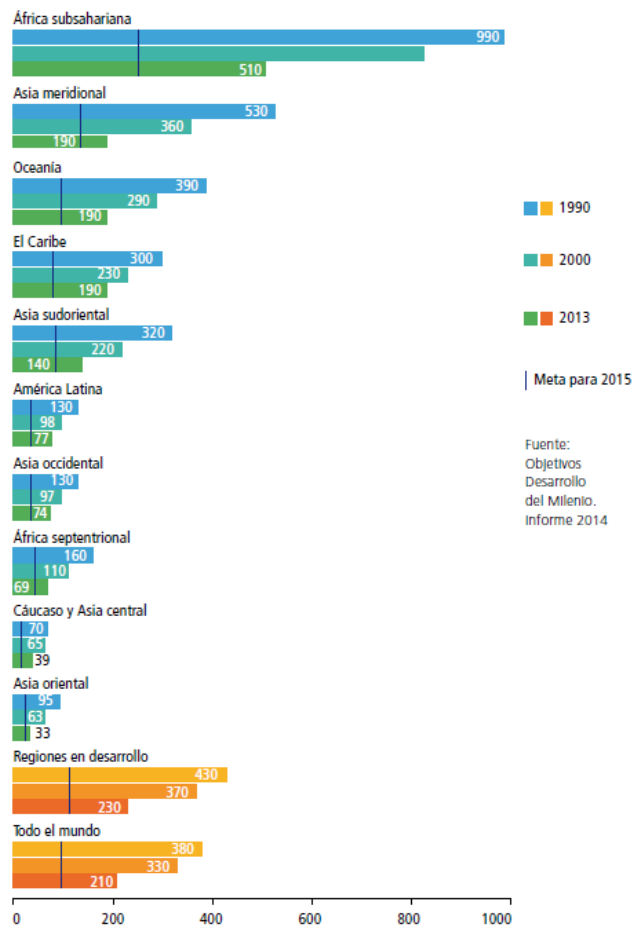


CAPÍTULO I. LA SALUD EN EL MUNDO

A falta de un año para el 2015, llega la hora de hacer balance de los Objetivos del Milenio (ODM). Por una parte ha habido avances muy positivos, aunque no todos se han conseguido ni se ha avanzado igual en todos los países. La meta 1 de **reducción de la pobreza absoluta** en las regiones en desarrollo globalmente se ha alcanzado (si bien las diferencias entre ricos y pobres cada vez son mayores), así como el objetivo de **mejorar el acceso a fuentes de agua potable**, cuyo logro se remonta al 2010. Pero si nos centramos en los ODM de salud, ni la reducción en 2/3 de la **mortalidad de menores de 5 años**, ni la **mortalidad materna en ¼**, ni las **metas relacionadas con VIH/SIDA** (con 2,1 millones de casos nuevos en 2013), **malaria y tuberculosis** se cumplirán, a pesar de haber mejorado sus indicadores ostensiblemente. **Las causas se deben a diversos factores**, como una falta de compromiso con una financiación deficitaria, la falta de indicadores fiables para medir los avances, una carencia estructural en muchos países que no les permiten alcanzar los progresos necesarios, centrarse en estrategias verticales sin contar con la sostenibilidad de las acciones ni priorizar donde más problemas existen (África sigue siendo donde más problemas de salud existen); una forma de enfocar la salud muy selectiva sin tener como ejes de todas las acciones el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, la multidisciplinariedad de la salud y la Atención Primaria de Salud.

GRÁFICO 1.3. TASA DE MORTALIDAD MATERNA/100.000 NACIDOS VIVOS, 1990, 2000 Y 2013



Fuente:
Objetivos
Desarrollo
del Milenio.
Informe 2014

A este contexto se han sumado epidemias con las que no se contaba que han puesto a prueba nuestros sistemas de salud, como el **Chikunguya**, en el Caribe con 5.000 enfermos y medio millón de casos sospechosos, o el **Ébola**, con más de 5.000 muertes (y seguimos sumando). La necesidad de hacer frente a estas enfermedades, en contextos de escasos recursos económicos y humanos, está suponiendo el repunte de otras enfermedades también muy letales, como es el caso de **la malaria o la tuberculosis**. Las emergencias sanitarias, una vez más, nos recuerdan que las epidemias no saben de fronteras y que es necesario **trabajar por una salud global**, invirtiendo en sistemas públicos de salud y en la formación y retención de personal sanitario cualificado para evitar su migración a países ricos. También debemos recordar que las políticas de austeridad han provocado recortes importantes en la cooperación que venían realizando algunos de los donantes más relevantes, entre ellos España. Una cooperación, que debido a la fragilidad de los sistemas de salud públicos de los países más

empobrecidos, la mayor parte africanos, es muy importante para poder mantener los resultados alcanzados hasta el momento.

La nueva agenda mundial de desarrollo a partir del 2015, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), plantea 17 propuestas para enfrentarse a los acuciantes desafíos de desarrollo sostenible a nivel mundial. Esta Agenda reconoce que el **patrimonio de las personas depende de los ecosistemas** y contempla el empleo impulsado por una **economía verde, de crecimiento equitativo, sostenible e inclusivo**. A diferencia de los ODM, los ODS presentan un solo objetivo de salud, incorporando temas antes ignorados como las enfermedades mentales, las crónicas o las olvidadas. La implementación de la nueva agenda requerirá de unos **recursos financieros muy superiores** de los requeridos en los actuales de Ayuda Oficial al Desarrollo y de los recursos nacionales actuales de los países. Las primeras estimaciones indican que se necesitarán 37.000 millones de dólares anuales para salud, 26.000 para agua y saneamiento y más de 50.000 para alimentación y agricultura por encima del gasto actual. Así pues, será preciso activar otros mecanismos financieros adicionales como la Tasa a las Transacciones Financieras o la Tasa a las Emisiones de Carbono. También será necesario un compromiso global para la erradicación de los paraísos fiscales y contra las prácticas de evasión fiscal, así como el desarrollo de los sistemas tributarios nacionales siguiendo criterios de fiscalidad progresiva, que permite redistribuir la riqueza, pagando más impuestos quien más tiene, y utilizando esos recursos en la mejora de la salud.

CAPÍTULO II. PERSPECTIVA INTERNACIONAL

- En 2013 se ha producido una recuperación de la AOD del conjunto del CAD, alcanzando la mayor cifra de AOD neta de la historia.
- Se consolida la tendencia de crecimiento de la importancia de AOD destinada a salud en el conjunto del CAD, que se acerca al porcentaje recomendado del 15% de toda la AOD.
- La salud sexual y reproductiva sigue siendo el principal subsector al que se dirige la AOD del conjunto CAD, con más de la mitad de la ayuda en salud.¹

Únicamente cinco países de los 28 que integran el CAD, cumplen en 2013 con el compromiso del 0,7% de AOD: Luxemburgo, Suecia, Noruega, Dinamarca y Reino Unido (que se incorpora por primera vez a este grupo), lo que significa que, a pesar de los avances, estamos muy lejos de cumplir con el compromiso del 0,7% del conjunto de donantes.

El compromiso del 0,7%, acordado en la Asamblea de NN.UU en 1980, cuyo objetivo es aliviar a los países empobrecidos de los enormes desequilibrios del orden económico mundial, **parece ser percibido por algunos donantes como una carga económica** y no como un ejercicio de solidaridad. Actualmente, **las relaciones económicas de los países del CAD con los países en desarrollo son más beneficiosas para los donantes** que para los países receptores de ayuda.

Observamos que en 2013 la mayoría de los **países que forman parte del CAD** han aumentado su presupuesto, destacando –por el porcentaje de incremento– Islandia, Reino Unido, Italia y Noruega. También España, después de varios años de reducción, ha incrementado casi un 8% su AOD neta en 2013, aunque se sigue situando en un 0,16 % de la RNB.

¹ **ACOTACIÓN SOBRE LOS DATOS.** Las cifras desagregadas de ayuda oficial al desarrollo (AOD) que presenta públicamente el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE (CAD) suelen ir con dos años de retraso. Por lo tanto, salvo las cifras generales de ayuda, de las cuales el CAD ya ha hecho públicos datos preliminares de 2013 que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo –con las correspondientes desagregaciones sectoriales– alcanzan hasta 2012.

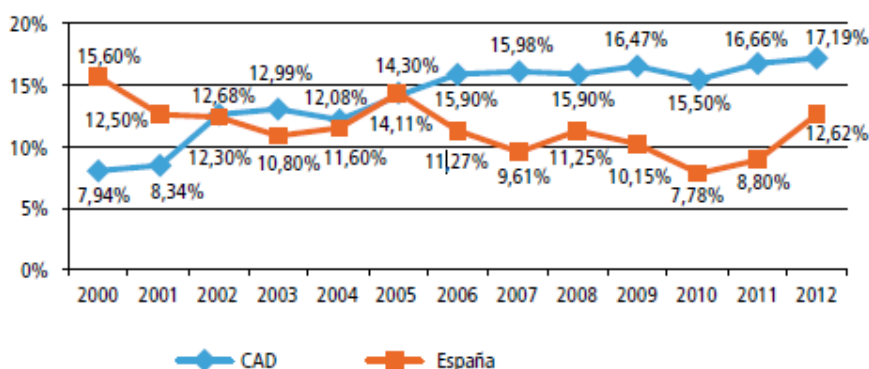
Aunque los estados miembro de la **Unión Europea**, en su conjunto, han incrementado su volumen de AOD en seis mil millones de dólares, las instituciones europeas la han reducido en un 8,5 %.

En 2013 ha habido dos países no miembros del CAD que han continuado incrementando su AOD. Emiratos Árabes Unidos ha quintuplicado su ayuda respecto al año y Turquía, que en 2012 la había duplicado y en 2013 la ha incrementado de nuevo en un 30%.

EVOLUCIÓN DE LA AOD EN SALUD

Entre 2006 y 2012 la **AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD** ha crecido año a año, en términos absolutos y con respecto al total de la AOD del CAD que se **acerca positivamente en 2013 al 15% de la AOD** que sería necesario para conseguir los objetivos y metas que la comunidad internacional se ha marcado en salud. Cuando comparamos el **comportamiento de la cooperación española en salud** con el conjunto de los países donantes del CAD, en 2012 este porcentaje ha experimentado un incremento significativo, situándose en un 12,62 %, acortando la gran distancia que nos separaba del promedio del CAD. **Vuelve a destacar negativamente la tendencia decreciente de la AOD en salud**

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



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

instituciones europeas que reducen casi un 18 % la AOD destinada a salud en 2012, quedando en un 3% del total de AOD, el porcentaje más bajo de los últimos años.

DESAGREGACIÓN SUBSECTORIAL Y GEOGRÁFICA DE LA AOD EN SALUD DEL CAD

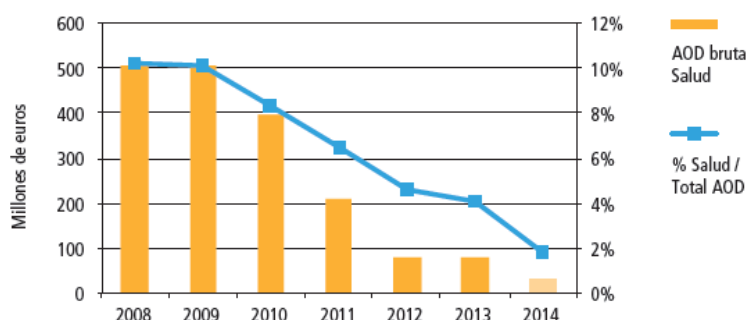
Desagregando la salud en subsectores tenemos que el ámbito de la salud reproductiva concentra la mayor parte de las contribuciones, alcanzado la cantidad de 10.313 millones de dólares, seguido por el subsector salud básica con 7.276 millones de dólares (casi un 10% más que en 2011) y, finalmente, salud general con 2.219 millones dólares (un 12 % menos).

En cuanto a la distribución geográfica de la AOD en salud, observamos que en 2012 continúa la tendencia positiva de los donantes durante los últimos años, orientada a concentrar la mayor parte de la inversión de fondos en el continente africano, el que mayores problemas de salud presenta.

CAPÍTULO III. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

- En 2013 se ha producido un ligero incremento de la AOD española en su conjunto.
- Además, se ha detenido el descenso de la AOD para el sector salud.
- El componente de políticas sanitarias, muy orientado al fortalecimiento de sistemas de salud, copa el 36,5% de toda la AOD en salud.
- La AOD de las CCAA ha descendido en 2013 en su totalidad, pero ha aumentado la destinada al sector salud.

GRÁFICO 3.2. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD Y DEL PORCENTAJE SOBRE EL TOTAL DE AOD, 2008-2013



Fuente: elaboración propia a partir de los volcados de AOD publicados por SGCID. El dato de 2014 es una previsión en base a la Comunicación 2014.

AOD EN SALUD EN 2013

En 2013 se han destinado al sector salud 80,88 millones de euros, es decir, un 31% más de lo que se había planificado, lo que supone que la salud ha representado el 4,12% del total de la AOD bruta en 2013. Esto supone un ligero incremento respecto a 2012. Sin embargo, según las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID)

presentadas en la Comunicación 2014, la AOD en salud volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD, quedando en 32,72 millones y en un 1,83% de toda la AOD bruta. No se trata de un hecho puntual. Desde 2008 se aprecia la tendencia de pérdida de peso relativo de la salud dentro de la cooperación española.

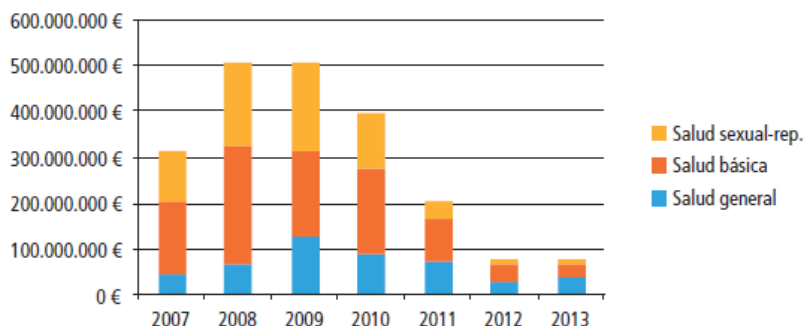
AOD MULTIBILATERAL EN SALUD EN 2013

La ayuda multilateral en salud vuelve a reducirse drásticamente en 2013, siendo menos de la mitad que en el año anterior, hasta situarse en 5,2 millones de euros, poco más de un 2,6% de lo que llegó a ser en 2009. El grueso de estas contribuciones se concentra en OMS, FNUAP y UNRWA.

Distribución sectorial de la AOD en salud

En los últimos siete años los subsectores de salud básica y salud sexual y reproductiva tuvieron un fuerte crecimiento seguido de una fortísima contracción, que supone una falta de previsibilidad de la ayuda y puede provocar en los países receptores cierto desconcierto y problemas en la planificación de su sanidad. Sin embargo, el sector de salud general

GRÁFICO 3.3. EVOLUCIÓN DE LA AOD BRUTA EN SALUD POR SUBSECTORES, 2007-2013



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

creció de forma más moderada y no decreció de forma tan brusca. De esta experiencia se debería extraer el aprendizaje de que el crecimiento de AOD en este sector se debería hacer de una forma más equilibrada, asegurando la sostenibilidad y el impacto de las acciones.

Distribución geográfica de la AOD en salud

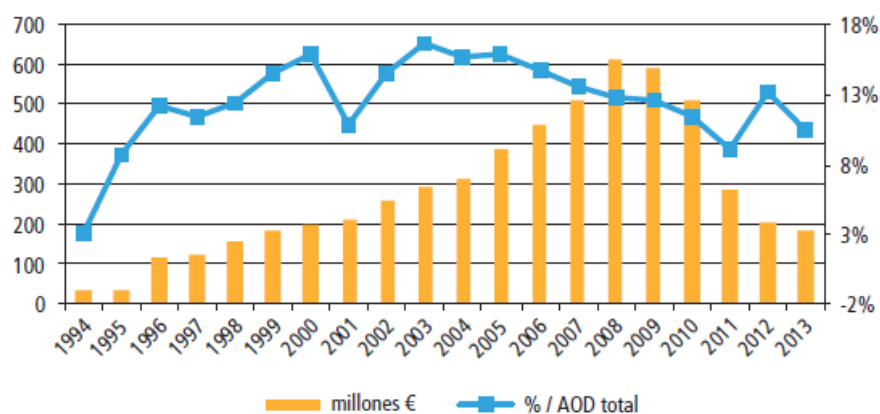
En 2013 la ayuda en salud canalizada hacia África, que en 2011 había sido el 44% y en 2012 se redujo al 35,5%, se mantiene similar al año anterior. Sin embargo, América Latina que en 2012 recibió el 29% de la AOD en salud descendió al 20% en 2013.

LA AOD EN SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ENTES LOCALES

La AOD descentralizada

La cooperación descentralizada española, bien valorada a nivel internacional como elemento singular y diferenciador con respecto a la cooperación que realizan países vecinos, engloba la cooperación de las comunidades autónomas (CCAA) y de las entidades locales (EELL). A lo largo de 15 años (entre 1994 y 2008), la cooperación descentralizada tuvo un crecimiento

GRÁFICO 3.4. EVOLUCIÓN DE LA AOD DESCENTRALIZADA (CCAA+EELL) EN ESPAÑA 1994-2013



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

espectacular. Sin embargo, en los últimos cinco años ha experimentado un retroceso que la ha situado en volúmenes similares a los de 1999 y, corre el riesgo, sobre todo la de EELL de ser un elemento residual.

En 2013 se ha producido un nuevo descenso en la AOD aportada por la CCAA pero ha habido un ligero aumento de la que proviene de EELL. Observando la evolución de los últimos años de cada uno de estos agentes, podemos apreciar que **la AOD de ambos se ha reducido a un tercio** del nivel más alto que alcanzaron en 2008.

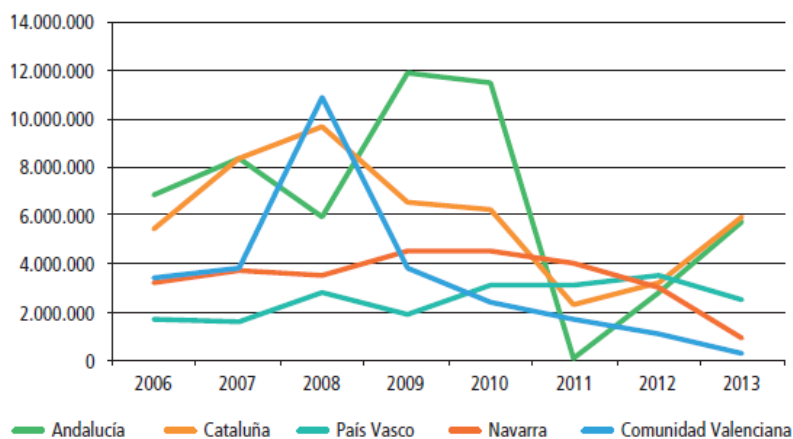
Aunque el dato promedio de CCAA es de descenso de la AOD, debemos señalar que en 2013 cinco CCAA han incrementado su AOD, **destacando Andalucía, con un aumento de casi el 50% respecto a 2012**. Y, por otro lado, **doce CCAA han reducido la AOD, destacando Madrid, con una reducción del 90% y País Vasco, con una reducción de más del 40**.

La AOD descentralizada en salud

En lo que respecta a las CCAA, **la salud supone un 18% del conjunto de su AOD, superando el 15% reclamado por la OMS para salud**, aunque debemos apuntar que **algo más del 50% de la**

AOD autonómica destinada a salud procede de Cataluña y Andalucía, dos de las comunidades que han incrementado considerablemente su AOD en Salud. **En el apartado de reducciones de AOD en salud destacan Navarra, con una disminución de más de 2 millones de euros (70% menos) y Madrid, una de las 4 CCAA que no apuestan por la AOD en salud.**

GRAFICA 3.7. AOD EN SALUD DE 5 CCAA, 2006-2013



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

CAPÍTULO IV. ACCIÓN HUMANITARIA

En el año 2013 se han producido en el mundo un total de **330 catástrofes naturales** afectando a 108 países y llegando a causar **21.600 víctimas mortales**. Los daños estimados supusieron 120.000 millones de euros. Sólo en Filipinas, el tifón Haiyan se saldó con 6000 víctimas mortales, 4 millones de personas desplazadas y 14 millones de personas damnificadas.

Además la violencia y los **conflictos bélicos** han azotado con intensa violencia a multitud de países en 2013. Muchos de ellos son conflictos crónicos complejos y otros emergentes. Cabe mencionar que la respuesta internacional a la crisis por conflictos armados ha sido insuficiente y sigue siendo lenta y en ocasiones donde la situación humanitaria fue crítica como **Siría o República Democrática de Congo (RDC)**, el desembolso de fondos ha llevado meses. En estos escenarios los trabajadores humanitarios se encuentran expuestos a importantes riesgos a los que es extremadamente complicado hacer frente. En el año pasado se ha registrado la cifra récord de 337 trabajadores humanitarios objeto de acciones violentas como secuestros o expulsiones y la inaceptable cifra de 119 asesinatos.

Todos estos conflictos y situaciones de violencia tienen en común los desplazamientos forzados de población que intenta escapar del horror de la guerra, alcanzando la cifra record de 51 millones de personas. Muchas de estas personas, cruzan las fronteras con países vecinos convirtiéndose en refugiadas; según datos de ACNUR, en 2013 se ha incrementado el número de personas refugiadas hasta los 17 millones. Pero aun ha sido mayor el incremento de personas desplazadas dentro de los propios países como consecuencia de la violencia, alcanzando un total de 33 millones durante el año 2013. Gran parte de estos desplazamientos se produjeron en Oriente Medio, las regiones del Sahel, Cuerno de África, y la RCA y RDC en el centro del continente.

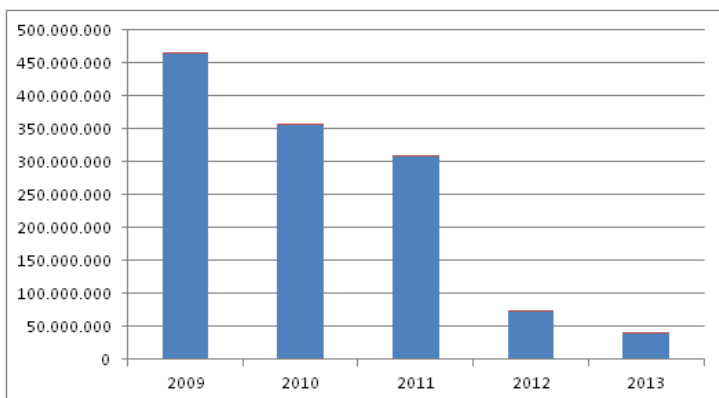
La ayuda internacional ha tratado de dar respuesta a las numerosas necesidades humanitarias, ascendiendo a la cifra récord de 22.000 millones de dólares, sin embargo la magnitud de las mismas ha hecho que se quedaran sin cubrir las necesidades humanitarias de 30 millones de personas. Naciones Unidas sólo logró cubrir el 65% de las necesidades a través de los llamamientos consolidados y de emergencia realizados por UNOCHA (Oficina de Coordinación de Ayuda Humanitaria de Naciones Unidas). **Se estanca la financiación de las Instituciones Europeas a la Acción Humanitaria y disminuyen las partidas de ECHO (Departamento de Ayuda Humanitaria y Protección civil) para Protección, Reducción de Riesgos de Desastres.**

La Unión Europea mantiene un elevado compromiso con la Acción Humanitaria y sigue siendo el principal financiador internacional si se suman las aportaciones de los Estados junto con las contribuciones a los Fondos Comunes Europeos, asignados a la Acción Humanitaria por las Instituciones Europeas. No obstante, estos últimos supusieron 1.353 millones de euros, una cifra muy similar a la de 2012, rompiendo así la tendencia de crecimiento sostenido de los últimos años. A esto, se suma la disminución en las partidas de protección de las poblaciones civiles y de reducción de riesgos de desastres claves para reducir el impacto de las crisis en las personas y las comunidades. **En 2013 la prioridad de Acción Humanitaria de la UE se dio en el continente africano, destinando un 40% de ayudas** destacando las necesidades en la crisis del Sahel. Mientras que el 32% del presupuesto fue designado para Oriente Medio, especialmente para la población desplazada y refugiada de Siria.

La financiación de la Acción Humanitaria en la Cooperación Española, tanto la bilateral como la canalizada a través de los Fondos comunes de Naciones Unidas, toca fondo. Por cuarto año consecutivo desciende la contribución gubernamental española destinada a Acción Humanitaria. La ya exigua cantidad de 72 millones de euros aportada en 2012 se ve reducida a tan solo 38 millones de euros en 2013, mientras que la canalización de fondos a través de los Fondos comunes de Naciones Unidas, de los que España era uno de los principales donantes, queda reducida a una aportación testimonial de un millón de euros.

En 2013 la mayor partida de presupuesto fue destinada a salud con 15,9 millones de dólares dirigidos a financiar intervenciones de atención sanitaria en situación de emergencia, ya que la salud, es un aspecto crítico para la supervivencia en situaciones de catástrofe o conflicto, especialmente en contextos de bajo desarrollo o de crisis crónicas donde las personas se encuentran en situación de máxima vulnerabilidad.

La financiación de la Acción Humanitaria prevista para 2015, apenas llegará a los 18 millones de euros, lo que lleva de forma inexorable a la **desaparición de la Acción Humanitaria en la Cooperación Española**. La Acción Humanitaria sigue siendo más necesaria que nunca, al elevado número de desastres naturales se suman el recrudecimiento y aumento de los conflictos armado, la violencia y la aparición de nuevas emergencias sanitarias como el ébola



cuyo impacto no para de crecer. Por todo ello es crítico que la Cooperación Española cumpla su compromiso de **destinar el 10% de la AOD a Acción Humanitaria en 2016** e incremente de forma importante la financiación de los Fondos comunes de Naciones Unidas.