2.087.440	2.993.979	14,71 %
Aragón	603.388	590.828	670.009	737.789	284.936	4,90 %
Asturias	261.000	530.884	691.617	667.258	604.286	5,34 %
Baleares	824.607	817.106	1.017.211	975.701	907.360	14,69 %
Canarias	181.933	1.354.914	768.511	844.442	179.869	27,46 %
Cantabria	139.379	139.257	446.117	414.947	629.562	17,18 %
Castilla y León	435.108	271.324	181.589	268.025	1.501.661	21,28 %
Castilla-La Mancha	424.396	87.000	827.943	451.460	250.000	7,24 %
Cataluña	6.339.830	5.192.702	4.895.905	12.475.930	15.125.680	16,25 %
C. Valenciana	1.937.348	3.998.893	7.073.253	7.591.523	7.888.632	11,80 %
Extremadura	351.831	910.228	1.114.407	2.349.995	833.632	7,44 %
Galicia	1.010.226	1.212.558	1.374.816	1.478.971	1.546.895	16,57 %
La Rioja	280.897	100.000	462.449	302.752	225.768	8,65 %
Madrid	905.802	962.308	490.733	409.324	664.712	13,53 %
Murcia		21.900	30.000	293.942		0,00 %
Navarra	2.416.075	3.397.405	3.694.796	4.468.503	5.541.809	32,02 %
País Vasco	1.435.808	613.633	913.125	1.383.037	1.513.610	2,65 %
TOTAL	24.798.325	23.494.586	31.374.181	37.201.039	40.692.391	12,68 %

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

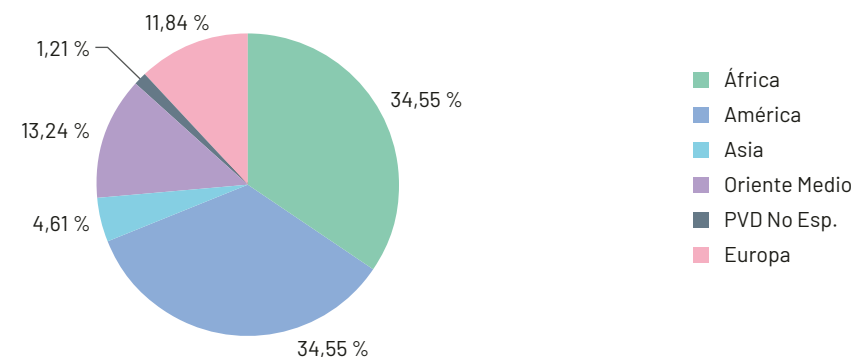
El País Vasco es una comunidad que cuenta con un elevado presupuesto para cooperación, pero que tiene unas prioridades sectoriales que afectan directamente al análisis de su cooperación sanitaria, y que explica en parte ese porcentaje⁶.

Dado el peso que tiene la salud autonómica en el conjunto de la cooperación descentralizada, no es de extrañar que el análisis geográfico de la AOD sea similar al conjunto de la cooperación descentralizada. La AOD sanitaria sin asignación geográfica se queda por debajo del 10 %, cuando es más del 73 % en la cooperación estatal, por lo que este análisis es mucho más

preciso que el del conjunto de la cooperación española. El continente que más cooperación sanitaria recibe sigue siendo, como es tradicional, América, con un 46,62 % y un crecimiento de 14,7 puntos porcentuales respecto a 2022. África, por tercer año consecutivo, se sitúa en segundo lugar con el 28,18 % y un creciendo más discreto de 2,7 puntos porcentuales. En tercer lugar, estaría Oriente Medio con un 10,79 %, 1,1 puntos porcentuales más. Europa, que tenía 1,7 millones en 2022, se queda en 402.404 euros, una reducción que, al igual que su aumento, ha estado muy condicionado por la guerra en Ucrania.

6 La Agencia Vasca de Cooperación para el Desarrollo a la hora de asignar códigos CRS a las intervenciones acompañadas, asigna un código CRS en coherencia con sus prioridades estratégicas. Así, algunas iniciativas —especialmente aquellas vinculadas con la incidencia con relación a los derechos sexuales y reproductivos; es decir, que no responden a atención sanitaria— se consideran iniciativas de empoderamiento de mujeres / derechos humanos y no de salud. Y a esas iniciativas no se les asigna un código CRS de salud, sino un código CRS vinculado con gobierno y sociedad civil (por ejemplo, 15170 o 15180). Tomando como referencia únicamente las iniciativas con CRS de salud, como se muestra en la tabla, el Gobierno Vasco desembolsó en 2023 en ese sector un total de 1.513.610,00 euros. Sin embargo, a esa cantidad se le podrían sumar otras acciones provenientes de iniciativas que no tienen CRS de salud, pero que sí contribuyen a los derechos sexuales y reproductivos. Se trata de iniciativas, en su mayoría, con código CRS de gobierno y sociedad civil y etiquetadas con la meta ODS 5.6 relativa a asegurar el acceso salud sexual y reproductiva y derechos reproductivos. Teniendo en cuenta ambas aproximaciones (tanto las iniciativas con CRS de salud como las iniciativas que contribuyen a la meta ODS 5.6 sin tener un CRS de salud) el total desembolsado sería mayor.

GRÁFICO 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2023



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

TABLA 3.16. AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2023

CAD	CRS		AOD 2023
121		Salud general	10.033.086
	12110	Pol. sanitaria y Gestión administrativa	5.818.884
	12181	Enseñanza y Formación médicas	722.860
	12182	Investigación médica	1.149.000
	12191	Servicios médicos	2.342.342
122		Salud básica	25.328.529
	12220	Atención sanitaria básica	17.532.288
	12230	Infraestructura sanitaria básica	1.180.080
	12240	Nutrición básica	3.433.133
	12250	Control enfermedades infecciosas	1.039.919
	12261	Educación sanitaria	605.045
	12262	Control de la malaria	
	12263	Control de la Tuberculosis	31.080
	12264	Control del COVID-19	1.366.984
	12281	Formación personal sanitario	139.999
123		Enfermedades no transmisibles	261.164
	12310	Control ENT general	
	12320	Control consumo de tabaco	
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	60.000
	12340	Promoción de la salud mental	100.664
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	93.000
	12382	Investigación en prevención y control ENT	7.500
130		Salud sexual y reproductiva	5.069.613
	13010	Pol. Población y Gestión administrativa	386.250
	13020	Atención en S.R.	4.323.747
	13030	Planificación Familiar	318.828
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	
	13081	Formación RRHH en población y S.R.	40.789
TOTAL			40.692.391

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

La salud básica crece en 4,3 millones de euros y es el subsector que más financiación recibe, 25,3 millones de euros, lo que supone el 62,2 % del total. El segundo subsector más financiado es la salud general con 10 millones de euros, casi el 23 % de toda la AOD sanitaria. La salud sexual y reproductiva, aunque sigue siendo el tercer subsector más financiado, reduce sus montos en casi 800.000 euros. Por último, las enfermedades no transmisibles, después del crecimiento de 2022, vuelve a reducir su presencia y se queda en 261.614 euros, lo que supone un 41,5 % menos.

Si analizamos los componentes CRS de la cooperación autonómica en salud, observamos que no solo se mantiene una elevada concentración en pocos componentes, sino que esa concentración se intensifica. Concretamente, 4 componentes de los 24 que cubren los subsectores de salud suponen el 76,45 % de toda la inversión en salud autonómica, 5,5 puntos porcentuales más que en 2022. Debemos destacar el componente de atención sanitaria básica, que en 2022 suponía el 36,1 % del total, y en 2023 alcanza el 43,08 %, casi 7 puntos porcentuales más. Las políticas sanitarias se sitúan en el segundo lugar con un 14,3 %, creciendo 2,8 puntos porcentuales; y la atención en salud reproductiva recibe el 10,63 %. Cierra este cuarteto la nutrición básica, que absorbe el 8,8 % del total.

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

4.2.2. LA AOD DE EE. LL. EN SALUD

En 2023 el conjunto de las EE. LL. financiaron 2.634 acciones de cooperación, 17 menos que en 2022. De estas, 296 se destinaron a salud, 12 menos que en 2022. El descenso en el número de

acciones financiadas tiene que ver con la reducción en casi un millón de euros en el total de la cooperación de las EE. LL.

De los 94.746.936 euros que las EE. LL. destinaron a cooperación para el desarrollo, 7.784.225 euros, el 8,21 % lo destinaron a salud, un 25,5 % más que en 2022. Del total destinado a salud por la cooperación descentralizada, 48,4 millones, las EE. LL contribuyen con el 16 %.

Como hemos comentado en años anteriores, los datos de las EE. LL. están condicionados por la dificultad de desagregar las aportaciones de los municipios de menos de 100.000 habitantes. En 2023 la cifra que no se ha podido desagregar por sectores o zonas geográficas asciende a 11,4 millones de euros, un 12 % del total de la AOD local. Esta cifra es apenas 400.000 euros menos que el año anterior y puede potencialmente alterar los resultados finales del análisis.

Asumiendo únicamente las cantidades que están desagregadas, el peso de la salud en el conjunto de la AOD alcanzaría solamente el 9,34 % del total de la AOD local, una cifra que es tres puntos porcentuales más que en 2022. Este porcentaje está por debajo de lo que destinan los gobiernos autonómicos y fuera del rango entre el 12 y 15 % que reclamamos para salud a todas las instituciones; pero por encima de lo que destina la cooperación estatal.

La ayuda que las EE. LL. destinan a salud sigue siendo muy heterogénea, ya que se dedica principalmente a iniciativas pequeñas y muy locales. En 2023 la media de estas acciones alcanzó los 26.298 euros, 6.612 euros más por acción en salud que en el año 2022. Como ya hemos explicado en anteriores informes, esta cooperación se dirige principalmente hacia acciones puntuales que no suelen tener continuidad, pero que cubren huecos que no atienden las grandes políticas internacionales de cooperación, y que también necesitan de atención. El mayor problema que tiene la cooperación local suele ser una falta de planificación a medio plazo que provoca muchas variaciones, pero que, como también suele pasar en la cooperación autonómica, están

determinadas por las necesidades detectadas por la sociedad civil, lo que asegura la pertinencia de las acciones. Esta forma de actuar provoca muchas variaciones en los datos y hace que las EE. LL no puedan tener un perfil propio.

En 2023, si bien repiten de la lista del año anterior siete de las diez EE. LL. que más se comprometieron con la salud, hay algunos cambios significativos. El más relevante es la asignación de más de 2 millones realizada por el Cabildo Insular de Gran Canaria, recuperando un protagonismo que no había tenido en los últimos años. Destacar también el compromiso de los ayuntamientos de Barcelona, Gijón, Zaragoza, Pamplona, Valencia, así como del Consell Insular de Mallorca y las Diputaciones de Gipuzkoa, Bizkaia y Jaén.

La diversificación retrocede en 2023 respecto a 2022. Las 10 EE. LL que más fondos destinan a cooperación en salud, concentran el 58,5 %, 4,5 millones, 1,8 millones más que en 2022. El 41,5 % restante lo aportan 69 EE. LL, 11 menos que en 2022. Es cierto que supone una gran atomización de la ayuda sanitaria, pero consideramos muy positivo el hecho de que las entidades locales sigan apostando por la cooperación en salud, y que se cubran aquellas necesidades locales que no suelen recibir la atención de las grandes políticas de cooperación. No obstante, para mejorar este tipo de cooperación sanitaria, se deberían de promover iniciativas locales para marcos temporales más largos, de varios años,

TABLA 3.17. EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2023

EE. LL.	AOD salud 2023
Consejo Insular G. Canaria	2.038.613
Ayto. Barcelona	377.077
Ayto. Gijón	354.322
Dip. Foral Gipuzkoa	343.558
Dip. Foral Bizkaia	295.000
Ayto. Zaragoza	248.302
CIM Mallorca	244.784
Ayto. Pamplona	240.726
Ayto. Valencia	232.914
Dip. Jaén	184.244

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

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

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

El interés de España por los ODS viene de 2015 si bien no será hasta 2017 que tome impulso con la creación del Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030. Un año después, el Consejo de Ministros aprobó el “Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030”, con participación de todos los Ministerios, de las CC. AA., las EE. LL. y las organizaciones sociales. En 2020 se realizó el primer “informe de progreso para alcanzar los objetivos de desarrollo”, muy condicionado por la aparición de la COVID-19. A partir de ese año, se vienen realizando informes anuales, el último 2023⁷. En el informe de 2022 se aseguraba que España “aspira a ser un referente en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y en la implementación de la Agenda 2030”. En el de 2023 se asegura que “... a lo largo de estos cuatro años, España ha dado un verdadero salto de gigante en lo que a la aplicación de la Agenda 2030 se refiere”, y considera que fue la “Estrategia de Desarrollo Sostenible” (2021) la que ha servido como hoja de ruta para poder conseguir estos avances, comenzando una transformación profunda de los modelos productivo y social más justos y sostenibles en España, que se adapten mejor a la nueva realidad imperante. También aclara que desde 2015 ha habido más luces que sombras en la consecución de la Agenda 2030.

En el “Informe sobre Desarrollo Sostenible 2024” del Sustainable Development Solutions Network⁸, donde se compara la evolución en el cumplimiento de los ODS de los diferentes países del mundo, podemos observar las dificultades que se están teniendo para cumplir con los ODS. En este informe se asegura que solamente

el 16 % de las metas de los ODS están en vías de cumplirse a nivel mundial para 2030, y el 84 % restante muestra un progreso limitado o incluso retrocesos. Las cinco metas de los ODS en las que la mayor proporción de países muestra una reversión del progreso desde 2015 son: la tasa de obesidad (en el marco del ODS 2), la libertad de prensa (en el marco del ODS 16), la lista de especies en peligro de extinción (en el marco del ODS 15), la gestión sostenible del nitrógeno en agricultura (en el marco del ODS 2) y la esperanza de vida al nacer (en el marco del ODS 3). En este listado, España aparece en el puesto 14 de 167 países, con una puntuación de 80,7 sobre 100, prácticamente la misma puntuación que en 2022, aunque mejorando dos puestos. El único ODS que ha mejorado significativamente en 2023 es el ODS 5 de equidad de género, si bien otros 9 mejoran ligeramente, entre ellos el ODS 3 de salud, y el resto se mantienen. Esto significa que, a pesar del buen comportamiento de España, aún hay que hacer muchos esfuerzos en los próximos años para cumplir con todas las metas de los ODS en 2030, algo que también se debe reflejar en el sector de la cooperación.

Por este motivo, desde hace unos años, estamos incluyendo un análisis del comportamiento de la cooperación española en salud utilizando las metas de los ODS de la Agenda 2030. Para ello debemos realizar dos tipos diferentes de análisis que vemos a continuación.

El primer análisis se puede ver en la tabla 3.18, donde podemos comprobar cómo se distribuyen los desembolsos de la AOD 2023 que, aunque pertenezca a otro sector que no es salud,

se clasifican dentro de las metas del ODS 3. El monto clasificado de esta forma alcanza los 284 millones de euros, que es un 14,5 % mayor a las cifras brutas que se obtenían siguiendo la manera tradicional de analizar la cooperación sanitaria según los códigos CRS, que recordamos eran 248 millones de euros, 36 millones menos. Esta divergencia indica la complejidad que existe a la hora de clasificar la ayuda en salud según dos conceptos tan diferentes, y muestra las dificultades en la asignación sectorial que pueden aparecer en los análisis. Es más, parece que falta aún bastante recorrido para que estas dos formas diferentes de clasificación, los códigos CRS y los ODS, den unas cifras similares en la cooperación sanitaria española, algo que ayudaría a confirmar la exactitud de los datos desglosados en salud.

Según esta clasificación por metas del ODS 3, y a pesar de las diferencias en las cifras brutas respecto al año anterior, su distribución es similar. La meta más financiada es nuevamente la 3.8, la cobertura sanitaria universal, con 145,6 millones de euros, el 58,6 % del total del monto destinado al ODS 3, pero sigue la tendencia

de los últimos años a reducir su peso. En 2023 se reduce 8,2 puntos porcentuales menos que en 2022, que, si lo unimos al descenso de 2021, provoca una reducción de su peso del 20 % en apenas dos años.

Con 26,7 millones de euros le sigue la lucha contra enfermedades transmisibles, que incluye sida, malaria y tuberculosis, aunque con una reducción del 49 % respecto a 2022, fruto de la desaparición de la COVID-19 como prioridad. En tercer lugar, se mantiene la lucha contra enfermedades no transmisibles, que, con 26,7 millones de euros, multiplica enormemente los 1,3 millones que aparecen en el análisis tradicional que se realiza a través del desglose por componentes CRS. La meta 3.2, disminución de la mortalidad infantil, aparece en cuarto lugar con más de 15 millones de euros. La meta 3d, refuerzo de alertas tempranas y reducción de riesgos de los problemas de salud mundiales sigue manteniendo cierta relevancia con 14,4 millones, el 5 % del total.

Priorizar la cobertura sanitaria universal (CSU), que debe suponer un fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, y la prioridad

TABLA 3.18. Desembolsos brutos de AOD 2023 clasificados en los metas del ODS 3 de salud

Total AOD asignada al ODS 3	457.475.456
Meta 3.1: reducir la tasa mundial de mortalidad materna	9.484.036
Meta 3.2: poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	15.054.554
Meta 3.3: poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir otras enfermedades transmisibles	48.501.985
Meta 3.4: reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	26.758.111
Meta 3.5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas	404.868
Meta 3.6: reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico	
Meta 3.7: garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	8.904.141
Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal	145.618.421
Meta 3.9: reducir número de muertes y enfermedades causadas por productos químicos peligrosos y por la polución y contaminación del aire, el agua y el suelo	552.839
Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	
Meta 3.b: Apoyar la investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales	9.698.268
Meta 3.c: Aumentar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario	4.910.330
Meta 3.d: Reforzar la capacidad en materia de alerta temprana, reducción de riesgos y gestión de los riesgos para la salud nacional y mundial	14.403.508

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

7 https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/documentos/IP23_EDS.pdf
8 <https://files.unsdsn.org/sustainable-development-report-2024.pdf>

número uno a nivel mundial de la salud, parece adecuado. Sin embargo, y como ya se mencionó en el informe de 2022, esta forma de clasificar lleva pocos años y posiblemente la CSU sea un “fondo de saco” que puede recoger todas las acciones dudosas de clasificar, ya que caben dentro de ella casi todas las demás metas del ODS 3.

El segundo análisis que se debe realizar teniendo presente los ODS es más a lo interno del sector salud, computando los desembolsos asignados al sector salud que se relacionan con cualquiera de los 17 ODS, tal como se puede ver en la tabla 3.19.

La práctica totalidad del dinero del sector de la salud se relaciona directamente con el ODS 3 de salud y bienestar, 232 millones de euros, el 93,5 % del total, aunque 3,3 puntos porcentuales menos que en 2022. La mayoría del resto de ODS tienen una financiación residual, de menos de un millón de euros, excepto tres, y son los mismos que en años anteriores. El ODS 2, relacionado con la nutrición básica, recibe 5,6 millones de euros, un millón más que en 2022, y el ODS 5 de igualdad de género, relacionado con la salud sexual y reproductiva, que recibe 5,1 millones de euros. Se incorpora a este dúo en 2023 el ODS 16 paz, justicia e instituciones sólidas con apenas un millón de euros. Estos datos nos vuelven a confirmar el elevado componente sanitario de la cooperación en salud española, que se complementa con un pequeño componente multisectorial, algo que debe incrementarse en el futuro, ya que la forma de trabajar de forma integrada e integral que sugieren los ODS solo puede hacerse incluyendo el trabajo con los determinantes de salud, que necesita de un aumento del trabajo en el resto de los sectores.

TABLA 3.19. Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2023 clasificados en los diferentes ODS

ODS 1: fin de la pobreza	2.812.899
ODS 2: hambre cero	5.673.648
ODS 3: salud y bienestar	232.124.120
ODS 4: educación de calidad	578.470
ODS 5: igualdad de género	5.141.167
ODS 6: agua limpia y saneamiento	217.887
ODS 7: energía asequible y no contaminante	
ODS 8: trabajo decente y crecimiento económico	
ODS 9: industria, innovación e infraestructuras	288.850
ODS 10: reducción de desigualdades	153.072
ODS 11: ciudades y comunidades sostenibles	63.201
ODS 12: producción y consumo responsables	7.500
ODS 13: acción por el clima	
ODS 14: vida submarina	
ODS 15: vida de ecosistemas terrestres	210.280
ODS 16: paz, justicia e instituciones sólidas	1.049.726
ODS 17: alianzas	3.561
TOTAL	248.324.381

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

Preocupa especialmente que un problema donde la OMS quiere poner el foco en los próximos años, como es la relación entre el cambio climático y salud, reflejado en el OD 13, no tenga ningún reflejo en la cooperación española. La adaptación de los sistemas sanitarios al cambio climático y la mitigación de sus consecuencias en salud deberían de ser una prioridad en toda cooperación sanitaria. También nos inquieta que solo se hayan destinado 3.561 euros en el ODS 17 para forjar alianzas, no parece mucho y si algo necesita el mundo son alianzas sólidas que nos permitan enfrentar los problemas globales a los que nos enfrentamos en este momento.

A 6 años del cumplimiento de los ODS observamos con preocupación, no ya que no hayamos

desarrollado herramientas para trabajar de forma diferente los problemas globales de salud, o que no hayamos puesto los recursos necesarios para cumplir los compromisos, sino que ni siquiera estamos preparados para poder analizar adecuadamente los resultados que estamos teniendo. No se tiene esa visión multisectorial que promulga la Agenda 2030, que permitiría al sector de la cooperación en salud española relacionarse de forma importante con todos los ODS. Hay que hacer un profundo ejercicio de planificación para al menos ser consciente y decidir con qué otros ODS se va a relacionar la

salud de forma prioritaria, y de qué forma lo va a hacer. Pero este debe ser un punto más dentro de una necesaria estrategia futura de cooperación en salud global, que visibilice el interés y las prioridades de la cooperación española en salud, con unos compromisos visibles en recursos económicos, humanos y de gestión que permitan alcanzar los objetivos propuestos en esa estrategia. Una estrategia que debe estar fundamentada en la equidad, la multisectorialidad, coherencia e impacto, y que permita a la cooperación española desarrollar un papel relevante en las políticas de salud global.

4

Acción Humanitaria



- 2023 ha sido un año realmente desafiante en términos de crisis humanitarias. Comenzó con los devastadores terremotos en Siria y Turquía a principios de año, en abril se desató un intenso conflicto en Sudán que ha sumido a millones de personas en una situación desesperada, en septiembre las inundaciones en Libia provocaron miles de muertos, y en octubre, estalló el conflicto de Gaza que está teniendo consecuencias catastróficas para la población.
- En 2023 había 117,3 millones de personas desplazadas forzadas, de los que al menos 27,2 millones se vieron obligadas a huir durante ese año. Esta cifra supone un incremento del 8 % con respecto a finales de 2022, vinculado sobre todo a las crisis de Sudán, Gaza, Myanmar y RD del Congo.
- La inseguridad alimentaria aguda es un problema crítico que en 2023 afectó a 281,6 millones de personas en 59 países y territorios. Aunque las crisis de inseguridad alimentaria se intensificaron en dos puntos concretos, la Franja de Gaza y Sudán, existe un grupo de países que concentra los niveles de inseguridad alimentaria más elevados desde hace 8 años, entre los que están Afganistán, RD del Congo, Etiopía, Nigeria, Siria y Yemen.
- En 2023 el sistema humanitario se enfrenta a una grave crisis de financiación. Por primera vez se produce un descenso importante de la financiación de la AH con respecto al año anterior, 7.500 millones de dólares menos que en 2022. Este descenso en la financiación se da, tanto a nivel global como dentro del sistema de NN. UU, que sólo ha recibido el 43,2 % de los 56.100 millones de dólares que solicitaba, el peor déficit de financiación en años.
- El acceso humanitario está cada vez más restringido. Los alimentos se utilizan como arma de guerra y los ataques contra la población, la infraestructura civil y contra el personal humanitario son cada vez más frecuentes. Gaza es el último ejemplo, pero no el único. En 2022, NN. UU. documentó y verificó 3.931 incidentes en los que se denegó el acceso humanitario, la mayoría por parte de los gobiernos.
- Las sanciones, la criminalización del trabajo humanitario y las violaciones del Derecho Internacional Humanitario (DIH)

han contribuido sustancialmente a poner en peligro al personal humanitario y han obstaculizado e impedido el trabajo humanitario en muchas crisis.

- La respuesta de la comunidad internacional al incremento de necesidades en el ámbito de la salud, tanto por la destrucción de instalaciones sanitarias y la reducción del acceso a los servicios sanitarios, como por la persistencia de brotes epidémicos y de la malnutrición, ha sido de reducción de los fondos destinados a este sector, pasando de destinar 4.877 millones de dólares en 2022 a 3.654 millones en 2023 una reducción de 1.644 millones.
- En 2023 el total de la AH de la Cooperación Española ha crecido un 65 % respecto a 2022, pasando de 158.480.452 euros a 213.777.954 euros. Un importante incremento, tanto en términos absolutos, como en términos porcentuales, ya que supone 2 puntos porcentuales más que en 2022, situándose en el 5,95 %, algo que no se conseguía desde 2011.
- La Administración General del Estado (AGE) continúa siendo el principal financiador de la AH, incrementando un 45 % su financiación hasta situarse en los 171,2 millones de euros. Las comunidades autónomas por su parte incrementan los fondos destinados en un 25 % (5 millones más que el año anterior), mientras que las entidades locales reducen su

financiación en 2,3 millones de euros, pasando de 11,2 millones de euros a 8,7 millones.

- La distribución sectorial de la ayuda ha priorizado el sector Ayuda y servicios materiales de emergencia, que recibe el 39 % de los fondos, un porcentaje parecido al de 2022. Le sigue Coordinación de los servicios de protección de la ayuda con el 25 %, el sector Servicios básicos de salud en emergencias con el 14,3 %, Ayuda alimentaria de emergencia con el 13,7 %. Por volumen, aunque todos los sectores, excepto el sector de la educación, incrementan los fondos recibidos, es el sector de la salud el que más crece, un 65 % y la ayuda alimentaria el que menos, apenas un 10 %.
- En 2023, todas las regiones excepto Europa, que fue la que más creció en 2022 por la guerra en Ucrania, incrementan los fondos que reciben. Aunque es Oriente Medio, como consecuencia del conflicto en Gaza la que más lo hace, pasando de 19,9 millones de euros a 66,8 millones, lo que indica la magnitud de la catástrofe que se vive en esta región.
- África Subsahariana, la segunda región por volumen de financiación, pasa de 21,1 millones de euros a 36,7 millones. A pesar de este incremento, la región sigue siendo la más infrafinanciada y la que enfrenta el mayor número de crisis humanitarias, con las necesidades más apremiantes.

1 Introducción

2023 ha sido un año lleno de retos en cuanto a la acción humanitaria se refiere. Comenzó con los devastadores terremotos en Siria y Turquía a principios de año, en abril se desató un intenso conflicto en Sudán que ha sumido a millones de personas en una situación desesperada, en septiembre las inundaciones en Libia provocaron miles de muertos, y en octubre, estalló de nuevo el conflicto de Gaza que está teniendo consecuencias catastróficas para la población.

A estos eventos, hay que sumar las crisis complejas y conflictos cronificados desde hace años, la violencia, el impacto de la crisis climática, la crisis económica y la pobreza extrema que mantienen a millones de personas en un estado de crisis permanente y una fragilidad extrema, desde Ucrania, Afganistán y el Cuerno de África hasta Yemen, Haití o la República Democrática del Congo.

Los conflictos juegan un papel crucial en el aumento de los desplazamientos forzados, 117,3 millones en 2023, y en la exacerbación de la inseguridad alimentaria, que afectó a 281,6 millones de personas. Los conflictos también impactan negativamente en la salud de las comunidades, dificultan o imposibilitan la prestación de servicios sanitarios y crean un entorno propicio para que las enfermedades se propaguen rápidamente.

En este contexto, no sorprende que, NN. UU. tuviese que incrementar en un 7 % el objetivo inicial de personas a las que asistir en 2023, hasta los 245 millones de personas. Este incremento se debió fundamentalmente a las crisis de Sudán, el conflicto en Gaza y los desastres naturales en Afganistán, Libia, Malawi, Mozambique, Siria y Turquía.

Sin embargo, la respuesta de la comunidad internacional no ha sido la que se esperaba; Al

incremento de necesidades se ha respondido con una reducción de los fondos, lo que ha hecho que el sistema humanitario se enfrente a una grave crisis de financiación. En 2023, NN. UU. sólo ha recibido el 43,2 % de los 56.100 millones de dólares que solicitaba, el peor déficit de financiación en años. La drástica disminución de los recursos ha obligado a la reducción en el número de personas a las que se asiste, un 62 % menos del objetivo marcado, es decir, 128 millones de personas y a recortes en programas de alimentos, agua y salud.

La drástica reducción de recursos está afectando la capacidad de las organizaciones humanitarias para brindar asistencia. El impacto humanitario afecta a 128 millones de personas que dependen de los programas de alimentos, agua o salud para su supervivencia, un 62 % por debajo del objetivo marcado. Las dos crisis humanitarias más graves de 2023, y probablemente de 2024, están en Sudán y la Franja de Gaza. El conflicto en **Sudán**, que estalló en abril de 2023, ha causado una de las mayores crisis humanitarias y de desplazamiento del mundo. Más de 7 millones de personas se habían visto obligadas a huir dentro de su país a finales de 2023, y otros 1,9 millones han huido a países vecinos. 20,3 millones de personas (el 42 % de toda la población) se enfrentan a una grave inseguridad alimentaria, especialmente en las zonas de conflicto de difícil acceso. Mientras que el actual conflicto en **Gaza**, desde su inicio en octubre de 2023 está teniendo un impacto devastador en la población, provocando la muerte de más de 42.000 gazatíes y desplazado de manera forzada a 1,9 millones de personas, el 90 % de la población. La situación humanitaria es extremadamente grave, con niveles de hambre tan generalizados que los 2,1 millones de habitantes

se enfrentan a una grave inseguridad alimentaria y a una amenaza inminente de hambruna en el norte de Gaza.

Myanmar y Haití también han sufrido un incremento significativo de la violencia, lo que ha llevado a un aumento del número de personas desplazadas y que requieren ayuda humanitaria. Más de 1,3 millones de personas se han visto desplazadas dentro de **Myanmar** en 2023 por la escalada de violencia tras la toma del poder por los militares en febrero de 2021, elevando el número total de personas desplazadas internas en el país a más de 2,6 millones a finales de 2023. Por su parte **Haití** se enfrenta a una prolongada crisis humanitaria que ha empeorado significativamente en 2023 debido a la escalada de inseguridad, con un incremento en el número de personas desplazadas internas y refugiadas. Situación que ha llevado a que casi la mitad de los 11,4 millones de habitantes de Haití necesiten ayuda humanitaria.

Otras crisis humanitarias se han cronificado y han dejado de estar en las noticias y por lo tanto de ser una prioridad para los donantes, aunque las condiciones de la población siguen empeorando y las necesidades humanitarias aumentando. Es el caso de Siria, Afganistán, Yemen, Somalia o la RD del Congo.

La situación en **Siria** es realmente preocupante. La combinación de la disminución de la ayuda humanitaria, el recrudecimiento de las hostilidades, el devastador terremoto que asoló el norte del país y el sur de Turquía en febrero de 2023 y los brotes de enfermedades han dejado a la población en una situación de extrema vulnerabilidad tras años de conflicto y crisis económica. La situación es, si cabe, más compleja para los 7,2 millones de personas desplazadas internas en Siria.

Afganistán sigue afrontando una crisis humanitaria que se prolonga en el tiempo, agravada por problemas como la falta de acceso a la atención sanitaria, la inseguridad alimentaria, los brotes de enfermedades y las catástrofes naturales. Sin olvidar que 3,5 millones de perso-

nas afganas siguen desplazadas internas y 6,4 millones en países vecinos, la mayoría en Irán y Pakistán. La situación es especialmente grave para las mujeres y las niñas, por las políticas restrictivas del gobierno que vulneran sus derechos y en muchos casos les impiden acceder a servicios básicos o a la ayuda que necesitan.

En **Yemen**, se mantiene la precaria situación humanitaria con 4,5 millones de personas desplazadas internas y unos 18 millones de personas que han necesitado asistencia humanitaria, algo más de la mitad de la población, lo que hace entender la magnitud de la crisis humanitaria que vive este país.

El Gran **Cuerno de África**, formado por partes de Yibuti, Etiopía, Kenia, Somalia, Sudán del Sur, Sudán y Uganda, es una de las regiones más vulnerables del mundo. La región se enfrenta a una grave inseguridad alimentaria, agravada por la crisis climática y los conflictos.

En **Somalia**, las condiciones meteorológicas extremas, como las inundaciones repentinas en abril de 2023 después de cinco estaciones de lluvias fallidas, han devastado a una población ya muy vulnerable. Junto con conflictos continuos, estas catástrofes naturales han obligado a 2,6 millones de personas a huir de sus hogares, aumentando drásticamente la necesidad de asistencia humanitaria a 6,8 millones de personas, un tercio de la población de Somalia.

Los efectos combinados del conflicto y la sequía han hecho que **Etiopía** se enfrente a una de las peores crisis humanitarias en décadas, con conflictos, desplazamientos internos, dificultades socioeconómicas, el colapso de los servicios públicos, brotes de enfermedades como el cólera, inundaciones recurrentes e inseguridad alimentaria que afectan a las comunidades en todo el país. 20 millones de personas necesitarán ayuda humanitaria en Etiopía en 2024.

Sudán del Sur se enfrenta a una grave crisis humanitaria, con una población afectada por la crisis climática, el conflicto, la inseguridad alimentaria y los brotes de enfermedades. En 2024 9 millones de personas, el 76 % de su población,

necesitarán ayuda humanitaria, pero los recursos disponibles solo permitirán llegar a un máximo de 6 millones de personas, dejando a 3 millones de personas sin la ayuda necesaria.

La **República Democrática del Congo** se enfrenta desde hace dos décadas a una crisis prolongada causada por conflictos armados, violencia entre comunidades, emergencias sanitarias y desastres naturales, lo que ha llevado a que 25 millones de personas necesiten asistencia humanitaria. Además, la escalada del conflicto ha desplazado a 6,3 millones de personas, principalmente de las provincias orientales del país, lo que convierte a la RD del Congo en el segundo país africano con mayor número de personas desplazadas después de Sudán.

Desde 2015, **Burkina Faso** ha sido golpeado por una creciente violencia, que ha forzado a más de 2 millones de personas a abandonar sus hogares. Esta ola de violencia se ha intensificado, exacerbada por la inestabilidad política que ha dejado al país al borde del colapso. En 2023, la situación se ha deteriorado aún más, y Burkina Faso ha sido clasificado como la crisis más desatendida del mundo, con casi 5 millones de personas necesitando asistencia humanitaria y más de 4 millones en necesidad de ayuda alimentaria urgente.

En Europa, la guerra en **Ucrania** sigue asolando el país, impactando especialmente en las infraestructuras civiles, incluyendo hospitales, escuelas y viviendas, afectando gravemente a los 9,7 millones de personas que siguen desplazadas tanto internamente como refugiadas en otros países.

Tampoco podemos olvidar el millón de personas refugiadas **rohingya** que huyeron de Myanmar hace siete años y que siguen viviendo en el campo de refugiados de Cox's Bazar, en Bangladesh, donde la dependencia de la ayuda humanitaria es generalizada, ni los **campamentos de personas refugiadas saharauis** que viven desde hace décadas en unas condiciones de alta vulnerabilidad cuya situación se ha agravado por el abandono de la comunidad internacional, el contexto geopolítico y la crisis climática.

Por último, la crisis climática está desencadenando un número creciente de fenómenos meteorológicos extremos que están provocando desplazamientos masivos de población, mayores niveles de malnutrición grave debido a la inseguridad alimentaria y un mayor riesgo de enfermedades transmitidas por el agua a raíz de sequías e inundaciones.

Según el Informe del Estado del Clima Global 2023 de la Organización Meteorológica Mundial (WMO), se han roto varios récords de temperatura, niveles de gases de efecto invernadero, y eventos climáticos extremos en todos los continentes¹, aunque África ha sido la región más afectada. El ciclón tropical Freddy ha causado enormes daños en Malawi, Mozambique y Madagascar, afectando a 2,7 millones de personas y desplazando a 916.000 personas. Además, la región del Cuerno de África sufrió una severa sequía que exacerbó la crisis humanitaria. La tormenta Daniel en septiembre azotó el noreste de **Libia** con lluvias torrenciales e inundaciones repentinas que causaron el colapso de dos presas en Derna, provocando la muerte de 4.000 personas y la huida de sus hogares de otras 40.000.

1 <https://wmo.int/publication-series/state-of-global-climate-2023>

Sigue creciendo el número de personas desplazadas forzosas

Según datos del ACNUR², a finales de 2023, el número de personas desplazadas forzosas en todo el mundo se estimaba en 117,3 millones. Esta cifra engloba a las personas desplazadas internas (68,3 millones), a las refugiadas bajo el mandato del ACNUR (31,6 millones), a la población refugiada palestina bajo el mandato del UNRWA (6 millones) y otras personas necesitadas de protección internacional (5,8 millones).

De estos 117,3 millones de personas desplazadas, al menos 27,2 millones se vieron obligadas a huir durante 2023, y de éstas el 25 % se refugió en otro país.

Esta cifra global supone un incremento del 8 % con respecto a finales de 2022 y continúa la tendencia al crecimiento en el número de personas desplazadas iniciado hace 12 años con la crisis siria. Según el Informe semestral de tendencias de ACNUR publicado en junio de 2024, a finales de abril de 2024, el número de personas desplazadas forzosamente superó los 120 millones.

Parte de ese incremento se debe a la crisis humanitaria de Sudán, que ha generado más de

7 millones de personas desplazadas a finales de 2023, a lo que hay que sumar los 3,8 millones de personas desplazadas que ya había en el país. Sin olvidar que el país acoge a más de un millón de personas refugiadas de otros países como Eritrea, Etiopía, Sudán del Sur o Siria.

También es especialmente preocupante la situación en la Franja de Gaza, donde el 90 % de la población se ha visto forzada a huir de sus hogares; Myanmar, donde 1,3 millones de personas se han visto desplazadas debido a la violencia o la RD del Congo, con 3,8 millones de nuevos desplazamientos forzados internos en 2023.

Otros casos de desplazamientos masivos de población se mantienen en el tiempo, como el casi millón de personas refugiadas rohingya que huyeron de Myanmar hace siete años y que siguen viviendo en el campo de refugiados de Cox's Bazar, en Bangladesh; los 10,9 millones de personas afganas que continúan desplazadas, casi todas dentro de su país o en países vecinos, o los 9,7 millones de personas ucranianas desplazadas forzosas, 3,7 millones dentro de Ucrania y 6 millones refugiadas en otros países.

La inseguridad alimentaria y la malnutrición no dan pausa

En 2023, 281,6 millones de personas se enfrentaban a altos niveles de inseguridad alimentaria aguda en 59 países y territorios. La disminución de la financiación y el aumento de los costes en los suministros han llevado a una reducción del número de personas a las que se llega y de las raciones de ayuda alimentaria que se reparten.

Aunque las crisis de inseguridad alimentaria se intensificaron en dos puntos concretos, la Franja de Gaza y Sudán, existe un grupo de países que concentra los niveles de inseguridad alimentaria más elevados desde hace 8 años,

lo que lleva a pensar en una cronificación de la crisis alimentaria en los mismos, entre ellos Afganistán, la RD del Congo, Etiopía, Nigeria, Siria y Yemen y todo parece indicar que van a seguir enfrentándose a crisis alimentarias en los próximos años.

Según el Informe Mundial sobre las Crisis Alimentarias³, alrededor de 176 millones de personas, es decir, el 62,5 %, se enfrentan a niveles elevados de inseguridad alimentaria aguda. Estas personas se concentraban en diez crisis, cada una con más de 10 millones de personas en situación

de inseguridad alimentaria aguda que necesitan ayuda humanitaria urgente. Son, la RD del Congo (25,8 millones), Nigeria (24,9 millones), Sudán (20,3 millones), Afganistán (19,9 millones), Etiopía (19,7 millones), Yemen (18 millones), Siria (12,9 millones), Bangladesh (11,9 millones), Pakistán (11,8 millones) y Myanmar (10,7 millones).

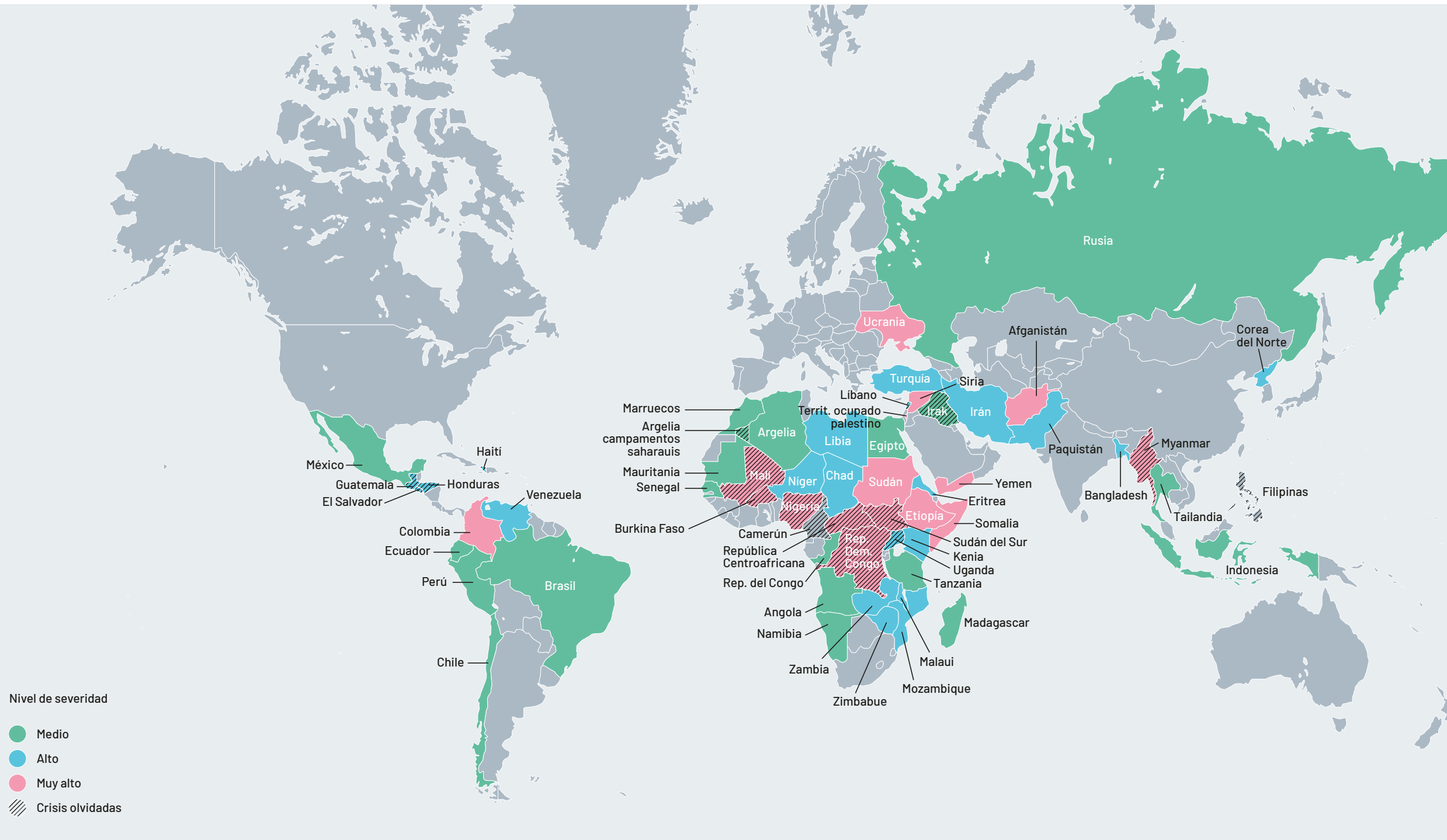
Si se analizan las crisis alimentarias por el porcentaje de personas que se enfrentan a niveles elevados de inseguridad alimentaria aguda, los 10 países y territorios más afectados son la Franja de Gaza, con el 100 % de su población (2,1 millones), un porcentaje jamás alcanzado

antes; Sudán del Sur, con el 63 % de su población, Yemen con el 56 %, Siria con el 55 %, Haití con el 45 %, Afganistán con el 46 %, la República Centroafricana con el 44 %, Sudán con el 42 % y Somalia con el 39 %. También es especialmente grave los altos niveles de inseguridad alimentaria aguda de algunas poblaciones refugiadas, que tienden a estar más invisibilizadas, especialmente la población siria refugiada en Egipto, el 69 % de la misma y en Jordania el 62 %, así como el 65 % de la población refugiada en el Congo o el 60 % de la población migrante y refugiada en Colombia y Ecuador.

2 <https://www.unhcr.org/global-trends-report-2023>

3 <https://www.fsinplatform.org/report/global-report-food-crises-2024/>

GRÁFICO 4.1. Mapa crisis humanitarias



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE ACAPS Y ECHO

2 La Acción Humanitaria en la Agenda Internacional

2.1. El acceso humanitario ante un futuro incierto

Las crisis son cada vez más complejas y duraderas, sin embargo, a medida que aumenta el número de personas que necesitan ayuda, se reduce el espacio humanitario.

El acceso humanitario⁴ está cada vez más restringido, los alimentos se utilizan como arma de guerra y los ataques contra la población, la infraestructura civil y contra el personal humanitario son cada vez más frecuentes. Gaza es el último ejemplo, pero no el único.

Las restricciones al acceso humanitario se pueden manifestar de diversas maneras, desde barreras administrativas, leyes restrictivas, o el acoso, a la violencia contra el personal humanitario. Solo en 2022, NN. UU. documentó y verificó 3.931⁵ incidentes en los que se denegó el acceso humanitario, la mayoría por parte de los gobiernos, mientras que el mayor número de incidentes se produjo en el Territorio ocupado palestino, Yemen, Afganistán y Malí.

Las sanciones, la criminalización del trabajo humanitario y las violaciones del DIH han contribuido sustancialmente a poner en peligro al personal humanitario y han obstaculizado y/o impedido el trabajo humanitario en muchas crisis.

Los ataques contra el personal humanitario han aumentado de manera preocupante en los últimos años, casi duplicándose el número entre 2015 (150 ataques graves) y 2023 (281 ataques graves). Además, 2023 fue el año más

mortífero para las trabajadoras y trabajadores humanitarios. Según recoge la base de datos de seguridad del personal humanitario de Humanitarian Outcomes⁶, en 2023 murieron 280 (un incremento del 140 % con respecto al año anterior) y 224 resultaron heridos (in incremento de más del 50 %). Lamentablemente, los ataques contra el personal humanitario continúan siendo una realidad alarmante en 2024. Hasta octubre de este año, se han registrado 235 muertes de trabajadores humanitarios, la mayoría de ellos personal nacional.

A pesar de algunas iniciativas para la protección del personal humanitario y sanitario como las Resoluciones 2175 (2014) y 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de Naciones Unidas, la inseguridad sigue siendo alarmantemente alta. De nuevo falta voluntad política por parte de los gobiernos para aplicar los acuerdos que se firman.

La escalada del conflicto en Gaza y la crisis humanitaria de Sudán son los ejemplos más recientes. Los incidentes de seguridad incrementan significativamente los retos y riesgos a los que está expuesto el personal humanitario, limitando enormemente su capacidad para realizar su trabajo. En Gaza, según NN. UU. desde el 7 de octubre de 2023 han sido asesinados 318 trabajadoras y trabajadores humanitarios (311 nacionales y 7 extranjeros).

Como ya se ha mencionado, existen otras muchas restricciones que reducen el acceso humanitario. Desde el inicio del conflicto en Sudán, el personal humanitario se ha enfrentado a restricciones que incluyen saqueos, trabas burocráticas, desvío de la ayuda y suspensiones temporales de las operaciones de las organizaciones humanitarias. Además, el personal humanitario se está convirtiendo en blanco de las hostilidades, con ataques violentos, secuestros, detenciones arbitrarias o ataques a las instalaciones gestionadas por las agencias humanitarias, como los hospitales.

Para garantizar el acceso a la población los gobiernos pueden y deben utilizar la diplomacia humanitaria para reducir y eliminar los obstáculos a los que se enfrentan las ONG en su trabajo para llegar a las poblaciones más afectadas por conflictos y catástrofes y para tomar las medidas necesarias para hacer efectivo el cumplimiento del DIH. Respetar y hacer respetar el Derecho Internacional Humanitario (DIH) y los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia que rigen el trabajo humanitario, es fundamental para salvaguardar el acceso a la población afectada por las crisis humanitarias y proteger al personal humanitario internacional, nacional y local.

El respeto al Derecho Internacional Humanitario (DIH) es esencial para asegurar que la ayuda humanitaria llegue a quienes más la necesitan y para proteger tanto a las poblaciones afectadas como al personal humanitario. Por ello, hay que seguir recordando las principales obligaciones y derechos que apoyan y protegen el acceso humanitario.

- Las partes en conflicto deben tomar todas las medidas posibles para permitir la búsqueda, recogida y evacuación de los muertos, heridos y enfermos.
- Los heridos y los enfermos deben recibir los cuidados y la atención médica que requiera su estado, sin más distinción que su situación médica.
- Las partes en conflicto deben permitir y facilitar el paso rápido y sin obstáculos de la ayuda humanitaria imparcial (suministros, material y personal) para la población civil necesitada, pero conservando un derecho de control.
- Las partes en conflicto deben garantizar la libertad de circulación del personal humanitario autorizado que sea esencial para el ejercicio de sus funciones. Las restricciones sólo pueden ser temporales y basarse en una necesidad militar imperativa.
- Las organizaciones humanitarias neutrales tienen derecho a poner en marcha servicios de ayuda.
- Las partes en conflicto no pueden rechazarla a menos que demuestren que no hay necesidades o que éstas ya han sido atendidas.
- Estas actividades humanitarias no pueden considerarse en ningún caso una injerencia en los asuntos internos de un Estado.

Es responsabilidad de la comunidad internacional, los gobiernos implicados y terceros estados hacer cumplir el Derecho internacional humanitario, de no tomar medidas ahora, nos enfrentamos a un futuro incierto tanto para las poblaciones afectadas por las crisis como para las organizaciones humanitarias de consecuencias catastróficas.

4 La Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de las Naciones Unidas (OCHA) define el acceso humanitario como la capacidad de los actores humanitarios para llegar a las poblaciones que necesitan asistencia y de las poblaciones afectadas de acceder a dicha ayuda.

5 'Shocking Increase' in Denial of Access to Life-Saving Humanitarian Aid for Children in Conflict Zones Worldwide, Security Council Hears, as Delegates Discuss Solutions | Meetings Coverage and Press Releases

6 <https://www.aidworkersecurity.org/>

2.2. Foro humanitario europeo 2024

En marzo de 2024, el Foro Humanitario Europeo (EHF, por sus siglas en inglés), organizado por la DG ECHO y la Presidencia belga de la UE, reunió a la comunidad humanitaria en Bruselas para debatir sobre las principales crisis humanitarias. Los principales debates giraron en torno a la brecha de financiamiento, las crisis desatendidas, la reducción del espacio humanitario y la necesidad de una respuesta humanitaria centrada en las personas y dirigida localmente.

La brecha de financiamiento

Abordar el déficit de financiación ha sido una prioridad en la agenda del EHF desde su creación en 2022. Sin embargo, las soluciones propuestas por parte de los diferentes donantes son “las de siempre”, ampliar la base de donantes, mediante el sector privado y las organizaciones filantrópicas, aumentar la eficiencia y la eficacia y un mejor uso de la tecnología y la innovación.

Para la sociedad civil, el principal problema sigue siendo la falta de voluntad política por parte de los Estados miembro de la UE para cumplir sus propios acuerdos, como las Conclusiones del Consejo adoptadas en 2023 que hablaban de que los Estados destinasen el 10 % de su AOD a acción humanitaria con el objetivo de reducir la brecha de financiación de esta y que apenas se mencionaron durante el foro.

Crisis desatendidas

Dado que llamar la atención sobre las crisis “olvidadas” era uno de los principales objetivos del Foro, muchos paneles de alto nivel y charlas humanitarias se centraron en contextos humanitarios infrafinanciados y políticamente desatendidos, como la crisis regional de los rohingyas o la violencia sexual en la República Democrática del Congo.

Sin embargo, como explica la red de organizaciones humanitarias VOICE las crisis no son

“olvidadas” por los responsables de la toma de decisiones, sino que son “desatendidas”. Desatender una crisis humanitaria es una elección, no un accidente.

Espacio Humanitario

El EHF 2024 tuvo lugar en medio de una de las crisis humanitarias más graves de los últimos años, si no décadas, el conflicto en Gaza y la imposibilidad de llevar ayuda humanitaria a la población. Lo que debería haber sido una llamada de atención para que la UE y sus Estados miembros movilicen todos los esfuerzos diplomáticos para defender el Derecho internacional humanitario y garantizar la protección del espacio humanitario en todo el mundo se ha quedado en nada.

Las organizaciones humanitarias insistieron en la necesidad de proteger los principios humanitarios fundamentales. El riesgo de politización de la ayuda se planteó como una preocupación clave, que lleva a la reducción del espacio humanitario y pone en peligro al personal humanitario nacional e internacional y a las comunidades afectadas.

Respuesta humanitaria centrada en las personas y dirigida localmente

Por último, se recordó que un enfoque dirigido localmente y centrado en las personas es un requisito previo para un apoyo humanitario eficiente y digno. Las organizaciones nacionales y locales que participaron en el foro recordaron que el sistema humanitario sigue careciendo de liderazgo local y que la financiación para estas organizaciones sigue siendo escasa. Una localización efectiva requiere de un mayor apoyo por parte de las ONG internacionales y del sistema de NN. UU., y de la creación de un entorno propicio por parte de los donantes.

2.3. La Salud Sexual y Reproductiva en contextos humanitarios 30 años después de El Cairo

En contextos humanitarios en los que aumentan la mortalidad materna, los embarazos no deseados, la transmisión de ETS, incluido el VIH, los abortos inseguros y la violencia sexual y de género, es fundamental la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) de calidad. La prestación oportuna de servicios de SSR, puede prevenir muertes, enfermedades y discapacidades relacionadas con embarazos no deseados, complicaciones obstétricas, violencia sexual y otras formas de violencia de género, entre otros.

El estado de la salud materna y neonatal es una medida importante de la fortaleza de un

sistema sanitario, ya que muestra tanto el acceso a una atención sanitaria de calidad como la cobertura para prevenir y tratar las causas comunes de morbilidad y mortalidad. Los países afectados por crisis y conflictos suelen tener sistemas sanitarios débiles, recursos limitados y, en consecuencia, tasas de mortalidad materna y neonatal altas. Según el Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises⁷ en 2023 el 64 % de las muertes maternas mundiales, el 50 % de las muertes neonatales y el 51 % de las muertes fetales se dieron en países con planes de respuesta humanitaria.

Sudán del Sur, se enfrenta a una las crisis humanitarias prolongadas en el tiempo. Se calcula que 9,4 millones de personas —el 76 % de toda la población— necesitaban ayuda humanitaria en 2023. La inseguridad alimentaria está aumentando en todo el país y se calcula que 7,1 millones de personas necesitarán ayuda alimentaria entre abril y julio de 2024.

Sudán del Sur tiene indicadores de salud muy bajos, debido en gran parte a un sistema de salud débil, incapaz de satisfacer las necesidades de la población, tanto en términos del personal sanitario como de la infraestructura sanitaria. Con solo 3,5 trabajadores de la salud por cada 10.000 habitantes, el país está muy lejos de la recomendación de la OMS de 44,5 trabajadores por cada 10.000 habitantes.

En 2021, más del 56 % de la población vivía a más de 5 kilómetros de un centro de salud, centros que en general no disponen del material necesario para ofrecer los servicios sanitarios que se requieren.

Todo esto hace que Sudán del Sur tenga uno de los indicadores de mortalidad materna y de complicaciones durante el parto más elevados del mundo, y que el parto sea una de las principales causas de mortalidad de las mujeres en el país. La ratio de mortalidad materna es de 1.223 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 2020, en comparación con la media mundial de 223 muertes maternas. Además, la ratio de mortalidad neonatal en 2022 fue de 39 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, muy por encima de la media mundial de 17,1 muertes.

No sólo es necesario reforzar y apoyar la respuesta humanitaria, sino también el nivel de preparación en relación con la prestación de servicios de SSR, especialmente en los países con inestabilidad política o en territorios afectados por la crisis climática y los desastres naturales.

Garantizar la resiliencia de los servicios de SSR debería formar parte del trabajo rutinario de preparación humanitaria y fortalecimiento de los sistemas de salud de cualquier entidad.

La Salud Sexual y Reproductiva ha sido reconocida como prioridad en la respuesta

⁷ <https://iawg.net/resources/examining-mnh-in-conflict-affected-contexts-country-profiles#:~:text=The%20Mortality%20in%20Humanitarian%20Settings,humanitarian%20response%20plans%20in%202023>

humanitaria desde mediados de los años noventa, tras la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (El Cairo).

Desde entonces se han dado importantes pasos para incorporarla en el trabajo humanitario y de prevención de riesgos. No obstante, a pesar de los avances, sigue siendo un desafío garantizar la disponibilidad de servicios de SSR esenciales y de calidad en todas las fases de una emergencia.

En 1999 el Inter-Agency working group on Reproductive Health in Crisis (IAWG) publicó el *Reproductive Health in Refugee Situations: An InterAgency Field Manual*, en el que se incluyó el Paquete de Servicios Iniciales Mínimos (PSIM) para la Salud Sexual y Reproductiva⁸, paquete que se amplió en 2018 con la publicación del *Inter-agency Field Manual on Reproductive Health in Humanitarian Settings* (manual interagencial sobre salud reproductiva para el trabajo en contextos humanitarios).

El objetivo del PSIM es prevenir el exceso de mortalidad y morbilidad relacionadas con la salud reproductiva, particularmente en contextos de crisis. El PSIM abarca un conjunto de actividades de salud reproductiva prioritarias relacionadas con la violencia sexual, la transmisión del VIH y otras ETS, la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, y los embarazos no deseados, entre otros.

Desde su publicación y hasta la actualidad, el PSIM se ha convertido en un estándar de SSR en emergencias humanitarias para organismos nacionales e internacionales, incorporándose en el Manual Esfera de normas humanitarias.

Como señala el ACNUR, los y las adolescentes en entornos humanitarios⁹ son especialmente vulnerables a la violencia sexual, tienen mayor probabilidad de contraer ETS, como el VIH, y en el caso de las adolescentes además aumenta la probabilidad de tener embarazos no deseados

y abortos en condiciones de riesgo. Además, las complicaciones derivadas del embarazo y del parto se encuentran entre las principales causas de muerte entre las jóvenes de 15 a 19 años, y los bebés de madres adolescentes son más propensos a morir que los de madres de mayor edad.

Ante esta realidad y el reconocimiento de las necesidades especiales sobre SSR de adolescentes en contextos de emergencia o crisis prolongadas, se ha creado el *Adolescent Sexual and Reproductive Health Toolkit for Humanitarian Settings*, documento que acompaña al PSIM.

Como se ha mencionado, es importante la inclusión de la SSR en el trabajo de prevención y reducción de riesgos. Un paso importante en este sentido ha sido su inclusión en el Marco de Sendai para la Reducción del Riesgo de Desastres 2015-2023, el cual incluye una visión que tiene en cuenta como los desastres afectan la SSR de mujeres y niñas. Es por esto que en su “Prioridad 3: Invertir en la reducción del riesgo de desastres para la resiliencia”, reconoce la necesidad de fortalecer el diseño y la aplicación de políticas inclusivas y mecanismos de protección social, que tengan en cuenta servicios de salud materna, neonatal e infantil, así como de SSR, entre otros¹⁰.

Con esto en mente, el *Health Emergency and Disaster Management Framework (Health-EDRM)*, puesto en marcha en 2018, concibe la SSR como un aspecto esencial de los sistemas de salud, por lo cual, debe ser implementado en todo el ciclo de ayuda humanitaria, esto permite que la SSR adquiera mayor importancia en la implementación de ayuda humanitaria.¹¹

No cabe duda de que el abordaje de la SSR en contextos humanitarios ha mejorado significativamente en los últimos 30 años, desde la inclusión de la violencia sexual en los programas de SSR y un mayor foco en la salud materna

y neonatal, a programas específicos de acceso a la anticoncepción, la promoción de la salud sexual y la gestión de ETS. No obstante, siguen existiendo enormes lagunas en la comprensión

de las necesidades y los obstáculos, así como en la prestación y utilización de los servicios de SSR¹², por no hablar de la inclusión de los derechos sexuales y reproductivos.

3 La Acción Humanitaria internacional

Según los datos recogidos por el sistema de seguimiento financiero (FTS, por sus siglas en inglés) de OCHA, en 2023 la ayuda humanitaria internacional ascendió a 34.049 millones de dólares, 7.500 millones menos que en 2022. Por primera vez se produce un descenso importante de la financiación de la AH con respecto al año anterior, y los datos de financiación para 2024 ahondan más en esta falta de financiación.

Este descenso en la financiación se da tanto dentro como fuera del sistema de NN. UU. Los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU. se han reducido un 25 % con respecto a 2022, pasando de 30.409 millones de dólares a 24.234 millones. En términos porcentuales el descenso también es muy preocupante, 16 puntos, pasando del 58,9 % de los fondos solicitados al 43,2 %. Nunca antes el porcentaje de financiación de los llamamientos de NN. UU. había sido tan bajo. Dado que los datos de OCHA de enero a julio de 2024 indican que solo se han recogido el 24,8 % de los fondos solicitados, es probable que, de nuevo la financiación se quede por debajo del 50 % de lo solicitado.

En términos globales, Estados Unidos es el principal donante¹³, aportando 11.933 millones de dólares, y el que más reduce su financiación,

5.500 millones menos que en 2022. Este descenso se produce tanto en el monto total como en el porcentaje, ya que pasa de aportar el 42,2 % de todos los fondos destinados a AH en 2022 al 35 %. Alemania, con 3.867 millones de dólares vuelve a ser el segundo donante que más aporta a la AH, pero también el segundo que más recorta su financiación, 1.200 millones menos que en 2022. Las Instituciones europeas se mantienen como el tercer donante, con 3.106 millones, prácticamente la misma financiación que en 2022.

Los principales donantes que reducen su financiación con respecto a 2022 son, además de Estados Unidos y Alemania, Canadá, Japón y Reino Unido, los tres con recortes entorno a los 300.000 dólares, lo que, en términos porcentuales, supone unos recortes similares a los de Estados Unidos y Alemania. Mientras que incrementan los fondos destinados a la AH Arabia Saudí, Emiratos Árabes, Francia, Noruega, Suecia y Suiza. Siendo Emiratos Árabes con un incremento del 78 % y, Arabia Saudí y Suiza del 40 % quienes más incrementan su financiación. No obstante, estos incrementos no compensan los fuertes recortes de Estados Unidos y Alemania, 6.700 millones menos que en 2023.

8 <https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/MISP-Reference-Spanish.pdf>

9 <https://www.unhcr.org/us/media/adolescent-sexual-and-reproductive-health-refugee-situations-practical-guide-launching>

10 <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>

11 <https://wordpress.fp2030.org/wp-content/uploads/2023/12/74a1f730-1e5a-4834-b94d-7590f717c7be.pdf>

12 <https://odi.org/en/publications/reproductive-justice-sexual-rights-and-bodily-autonomy-in-humanitarian-action-what-a-justice-lens-brings-to-crisis-response/>

13 Según los datos reportados en el FTS de OCHA.

Los doce donantes más importantes aportan el 84,8 % de toda la financiación, por lo que los recortes, especialmente entre los principales donantes como Estados Unidos, Alemania y las Instituciones europeas, tienen un impacto enorme en la financiación de la AH.

En cuanto a los principales países receptores de fondos, siete países, Ucrania, Siria, Yemen, Afganistán, Territorio ocupado palestino, Etiopía y Sudán reciben el 45 % de toda la financiación, siendo Ucrania con 3.520 millones de dólares, el 10,30 % del total, y Siria con 3.100 millones, el 9,1 %, los principales receptores de fondos, el resto recibe entre el 6 y el 4 % de todos los fondos destinados a AH. En el otro extremo, 21 países entre ellos Madagascar, Burundi, Malí, Uganda, Zimbabue o Tanzania, reciben en conjunto el 8,5 % de los fondos.

La canalización de fondos, por su parte, mantiene patrones previos, siendo las agencias de NN. UU. con el 57 % de los fondos, las ONG internacionales con el 22,5 % y el movimiento internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja con el 8,1 %, las principales receptoras y las que más aumentan su financiación en 2023. Por otra parte, los recortes en la financiación de la AH se dirigen sobre todo a NN. UU. que recibe casi un

TABLA 4.1. Canalización de la financiación internacional en 2023

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Agencias de NN. UU.	19.850
ONG	8.558
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	3.283
Gobierno	1160
Organismos intergubernamentales	97
Organizaciones privadas	849
Sin especificar	451
Otros	582

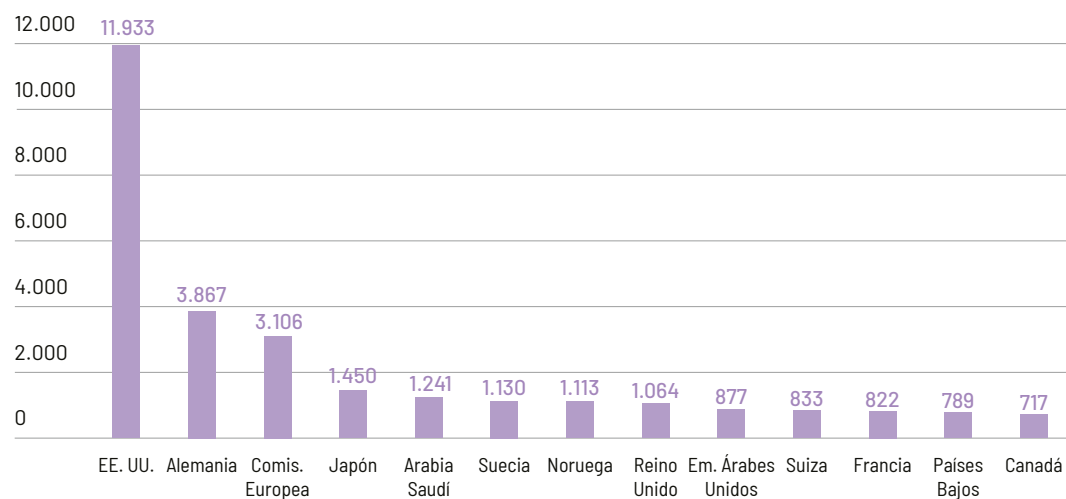
FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

30 % menos que en 2022, pasando de 27.413 millones de dólares a 19.850 millones, un recorte nunca visto.

Los fondos destinados a gobiernos crecen un 80 %, hasta los 1.160 millones de dólares, mientras que los destinados a las ONG y el sistema de la CR/MLR lo hacen ligeramente.

Por último, no se ha especificado la vía de canalización de 1.033 millones de dólares, por lo que una vez se detalle el destino de estos fondos podrían modificar de forma relevante el total de algunas vías de canalización.

GRÁFICO 4.2. Principales donantes en 2023 (en millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

4 La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas

OCHA gestiona la financiación recibida a través de los fondos coordinados, que sirven para financiar los Fondos Comunes, que gestiona directamente, y los Planes Estratégicos de Respuesta¹⁴. En 2023 dicha financiación ha sido de 25.979 millones de dólares, 5.709 millones menos que en 2022, lo que supone un recorte del 18 %.

Los planes estratégicos de respuesta han reducido su financiación en 6.175 millones, frente a los 200 millones de recorte de los Fondos comunes.

Los fondos coordinados de NN. UU. permiten asegurar que los Planes Estratégicos de Respuesta de sus diferentes agencias humanitarias sean financiados de forma predecible y en tiempo.

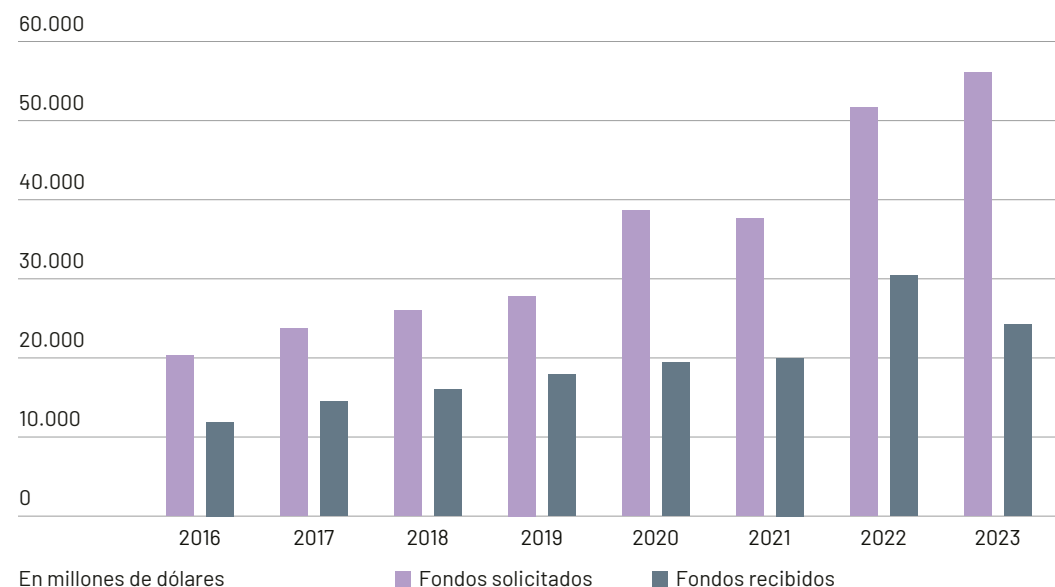
TABLA 4.2. Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2023

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares
Planes Estratégicos de Respuesta	24.234
Fondos Comunes	1.745
TOTAL	25.979

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA DE JULIO 2024

En 2023 el llamamiento para los Fondos Coordinados de NN. UU. realizado por OCHA para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta fue de 56.085 millones de dólares. Aunque la solicitud de fondos fue de 5.500 millones más que

GRÁFICO 4.3. Financiación llamamientos de NN. UU. 2016-2023



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

14 El Humanitarian Country Team de NN. UU. elabora los Planes Estratégicos de Respuesta para aquellas crisis humanitarias que requieren apoyo de más de una agencia de NN. UU. Es, por tanto, una herramienta de coordinación y de financiación.

en 2022, se han recibido 6.175 millones menos que el año anterior. Esto ha llevado a que solo se haya cubierto el 43,2 % de los fondos solicitados, 14 puntos menos que en 2022 y muy por debajo de la barrera del 50 %, algo que no había pasado nunca.

Esta drástica reducción pone de manifiesto la falta de voluntad política de los gobiernos donantes y convierte la petición del Secretario General de NN. UU. de cubrir al menos el 75 % de los fondos solicitados en una quimera.

Los fondos recibidos se canalizaron a través de 45 llamamientos, uno más que en 2022, de los que 9 son de ámbito regional.

Los llamamientos humanitarios que menos fondos han recibido son el Plan Regional para la población refugiada Siria, que ha recibido el 14,9 %, y el plan para Honduras, con el 16,5 % de cobertura. Le siguen los planes regionales para población refugiada de Ucrania, Afganistán, Sudán del Sur, RD del Congo y Venezuela y el plan para Mozambique, que han recibido entre el 20 % y el 28 % de los fondos solicitados.

Otros 13 llamamientos para Burkina Faso, Burundi, Camerún, Colombia, El Salvador, Etiopía, Guatemala, Haití, Malawi, Malí, Mozambique, Siria y Yemen han recibido solo entre el 30 y el 40 % de lo solicitado. Y 14 llamamientos para el terremoto de Turquía, la respuesta regional para el Cuerno de África y Yemen, la respuesta regional para Sudán y los planes de respuesta

humanitaria de Sudán del Sur, Venezuela, Líbano, Afganistán, Sudán, Níger, Somalia, Myanmar, Nigeria, Chad y RD del Congo han recibido entre el 57 y el 41 %.

Entre los más financiados hay 6 llamamientos que han recibido entre el 78 y el 65 % de lo solicitado: el llamamiento por la sequía de Kenia, las inundaciones de Paquistán, el llamamiento urgente para Madagascar y los Planes de respuesta humanitaria de Ucrania, República Centroafricana y para la población Rohingya. Finalmente, solo 4 llamamientos han recibido el 100 % de los fondos solicitados, los llamamientos urgentes para las inundaciones de Libia, el terremoto de Siria, y el incremento de las hostilidades en el Territorio ocupado palestino (TOP) y el plan de respuesta humanitaria para el TOP.

Un año más, los planes regionales humanitarios que responden a las necesidades de las poblaciones refugiadas en los países de acogida vuelven a estar entre los que menos fondos reciben. Así, de los 9 planes regionales, 6 han recibido entre el 14 y el 28 % de los fondos solicitados, a pesar de que se trata de algunas de las crisis humanitarias más largas y complejas como las de Ucrania, Siria, Sudán del Sur, Afganistán, RD del Congo y Venezuela.

Por volumen de financiación, los principales Planes de Respuesta Humanitaria han sido los de Ucrania y Siria, con una financiación por encima de los 2.000 millones de dólares, seguidos

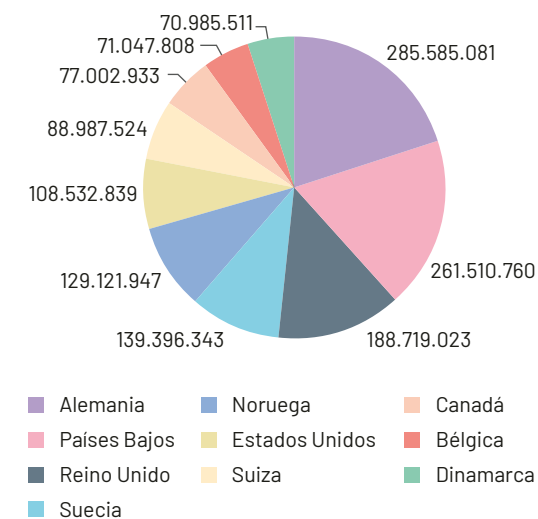
de Yemen, Afganistán, Etiopía, Sudán, Somalia y Sudán del Sur, cuyos planes humanitarios han recibido más de 1.000 millones de dólares.

Aunque se trata de cifras muy importantes, hablamos de crisis humanitarias que afectan a un porcentaje alto de la población, por lo que no solo es importante analizar el volumen de financiación sino también el porcentaje de los fondos solicitados que se han cubierto y, como se ha visto antes, los porcentajes en general están muy por debajo de la petición del Secretario general de NN. UU. de cubrir al menos el 75 % de los fondos solicitados.

Con relación a los Fondos Comunes gestionados por OCHA (que alimentan el Fondo Central de Respuesta a Emergencias —CERF, por sus siglas en inglés— y los Fondos Comunes a Nivel País —CBPF, por sus siglas en inglés—), en 2023 se han recibido 1.745 millones de dólares.

Ambos fondos resultan claves al permitir atender crisis que, si bien son importantes, no resultan prioritarias para los donantes. Además, estos fondos permiten garantizar la coordinación para abordar crisis o sectores desatendidos en la respuesta humanitaria y permitir una financiación más flexible. Por otro lado, en el caso de los Fondos Comunes a Nivel País, permite canalizar más fondos y con mayor rapidez a las organizaciones locales y nacionales. Para los donantes, los fondos comunes permiten reducir los costes administrativos y de transacción, la gestión de riesgos, y pueden ayudar a cumplir los objetivos de localización de los donantes en el marco del Grand Bargain. Desde 2019 los fondos comunes se han mantenido, con altibajos, en torno a los 1.700 millones de dólares a pesar del incre-

GRÁFICO 4.4. Principales donantes de Fondos comunes 2023



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

mento de necesidades, de la complejidad de las emergencias y de la necesidad de responder de manera más flexible y de dar mayor peso a las organizaciones nacionales y locales.

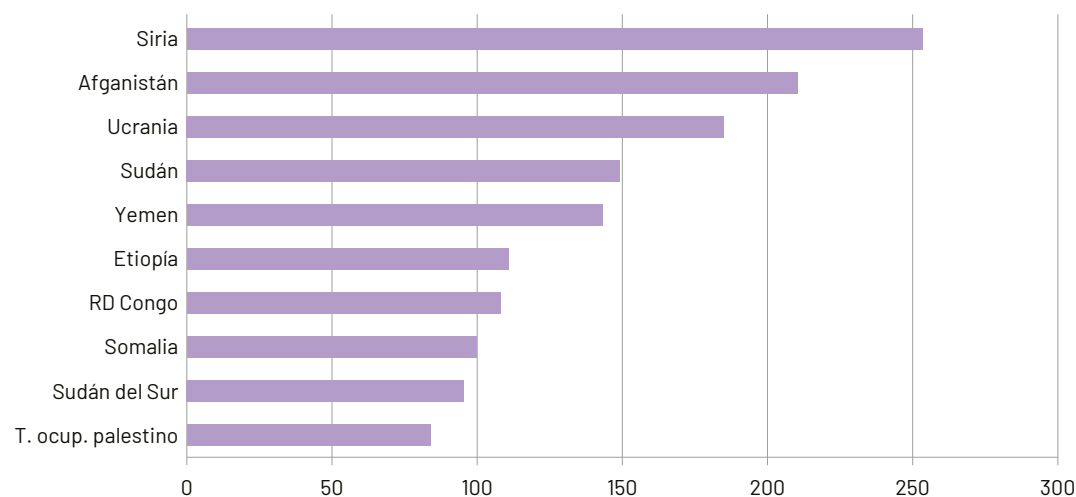
En cuanto a los donantes, Alemania y Reino Unido, los principales contribuyentes a los Fondos Comunes realizan importantes recortes en su aportación a estos, Alemania aporta un 51 % menos que en 2022 y Reino Unido un 24 % menos. También reducen sus aportaciones Canadá, Bélgica y Dinamarca, mientras que crecen las aportaciones de Países Bajos, Suecia, Noruega, Estados Unidos y Suiza. Especialmente relevante es el incremento de Estados Unidos, que ha duplicado los fondos que aporta.

TABLA 4.3. Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2023

País receptor	Total 2023 (en millones de dólares)	% de fondos recibidos de lo solicitado
Ucrania	2.881	73,00
Siria	2.151	39,70
Yemen	1.760	40,50
Afganistán	1.652	51,20
Etiopía	1.465	36,70
Sudán	1.268	49,50
Somalia	1.197	46,10
Sudán del Sur	1.138	55,40
RD Congo	931	41,30
Plan Regional países receptores de pobl. siria refugiada	874	14,90

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

GRÁFICO 4.5. Principales países receptores de Fondos comunes (en millones de dólares) en 2023



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Respecto a la distribución geográfica de los Fondos Comunes, Afganistán, RD del Congo, Siria, Somalia, Sudán, Sudán del Sur, Ucrania y Yemen, vuelven a estar entre los países que más fondos reciben, junto a Etiopía y el Territorio ocupado palestino.

Todos son países que se enfrentan a crisis complejas, prolongadas en el tiempo por la superposición de múltiples crisis ya sean de carácter político, económico, conflictos, violencia o fenómenos climáticos extremos que incre-

mentan la vulnerabilidad de las comunidades, dificultando su capacidad para hacer frente a las mismas.

Según datos de OCHA, al finalizar el tercer trimestre de 2024, la financiación de los Planes de Respuesta Humanitaria para todos los países y territorios apenas ha recibido el 33,9 % de lo solicitado. Se trata de un dato preocupante porque indica que se mantiene la tendencia a la baja de la financiación de la ayuda humanitaria en 2024.

5 El sector salud en la Acción Humanitaria

Los desastres naturales relacionados con el cambio climático, la inseguridad alimentaria, la violencia y los conflictos ha llevado a que de nuevo aumentara el número de personas que necesitan protección y ayuda humanitaria. En estos contextos de gran fragilidad millones de personas se enfrentan a graves amenazas sanitarias como brotes de enfermedades, malnutrición y falta de acceso a servicios sanitarios esenciales. A esto se suma el incremento en el número de ataques a infraestructuras y personal sanitario, lo que dificulta todavía más el acceso a los servicios sanitarios.

Según la OMS, los brotes de enfermedades cada vez se producen con mayor frecuencia, se propagan con mayor rapidez y abarcan zonas cada vez más extensas, y las consecuencias de estos brotes son mucho más graves en contextos frágiles y vulnerables, especialmente en contextos humanitarios, donde los servicios sanitarios esenciales se han reducido o interrumpido completamente y la población sobrevive en condiciones de gran precariedad. Según NN. UU. en 2023 al menos 19 países con un Plan de respuesta humanitaria experimentaron brotes epidémicos: en Chad se registró un brote de dengue, mientras que en Níger y Nigeria se registró un brote de difteria (en este último país también se produjo un brote simultáneo de fiebre de Lassa), mientras que Burundi, Camerún, la RD del Congo, Etiopía, Haití, Kenia, Líbano, Malawi, Mozambique, Nigeria, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Siria y Yemen notificaron brotes de cólera y/o diarrea acuosa aguda. Por último, según datos de la OMS, están aumentando el número y gravedad de los brotes de cólera. En 2023 se han notificado casos de cólera en 29 países y territorios, y más de la mitad de los países que notificaron casos de cólera

también experimentaron otras emergencias. Y sabemos que los brotes de cólera se deben en gran medida a la pobreza y a los desplazamientos forzados relacionados con los conflictos por lo que la amenaza se multiplica cuando las personas viven sin las mínimas condiciones higiénicas básicas.

En Burkina Faso, con casi 5 millones de personas que requieren asistencia humanitaria y más de 4 millones ayuda alimentaria urgente, la situación de inseguridad ha llevado al cierre de más del 37 % de las instalaciones de salud y ha afectado gravemente a la provisión de servicios básicos, lo que ha aumentado la vulnerabilidad de las comunidades frente a enfermedades y ha dificultado la respuesta a la malnutrición y otras emergencias de salud.

La crisis climática impacta de manera directa en la salud como se ha visto en acontecimientos recientes. Las devastadoras inundaciones en Pakistán de 2022 no solo causaron daños materiales, sino que también provocaron problemas de salud como la poliomielitis, al tiempo que se registraron casos de cólera. En marzo de 2023, el fenómeno meteorológico de El Niño Costero causó estragos en Perú, provocando fuertes lluvias e inundaciones en la región norte. Aproximadamente 787.000 personas se vieron afectadas y 41.670 casas quedaron inhabitables. Las inundaciones desencadenaron una epidemia de dengue sin precedentes, alcanzando la tasa de dengue per cápita más alta de América, con más de 172.000 casos y casi 300 muertes.

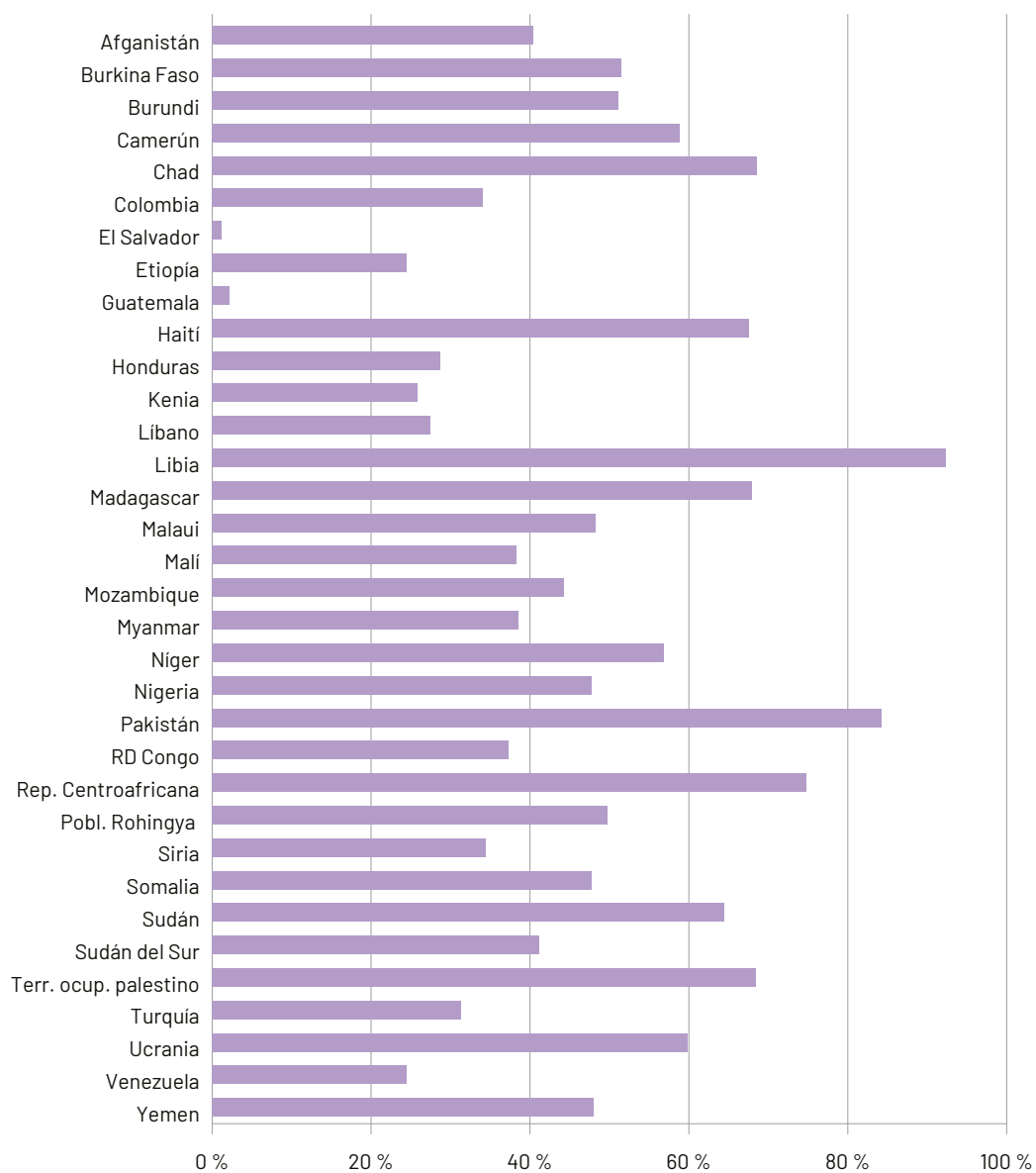
La respuesta de la comunidad internacional a este contexto de incremento de necesidades en el ámbito de la salud, tanto por la destrucción de instalaciones sanitarias y la reducción del acceso a los servicios sanitario, como por la persistencia de brotes epidémicos y de la malnutrición,

ha sido de reducción de los fondos destinados a este sector, pasando de destinar 4.877 millones de dólares en 2022 a 3.654 millones en 2023, una reducción de 1.644 millones en un año en el que las necesidades en el sector salud han aumentado. Esta reducción se ha producido sobre

todo en los fondos destinados fuera del sistema de NN. UU. que ha pasado de destinar 2.660 millones al sector salud en 2022 a tan solo 1.549 millones en 2023.

Con relación a los llamamientos de NN. UU. los fondos se han reducido unos 100 millones

GRÁFICO 4.6. Porcentaje de financiación del sector salud por país en 2023



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

de dólares con respecto a 2022. No obstante, el aumento de las necesidades ha llevado a que vuelva a bajar el porcentaje de financiación del sector salud en los llamamientos humanitarios, que se ha quedado en el 39,7 % casi 9 puntos porcentuales menos que en 2022, lo que, en el contexto actual genera mucha preocupación.

Como en años anteriores, preocupa especialmente la gran diferencia en el nivel de financiación de los diferentes planes de respuesta humanitaria tanto nacionales como regionales. Como se puede ver en el gráfico 4.6, de los 35 países que reciben fondos, ninguno recibe el 100 % de lo solicitado y solo 13 reciben más del 50 %, 17 países reciben entre el 25 y el 50 % de lo solicitado y 5 países se mueven entre el 1,2 % de los fondos recibidos por El Salvador y el 24,5 % de Etiopía y Venezuela.

Las crisis humanitarias que más financiación reciben para el sector salud son las de Siria con 390 millones de dólares, Ucrania con 274 millones, Afganistán con 216 millones, Yemen con 188 millones, Sudán con 138 millones, Sudán del Sur con 107 millones, Somalia con 94 millones y el Territorio ocupado palestino con 93 millones. Como era de esperar, la mayoría de los países ven reducida su financiación, especialmente graves son los recortes en el sector salud de Afganistán y Yemen de algo más del 50 % de los fondos. Por último, hay que destacar en positivo, los importantes incrementos en la financiación de Siria, Sudán y el Territorio ocupado palestino, tres crisis humanitarias que se han visto agravadas en 2023.

En cuanto a los donantes del sector salud a nivel global, se mantienen prácticamente los mismos, aunque vemos con preocupación que casi todos reducen su financiación. Un año más Estados Unidos es el principal donante con 837 millones de dólares, aunque reduce su aportación en 277 millones, seguido de nuevo por Japón con 596 millones, 320 millones menos que en

2022. Arabia Saudí y Alemania también recortan los fondos destinados a salud, Arabia Saudí destina 214 millones, un 12 % menos que en 2022 mientras que Alemania, con una aportación de 166 millones de dólares es quien realiza un mayor recorte entre los principales donantes un 65 % menos, seguido de GAVI que recorta un 62 % lo destinado a salud. Entre los países que incrementan su financiación destacan los Emiratos Árabes Unidos, con 381 millones, un 57 % más que en 2022 y la Comisión Europea con 298 millones, un 13 %. España, incrementa su aportación en un 65 %, pasando de destinar 10 millones de dólares a 16,5 millones lo que la sitúa en el puesto 28, escalando 6 puestos con respecto a 2022, una buena noticia que es de esperar se mantenga en los próximos años.

En cuanto a la financiación del sector salud en 2024, los datos que se tienen indican que se mantiene la tendencia a la baja de 2023, ya que hasta septiembre sólo se ha obtenido el 27,9 % de los fondos solicitados para este sector.

Con excepción de Ucrania (92,9 %) ningún país ha recibido financiación proporcionalmente suficiente para cubrir las necesidades hasta septiembre. Haití, Sudán del Sur y el Territorio ocupado palestino, han conseguido más de la mitad de los fondos solicitados (63,6 %, 57,6 % y 50,2 % respectivamente), mientras que, países como Honduras, Burkina Faso y Afganistán apenas alcanzan la tercera parte (30 %, 28,5 % y 28,3 %). Por otro lado, sólo la cuarta parte de las necesidades humanitarias en salud para el Plan de Respuesta Humanitaria en Mozambique estarían atendidas y una quinta parte en el caso de Siria (21,2 %). En el caso de Venezuela la cobertura actual es de apenas la décima parte de lo requerido (10,7 %). Por último, es particularmente alarmante la situación de la financiación de la salud de los Planes de Respuesta Humanitaria de El Salvador y Guatemala, que no han recibido prácticamente ninguna contribución.

6 La Acción Humanitaria en España

6.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2023

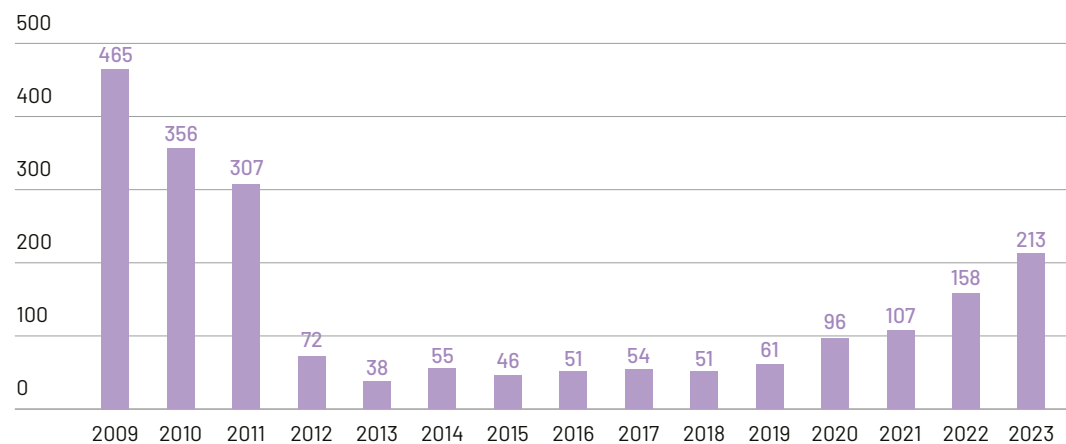
En 2023 el total de la AH de la Cooperación Española (AGE, CC. AA., EE. LL. y universidades) ha crecido un 65 % respecto a 2022, pasando de 158.480.452 euros a 213.777.954 euros. Un importante incremento, tanto en términos absolutos 55.297.502 euros más que en 2022, como en términos porcentuales, ya que supone 2 puntos porcentuales más que en 2022, sobrepasando la barrera del 5 % de toda la AOD destinada a AH, algo que no se conseguía desde 2011.

Nos felicitamos de que la cooperación española dedique el 5,95 % de toda su AOD a la acción humanitaria. Si se mantiene el nivel

de crecimiento en términos porcentuales, se podría alcanzar el objetivo 10 % al final de la presente legislatura. Aunque es importante que este esfuerzo se realice no solo en términos de incremento de la financiación, sino también de mejora de los instrumentos y de los recursos humanos para gestionar eficazmente estos fondos y responder a los desafíos humanitarios actuales.

De sostenerse en el tiempo, este incremento permitirá a la cooperación española acercarse a la media de los países del CAD que destinaron el 11,20 % en 2023, tres décimas más que en 2022.

GRÁFICO 4.7. Evolución de la AOD española destinada a AH



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

6.2. Canalización de los fondos

En 2023 se han canalizado 98.424.549 euros por vía bilateral y 101.553.404 euros por la multilateral. Por primera vez desde 2015 se canalizan más fondos por la vía multilateral, 31 millones más que en 2022, frente al incremento de 13 millones por la vía bilateral.

Por segundo año consecutivo se canalizan fondos por la vía multilateral¹⁵, con un importante incremento de 13.800.000 euros frente a los 3 millones de 2022, lo que supone el 6 % de todos los fondos. Seis organizaciones de Naciones Unidas reciben financiación, siendo ACNUR la principal receptora con 7 millones de euros, seguida de OCHA con 4,5 millones (de los que 3 millones se destinan al CERF, medio millón más que en 2022), UNRWA con 750.000 euros, UNICEF con 600.000 y OIM con 500.000 euros. Como ya sucediera en 2022, el PMA y la Estrategia Internacional para la reducción de desastres son las organizaciones que reciben menos fondos, 225.000 euros cada una.

Es de esperar que este cambio se consolide y sea el inicio de una recuperación sostenida de la vía multilateral, tal y como se expresaba en la propia Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española.

En el caso de la vía multilateral (los fondos canalizados a organismos multilaterales, pero en los que el donante decide a qué se destinan), los 101.553.404 euros consolidan el incremento de esta vía, que se inició en 2018 y que en 5 años ha multiplicado por 5 lo consignado a la misma. Como en años anteriores, Naciones Unidas es la principal receptora con el 85 % de los fondos, siendo las agencias que más financiación reciben el PMA con 22.220.000 euros, ACNUR con 15.320.000 euros, UNRWA con 11.200.000 euros

(10 millones más que en 2022, incremento que se explica por el conflicto en Gaza), OCHA con 11.050.000 euros (5 millones más que 2022), UNICEF con 10.180.880 euros (7 millones más que en 2022) y UNFPA con 7.915.000 (4 millones más que en 2022). Entre las agencias menos financiadas están OIM con 2.900.000 euros, OMS con 2.247.525 y CERF con 950.000 euros. En cuanto a la UE, recibe 11.290.000 euros la mayor parte destinados a Turquía. También hay que destacar los 4 millones de euros que recibe el CICR.

En cuanto a la distribución geográfica, el Territorio ocupado palestino, que desde octubre vive una gravísima escalada del conflicto con Israel recibe casi un tercio de todos los fondos, 29.885.000 euros, le sigue Turquía, con 10.290.000 euros, y los campamentos de población saharauí con 8.397.880 euros. Estos tres territorios reciben casi la mitad de todos los fondos.

Por último, los fondos canalizados por vía bilateral, 98.424.549 euros, suponen un incremento de 12 millones de euros con respecto a 2022. Un año más, la principal vía de canalización de fondos son las ONGD españolas con 59,1 millones de euros, 5 millones más que en 2022. En segunda posición están las ONGD internacionales que también incrementan su financiación, casi 7 millones más que en 2022, alcanzando los 29 millones de euros. También se incrementa en casi 2 millones de euros la financiación canalizada a través de las entidades públicas de España, aunque reciben el 4,7 % de todos los fondos, 1,4 puntos porcentuales más que en 2022, sigue lejos del 10,87 % de 2021.

Respecto a la canalización de fondos a través de actores del país socio, preocupa que la tendencia es a la reducción del porcentaje de fondos que se canaliza a través de éstos, a pesar de que

15 Hay que recordar, que desde 2012, por indicación del CAD, ha dejado de hacerse la desagregación sectorial de la AOD multilateral pura. Por tanto, sólo aparece consignada la AOD multilateral canalizada a través de organismos internacionales especializados en acción humanitaria. No aparece, por tanto, la parte proporcional de AOD española canalizada a través de la Unión Europea

TABLA 4.4. AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2022 y 2023

Organizaciones canalizadoras de la ayuda	2022		2023	
Entidades públicas del país donante	2.879.293	3,37 %	4.630.559	4,70 %
Entidades públicas de otro país donante (cooperación delegada)			0	0 %
Entidades públicas del país socio				0 %
ONGD internacionales	22.489.310	26,34 %	29.079.496	29,54 %
ONGD del país donante	55.886.158	65,44 %	59.137.836	60,08 %
ONGD del país socio	3.304.566	3,87 %	3.587.870	3,65 %
Otras ENL del país donante	333.399	0,39 %		0 %
Otras ENL del país socio	400.000	0,47 %		0 %
Universidades públicas del país donante	55.040	0,06 %	74.007	0,08 %
Partenariados público-privados				0 %
Redes				0 %
Otras entidades	48.868	0,06 %	125.000	0,13 %
Entidades con ánimo de lucro en el país socio				0 %
Entidades con ánimo de lucro en el país donante				0 %
Entidades sin ánimo de lucro en el país socio			1.009.781	1,03 %
Entidades sin ánimo de lucro en el país donante			780.000	0,79 %
TOTAL	85.396.635	100 %	98.424.549	100 %

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

la estrategia de AH 2019-2026¹⁶ identifica como acción prioritaria “Destinar un porcentaje creciente de la AHE al apoyo de actores locales”. Aunque los fondos canalizados a través de las ONGD nacionales han crecido ligeramente, se deja de financiar

a las organizaciones locales y nada parece indicar que vaya a cambiar dicha tendencia. Por último, en cuanto a las entidades públicas de los países socios, como ha sucedido otros años, en 2023 no se han canalizado fondos a través de éstas.

6.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria

Tal y como sucedió en 2022, todas las regiones excepto Europa, que fue la que más creció en 2022 por la guerra en Ucrania, incrementan los fondos que reciben. Es Oriente Medio, como consecuencia del conflicto en Gaza, la que más crece, pasando de 19,9 millones de euros a 66,8 millones, lo que indica la magnitud de la catástrofe que se vive en esta región.

África Subsahariana sigue siendo la segunda región por volumen de financiación pasando de 21,1 millones de euros a 36,7 millones, un incremento importante dado que se trata de la región más infrafinanciada, la que soporta el mayor número

de crisis humanitarias y tiene las mayores necesidades humanitarias.

Le sigue América del Sur y Europa, ambas reciben unos 22 millones de euros, aunque mientras la primera incrementa su financiación en 5 millones, la segunda la reduce en 13 millones.

Por último, los fondos no especificados siguen siendo muy elevados, aunque se reducen con respecto a 2022 de 36,9 millones de euros a 27,5 millones, por lo que, de nuevo, el análisis de distribución geográfica podría variar con respecto a algunas regiones y países.

16 Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y de Cooperación (MAUC), Estrategia de Acción Humanitaria de la Cooperación Española 2019-2026

TABLA 4.5. AOD española destinada a AH por regiones

Región	2023	%
África del Norte	17.965.281,47	8,4
África Subsahariana	36.719.955,80	17,18
África, no especificado	1.500.000,00	0,7
América Central y Caribe	11.916.661,85	5,57
América Latina no especificado	300.000,00	0,14
América del Sur	22.631.730,13	10,59
Asia, no especificado	-	0
Asia Central	6.290.000,00	2,94
Asia del Sur	858.445,77	0,4
Asia Oriental	743.969,30	0,35
Europa	22.278.864,95	10,42
Oceanía	-	0
Oriente Medio	66.808.782,80	31,25
Mediterráneo no especificado	150.000,00	0,07
PVD no especificado	25.614.262,10	11,98

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

El análisis por país muestra que 10 de los 12 países principales receptores de fondos son los mismos países que en 2022: el Territorio ocupado palestino, Campamentos de población refugiada saharahui, Malí, Siria, Venezuela, Colombia, Ucrania, Níger, Afganistán y Líbano, aunque el orden ha cambiado ligeramente y también los fondos que reciben. Todos los países de este grupo, excepto Ucrania, incrementan su financiación de manera significativa.

El Territorio ocupado palestino, que vive desde octubre de 2023 la peor crisis humanitaria en décadas, es el territorio que más fondos recibe, 50,2 millones de euros, multiplicando por 5 lo recibido en 2022. Entre los países que también incrementan los fondos destacan Malí y Siria, que casi los duplican, Níger que incrementa su financiación casi un 70 %, Colombia un 45 % y los campamentos de población refugiada saharai, Líbano y Venezuela un 30 % cada uno. Turquía también incrementa los fondos pasando de 600.000 euros en 2022 a 12.116.626, la mayor parte de este incremento, 10.290.000 euros, se destinan al mecanismo de la Unión Europea para Refugiados en Turquía. Finalmente destacar que Etiopía incrementa en un 250 % los fondos.

En cuanto a Ucrania, pasa de ser el principal receptor de fondos en 2022 con 31,4 millones de euros, al sexto con 10,1 millones de euros, un recorte del 70 % y el único país de los principales receptores que ve reducida su financiación de una manera tan importante.

Estos 12 países reciben el 69 % de la financiación destinada a AH por la cooperación española, 148.436.124 euros, mientras que los 9 países que menos financiación reciben (desde los 8.000 euros de Camerún hasta los 88.319 euros de República Dominicana), han recibido 416.427 euros, lo que equivale al 0,19 % de los fondos destinados a la AH en 2023.

Por último, el análisis del volcado de DGPOLDES indica que se han financiado 659 proyectos por el conjunto de la cooperación española (AGE, CC. AA. y EE. LL.), en 53 países que van desde los 10.290.000 euros que se canalizan a través de la UE para población refugiada siria en Turquía hasta dos aportaciones de 655 para los campamentos de personas refugiadas saharauis. Aunque la magnitud y complejidad de las crisis humanitarias varía mucho, y por lo tanto también las necesidades, es importante que lo aportado permita realizar una respuesta mínima y algunas de las aportaciones distan mucho de eso.

TABLA 4.6. Principales receptores de AH española en 2023

PAÍSES	AH 2023
Territorio ocupado palestino	50.246.742
Pobl. Saharai	13.905.282
Turquía	12.116.626
Siria	10.303.751
Venezuela	10.208.779
Ucrania	10.112.239
Níger	9.233.000
Malí	7.976.929
Colombia	7.837.722
Etiopía	6.011.350
Afganistán	5.790.000
Líbano	4.693.705

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

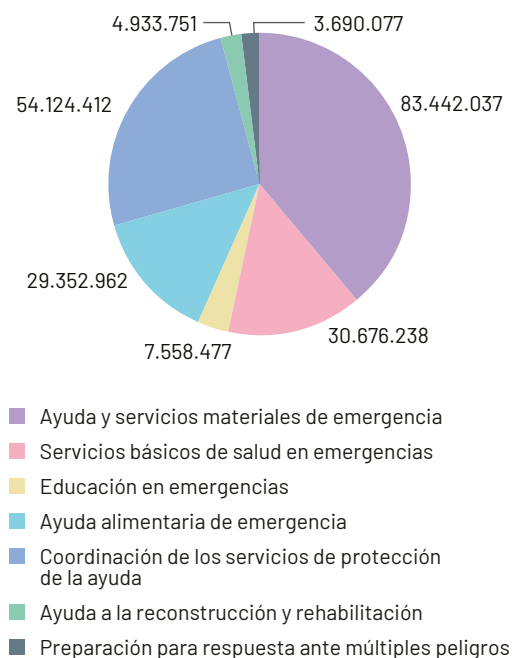
6.4. La Acción Humanitaria por sectores

Como en años anteriores, la distribución sectorial de la ayuda ha priorizado el sector Ayuda y servicios materiales de emergencia, que recibe el 39 % de los fondos, un porcentaje parecido al de 2022. Le sigue Coordinación de los servicios de protección de la ayuda con el 25 % (frente al 23 % en 2022), el sector Servicios básicos de salud en emergencias con el 14,3 % (2 puntos porcentuales más que en 2022), Ayuda alimentaria de emergencia con el 13,7 % (un descenso de casi 4 puntos con respecto a 2022). Por volumen, aunque todos los sectores, excepto el sector de la educación, incrementan los fondos recibidos, es el sector de la salud el que más crece, un 65 % y la ayuda alimentaria el que menos, apenas un 10 %.

En cuanto al sector Servicios básicos de salud en emergencias, los 30,6 millones de euros recibidos suponen un incremento de 12 millones con respecto a 2022. Por primera vez son las ONG internacionales las principales receptoras de fondos, con 11.440.500 euros, siendo la Federación de la cruz roja y la media luna roja la principal receptora, con 9.840.000 euros, en segundo lugar, se encuentra NN. UU. con 10.740.405 euros y las ONG del país donante con 7.888.555 euros, prácticamente el mismo monto que en 2022.

El principal receptor de fondos para servicios básicos de salud en emergencias es el Territorio

GRÁFICO 4.8. Asignación de fondos por sectores CRS 2023



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

ocupado palestino, con 12.611.832 euros, seguido de los campamentos de personas refugiadas saharauis con 3.442.600 euros, Siria con 2.774.093 euros y Ucrania con 1.940.000 euros.

6.5. La Acción Humanitaria por agentes

La Administración General del Estado (AGE) continúa siendo el principal financiador de la AH en 2023, incrementando un 45 % su financiación, hasta situarse en los 171,2 millones de euros. De consolidarse este incremento en los próximos años se podría llegar a los niveles de financiación de 2011, cuando se situó en 290 millones de euros.

El Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación es quien aporta la casi totalidad de los fondos de la AGE, 159.886.910 euros, el 93,3 % del total, seguido por el Ministerio de Hacienda, que aporta 10.290.000 euros al mecanismo de la UE para personas refugiadas en Turquía, y por el Ministerio de Defensa, que destinó 1.043.548 euros a la UME para apoyo en los terremotos de Turquía y Marruecos.

TABLA 4.7. AOD española para AH por agentes en 2023

Agentes	Total	%
AGE	171.291.204	80
CC. AA.	33.540.647	16
EE. LL.	8.872.096	4
Universidades	74.007	0,03
TOTAL	213.777.954	

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

En el caso de los demás agentes financiadores, las comunidades autónomas incrementan los fondos destinados a AH un 25 % (5 millones más que el año anterior), mientras que las entidades locales reducen su financiación en 2,3 millones de euros, pasando de 11,2 millones de euros en 2022 a 8,7 millones. Finalmente, las universidades, incrementan su aportación en 16.217

euros, por lo que sigue siendo una financiación testimonial.

Por último, si se analiza el porcentaje de AOD que asigna cada financiador a AH, no todas realizan el mismo esfuerzo. Tanto las CC. AA. como la AGE incrementan en dos puntos su porcentaje, mientras que las CC. AA. en su conjunto, con el 10,45 % superan ligeramente el objetivo de destinar el 10 % de su AOD a AH, la AGE se sitúa en el 5,37 %, todavía lejos de dicho objetivo. Las EE. LL. reducen en dos puntos porcentuales lo destinado a AH, hasta quedarse en el 9,36 %, muy cerca del objetivo del 10 %. Por último, las universidades apenas llegan al 0,52 %, un porcentaje totalmente testimonial. Es, por tanto, la AGE quien tiene que seguir haciendo un mayor esfuerzo para avanzar hacia la consecución del compromiso de destinar el 10 % de la AOD a AH.

6.6. La Acción Humanitaria descentralizada

NOTA AL ANÁLISIS DE LOS DATOS SOBRE COOPERACIÓN AUTONÓMICA

Uno de los propósitos de este informe es poner en valor la cooperación que realizan las comunidades autónomas y las entidades locales, desde el análisis riguroso de los datos que nos proporciona DGPOLDES. Este ejercicio requiere no solo analizar los datos sino también entenderlos; de ahí nuestro interés en clarificar cualquier discrepancia que pueda surgir, como es el caso de la codificación de los datos referidos a salud o a ayuda humanitaria, que son los que analiza este informe.

Parte de las divergencias se basan en la imposibilidad para codificar la AH según el criterio metas-ODS, además de los códigos CRS-CAD. Por ello, desde el informe “La salud en la cooperación para el desarrollo y la acción humanitaria”, defendemos que la acción humanitaria es una modalidad de cooperación, no un sector, y una posible solución sería que la AH se incorporara como un Instrumento (el CAD lo denomina Co-operation modalities). De esta forma se podría cruzar con cualquier Sector, ODS y Meta-ODS.

En términos globales, la cooperación descentralizada en su conjunto (CC. AA. y EE. LL.) ha destinado el 10,20 % de su AOD a la AH en 2023, 1,3 puntos porcentuales más que en 2022, consolidando así la tendencia al crecimiento de los últimos años

y situándola ligeramente por encima del objetivo de destinar el 10 % de la AOD a AH. En términos absolutos, lo destinado a AH por la cooperación descentralizada ha pasado de 38.335.598 euros en 2022 a 42.412.743 euros en 2023, un incremento que

consolida la apuesta de la cooperación descentralizada por la acción humanitaria, aunque con importantes altibajos en las EE. LL.

Así, si se analizan los datos relativos a las CC. AA. y a las EE. LL. se observa que el crecimiento de la cooperación descentralizada se debe a las comunidades autónomas que incrementan los fondos destinados a AH en 6,4 millones de euros con respecto a 2022, lo que compensa el descenso en 2,3 millones de euros de las EE. LL.

Como es habitual, el crecimiento en las CC. AA. se da de forma desigual, Cataluña y el País Vasco aportan casi dos tercios de dicho crecimiento, Cataluña aporta 2,3 millones de euros más que en 2022 y País Vasco 1,5 millones más. Asturias con 755.000 euros más, Comunidad Valenciana 571.000 euros y Galicia con 304.000 euros completan el grupo de las CC. AA. que incrementan su aportación a la AH. En el otro extremo están Andalucía, Baleares y La Rioja, que la reducen, siendo Andalucía con 399.000 euros menos la que aplica el mayor recorte.

Según muestra el volcado de DGPOLDES, las principales financiadoras de la AH son de nuevo País Vasco, que se sitúa por encima de los 10

millones de euros, convirtiéndose en la primera Comunidad autónoma en hacerlo, la Comunidad Valenciana, que, tras el importante crecimiento de su AH en 2022 vuelve a aumentarla un poco, situándola por encima de los 8 millones de euros y consolidándola en ese grupo de cabeza. En tercer lugar, se encuentra Cataluña, que, tras el fuerte crecimiento de 2022, incrementa en más de un 50 % los fondos destinados a AH.

Extremadura y Asturias también asignan más de un millón de euros a la AH y crecen con respecto a 2022. En el caso de Andalucía otra de las comunidades tradicionalmente comprometidas con la AH, vuelve a reducir los fondos asignados a la misma.

Como ya se ha indicado, si se analiza el porcentaje de AOD destinado a la AH, la media del conjunto de las Comunidades autónomas se sitúa en el 10,45 %, dos puntos porcentuales más que en 2022 aunque hay grandes diferencias entre ellas. 8 comunidades destinan más del 10 % de su AOD a acción humanitaria (dos más que en 2022), 4 comunidades están por encima de la media de la Cooperación española (5,95 %) y solo 4 están por debajo del dicho porcentaje.

TABLA 4.8. AH por CC. AA.

CC. AA.	2022	%	2023	%
Andalucía	1.099.082	4,06	700.000	2,09
Aragón	550.431	2,03	651.245	1,94
Asturias	359.200	1,33	1.114.900	3,32
Baleares	950.000	3,46	878.713	2,62
Canarias			0	0
Cantabria	97.506	0,36	283.268	0,84
Castilla y León	200.000	0,74	244.000	0,73
Castilla-La Mancha	371.390	1,37	416.390	1,24
Cataluña	4.009.770	14,8	6.312.092	18,82
Comunidad Valenciana	7.966.597	29,4	8.537.767	25,45
Extremadura	1.350.000	4,98	1.548.279	4,62
Galicia	491.697	1,81	796.011	2,37
La Rioja	80.000	0,3	50.000	0,15
Madrid	920.062	3,4	1.132.458	3,38
Murcia	30.000	0,11	225.000	0,67
Navarra	70.000	0,26	600.000	1,79
País Vasco	8.548.097	31,55	10.050.525	29,97
TOTAL	27.093.832	100	33.54.647	100

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

Las Comunidades de Murcia y Madrid, son las que más porcentaje de su AOD asignan a acción humanitaria, 95 % y el 23 % respectivamente, lo que las sitúa como los dos primeros donantes por porcentaje. No obstante, cuando se analiza el volumen de financiación, Madrid pasa a la quinta posición, por detrás de comunidades con menos recursos como Extremadura y casi con el mismo volumen de financiación que Asturias. En el caso de Murcia, los 225.000 euros la situarían en el puesto 15, entre las CC. AA. menos comprometidas con la AH, y dado que el 95 % de toda su AOD se ha destinado a AH, también la situaría entre las CC. AA. menos comprometidas con la cooperación en general.

El País Vasco es la financiadora más comprometida con la AH tanto por volumen 10.050.525 euros, como por porcentaje (17,62 % destinado a AH), incrementando ambos valores con respecto a 2022. En cuanto al resto de las comunidades autónomas, Aragón, Baleares, Castilla-La Mancha, Comunidad Valenciana y Extremadura destinan más del 10 % de la AOD a AH. Todas ellas, excepto Aragón, ya destinaron en 2022 porcentajes por encima del 10 % lo que indica su compromiso con seguir cumpliendo con el objetivo internacional de destinar al menos el 10 % de su AOD a AH.

En el caso de las EE. LL. en su conjunto, éstas reducen de forma significativa los fondos destinados a AH, los 11,2 millones de 2022 se quedan en 8,8 millones de euros en 2023. Aunque se trata de una reducción importante, hay que señalar que el nivel de financiación de la EE. LL. sigue siendo alto, especialmente si se mira con perspectiva histórica, ya que, hasta 2022, las EE. LL. en su conjunto nunca habían destinado más de 5 millones de euros para la AH.

Aunque la imagen de conjunto de las entidades locales es de recorte de la AH, el análisis de las EE. LL. por comunidad autónoma indica que sólo las entidades locales de 5 comunidades reducen su financiación, mientras que el resto la incrementa. Los recortes más importantes son los de las entidades locales de Madrid, 3,3 millones de euros menos que en 2022 y de la

TABLA 4.9. AH por EE. LL.

EE. LL.	2021	2022	2023
Andalucía	460.456	535.789	124.468
Aragón	101.744	315.184	643.431
Asturias	2.087	485.124	189.000
Baleares	194.426	106.896	219.150
Canarias	1.352.512	176.204	322.976
Cantabria	5.500	-	11.200
Castilla y León	166.749	135.889	180.654
Castilla-La Mancha	77.673	151.000	172.000
Cataluña	1.350.000	1.196.022	2.831.358
Comunidad Valenciana	237.969	1.363.981	355.738
Extremadura	30.320	-	80.000
Galicia	14.080	-	46.834
La Rioja		-	11.940
Madrid	231.500	5.198.050	1.842.662
Murcia	79.508	159.421	9.000
Navarra	169.500	60.000	87.444
País Vasco	1.361.852	1.358.205	1.744.240
TOTAL	5.835.876	11.241.766	8.872.096

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

Comunidad Valenciana, un millón menos. También reducen los fondos destinados a la AH las entidades locales de Andalucía (411.321 euros menos), Asturias (296.124 euros menos) y Murcia (150.421 euros menos).

Las entidades locales de 12 comunidades autónomas incrementan su financiación, aunque en cantidades pequeñas, excepto las EE. LL. de Cataluña que la incrementan en 1,6 millones, País Vasco en 386.035 euros, Aragón en 328.247 euros, Canarias en 146.772 euros y Baleares en 112.254 euros. Las entidades locales del resto de comunidades autónomas incrementan su financiación entre 11.200 y 80.000 euros.

El análisis de los fondos destinados a la AH por las entidades locales, muestra una gran variabilidad con fuertes altibajos que es difícil de explicar en un contexto humanitario tan grave y complejo como el actual.

El análisis de la financiación por entidad local muestra que solo los ayuntamientos de Madrid y Barcelona y la Diputación de Barcelona destinan más de un millón de euros a la AH, 1,7

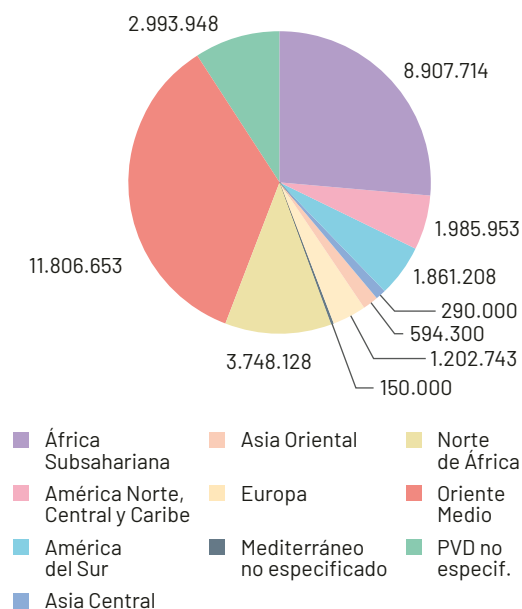
millones el Ayuntamiento de Madrid, 1,3 millones el de Barcelona y 1,1 millones la diputación, seguidas por la Diputación foral de Vizcaya con 559.990 euros, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz con 430.746 euros, la Diputación de Zaragoza con 349.433 euros, el Consejo insular de Tenerife con 302.976 euros y el Ayuntamiento de Zaragoza con 288.998 euros. Cierran el grupo de las entidades locales que más fondos aportan a la AH los ayuntamientos de Bilbao con 185.000 euros y Alicante con 183.738 euros y el Consejo insular de Mallorca con 164.840 euros.

De estas 12 entidades locales, solo tres reducen los fondos que destinan a AH, los ayuntamientos de Madrid y Bilbao y la Diputación foral de Guipúzcoa, siendo Madrid quién más los recorta, 3,3 millones de euros menos que en 2022, mientras que la Diputación foral de Guipúzcoa tan solo los recorta en 6.000 euros y en 3.000 el Ayuntamiento de Bilbao.

Un año más hay que recordar la importancia de la previsibilidad en la financiación de la AH, y de sostener a medio y largo plazo las prioridades, por ejemplo, financiando proyectos plurianuales, porque cada vez más crisis se alargan en el tiempo que requieren de un compromiso y una financiación a medio plazo.

Se cierra este análisis de la cooperación descentralizada dirigida a la AH, con el examen de la distribución geográfica. Como se ha visto a lo largo de este informe, el conflicto en Gaza ha impactado en la asignación y distribución de fondos. Oriente Medio con 11,8 millones de euros, el 35 % de todos los fondos (10 puntos porcentuales más que en 2022), se convierte en el principal receptor incrementando un 70 % los fondos con respecto a 2022. Le sigue África Subsahariana con el 27 % de los fondos, un porcentaje similar al de 2022 y la región, después de Oriente Medio, que más incrementa su financiación, 2,5 millones de euros más que en 2022, una buena noticia, dado que se trata de la región con las mayores necesidades humanitarias. Cierra el grupo de las regiones que más incrementan sus fondos el Norte de África, que recibe 1 millón más que en 2022.

GRÁFICO 4.9. AH por regiones del conjunto de las CC. AA.



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

Como era de esperar, Europa es la región que tiene un mayor recorte de su financiación pasando de 4,4 millones en 2022 a 1,2 millones de euros en 2023, un recorte del 70 % respecto a 2022. Le sigue Asia Sur, que pasa de recibir 627.588 euros a no recibir nada, mientras que Asia central y América Central y Caribe ven reducida ligeramente su financiación.

Por último, hay que mencionar que, tras varios años de reducción de los fondos no asignados, en 2023 crecen tanto en porcentaje, situándose en el 9 % del total como por volumen, 1,6 millones de euros más, lo que rompe la tendencia de los últimos años a la reducción de dichos fondos.

En cuanto a las entidades locales, el conflicto en Gaza y la crisis humanitaria de Siria también hacen de Oriente Medio la principal receptora de los fondos destinados a AH por el conjunto de las EE. LL., 2,4 millones de euros, lo que equivale al 28 % de todos los fondos. Le sigue el Norte de África, afectada por el terremoto de Marruecos, y las inundaciones de Libia. Europa

se mantiene como una de las regiones que más fondos recibe por la guerra de Ucrania, país que sigue siendo el que más fondos recibe, 1,4 millones de euros en 2023. África Subsahariana se convierte en la cuarta región por volumen de financiación e incrementa en un 20 % los fondos que recibe. Aunque se trata de un incremento pequeño, es importante que este crecimiento se sostenga en el tiempo, dado que, como se viene repitiendo desde hace años, se trata de la región con las mayores necesidades humanitarias y sin embargo la más infrafinanciada.

Por último, indicar que se ha producido una fuerte reducción de los fondos no especificados, pasando del 42 % de los fondos en 2022 a tan solo el 6 %, lo que es una buena noticia.

En foco

Bloqueo humanitario sin precedentes por parte de Israel en el Territorio ocupado palestino

El 9 de octubre de 2023, Israel ordenó el “asedio total de la Franja de Gaza”, lo que devino en la peor catástrofe humanitaria de la historia tanto por la cantidad de personas afectadas, el grado de violencia ejercida como la afectación al conjunto del Derecho Internacional Humanitario (DIH). Resultado de las políticas de ocupación israelí de los últimos 75 años, la franja de Gaza es uno de los territorios más poblados del mundo, en el que 2,1 millones de personas viven en 365km². En el último año, aproximadamente 1,9 millones de estas personas han sido desplazadas por el conflicto. Desde el 7 de octubre de 2023 hasta finalizar octubre de 2024, han muerto 43.391 personas palestinas y 1.568 personas

TABLA 4.10. AH por regiones del conjunto de las EE. LL.

Región	Fondos destinados
África Subsahariana	1.573.030
América del Norte, Central y Caribe	184.210
América del Sur	401.853
Asia Sur	39.925
Europa	1.783.852
Norte de África	1.834.713
Oriente Medio	2.480.882
PVD, No Especificados	573.632
TOTAL	8.872.096

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

israelíes como resultado del escalamiento del conflicto, mientras se estima que unas 10.000 personas desaparecidas palestinas permanecen bajo los escombros. Además, 102.347 personas palestinas y 7.794 personas israelíes resultaron heridas¹⁷.

Todos los ámbitos humanitarios se han visto severamente afectados, incluyendo la seguridad alimentaria, el acceso a agua y saneamiento, el alojamiento, la protección, la educación y la salud. La ayuda humanitaria que llega a Gaza ha caído a un mínimo histórico y la situación en el Norte de Gaza ha sido calificada como “apocalíptica” por 15 representantes de agencias de la ONU y ONG internacionales¹⁸.

17 Reported impact snapshot | Gaza Strip, 5 November 2024 at 15:00 - occupied Palestinian territory | ReliefWeb

18 Stop the assault on Palestinians in Gaza and on those trying to help them | United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - occupied Palestinian territory

SITUACIÓN DE LOS SERVICIOS SANITARIOS EN GAZA A INICIOS DE NOVIEMBRE DE 2024¹⁹

- 17 hospitales parcialmente operativos. 19 de 36 hospitales están fuera de servicio.
- 11 hospitales de campaña en funcionamiento, 5 funcionan totalmente y 6 parcialmente.
- El 35 % de los centros de atención primaria funcionan parcialmente (47 de 132). Sólo el 26 % (7 de 27) de los centros de salud de la UNRWA están operativos. Sólo el 39 % (6.075 de 15.600) de los pacientes críticos que solicitaron evacuación médica vieron sus solicitudes aprobadas. Al 29 de octubre, se estimaba que más de 14.000 pacientes necesitaban evacuación médica fuera de Gaza.

Israel, como potencia ocupante, tiene el deber de garantizar la provisión adecuada de alimentos, suministros médicos, refugio y otros materiales esenciales para la supervivencia de la población civil en el territorio ocupado (GCIV Art. 55, 58). Cuando empezó este último asedio a Gaza, existían numerosos registros de impedimentos a la ayuda por las autoridades israelíes. No obstante, el bloqueo de la ayuda más básica se ha tornado sin precedentes.

El acceso es un requisito fundamental para la acción humanitaria. Existen diferentes tipos de limitaciones al acceso humanitario, y no todas constituyen obstrucción de la ayuda. Sin embargo, en los últimos años se viene denunciando una peligrosa tendencia de aumento de prácticas que manifiestan falta de observancia del DIH y devienen en obstrucción de la ayuda en diferentes contextos humanitarios y particularmente en el Territorio ocupado palestino²⁰.

Ataques indiscriminados e incesantes

El uso de tácticas militares por parte de las fuerzas israelíes, como ataques aéreos en áreas densamente pobladas o de armamento altamen-

te explosivo de larga distancia son incompatibles con la posibilidad de distinguir entre los objetivos militares y civiles²¹, afectando zonas residenciales, campos de personas refugiadas e infraestructuras entre las que se incluyen escuelas y centros de salud. Una de cada tres víctimas de los ataques hasta el momento es menor de 18 años²². No se pueden garantizar unas condiciones mínimas de seguridad ni siquiera dentro de las zonas «humanitarias» designadas unilateralmente por Israel, que han sufrido repetidos ataques²³.

Desplazamientos forzados

Alrededor del 89 % de Gaza está bajo órdenes de desplazamiento forzado y el 90 % de la población está desplazada²⁴, la mayoría de las veces en múltiples ocasiones, incrementando el hacinamiento de la población. Esto supone el continuo desplazamiento del personal humanitario que es mayoritariamente palestino y de las personas destinatarias de la ayuda, dificultando la continuidad de operaciones, incrementando los riesgos y haciendo necesaria la suspensión de actividades y la reasignación de recursos. Entre los servicios afectados se encuentran la

distribución de agua, servicios de saneamiento y de salud²⁵.

El hambre como arma de guerra

Se estima que el 91 % de las personas en Gaza —1,95 millones— están experimentando algún grado de crisis alimentaria, de las cuales 345.000 personas se enfrentan a niveles catastróficos de inseguridad alimentaria (Fase 5 de la CIF)²⁶. La inminente hambruna es el resultado de la destrucción de múltiples condiciones y servicios esenciales para la vida por parte de Israel. El acceso al agua y saneamiento se encuentra diezmado, el acceso de la ayuda de alimentos constantemente impedido o reducido y los servicios sanitarios para el tratamiento de la malnutrición y desnutrición extremadamente fragilizados. Distintos actores humanitarios vienen alertando de esta situación desde marzo²⁷, no obstante, se advierte un incremento del bloqueo a servicios y suministros también en este ámbito. El Programa Mundial de Alimentos indicó que en octubre de 2024 aproximadamente 1,7 millones de personas, el 80 % de la población, no recibieron sus raciones mensuales de alimentos, y el número de comidas distribuidas diariamente se redujo un 25 % en comparación con septiembre²⁸.

Ataques al personal humanitario

Gaza se ha vuelto el lugar del mundo más letal para el personal humanitario²⁹³⁰, también en el ámbito de la salud³¹. Al menos 326 trabajadores humanitarios murieron (319 nacionales y 7 extranjeros), entre ellos: 241 funcionarios

de las Naciones Unidas, de los cuales 237 eran parte de UNWRA; 33 funcionarios y voluntarios de la Media Luna Roja Palestina; además de otros 52 trabajadores humanitarios. También 85 miembros de Defensa Civil murieron en acto de servicio (fuente: PCD)³². Entre el 7 de octubre de 2023 y el 30 de septiembre de 2024, Insecurity Insight identificó 1.736 incidentes de violencia u obstrucción del acceso a la atención sanitaria en Israel y en el Territorio ocupado palestino (TOP). La mayor parte de estos —1.680— se produjo en el TOP y se atribuyeron a las Fuerzas de Defensa de Israel (FDI). Como resultado, al menos 518 trabajadores sanitarios fueron asesinados y 357 fueron detenidos. Además, reportaron que las instalaciones sanitarias sufrieron daños en 251 ocasiones. Mientras en Gaza los ataques tuvieron lugar principalmente en instalaciones sanitarias, en Cisjordania y Jerusalén Este se produjeron en campos de refugiados³³.

Urge detener el inminente bloqueo a la Agencia de Naciones Unidas para las personas Refugiadas Palestinas (UNWRA)

En octubre de 2024, el parlamento israelí aprobó una ley que podría detener las operaciones de la UNRWA en el Territorio ocupado palestino. Esta decisión, resultado de una larga campaña de desprestigio y criminalización de dicha agencia, podría llevar a un bloqueo a gran escala en las operaciones de una gran parte de los actores humanitarios. Una exploración inicial de la red de ONG internacionales humanitarias en Palestina, AIDA, estima que al menos 4,5 millones de personas se podrían ver afectadas. Actualmente,

19 [Reported impact snapshot | Gaza Strip, 5 November 2024 at 15:00 - occupied Palestinian territory | ReliefWeb](#)

20 [‘Shocking Increase’ in Denial of Access to Life-Saving Humanitarian Aid for Children in Conflict Zones Worldwide, Security Council Hears, as Delegates Discuss Solutions | Meetings Coverage and Press Releases](#)

21 [The New Humanitarian | Behind the numbers: Gaza’s record aid worker death toll](#)

22 [Reported impact snapshot | Gaza Strip, 5 November 2024 at 15:00 - occupied Palestinian territory | ReliefWeb](#)

23 [Obstrucciones israelíes a la ayuda y ataques al personal humanitario. El año de Médicos del Mundo en el Territorio Ocupado Palestino](#)

24 [Reported impact snapshot | Gaza Strip \(5 November 2024\) | United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - occupied Palestinian territory](#)

25 [Humanitarian Access Snapshot #7. <https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/gaza-humanitarian-access-snapshot-7-10-october-13-november-2024>](#)

26 [Reported impact snapshot | Gaza Strip, 5 November 2024 at 15:00 - occupied Palestinian territory | ReliefWeb](#)

27 [La hambruna en Gaza es inminente y tendrá consecuencias inmediatas y a largo plazo para la salud](#)

28 [WFP Palestine Emergency Response External Situation Report #38 \(30 October 2024\) - occupied Palestinian territory | ReliefWeb](#)

29 [AWSD. Aid Worker Security Report 2024](#)

30 [Aid Worker Security Database | Aid Worker Security Database](#)

31 [The New Humanitarian | Behind the numbers: Gaza’s record aid worker death toll](#)

32 [Gaza_Reported_Impact_Snapshot_05_November_2024.darft04](#)

33 [Attacks on health care in Israel and the occupied Palestinian territory \(02-15 October 2024\) - occupied Palestinian territory | ReliefWeb](#)

no existe capacidad en los actores humanitarios presentes en el TOP para sustituir el papel de UNRWA. La agencia provee un importante rango de servicios esenciales —por ejemplo, administraron el 40 % de las vacunas contra la poliomielitis— y da soporte a las ONG en procesos críticos —como seguridad, logística y coordinación— y sectores básicos para la protección y cuidado de la vida, incluyendo la salud primaria, la salud mental y psicosocial. Diferentes actores internacionales, incluyendo el Secretario General de la ONU³⁴, el Consejo de Seguridad de NN. UU.³⁵ y un gran número de ONG³⁶ han advertido de los enormes riesgos que supone el desmantelamiento de UNRWA no sólo para la vida de millones de personas en Palestina, sino también para la integridad de la comunidad internacional.

Impedimentos a la entrada de la ayuda

Como resultado de la catástrofe provocada en Gaza, el Secretario de Estado de Estados Unidos envió en octubre una [carta](#) dando un plazo de 30 días a las autoridades israelíes para mejorar el acceso humanitario, indicando posibles restricciones a la ayuda militar estadounidense³⁷. Pasado ese plazo, la situación continúa empeorando y ninguna de las exigencias planteadas ha sido cumplida³⁸. Una de las principales exigencias es la eliminación de una lista de artículos que Israel considera “de doble uso” y son esenciales para las operaciones humanitarias. Dicha lista no es pública y, no obstante, el impedimento de entrada de estos artículos puede significar el bloqueo de camiones enteros con material de ayuda. Otra exigencia es que se permita la entrada de al menos 350 camiones diarios con ayuda

humanitaria para Gaza —antes de octubre de 2023 el promedio diario eran 500 camiones. Los trámites para la entrada de camiones son sumamente complejos, a tal punto que se pueden considerar una forma de obstrucción en sí misma. El promedio diario de entrada en el mes de octubre de 2024 fue de 37, la cifra más baja del último año. En los primeros días de noviembre, subió a apenas 80³⁹.

“Toda la población palestina en el norte de Gaza corre un riesgo inminente de morir de enfermedades, hambrunas y violencia”

Inter-Agency Standing Committee

Denegaciones y restricciones a las operaciones de ayuda

En octubre de 2024 OCHA reportó 580 solicitudes de coordinación por actores humanitarios con las autoridades israelíes en Gaza. Sólo la tercera parte de estas solicitudes fueron facilitadas en el norte de Gaza y algo menos de la mitad en el sur. Casi la mitad fueron **canceladas** por los actores humanitarios debido a riesgos logísticos o de seguridad. 254 solicitudes fueron **denegadas** por la Administración israelí de Coordinación y Enlace. En 92 casos habiéndose obtenido la autorización, se produjeron **impedimentos o bloqueos** en los desplazamientos que en algunos casos derivaron en que fueran canceladas o sólo se pudieran realizar parcialmente. La tendencia de denegaciones e impedimentos

34 [La nueva ley israelí contra la UNRWA y sus consecuencias devastadoras para Gaza y Cisjordania](#) | Noticias ONU
35 [Security Council Press Statement on United Nations Relief and Works Agency for Palestine Refugees in Near East \(UNRWA\) | Meetings Coverage and Press Releases](#)
36 [Joint Statement: Defend UNRWA from Israeli Ban and Prevent Catastrophic Consequences for Palestinians - occupied Palestinian territory](#) | ReliefWeb
37 [\(22\) Barak Ravid en X: “Secretary of State Blinken & Secretary of Defense Austin sent a letter on Monday to Israel demanding it takes steps within 30 days to improve the humanitarian situation in Gaza in order to avoid consequences in U.S. law for U.S. military aid to Israel. See letter here: https://t.co/N9DDMqsL7u” / X](#)
38 [Scorecard: Israel Fails to Comply with U.S. Humanitarian Access Demands in Gaza - Refugees International](#)
39 [Reported impact snapshot | Gaza Strip, 5 November 2024 at 15:00 - occupied Palestinian territory](#) | ReliefWeb

va en aumento⁴⁰. Según Security Insight, en muchas ocasiones se impidió que equipos médicos de emergencia y ambulancias llegaran a personas que necesitaban atención⁴¹.

Restricción de permisos de acceso a Gaza y al conjunto del territorio

Las organizaciones internacionales que trabajan en el Territorio ocupado palestino encuentran cada vez más restricciones para el acceso de su personal, entre ellas: la eliminación de todos los permisos a Jerusalén para los titulares de identificaciones de Cisjordania —que afecta aproximadamente 1.300 trabajadores humanitarios palestinos; la denegación de visados de trabajo y entrada en cruces fronterizos para el personal humanitario internacional; e importantes restricciones de movimiento dentro de Israel y el TOP. Todas estas obstrucciones impactan en la disponibilidad de recursos humanos, reducen la capacidad de las organizaciones en diferentes aspectos técnicos, operativos y programáticos e incluso ponen en riesgo el deber de cuidado hacia el personal humanitario que ya está trabajando en condiciones extremas.

Acceso a productos críticos⁴²

En tanto se agudiza la catástrofe humanitaria, se restringe cada vez más la posibilidad de acceder a productos básicos en el mercado local, que, cuando se encuentran cuesta hasta cien veces su precio normal. En el caso del combustible, el desabastecimiento afecta las operaciones y

encarece servicios esenciales como el transporte de agua, la recogida de residuos y la limpieza. El acceso a dinero en efectivo, indispensable para cubrir las necesidades más básicas, se ve limitado por la falta de disponibilidad, que genera retrasos en pagos y operaciones de todo tipo y por el encarecimiento de las comisiones por operaciones financieras.

Riesgo de militarización de la ayuda humanitaria

Al contexto actual, se suma un escenario todavía más preocupante. No parece haber intención por parte de las autoridades israelíes de detener estrategias contrarias al DIH como los desplazamientos forzados y la hambruna para ampliar su control del territorio palestino. A esto, podrían sumarse las ya anunciadas “burbujas” que supondrían el aislamiento de población considerada por las fuerzas israelíes como no susceptible de estar vinculada a grupos armados, a través de la creación de cercos que impidan la circulación y aislen a las personas⁴³. Además, se estaría considerando la posibilidad de transferir la responsabilidad de la ayuda humanitaria en Gaza a las fuerzas israelíes⁴⁴ o a una empresa privada asociada⁴⁵, con todos los riesgos que estas decisiones podrían suponer para las personas palestinas refugiadas.

Si bien la mayor parte de las prácticas de bloqueo humanitario han tenido lugar en Gaza, Cisjordania también presenta un notable deterioro en este ámbito⁴⁶.

40 [Reported impact snapshot | Gaza Strip, 5 November 2024 at 15:00 - occupied Palestinian territory](#) | ReliefWeb

41 [Attacks on health care in Israel and the occupied Palestinian territory \(02-15 October 2024\) - occupied Palestinian territory](#) | ReliefWeb

42 [Humanitarian Access Snapshot #7. https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/gaza-humanitarian-access-snapshot-7-10-october-13-november-2024](#)

43 [Wall Street Journal, La visión de posguerra que ve a Gaza dividida en zonas de seguridad que compiten con las propuestas del “día después” desde fuera del enclave vislumbran transformar su geografía y gobernanza, 29 de junio de 2024; y Financial Times, Israel prueba el plan de “burbujas” sin Hamas para la Gaza de posguerra, 1 de julio de 2024.](#)

44 [Haaretz y Netanyahu discutirán la transferencia de la responsabilidad de la ayuda humanitaria de Gaza al ejército israelí en medio de preocupaciones de seguridad, 6 de octubre de 2024.](#)

45 [Ynet, Esta es la empresa estadounidense que se espera que asegure la ayuda a Gaza, y así es como se ve su plan, 19 de octubre de 2024; y The Guardian, Israel considera utilizar contratistas de seguridad privados para entregar ayuda a Gaza, 22 de octubre de 2022.](#)

46 [Humanitarian Access Snapshot #7. https://reliefweb.int/report/occupied-palestinian-territory/gaza-humanitarian-access-snapshot-7-10-october-13-november-2024](#)

La violencia sin precedentes de Israel, unida a las prácticas de bloqueo humanitario constituyen graves amenazas no solo para la vida de las personas palestinas y de la región, sino también para la integridad de la comunidad internacional y de la legalidad internacional

En julio de 2024, respondiendo a una petición de la Asamblea General de Naciones Unidas de 2022, la Corte Internacional de Justicia, emitió una opinión consultiva⁴⁷ histórica en la que señala que Israel debe detener inmediatamente la ocupación ilegal en Cisjordania, Gaza y Jerusalén Este y establece que las políticas y prácticas de Israel violan el Artículo 3 de la Convención Internacional para la Eliminación de la Discriminación Racial, referido a la segregación racial y

apartheid. Además, indica que Israel debe tomar todas las medidas posibles para prevenir un genocidio en Gaza y *“tomar medidas inmediatas y efectivas para permitir la prestación de los servicios básicos y la asistencia humanitaria que se necesitan urgentemente para hacer frente a las adversas condiciones de vida a las que se enfrentan los palestinos en la Franja de Gaza”*.

Las decisiones de la comunidad internacional y particularmente de los países que ejercen mayor influencia, son cruciales para que la legalidad internacional se aplique. El alto el fuego inmediato y permanente, la suspensión de todo apoyo o facilitación de recursos militares a Israel y la decidida defensa del acceso humanitario son más necesarios que nunca.

Hambre y esperanza: Sudán en la encrucijada de la resiliencia y la solidaridad global

Paloma Martín de Miguel

Responsable de Operaciones para África

Acción Contra el Hambre

La hambruna en Sudán: una crisis excepcional y devastadora

La declaración de hambruna es un acto de última instancia, que refleja que la inseguridad alimentaria ha alcanzado niveles críticos, donde la falta de alimentos y la desnutrición extrema ponen en peligro la vida de una gran parte de la población. En Sudán, un país de aproximadamente 44 millones de habitantes con una rica diversidad cultural, que abarca influencias árabes, africanas y nubias, esta situación fue oficialmente reconocida por la ONU el 1 de agosto de 2024. Esta declaración afecta principalmente a las regiones de Darfur y Kordofán, y es un evento infrecuente a nivel mundial. En las últimas décadas, la hambruna solo se ha declarado en cuatro

ocasiones: Sudán del Sur (2017), Somalia (2011), Corea del Norte (1995) y Etiopía (1984).

Antes de la crisis actual, Sudán ya enfrentaba graves desafíos en el ámbito de la salud y la nutrición. El país contaba con una infraestructura sanitaria debilitada por años de conflicto y escasa inversión. En muchas áreas rurales y zonas de conflicto, el acceso a servicios médicos era muy limitado, con tasas de vacunación bajas y alta prevalencia de enfermedades como el sarampión y el cólera debido a las deficientes condiciones de agua y saneamiento.

En términos de nutrición, el país ya enfrentaba una alta prevalencia de desnutrición. Aproximadamente el 15 % de los niños menores de cinco años sufrían de desnutrición aguda, con un impacto

significativo en el desarrollo físico y cognitivo de los menores. Estas condiciones preexistentes colocaron a muchas comunidades en una posición extremadamente vulnerable ante cualquier interrupción en el suministro de alimentos.

Con la declaración de hambruna, se estima que más de 25 millones de sudaneses están en situación de inseguridad alimentaria severa, y al menos 755.000 personas están en condiciones de hambruna. La escalada del conflicto ha desplazado a millones de personas, interrumpido las cadenas de suministro y devastado la producción agrícola. En campos de desplazados internos como el de Zamzam, cerca de El Fasher en Darfur, miles de personas se encuentran atrapadas sin acceso a alimentos, agua potable o servicios de salud adecuados.

La combinación de un sistema de salud ya debilitado, altos niveles de desnutrición preexistentes y la falta de acceso a servicios esenciales ha llevado a una situación catastrófica. La intervención internacional y una respuesta humanitaria urgente son necesarias para evitar una crisis humanitaria aún mayor.

Raíces históricas y dinámicas actuales de la crisis en Sudán

El conflicto en Sudán, que comenzó en abril de 2023, es otro episodio de una larga historia de inestabilidad y violencia en el país, que ha tenido pocos años de paz desde su independencia en 1956. Este nuevo enfrentamiento involucra a las Fuerzas Armadas Sudanesas (SAF) y a las Fuerzas de Apoyo Rápido (RSF). Las SAF representan el ejército regular de Sudán, mientras que las RSF, una fuerza paramilitar derivada de las milicias Janjaweed, han luchado por el poder y el control territorial.

Sudán ha atravesado múltiples conflictos desde su independencia, incluyendo dos guerras civiles devastadoras: la primera de 1955 a 1972, y la segunda de 1983 a 2005, que resultó en la independencia de Sudán del Sur en 2011. Además, la región de Darfur ha sido escenario de graves enfrentamientos desde 2003, caracte-

rizados por una crisis humanitaria que atrajo la atención internacional debido a las atrocidades cometidas por las milicias Janjaweed.

El conflicto actual se intensificó debido a desacuerdos sobre la integración de las RSF en el ejército nacional y la distribución de recursos. Esto ha desencadenado una violencia generalizada que ha desplazado a millones de personas, agravando una situación humanitaria ya de por sí crítica. La interrupción de los suministros básicos y el colapso económico han exacerbado la inseguridad alimentaria y la crisis de hambruna, situando a la población en una situación de extrema vulnerabilidad

El papel de las emergency rooms y la cultura sudanesa en la respuesta humanitaria

A pesar de los desafíos significativos, la comunidad internacional y organizaciones como Acción Contra el Hambre han respondido con esfuerzos humanitarios cruciales. Una de las iniciativas clave ha sido la implementación de Emergency Rooms (ERs), que operan en las zonas más afectadas, brindando alimentos, atención médica y otros servicios esenciales.

Las Emergency Rooms en Sudán no surgieron de manera fortuita; están profundamente arraigadas en la rica tradición cultural del país. En Sudán, la hospitalidad no es solo una cortesía social, sino una parte fundamental de la identidad cultural conocida localmente como “Al Ihsan”. Esta práctica refleja la disposición de los sudaneses a abrir sus hogares y compartir alimentos con los más necesitados, encarnando una cultura de generosidad y solidaridad que se ha transmitido de generación en generación.

La tradición de hospitalidad en Sudán incluye actos como invitar a extraños a unirse a las comidas familiares y ofrecer una variedad de platos tradicionales, como “Ful Medames” y “Kisra”. Esto demuestra un respeto genuino y una calidez hacia todos los visitantes, independientemente de su origen. Esta costumbre no solo fomenta la camaradería y la conexión entre las personas, sino que también ha sido fundamental

⁴⁷ [Legal consequences arising from the policies and practices of Israel in the occupied Palestinian territory, including East Jerusalem](#)

para las respuestas comunitarias en tiempos de crisis, como se observa con las Emergency Rooms. Estas salas de emergencia no solo responden a la actual crisis humanitaria, sino que son una extensión de la práctica cultural de cuidar al prójimo, especialmente a aquellos en situaciones más desesperadas. Esta tradición de hospitalidad y cuidado comunitario ha sido esencial para sostener a las comunidades sudanesas en tiempos de gran necesidad

LOS PUNTOS DE ACCIÓN DE LA COMUNIDAD HUMANITARIA

Acceso humanitario sin restricciones

El Acuerdo de Jeddah, firmado el 11 de mayo de 2023, representó un esfuerzo significativo para priorizar la protección de la población civil y facilitar el acceso humanitario en Sudán. Este acuerdo fue respaldado por actores internacionales clave, incluidos Estados Unidos y Arabia Saudita. Estipula que se debe permitir el paso seguro y sin trabas de la ayuda humanitaria a través de fronteras y líneas de conflicto, garantizando así que los suministros vitales puedan llegar a las poblaciones necesitadas.

A pesar de estos compromisos, ha habido numerosas violaciones del acuerdo. Se han reportado casos donde las partes en conflicto han bloqueado rutas críticas, impidiendo que alimentos y medicamentos lleguen a las personas que más lo necesitan. Además, han surgido múltiples iniciativas de mediación y esfuerzos de incidencia política para abordar la crisis. La Autoridad Intergubernamental sobre el Desarrollo (IGAD), encabezada por el presidente de Kenia, William Ruto, ha intentado mediar en el conflicto, aunque enfrenta limitaciones debido a la exclusión de actores clave como Chad y Egipto. Estos países, afectados por el flujo de refugiados desde Sudán, crearon la Iniciativa de Países Vecinos, organizando una cumbre en El Cairo para coordinar esfuerzos regionales.

Paralelamente, la Unión Africana (UA) ha promovido una iniciativa enfocada en proteger a

los civiles y planificar una transición democrática a largo plazo, aunque su influencia ha sido limitada debido a la diversidad de iniciativas en juego. La Misión de la ONU en Sudán (UNITAMS) y otras entidades internacionales también han participado en la mediación, intentando unificar los esfuerzos dispersos bajo un mecanismo extendido que incluye a unos 25 estados y organizaciones regionales.

Estos múltiples foros de mediación y los intentos de unificar las diversas iniciativas enfrentan desafíos debido a la falta de voluntad política de las partes en conflicto y la fragmentación de los esfuerzos internacionales. La falta de coordinación y los intereses divergentes de los mediadores han dificultado la implementación efectiva del Acuerdo de Jeddah y otros esfuerzos de paz, dejando a la población civil en una situación extremadamente precaria.

Protección de infraestructuras civiles

La Resolución 2724 del Consejo de Seguridad de la ONU destaca la importancia de proteger las infraestructuras civiles críticas, como granjas y mercados, que son esenciales para la supervivencia de la población. En Sudán, se han registrado numerosos ataques devastadores a estas infraestructuras. Por ejemplo, en la región de Darfur, varios mercados locales han sido completamente destruidos, lo que ha dejado a miles de personas sin acceso a alimentos básicos. Estos ataques no solo han eliminado las fuentes de ingresos para muchas familias, sino que también han contribuido a la escasez de alimentos y al aumento de los precios, exacerbando la crisis humanitaria.

Además, se han reportado daños significativos en instalaciones agrícolas, como campos de cultivo y sistemas de riego, que son fundamentales para la producción de alimentos. La destrucción de estas infraestructuras no solo afecta la disponibilidad inmediata de alimentos, sino que también tiene un impacto a largo plazo en la capacidad de recuperación económica de las comunidades afectadas.

La comunidad internacional ha insistido en que todas las partes en el conflicto deben cesar estas agresiones y cumplir con las normas del derecho internacional humanitario, que prohíben explícitamente los ataques a infraestructuras civiles. La protección de estos recursos es esencial no solo para la supervivencia diaria, sino también para la estabilidad y el futuro desarrollo de las comunidades afectadas.

Financiación internacional y apoyo a las iniciativas locales

En abril de 2024, la Conferencia Internacional Humanitaria de París comprometió 2 mil millones de dólares para la respuesta humanitaria en Sudán, aunque las necesidades reales se estiman en 4.1 mil millones de dólares. Organizada por Francia, Alemania y la Unión Europea, la conferencia reunió a representantes de 58 países, agencias de donantes, organizaciones de la ONU y otras entidades humanitarias para abordar la crisis. Los fondos están destinados a varias áreas clave: en el sector salud, se incluyen la construcción y reparación de hospitales dañados, el suministro de medicamentos esenciales y la capacitación de personal sanitario, además del fortalecimiento de servicios de salud mental y apoyo psicosocial para víctimas de violencia de género y otros traumas. En cuanto a la nutrición, se han implementado programas de emergencia para distribuir alimentos y suplementos nutricionales, enfocados en niños menores de cinco años y mujeres embarazadas y lactantes, incluyendo la rehabilitación de instalaciones de almacenamiento y distribución de alimentos. También se abordan necesidades críticas en infraestructura de agua y saneamiento, beneficiando a 5.6 millones de personas que requieren acceso a suministros de agua potable y servicios de saneamiento. Estos esfuerzos reflejan un compromiso significativo, aunque insuficiente, para cubrir todas las necesidades urgentes en el país.

Implementación de programas de transferencia de efectivo

Los programas de transferencia de efectivo han demostrado ser una herramienta efectiva para mejorar la seguridad alimentaria en medio de la crisis. En febrero de 2024, más de 167,400 personas recibieron esta forma de asistencia, lo que les permitió comprar alimentos y otros bienes esenciales. En regiones donde la inflación ha elevado dramáticamente los precios de los alimentos, esta ayuda ha sido crucial. Las familias beneficiarias han reportado una mejora significativa en la calidad y diversidad de sus dietas, permitiéndoles acceder a alimentos nutritivos que de otro modo serían inasequibles. Además, se ha observado una disminución en las tasas de desnutrición infantil en las áreas donde se implementaron estos programas, subrayando su impacto positivo.

Atención especial a mujeres y niños

El conflicto ha exacerbado la vulnerabilidad de las mujeres, quienes enfrentan un aumento alarmante en los casos de violencia sexual. Se han reportado numerosos incidentes de violaciones en público, a menudo acompañadas de insultos étnicos, especialmente en ciudades como El Geneina. La organización Human Rights Watch ha documentado estos casos, subrayando la gravedad de la situación. Estas agresiones son aún más problemáticas debido a la falta de asistencia sanitaria adecuada y apoyo psicosocial para las víctimas. Muchas instalaciones médicas han sido atacadas o destruidas, limitando severamente el acceso a la atención necesaria para tratar tanto las heridas físicas como los traumas psicológicos. La respuesta humanitaria debe enfocarse en brindar el apoyo integral que estas víctimas necesitan, asegurando un acceso seguro a servicios de salud y apoyo emocional.

**Un llamado urgente a la acción:
salvaguardar la esperanza en Sudán**

La declaración de hambruna en Sudán no solo subraya la gravedad de la situación humanitaria en el país, sino que también marca un momento crucial en la historia de la asistencia humanitaria global. Esta crisis ha alcanzado proporciones tan alarmantes que requiere una respuesta inmediata y coordinada a nivel internacional. Sudán, un país con una rica diversidad cultural y una tradición de hospitalidad, ha sido durante mucho tiempo un refugio para millones de refugiados provenientes de naciones vecinas como Eritrea, Chad y la República Centroafricana. Este mismo país, conocido por su resiliencia y solidaridad, ahora se encuentra atrapado en la peor crisis alimentaria de su historia.

El conflicto prolongado, la inestabilidad política y la reciente escalada de violencia han combinado sus fuerzas para someter a la población a una angustia sin precedentes. Las imágenes de familias desplazadas, comunidades sin acceso a alimentos básicos y niños desnutridos son un recordatorio conmovedor de la urgencia con la que se deben tomar medidas. La comunidad internacional tiene una responsabilidad ineludible de actuar con la mayor rapidez y eficacia para proporcionar la asistencia

necesaria, desde el suministro de alimentos y medicinas hasta el apoyo psicológico y la reconstrucción de infraestructuras vitales.

En este contexto, el proverbio africano “Cuando dos elefantes se pelean, es la hierba la que muere” cobra un significado profundo. Sin embargo, aunque el proverbio no lo dice, hay esperanza: la hierba puede recrecer con una fuerza renovada. La resiliencia y el espíritu del pueblo sudanés son testimonio de esta posibilidad. A pesar de los desafíos inmensos, Sudán ha demostrado una capacidad notable para superar adversidades y reconstruirse. Esta fortaleza es un ejemplo inspirador para el mundo entero.

Las decisiones que tomemos ahora, en estos momentos críticos, tendrán un impacto duradero en la vida de millones de personas y en el futuro de Sudán. Es fundamental que nuestras acciones reflejen un compromiso genuino con la humanidad y la justicia. La historia juzgará nuestra capacidad para responder con compasión y determinación frente a esta catástrofe. Solo a través de un esfuerzo global coordinado y una respuesta decidida podremos salvar vidas, aliviar el sufrimiento y restaurar la esperanza en un país que ha enfrentado desafíos inmensos, pero que aún tiene la fortaleza y el espíritu para superar esta crisis devastadora.

5

Conclusiones y recomendaciones



1. Los desafíos que enfrentamos hoy necesitan respuestas coordinadas a nivel mundial que sean efectivas, sostenibles y equitativas. El cambio climático agrava problemas de salud preexistentes y crea nuevos desafíos; la resistencia antimicrobiana amenaza con revertir décadas de progreso en la medicina; y los conflictos armados afectan a la paz y a la seguridad, poniendo en peligro no solo a las poblaciones, sino también al personal de salud, dificultando aún más la prestación de servicios esenciales y la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. A falta de seis años para cumplir con la Agenda 2030, sólo el 17 % de las 169 metas que contienen los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) están en camino de alcanzarse o ya se han alcanzado; el 48 % muestra un progreso mínimo o moderado y más de un tercio se han estancado o incluso retrocedido. En la Cumbre del Futuro de 2024 los países han reafirmado su compromiso con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y avanzar hacia un futuro más sostenible y equitativo.

Es urgente cerrar la brecha de financiación de los ODS y que los países movilicen inversiones de entre 5 y 7 billones de dólares, el equivalente

al 3,5 % de los 200 billones de activos financieros que anualmente se mueven en el mundo. Este dato pone en perspectiva lo alcanzable que es el objetivo, siempre y cuando haya un compromiso real de gobiernos, organizaciones internacionales, sociedad civil y sector privado. También es necesario incrementar los esfuerzos en la lucha contra el cambio climático, implementando medidas más ambiciosas para reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, fortalecer la paz, transformar la gobernanza mundial, haciendo que el sistema multilateral sea más eficaz e inclusivo, y renovar el compromiso con el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas.

2. El ODS 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas, muestra retrocesos significativos, mayores incluso que el conjunto de los ODS. Solo el 10 % de las metas se han cumplido o están en camino de cumplirse, un 30 % han sufrido una mejora moderada, un 45 % han avanzado de forma residual y el 15 % restante no han mejorado. Algunos indicadores de salud como la tasa de mortalidad infantil o el

número de muertes por VIH/sida han mejorado en los últimos 25 años, pero esas mejoras son claramente insuficientes. Cada dos minutos mueren dieciocho menores de 5 años, una mujer por problemas de embarazo y parto, entre 2 y 3 personas de tuberculosis o hepatitis y 34 personas de problemas cardiovasculares. Además, 4.500 millones de personas no tienen cubiertas sus necesidades de servicios de salud esenciales y 2.000 millones de personas experimentaron dificultades financieras por sus gastos de salud. Mientras, la mayoría de los gobiernos no destinan más del 5 % de su PIB o el 15 % de su presupuesto nacional en atención sanitaria pública, lo que ayuda a aumentar el desequilibrio entre países de renta alta y baja.

Es crucial que la comunidad internacional aproveche la capacidad y oportunidad que tiene de revertir esta situación, destinando recursos suficientes y aplicando políticas que de verdad antepongan el derecho a la salud a otros intereses comerciales o políticos. Las promesas y compromisos de los gobiernos deben traducirse en acciones concretas y sostenibles para mejorar la salud pública como puede ser priorizar la Atención Primaria de Salud, invertir en infraestructuras, personal y recursos para garantizar un sistema de salud público robusto, implementar políticas que promuevan la prevención y el acceso equitativo a servicios de salud, fomentar la educación en salud y la concienciación sobre la importancia de hábitos saludables y apoyar la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías y tratamientos médicos accesibles para todas las personas.

3. La aprobación de un Tratado Pandémico que nos proteja de futuras pandemias como la de la COVID-19 sería una gran noticia para la salud global. Después de dos años y medio de negociaciones, la aprobación se ha retrasado hasta la Asamblea de mayo de la OMS en 2025, cerniéndose graves amenazas en su contenido lo que podría desnaturalizar su capacidad

de respuesta. Las resistencias a incluir la perspectiva de género en el Tratado, algo que se ha extendido a varias declaraciones de la Asamblea de la OMS en 2024, la negativa a liberar patentes en momentos de crisis y a que sea la OMS quien gestione directamente parte de los productos médicos y diagnósticos esenciales en futuras pandemias, son los elementos más controvertidos y que provocan las mayores discusiones. Mientras, la gestión de la viruela del mono ha repetido gran parte de los errores pasados, una respuesta lenta e ineficiente, sin atender la demanda de vacunas de los países más afectados, lo que podría haber evitado la muerte y el sufrimiento de la población.

Urge un Tratado Pandémico auspiciado por la OMS que sea eficaz, eficiente, equitativo y sostenible, que prime el interés general sobre los intereses comerciales o políticos. Un tratado que responda a los problemas globales de salud, gestionado a través de una gobernanza pública fuerte, con perspectiva de género, consensuada, que oriente las soluciones de una forma equitativa, que avance en procedimientos inclusivos, generoso con el intercambio de conocimiento, que aborde los obstáculos creados por la propiedad intelectual y se base en la evidencia.

4. La ayuda oficial para el desarrollo de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) alcanzó en 2023 la cifra récord de 223.610 millones de dólares, lo que supone un incremento del 9,6 % respecto a los desembolsos de 2022. Aunque si excluimos los costos de personas refugiadas en los países donantes, que son 31.000 millones de dólares, la AOD aumentó apenas un 3,2 % en términos reales. El comportamiento entre los países del CAD ni es uniforme ni es suficiente. La AOD aumentó en 14 países y disminuyó en 17. Porcentualmente representa el 0,37 % de la renta nacional bruta (RNB), apenas una centésima porcentual más que en 2022 y muy por debajo del compromiso de NN. UU. del 0,7 %.

Sólo 5 países, Dinamarca, Alemania, Luxemburgo, Noruega y Suecia cumplieron con el objetivo del 0,7 %. España destinó el 0,24 % de su PIB, manteniéndose en el puesto 22 en cuanto al porcentaje de AOD y en el puesto 12 de 31 en cuanto a volumen de AOD.

Es crucial que los países del CAD multipliquen exponencialmente los recursos destinados a AOD para poder alcanzar el 0,7 % en 2030, tal y como se han comprometido. Además, para poder ser efectiva y abordar las inequidades, la cooperación internacional debe ser resiliente y adaptarse a los nuevos contextos. Es importante que el CAD evalúe en qué medida las desigualdades globales y los desafíos emergentes, como el cambio climático y las pandemias, afectan la eficacia de la ayuda, y refuerce principios como la apropiación, las alianzas inclusivas y la transparencia logrando así que la unidireccionalidad del sistema de ayuda mude a un modelo más transversal, capaz de generar una participación inclusiva de todos los actores, incluida la sociedad civil.

5. Los países del CAD destinaron a salud en 2022 un total de 24.999 millones de dólares, lo que representa el 11,17 % del total de AOD, un 37 % menos que el año anterior. De esta cifra, el 27,9 %, 11.236 millones de dólares se destinó al control de la pandemia de la COVID-19. Las donaciones de vacunas siguen teniendo un papel relevante representando el 13,6 % del total, 1.535 millones de dólares. Además de recursos económicos, la defensa del derecho a la salud debe hacerse con el desarrollo de políticas y estrategias sólidas. El retroceso en los logros alcanzados en algunos derechos es preocupante, como es el caso de los derechos sexuales y reproductivos.

Necesitamos un trabajo a medio y largo plazo que profundice en el entorno social y económico, tanto local como global, ya que allí aparecen gran parte de las causas de los retos globales que tenemos en la salud. Las políticas

transformadoras y una mayor inversión en salud son esenciales si queremos revertir inercias que sabemos no van a conseguir los resultados comprometidos. La inequidad existente con las poblaciones más vulnerables, que supone que muchas necesidades básicas de la población estén insatisfechas, la extrema pobreza, los efectos del cambio climático, el incremento de los conflictos o la falta de garantía en la consecución de los derechos sexuales y reproductivos, no pueden solucionarse de manera tradicional, con una atención directa y puntual.

6. En 2023 la AOD española disminuyó un 12,7 %, situándose en 3.595 millones de euros. La reducción en 526 millones fija porcentualmente la AOD en el 0,24 % de la RNB. Este porcentaje está muy lejos de todos los compromisos económicos adquiridos y/o renovados en los últimos años, haciendo prácticamente imposible que se pueda alcanzar el compromiso del 0,55 % para final de legislatura (2027) o del 0,7 % en 2030, como recoge la nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo y la Solidaridad Global. Por otro lado, este porcentaje nos aleja notablemente de la media de los países de la UE, que se sitúa en el 0,52 %, y de la media de los países del CAD que está en el 0,37 %.

Apremia la elaboración de una hoja de ruta meditada y consistente que fije una senda de expansión creíble de los recursos de la AOD, que permita entender cómo va a evolucionar su composición para alcanzar el compromiso político del 0,55 % al final de la presente legislatura, en 2027, y el 0,7 % en 2030, tal y como recoge la nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo y la Solidaridad Global. Cumplir ambos objetivos requiere ritmos de crecimiento de la ayuda mucho más elevados que los actuales ya que partimos de un 0,24 %. Es importante que la Cooperación Española determine la trayectoria a seguir y establezca los mecanismos adecuados para dar seguimiento al gasto y a los compromisos que se adquieren.

7. La AOD destinada a Salud cae un 38,3 %, situándose en 248,3 millones de euros. Este descenso, tres veces mayor que el aplicado a la AOD general, sitúan la cooperación en salud en el 6,9 % del total de la AOD española, un porcentaje que se aleja cada vez más de la media de los países del CAD, que ronda el 12 %. El fin de la emergencia sanitaria por la COVID-19 explica en parte una reducción tan significativa de los fondos que España destina a cooperación en salud. El Ministerio de Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación lidera con el 45,8 % la financiación de la cooperación en salud. Como venía siendo habitual en los años prepandemia, el Ministerio de Salud deja de estar entre las principales instituciones donantes de salud, lo que demuestra que lo ocasional no tiene por qué generar tendencia.

Es imperativo que la Cooperación Española aproveche la oportunidad de liderar a nivel mundial la cooperación en salud, incrementando no solo la cantidad de AOD sino también siendo parte activa en la redefinición de la salud global y su gobernanza, evitando que prosperen las amenazas a algunos principios básicos que se creían inmutables, como puede ser la equidad de género, elemento fundamental para definir y analizar la salud de las mujeres. Además, la Cooperación Española debe seguir apostando por los principios que sustenta el sistema sanitario español (a pesar de sus defectos, que son más de implementación que de principios) como la equidad en el acceso, la apuesta por la Atención Primaria de Salud y la gobernanza pública del sistema sanitario.

8. El conjunto de la AOD descentralizada se mantiene en cifras similares a las del año anterior, con una disminución de apenas el 0,56 % situándose en 415,7 millones de euros, 2,3 millones menos que en 2022. La ayuda descentralizada supone el 11,5 % del total de la AOD española, 1,4 puntos porcentuales más que el año anterior. En cifras absolutas, Cataluña con 93 millones de euros es la comunidad autónoma que más fondos

destina a cooperación, incluso reduciendo en 11,5 millones la cantidad que consignó en 2022. Le sigue la Comunidad Valenciana con 66,8 millones y un incremento de 4,8 millones, País Vasco con 57 millones y un incremento de poco más de 165 mil euros; Andalucía con 20,3 millones y unos recortes que superan el 1,2 millón de euros. En la cola encontramos a comunidades como Madrid que no llega a los 5 millones o Murcia que destina 236 mil euros.

Debemos exigir al conjunto de la cooperación descentralizada que defina su propia senda de financiación y compromiso con el objetivo del 0,7 % que establece la nueva Ley de Cooperación. El conjunto de las CC. AA. apenas destina el 0,125 % de su presupuesto a cooperación, si bien hay comunidades como País Vasco o Navarra cuyo porcentaje supera al de la Administración General del Estado. Por otro lado, es exigible una relación directa entre la riqueza económica de una comunidad y su aportación en cooperación, lo que evitaría la utilización partidista de la solidaridad.

9. En cuanto a salud, en 2023 se produjo un crecimiento de la cooperación descentralizada del 11,7 %, destinando al sector 48,4 millones de euros, el 12,5 % del total de su AOD, superando la media de la cooperación española. Vuelve a destacar Cataluña que con 15,8 millones de euros supone una tercera parte de toda la ayuda destinada a salud. En 2023 la cooperación autonómica ha financiado 2.142 acciones de cooperación, 68 más que en 2022. De estas acciones, 230, el 10,7 % son de salud, un porcentaje similar a los dos años anteriores. El coste medio de los proyectos de salud financiados ha sido de 176.923,4 euros.

La cooperación descentralizada debe corregir las fluctuaciones bruscas en la asignación de fondos a un sector determinado, pues dificulta la planificación de los países receptores al no saber con certeza cuándo y cuánto apoyo recibirán. La continuidad en la asignación de recursos

permite una implementación más coherente de políticas y programas; además, fomenta la confianza entre los donantes y los receptores, lo que puede mejorar sustancialmente la efectividad de la ayuda.

10. Las crisis complejas y los conflictos cronificados desde hace años, la violencia, el impacto de la crisis climática, la crisis económica y la pobreza extrema mantienen a millones de personas en un estado de crisis permanente y una fragilidad extrema, desde Ucrania, Territorio ocupado palestino, Afganistán y Sudán hasta Yemen, Burkina Faso, Myanmar, Haití o la República Democrática del Congo. En 2023 había 117,3 millones de personas desplazadas forzadas, lo que supone un incremento del 8 % con respecto a finales de 2022; y 281,6 millones de personas se enfrentaban a altos niveles de inseguridad alimentaria aguda en 59 países y territorios. En este contexto, no sorprende que, NN. UU. incrementase en un 7 % el objetivo inicial de personas a las que asistir en 2023, hasta los 245 millones de personas.

Es inaceptable que en un contexto de incremento de las crisis humanitarias la comunidad internacional responda reduciendo los fondos destinados a AH en 7.500 millones de dólares, lo que ha hecho que en 2023 el sistema humanitario se enfrente a una grave crisis de financiación. No es tolerable que los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU. se hayan reducido un 25 % pasando de 30.409 millones de dólares a 24.234 millones, es decir, que solo se haya dado respuesta al 43,2 % de los fondos solicitados. Nunca antes el porcentaje de financiación de los llamamientos de NN. UU. había sido tan bajo. Es imperativo que los donantes cumplan con sus responsabilidades y compromisos internacionales e incrementen los fondos destinados a la acción humanitaria, para reducir así la brecha entre los fondos solicitados y los recibidos, y acercarse a la petición del Secretario General de NN. UU. de cubrir al menos el 75 % de los fondos que se solicitan para las crisis humanitarias

11. Las crisis son cada vez más complejas y duraderas; sin embargo, a medida que aumenta el número de personas que necesitan ayuda, se reduce el espacio humanitario. Los alimentos se utilizan como arma de guerra y los ataques contra la población, la infraestructura civil y contra el personal humanitario son cada vez más frecuentes. Gaza es el último ejemplo, pero no el único. Las restricciones al acceso humanitario se pueden manifestar de diversas maneras, desde barreras administrativas, leyes restrictivas, o el acoso, a la violencia contra el personal humanitario. Solo en 2022, NN. UU. documentó y verificó 3.931 incidentes en los que se denegó el acceso humanitario, la mayoría por parte de los gobiernos, mientras que el mayor número de incidentes se produjo en el Territorio ocupado palestino, Yemen, Afganistán y Malí. Por otro lado, los ataques contra el personal humanitario han aumentado de manera preocupante en los últimos años, casi duplicándose el número entre 2015, 150 ataques graves y 2023, 281 ataques graves con 280 trabajadoras y trabajadores humanitarios asesinados y 224 heridos. Lamentablemente en 2024 los ataques contra el personal humanitario continúan siendo una realidad alarmante contabilizando hasta octubre 235 muertes, la mayoría de ellas personal nacional.

Es imperativo que la comunidad internacional utilice la diplomacia humanitaria para garantizar el acceso a la población, reduciendo y eliminando los obstáculos a los que se enfrentan las ONG en su trabajo a la hora de atender a las poblaciones más afectadas por conflictos y catástrofes. Es fundamental respetar y hacer respetar el DIH y los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad e independencia que rigen el trabajo humanitario, para salvaguardar el acceso a las poblaciones afectadas por las crisis humanitarias y proteger al personal humanitario internacional, nacional y local.

12. En países afectados por crisis y conflictos millones de personas se enfrentan a graves amenazas sanitarias como brotes de enfermedades, malnutrición y falta de acceso a servicios sanitarios esenciales. A esto se suma el incremento en el número de ataques a infraestructuras y personal sanitario, lo que dificulta todavía más el acceso de la población a los servicios sanitarios. Según NN. UU. en 2023 al menos 19 países con un Plan de respuesta humanitaria experimentaron brotes epidémicos: en Chad se registró un brote de dengue, mientras que Burundi, Camerún, la RD del Congo, Etiopía, Haití, Kenia, Líbano, Malawi, Mozambique, Nigeria, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Siria y Yemen notificaron brotes de cólera y/o diarrea aguda. Además, los países que se enfrentan a crisis humanitarias suelen tener sistemas sanitarios débiles, recursos limitados y, en consecuencia, tasas de mortalidad materna y neonatal altas. Según el Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crises en 2023, el 64 % de las muertes maternas mundiales, el 50 % de las muertes neonatales y el 51 % de las muertes fetales se dieron en países con planes de respuesta humanitaria.

Es inadmisibles que la respuesta de la comunidad internacional al incremento de necesidades en el ámbito de la salud, tanto por la destrucción de instalaciones sanitarias y la reducción del acceso a los servicios sanitarios, como por la persistencia de brotes epidémicos y de la malnutrición, sea la reducción de los fondos destinados a atender las necesidades sanitarias en situaciones de crisis humanitarias, pasando de destinar 4.877 millones de dólares en 2022 a 3.654 millones en 2023, un recorte de 1.644 millones. Es urgente una financiación suficiente para garantizar una respuesta adecuada a las necesidades en salud, junto con mejoras en la previsibilidad de la ayuda y en una flexibilidad que permita sostener las respuestas en el tiempo y orientar los recursos hacia las necesidades más acuciantes.

13. En 2023 el total destinado por la Cooperación Española a la acción humanitaria ha crecido un 65 %, alcanzando los 213.777.954 euros. Un importante incremento, tanto en términos absolutos, 55.297.502 euros más que en 2022, como en términos porcentuales, 2 puntos porcentuales más que en 2022, sobrepasando la barrera del 5 % de toda la AOD destinada a AH, algo que no se conseguía desde 2011. Aunque se trata de una buena noticia, todavía sigue lejos del compromiso de destinar el 10 % a la AH.

Es de justicia que Cooperación Española siga incrementando los fondos destinados AH para alcanzar el compromiso nacional e internacional de destinar al menos el 10 % de su AOD a la AH. Este aumento debe ir acompañado de mayor previsibilidad, de una financiación a medio plazo para sostener las acciones en el tiempo y de la mejora de los instrumentos y de los recursos humanos, para gestionar eficazmente estos fondos y responder a los desafíos humanitarios actuales.

14. La cooperación descentralizada en su conjunto ha destinado el 10,20 % de su AOD a la AH, 1,3 puntos porcentuales más que en 2022, consolidando así la tendencia al crecimiento de los últimos años y situándola ligeramente por encima del objetivo de destinar el 10 % de la AOD a AH. En términos absolutos, lo destinado por la cooperación descentralizada ha pasado de 38.335.598 euros a 42.412.743 euros en 2023, un incremento que consolida la apuesta de la cooperación descentralizada por la acción humanitaria. El análisis de los datos relativos a las CC. AA. y a las EE. LL. arroja el dato de que el crecimiento de la cooperación descentralizada se debe a las comunidades autónomas que incrementan los fondos destinados a AH en 6,4 millones de euros con respecto a 2022. Mientras que las EE. LL. reducen de forma significativa los fondos destinados a AH, y los 11,2 millones de 2022 se quedan en 8,8 millones de euros en

2023. Aunque se trata de una reducción importante, el análisis de las EE. LL. por comunidad autónoma, indica que sólo las entidades locales de 5 comunidades reducen su financiación, aunque de forma importante, mientras que el resto la incrementa.

La cooperación descentralizada debe mejorar la previsibilidad de su financiación a través de financiaciones plurianuales para garantizar una mejor respuesta humanitaria, así como sostener a medio plazo el crecimiento de la financiación destinada a la acción humanitaria, especialmente en las CC. AA. que menos porcentaje aportan, para alcanzar en el marco de la presente legislatura el objetivo de destinar el 10 % de la AOD a AH.

Acrónimos y siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	ECHO	Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio	EHF	Foro Humanitario Europeo
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	ENT	Enfermedades no transmisibles
AGE	Administración General del Estado	ETD	Enfermedades tropicales desatendidas
AH	Acción Humanitaria	ETS	Enfermedades de transmisión sexual
AIM	Alianza Internacional de Microbicidas	FCA	Índice de Crisis Olvidadas
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	FED	Fondo Europeo de Desarrollo
APS	Atención primaria de salud	Ff4D	IV Financiación para el Desarrollo
BAfD	Banco Africano de Desarrollo	FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
BA5D	Banco Asiático de Desarrollo	FMI	Fondo Monetario Internacional
BDR	Bancos regionales de desarrollo	FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo
BEI	Banco Europeo de Inversiones	FpD	Financiación para el Desarrollo
BM	Banco Mundial	FTS	Financial Tracking Service / sistema de seguimiento financiero
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial	GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
BRIC	Brasil, Rusia, India y China	GE	Grant Equivalent
BRICS	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica	GFATM	Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	HiAP	Salud en todas las políticas
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País	IARC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
CC. AA.	Comunidades Autónomas	IAVI	Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA
CE	Cooperación Española	ICD	Clasificación internacional de enfermedades
CDC	Centro de Control de Enfermedades	IDH	Índice de Desarrollo Humano
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental	IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
CERF	Fondo Central de Respuesta de Emergencia	IFRC	Federación Internacional de la Cruz Roja
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe	INB	Ingreso Nacional Bruto
CHS	Norma Humanitaria Esencial	IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja	ITS	Infecciones de transmisión sexual
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	MAEUEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco	NDICI	Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional
COVAX	Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19	NN. UU.	Naciones Unidas
CRS	Creditor Reporting System	OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria
CSU	Cobertura sanitaria universal	OCE	Oficinas de Cooperación Española
DD. HH.	Derechos humanos	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
DG	Dirección general	OCHA	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas
DGPOLDES	Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible	ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
DIH	Derecho Internacional Humanitario	OEA	Organización de Estados Americanos
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales	OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
EE. LL.	Entidades Locales	OIM	Organización Internacional para las Migraciones

OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMC	Organización Mundial del Comercio
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMUDES	Organismos Multilaterales de Desarrollo
ONG	Organización No Gubernamental
ONGD	Organización no gubernamental de desarrollo
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OTAN	Organización del Tratado del Atlántico Norte
PABS	Sistema de Acceso a los Patógenos y Participación en los Beneficios
PSIM	Paquete de Servicios Iniciales Mínimos
PIB	Producto interior bruto
PMA	Programa Mundial de Alimentos
PMA	Países menos adelantados
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
RDC	República Democrática del Congo
RNB	Renta Nacional Bruta
RSI	Reglamento Sanitario Internacional
SARS-CoV-2	Severe Acute Respiratory Syndrome coronavirus 2
SECI	Secretaría de Estado de Cooperación Internacional
SGCID	Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo
SICA	Sistema de la Integración Centroamericana
SSyR	Salud sexual y reproductiva
TB	Tuberculosis
TOP	Territorio ocupado palestino
UE	Unión Europea
UNCTAD	Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNISDR	Oficina de las Naciones Unidas para la Reducción de Catástrofes
UNITAID	Iniciativa internacional de acceso a medicamentos
UNRWA	Agencia de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo
VIH/SIDA	Virus de la inmunodeficiencia humana/Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
VOICE	Voluntary Organisations in Cooperation in Emergencies
WMO	Organización Meteorológica Mundial



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



Médicos del Mundo
c/ Conde de Vilches, 15
28028 Madrid
Tel.: 91 543 60 33
informacion@medicosdelmundo.org
www.medicosdelmundo.org