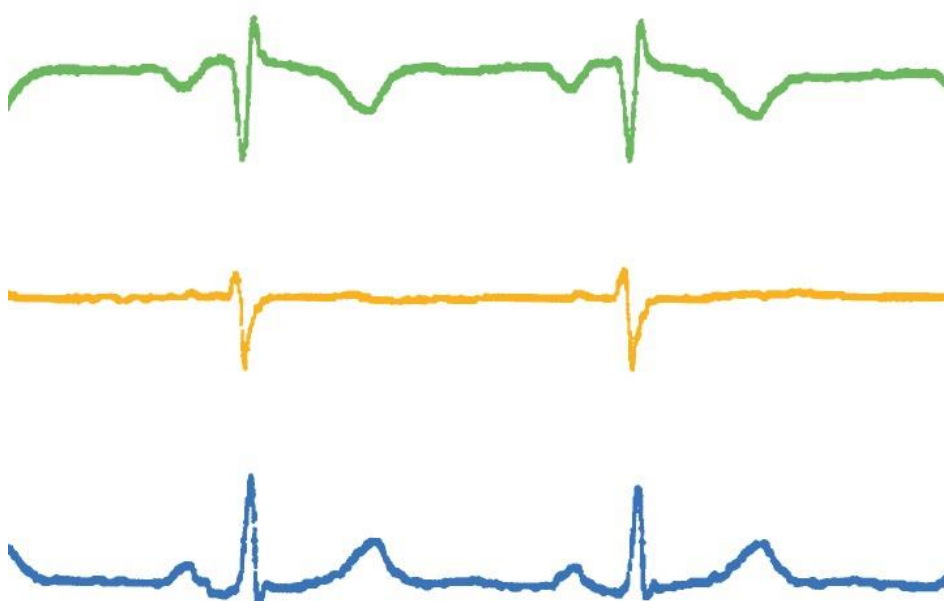


## La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

Informe 2015



*En el año 2002 Medicus Mundi, Médicos del Mundo y Prosalus pusieron en marcha la serie de informes sobre la salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, con el objetivo de contribuir a la mejora de la calidad de la cooperación española en el sector salud. Desde entonces se viene realizando un informe anual de análisis crítico de la AOD española en este sector y, a partir del mismo, la formulación de recomendaciones.*

-RESUMEN-

## CAPÍTULO I : LA SALUD EN EL MUNDO

Los Objetivos del Milenio (ODM) tocan a su fin en este 2015 para dar paso al nuevo reto que suponen los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En este punto de inflexión llega el momento de hacer balance y sacar conclusiones. Nadie duda de que han sido un instrumento muy eficaz para encauzar esfuerzos de instituciones y países, para intentar erradicar la pobreza y el hambre, y para conseguir el desarrollo de pueblos y personas. Pero los ODM no se han visto refrendados económicamente a la hora de cumplir los compromisos políticos. Ni su planteamiento basado en logros inmediatos, cortoplacistas (cuando los problemas son de largo recorrido) ha sido el más adecuado, así como las estrategias que se tendría que haber estudiado mejor su sostenibilidad. O en ocasiones las iniciativas internacionales competían entre ellas en vez de colaborar, buscando resultados propios perdiendo la visión global del problema.

En los ODM de Salud se han conseguido grandes avances, pero estamos lejos de las metas propuestas: la mortalidad en menores de 5 años ha disminuido a más de la mitad desde 1990, pero siguen muriendo 16.000 niños al día; la tasa de mortalidad materna también ha descendido casi a la mitad, pero siguen muriendo 800 madres al día; 35 millones de personas vivían con VIH en 2013, y sólo 13,6 millones en 2014 recibían tratamiento antirretroviral (TAR), tan sólo un 38%; la malaria sigue siendo un grave problema de salud pública con 214 millones de casos anuales y 472.000 muertes en 2014; la tasa mundial de la tuberculosis, una de las enfermedades más importantes, cayó en un 45%, si bien las cifras del 2013 hablan de 1.460.000 muertes. Aún hay 400 millones de personas que no tienen acceso a los servicios esenciales de salud. Y no se ha logrado el objetivo de acceso a medicamentos esenciales en países en desarrollo, lo que puede llevar a la percepción de que esos medicamentos esenciales son hoy más un bien comercial que un bien público.

A este análisis de los ODM hay que añadir una serie de problemas globales surgidos recientemente que han demostrado que no existen las limitaciones geográficas con respecto al tema de salud. Nos referimos a las recientes epidemias del Ébola o del Chikungunya, con más de 660 mil casos en los primeros seis meses de 2014, y ambas alcanzando a los países desarrollados. O la crisis migratoria, que en 2014 se barajaba la cifra de 214 millones de personas desplazadas según la Organización Internacional para las Migraciones. La acogida de refugiados en casi todos los casos está superando las capacidades individuales de los países, con la consiguiente vulneración de derechos, incluidos los sanitarios.

En este contexto entramos en los ODS, que plantea 17 propuestas para enfrentarse a los desafíos de desarrollo sostenible a nivel mundial. Estas propuestas van enfocadas a la mejora de los ecosistemas como patrimonio y sustento de las personas, y contempla el empleo impulsado por una economía verde, de crecimiento equitativo, sostenible e inclusivo. Los ODS tienen un único objetivo dedicado a la salud (Garantizar una vida saludable y promover el



bienestar para todos para todas las edades), pero aspiran como gran logro a la cobertura sanitaria universal y el acceso a una atención médica de calidad, e incorpora temas antes ignorados como las enfermedades mentales, las crónicas o las olvidadas. Al mismo tiempo, establece el compromiso de acelerar los avances conseguidos hasta la fecha con respecto a la mortalidad materno-infantil y enfermedades transmisibles, y de garantizar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. En este punto volvemos a topar con el problema de los recursos. Los países desarrollados se han vuelto a comprometer con el 0,7% de la cooperación al desarrollo, pero se requiere una financiación muy superior. También es muy importante el compromiso político de todos los actores, incluidos los países receptores, que tienen que apostar en sus presupuestos nacionales por servicios que aseguren el desarrollo y su adaptabilidad a los cambios, el concepto de resiliencia de los sistemas sanitarios. Para ello hay que tener un mínimo de estructuras como personal sanitario, formación, recursos técnicos y capacidad de gestión. Y trabajar en dos direcciones, hacia dentro del sistema (mejorando sus capacidades, la participación de la población y aprovechando los recursos), y hacia fuera del sistema (trabajando los determinantes de salud e incluyendo la salud en todas las políticas nacionales e internacionales).

La reflexión debe no parar: el descenso de la pobreza extrema mundial más de la mitad, se da a la vez que un incremento del paro laboral sobre todo en jóvenes. Las estadísticas mundiales en pobreza, salud y desarrollo han mejorado gracias a los esfuerzos internacionales conjuntos, pero ¿y la equidad? Mientras en 2014 había un millón de millonarios más en el mundo que en 2013, 836 millones de personas seguían viviendo en la pobreza extrema. Las nuevas estrategias en salud deben luchar contra la inequidad e intentar conseguir resultados sostenibles, para ello hace falta apostar por la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los Sistemas Públicos de Salud, así como tener en cuenta la coherencia de políticas y la multidisciplinariedad de la salud.

## **CAPÍTULO II : PERSPECTIVA INTERNACIONAL**

En 2014 se ha mantenido la AOD del conjunto del CAD (28 países miembros + instituciones europeas) a un nivel similar al del año anterior. Desde el punto de vista del esfuerzo en AOD, expresado como % del PIB, la AOD media de los países del CAD representó en 2014 el 0,29% de su ingreso combinado nacional bruto, mientras que en 2013 había sido el 0,30%.

En conjunto, el CAD está en 2014 más lejos de cumplir el compromiso del 0,7% que en 2013. Y además, se ha producido una evolución negativa respecto al compromiso con los países menos desarrollados: la ayuda bilateral destinada a los Países Menos Avanzados (PMA) se ha reducido un 16% respecto a 2013 y la destinada a África subsahariana, un 5%.

En cuanto al compromiso de los países europeos con el desarrollo, de nuevo, únicamente cinco países de los 28 que integran el CAD, cumplen en 2014 con el compromiso del 0,7% de AOD: Luxemburgo, Suecia, Noruega, Dinamarca y Reino Unido.



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

Por otra parte, la previsión de la Ayuda Oficial al Desarrollo del conjunto de los países donantes que hace la OCDE para el periodo 2015-2018, es claramente insuficiente para impulsar la Agenda 2030 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y avanzar hacia el objetivo del 0,7% con el que se han comprometido, de nuevo. El acuerdo de los países donantes de posponer la consecución del objetivo del 0,7% hasta 2030 y el estancamiento previsto en la AOD para los próximos años son sintomáticos de la pérdida de peso de la AOD frente a otros mecanismos de financiación como el sector privado.

Desde el punto de vista de las cifras absolutas de AOD, observamos que en 2014 la mitad de los países que forman parte del CAD han reducido su presupuesto, destacando Japón, Grecia, España, Australia y Canadá. Mientras que Alemania, Finlandia, Suiza y Reino Unido la aumentan.

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

Según la OCDE se prevé que en el período 2014-2017, coincidiendo con la puesta en marcha de Agenda 2030, se va producir una reducción del 4% en la ayuda programable por países que el conjunto de países del CAD destinará a los PMA y otros países de renta baja y una reducción del 3% para los países de renta media-baja. Sin embargo, se prevé que los países de renta media-alta experimenten un incremento del 8% en su AOD.

Este retroceso de la financiación para los PMA es especialmente preocupante en la medida que, para estos países, la AOD representa un porcentaje importante de sus presupuestos públicos.

## AOD EN SALUD

Se consolida un año más la tendencia de crecimiento de la AOD destinada a salud en el conjunto del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), que se acerca al porcentaje recomendado del 15% de toda la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD).

Entre 2006 y 2013 la AOD dedicada al sector salud por parte del conjunto de países del CAD ha crecido año a año. El crecimiento experimentado por la ayuda en salud en 2013 es especialmente llamativo, con un 13% más que el año anterior.

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

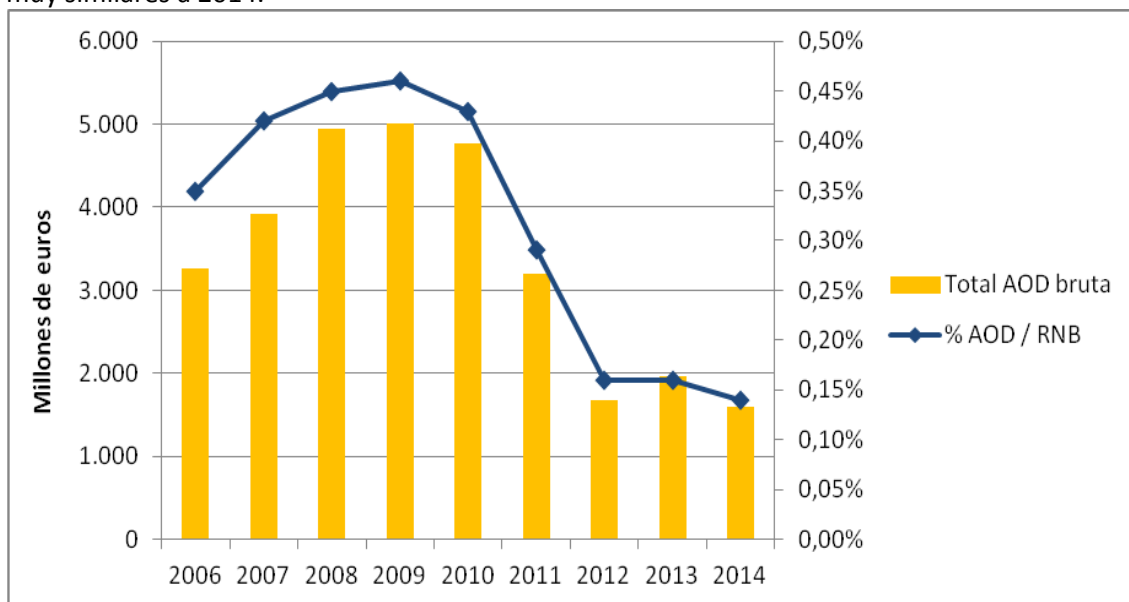
Por sectores, los subsectores de salud básica y salud sexual y reproductiva acumulan casi el 90 % de la AOD para salud del conjunto CAD. Se necesita mayor coherencia entre los recursos destinados a los subsectores y el impacto que tienen en el sector sanitario. Si queremos mejorar la ayuda en salud es importante que se apoyen de manera significativa aquellos subsectores que inciden específicamente en la atención primaria de salud (APS) y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud.

Por último, en cuanto a la **distribución geográfica de la AOD en salud**, si analizamos su destino por regiones, continúa la tendencia a concentrar la AOD en el sector salud en el continente africano (más del 54% del total destinado a salud), el que mayores problemas de salud presenta. Asia concentró el 21,39% de la AOD en salud, mientras que América sólo recibió el 4,45%.

### CAPÍTULO III : LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

En 2014 la AOD española ha sufrido una nueva reducción y se ha situado en el 0,14% de la renta nacional bruta, el porcentaje más bajo desde 1989.

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



Estos datos son un desafío en toda regla a la intervención del Secretario General de Cooperación en la Conferencia de Financiación al Desarrollo en Addis Abeba, en la que ha asegurado que “hay que dar una respuesta decisiva (desde el punto de vista de los medios de implementación), duradera y universal a la ambiciosa Agenda Post 2015”, y añade “el Gobierno español asume el compromiso colectivo de la



Unión Europea de alcanzar el 0,7% del PIB en la ayuda oficial para el desarrollo en el horizonte de la agenda y el 0,20% para los países menos adelantados”.

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

## AOD EN SALUD

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

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

Esto supone que la AOD española destinada al sector salud se sitúa en el nivel más bajo desde que se comenzó a elaborar esta serie de informes en 2001. Además, según las previsiones de planificación de la Secretaría General de Cooperación Internacional para el Desarrollo (SGCID) presentadas en la Comunicación 2015, la AOD en salud no solo no se recuperará en 2015 sino que, salvo que se produzcan desembolsos extraordinarios provenientes de asignaciones extrapresupuestarias, volverá a disminuir tanto en términos absolutos como en su peso relativo en el conjunto de la AOD, quedando en 48,5 millones y en un pírrico 2,64% de toda la AOD bruta.

No se trata de un hecho puntual sino que presenta una tendencia preocupante, iniciada en 2008, de progresiva pérdida de peso tanto absoluto como relativo de la salud dentro de la cooperación española.

En 2013 el subsector de salud general es el que más fondos ha recibido, seguido por el subsector de salud básica. También destacan el componente de nutrición básica, que en 2014 crece un 140% respecto al año anterior y el componente de planificación familiar que se reduce dramáticamente, de casi millón y medio en 2013 a poco más de cien mil euros en 2014.

En cuanto a la distribución geográfica de la AOD en salud, en 2014 la ayuda en salud canalizada hacia África alcanza el porcentaje más alto de los últimos tres años, con casi el 40%. Se incrementa también la ayuda dirigida a América Latina que pasa del 20 al 23,5%.

La región de África subsahariana es la que mayor cantidad de fondos recibe, aspecto que consideramos positivo, ya que es donde mayores problemas de salud hay.

Por otro lado, el porcentaje destinado a los Países Menos Adelantados (PMA) es el más alto, un 34,04%, casi seis puntos porcentuales por encima del año pasado. El porcentaje destinado a países de renta media-baja también se ha incrementado hasta alcanzar el 24,5%, mientras que los fondos destinados a los países de renta media-alta se han reducido un 2% respecto a 2013. Por tanto, en general, una evolución positiva en cuanto a la asignación geográfica por nivel de renta.

**INFORME 2015 “LA SALUD EN LA COOPERACIÓN AL DESARROLLO Y LA ACCIÓN HUMANITARIA”**

## LA AOD EN SALUD DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS Y ENTES LOCALES

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

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

### EVOLUCIÓN AOD SALUD CCAA

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



## LA AOD DESCENTRALIZADA EN SALUD

Durante 2014 las CCAA y EELL han destinado 22,5 millones de euros al sector salud, con un aporte autonómico de 16,66 millones (una reducción del 25% en apenas un año) y un aporte local de 5,88 millones (casi un 50% más que el año pasado). Esta reducción autonómica nos retrotrae a cifras que no se habían visto nunca desde que pudimos desagregar la ayuda autonómica en salud en 2004, y confirma esta tendencia a la baja.

En lo que respecta a las CCAA, la salud supone un 15% del conjunto de su AOD, acorde a la recomendación de la OMS para salud. No obstante, el 60% de la AOD autonómica destinada a salud procede de Cataluña y Andalucía, mientras que Castilla-La Mancha, Extremadura, Aragón y La Rioja, han reducido entre un 98 y un 75% su ayuda al sector salud. En los incrementos, Navarra, ha aumentado su ayuda en casi un 80%.

Estos fuertes cambios ponen de manifiesto la dificultad de poder mantener una estrategia en salud cuando los presupuestos fluctúan de manera tan intensa de un año a otro.

## CAPÍTULO IV : ACCIÓN HUMANITARIA

Necesidades humanitarias crecieron fuertemente en 2014 con el recrudecimiento de los conflictos armados, las crisis de personas refugiadas, la epidemia de Ebola y los 317 desastres naturales, con un total de 150 millones de personas afectadas.

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

En cuanto a la AH descentralizada, las comunidades autónomas aportaron 9 millones de euros, un millón menos que en 2013 (11 millones, 20% de la AH española) . En el desglose por Comunidades Autónomas, se aprecia un claro protagonismo de dos de ellas, la Cooperación Andaluza y la Vasca. Entre ambas suman las dos terceras partes del total de las aportaciones descentralizadas siendo Andalucía la mayor donante con 4.081.389 €.





## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

**(i). Los ODM en Salud no se van a lograr. En 2014 se produjeron 5.840.000 muertes de niños menores de 5 años, 290.000 muertes maternas, 1.500.000 muertes por VIH/SIDA, 472.000 muertes por malaria y 1.460.0000 muertes por tuberculosis.**

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

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

*Tenemos los recursos, capacidades y conocimientos para haber mejorado las metas de los ODM en Salud, pero ha faltado un compromiso real para conseguirlo. Las nuevas estrategias de salud deben luchar contra la inequidad e intentar conseguir resultados sostenibles; para ello hace falta apostar por la Atención Primaria de Salud y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, así como tener en cuenta la coherencia de políticas y la multidisciplinariedad de la salud.*

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

A pesar de que la respuesta internacional se incrementó en el 9% con respecto al año anterior, los 55,8 millones de euros destinados a Acción Humanitaria por la cooperación española son insignificantes. Suponen tan solo el 3,9% del total de la AOD española, lo que prácticamente le hace perder su singularidad, pasando a convertirse en algo anecdótico.

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

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

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

*A la vista de la amplitud de la nueva agenda de desarrollo, recogida en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, es imprescindible que los países del CAD retomen sus reiterados –y hasta ahora incumplidos– compromisos de AOD para reforzar la viabilidad de dicha agenda.*



*Especialmente importante será el compromiso con los PMA, en la medida que, para estos países, la AOD representa un mayor porcentaje de sus presupuestos públicos.*

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

En 2013 (último año del que disponemos de datos de la AOD del CAD desagregados sectorialmente) el conjunto de países del CAD destinaron un 13 % más de AOD al sector salud. Mientras en el conjunto del CAD se consolida esta tendencia de creciente importancia de la AOD en salud, las instituciones europeas apenas dedican un 3,66% de su AOD al sector salud y, en el caso español, se produce un retroceso en 2013, situándose seis puntos y medio por debajo de la media del CAD.

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

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

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

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

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



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

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

*1.- Consensuar, basándonos en la evidencia, qué estrategia es la mejor para alcanzar las metas propuestas, optando por aquellas estrategias que no tengan exclusivamente una visión de resultados inmediatos, sino que prevean el impacto y la sostenibilidad de las acciones a desarrollar. En ese sentido, debemos analizar las relaciones de las metas de este ODS con el resto de las metas propuestas, dado que se consideran objetivos “integrados e indivisibles”.*

*2.- Qué recursos debemos destinar para conseguir estas metas. Además de mejorar la eficiencia y aumentar los presupuestos nacionales y de cooperación en salud (15% del presupuesto nacional local y 15% del total de la AOD de los donantes), será preciso activar otros mecanismos innovadores de financiación adicional como la tasa a las transacciones financieras o la tasa a las emisiones de carbono a nivel internacional. También será necesario un compromiso global para la erradicación de los paraísos fiscales y contra las prácticas de evasión y elusión fiscal, así como el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas tributarios nacionales siguiendo criterios de fiscalidad progresiva, que permiten redistribuir la riqueza, pagando más impuestos quien más tiene, y utilizando parte de esos recursos en la mejora de salud.*

*3.- Establecer indicadores adecuados a nivel nacional e internacional que permitan medir adecuadamente los posibles avances, para poder establecer medidas correctoras.*

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

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



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

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

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

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

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

*Existe una necesidad urgente de fortalecer el compromiso de los gobiernos y ser más ambiciosos para la erradicación del hambre y de todas las formas de malnutrición. Se debe aplicar un proceso eficaz de seguimiento que incluya la participación activa de los movimientos sociales y las organizaciones de la sociedad civil y que disponga de un marco cronológico claro para alcanzar los objetivos y de indicadores y referencias específicos para controlar el progreso.*

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

La epidemia de ébola, la más importante que ha habido hasta la fecha de esta enfermedad, contabiliza más de 28.000 casos, 11.000 muertes y 9 países afectados. A la siempre terrible



pérdida de vidas humanas, debemos sumar otras consecuencias catastróficas como son las derivadas del debilitamiento y desestructuración que ha causado sobre los sistemas de salud, algunos de los cuales han dejado simplemente de existir por un tiempo. La población, que ya tenía una baja confianza en los servicios de salud, ha dejado de acudir por miedo tanto al contagio como a ser falsamente diagnosticado de ébola, y también a ser diagnosticado de ébola y ser “estigmatizado”.

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

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

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