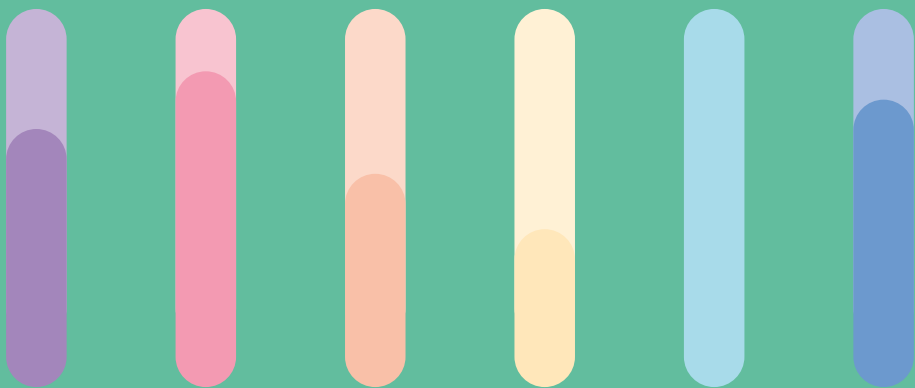




La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2025

 medicusmundi



EQUIPO ASESOR

Félix Fuentenebro
Emiliana Tapia

EQUIPO TÉCNICO

Carlos Mediano
Emiliana Tapia

APOYO TÉCNICO

Emma Garrido
Adriana Zumarán

EDITA

medicusmundi
Médicos del Mundo

TRABAJO DE EDICIÓN

Félix Fuentenebro

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

estudio blg

IMPRESIÓN

Advantia

PARA MÁS INFORMACIÓN:**FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES DE MEDICUSMUNDI EN ESPAÑA**

C/ Lanuza, 9, local / 28028 Madrid (España)
Tel.: 91 319 58 49 / 902 10 10 65
federacion@medicusmundi.es
www.medicusmundi.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 **medicusmundi** y Médicos del Mundo.

La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria

INFORME 2025

medicusmundi
Médicos del Mundo

ÍNDICE

PRÓLOGO	12	CAPÍTULO 4. ACCIÓN HUMANITARIA	146
DESTACADOS Y RECOMENDACIONES	16	1. Introducción	149
CAPÍTULO 1. LA SALUD EN EL MUNDO	26	Segue creciendo la inseguridad alimentaria y reaparece la hambruna por primera vez desde 2020	152
1. Introducción	29	El número de personas desplazadas internas se duplica en una década y alcanza un máximo histórico	154
• Reforma de la OMS: una perspectiva de la sociedad civil	33	2. La Acción Humanitaria en la Agenda Internacional	158
2. Evolución de la implementación de la Agenda 2030	35	1.2. La salud como objetivo de guerra	158
2.1. Análisis del ODS 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades”	39	2.2. Reinicio Humanitario, la propuesta de OCHA para reformar el sistema humanitario en tiempos de crisis	161
• El acuerdo de la OMS sobre pandemias bueno para todos	62	3. La Acción Humanitaria internacional	164
CAPÍTULO 2. PERSPECTIVA INTERNACIONAL	66	4. La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas	166
1. Evolución de la ayuda al desarrollo total del CAD	69	5. El sector salud en la Acción Humanitaria	170
• Grant Equivalent: la metodología de cómputo de la AOD	69	6. La Acción Humanitaria en España	174
1.1. La AOD del CAD	70	6.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2024	174
• La crisis del sistema multilateral y la salud global	72	6.2. Canalización de los fondos	175
• Cuarta Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (FfD4) “Sevilla no acaba en Sevilla”	80	6.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria	177
1.2. Distribución de la AOD en 2023	81	6.4. La Acción Humanitaria por sectores	178
1.3. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes	83	6.5. La Acción Humanitaria por agentes	180
• Primeros pasos del nuevo Marco financiero plurianual de la UE 2028-2034	85	6.6. La Acción Humanitaria descentralizada	181
1.4. Conclusión	87	Monografías	186
2. Evolución de la AOD en salud	88	La salud mental y el apoyo psicosocial en las crisis humanitarias. Cuando el mundo colapsa, también se quiebra lo invisible	186
3. Desagregación subsectorial y geográfica de la AOD en salud del CAD	92	La ayuda humanitaria en Siria: sostener la vida y construir futuro	190
3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud	92	GAZA: la mayor catástrofe humanitaria de nuestra era	192
3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud	96	ACRÓNIMOS Y SIGLAS	196
CAPÍTULO 3. LA SALUD EN LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA	98		
1. Consideraciones generales	101		
1.1. Consideraciones metodológicas sobre el cómputo de la AOD	101		
2. Datos generales de la AOD en 2024	102		
• Hacia un Ecosistema de Salud Global Renovado: Abordando los Desafíos y las Oportunidades para la Financiación de Sistemas de Salud Inclusivos, Resilientes y Sostenibles	105		
3. AOD en salud en 2024	105		
3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2024	105		
3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud	115		
3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud	120		
• Estrategia Española de Salud Global 2025-2030: fortalecer la cooperación internacional en salud y contribuir a la gobernanza global	124		
4. La AOD en salud de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales	126		
4.1. La AOD descentralizada	126		
4.2. La AOD descentralizada en salud	132		
4.2.1. La cooperación autonómica en salud	135		
4.2.2. La AOD de EE. LL. en salud	139		
5. Los ODS en España	141		

ÍNDICE GRÁFICOS

Gráfico 1.1.	Porcentaje de los avances de las metas de los ODS a nivel mundial Fuente: Informe 2025 Naciones Unidas sobre los Progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible (https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2025.pdf). Debido al redondeo, la suma supera el 100 %	37	Gráfico 2.4.	Gastos refugio en países donantes como% de AOD neta total 2015-2024 Fuente: Datos OCDE-CAD	84
Gráfico 1.2.	Avances en las Metas ODS 3 Fuente: elaboración propia adaptando información del Informe 2024 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de Naciones Unidas	40	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 2023) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	89
Gráfico 1.3.	Evolución mortalidad materna 2015-2023, y objetivo para 2030 Fuente: elaboración propia, recogiendo los datos presentados por diferentes informes de Naciones Unidas	41	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	90
Gráfico 1.4.	Evolución mortalidad de malaria e hitos Fuente: elaboración propia a través de información de los informes mundiales de malaria 2021 y 2025	44	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	91
Gráfico 1.5.	Avances y metas 2027 en la lucha contra la tuberculosis Fuente: elaboración propia a partir de los datos del informe Global de Tuberculosis 2024	46	Gráfico 2.8.	Desembolsos de AOD en salud de las instituciones europeas en base a la AOD total Fuente: Creditor Reporting System	91
Gráfico 1.6.	Mortalidad anual por grupos de enfermedades no transmisibles (en millones) Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OMS	49	Gráfico 2.9.	Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2023 por canales (en millones de dólares corrientes) Fuente: elaboración propia a partir de datos del Creditor Reporting System	93
Gráfico 1.7.	Evolución del porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos Fuente: elaboración propia a partir de datos del informe “Progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible” del Consejo Económico y Social (E/2025/62, annex)	53	Gráfico 3.1.	Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB de la Cooperación Española, 2007-2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	103
Gráfico 1.8.	Evolución Índice de CSU por regiones mundiales Fuente: elaboración propia a partir de datos del informe “Progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible” del Consejo Económico y Social (E/2025/62, annex)	54	Gráfico 3.2.	Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	104
Gráfico 1.9.	Distribución del personal médico y de enfermería por cada 10.000 habitantes en varias regiones mundiales, 2022 Fuente: elaboración propia con datos del informe “Progreso hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible” del Consejo Económico y Social (E/2025/62, annex)	59	Gráfico 3.3.	Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	107
Gráfico 2.1.	Evolución 1960-2024 de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2023) Fuente: OCDE, varios informes. En naranja, la aportación según Grant Equivalent	76	Gráfico 3.4.	Distribución AOD salud sectorial por canales, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	111
Gráfico 2.2.	AOD Grant Equivalent 2024 (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia, a partir de datos OCDE, 2024	77	Gráfico 3.5.	Evolución de la AOD en salud por subsectores, 2007-2024 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	119
Gráfico 2.3.	AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2024 Fuente Elaboración propia, a partir de datos OCDE, 2024.	78	Gráfico 3.6.	Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA.+EE. LL.) 1994-2024 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	127
			Gráfico 3.7.	Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	129

Gráfico 3.8.	AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	137
Gráfico 4.1.	Mapa crisis humanitarias Elaboración propia con datos de ACAPS	156
Gráfico 4.2.	Principales donantes en 2024 (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	164
Gráfico 4.3.	Financiación llamamientos de NN. UU. 2016-2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA de septiembre 2025	166
Gráfico 4.4.	Principales donantes de los planes coordinados 2024 (en millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA de septiembre 2025	167
Gráfico 4.5.	Principales donantes de fondos comunes 2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	169
Gráfico 4.6.	Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	169
Gráfico 4.7.	Porcentaje de financiación del sector salud por país en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	171
Gráfico 4.8.	Principales donantes del sector salud 2022-2024 (millones de dólares) Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	173
Gráfico 4.9.	Evolución de la AOD española destinada a AH Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	174
Gráfico 4.10.	Asignación de fondos por sectores CRS 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	179
Gráfico 4.11.	AH por regiones de la cooperación descentralizada Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	185

ÍNDICE TABLAS

Tabla 2.1.	Países CAD con más importantes recortes en AOD Fuente: Elaboración propia en base a diferentes informes	71
Tabla 2.2.	AOD neta de los países del CAD 2019-2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos OCDE – CAD	81
Tabla 2.3.	AOD de países no miembros del CAD (en millones de dólares) Fuente: OCDE – CAD	82
Tabla 2.4.	Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares) Fuente: Datos OCDE-CAD	83
Tabla 2.5.	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	94
Tabla 2.6.	Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares constantes 2023) Fuente: Creditor Reporting System	95
Tabla 2.7.	Distribución geográfica de la AOD en salud del CAD en 2023 (desembolsos brutos en millones de dólares constantes 2023) Fuente: Creditor Reporting System	96
Tabla 3.1.	Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2021-2024 (ge) Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	108
Tabla 3.2.	Resumen de la AOD española en salud, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de seguimiento de AOD 2023 publicados por DGPOLDES-SECI	109
Tabla 3.3.	Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2020-2024, en euros Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES	112
Tabla 3.4.	Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2020-2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	114
Tabla 3.5.	Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	118
Tabla 3.6.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	121
Tabla 3.7.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	122

Tabla 3.8.	Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	123	Tabla 4.1.	Canalización de la financiación internacional en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	165
Tabla 3.9.	Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	123	Tabla 4.2.	Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA de septiembre 2025	166
Tabla 3.10.	AOD total autonómica 2020-2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	130	Tabla 4.3.	Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir de datos del FTS de OCHA	168
Tabla 3.11.	% AOD Comunidades Autónomas y AOD por habitante 2024 Fuente: Elaboración propia a través de los datos de https://serviciostelematicosexh.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	131	Tabla 4.4.	AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2023 y 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	175
Tabla 3.12.	AOD descentralizada total en salud, 2020-2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES SECI	132	Tabla 4.5.	AOD española destinada a AH por regiones Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	177
TABLA 3.13.	AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	134	Tabla 4.6.	Principales receptores de AH española en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	178
Tabla 3.14.	AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	135	Tabla 4.7.	AOD española para AH por agentes en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	180
Tabla 3.15.	AOD en salud de las CC. AA., 2020-2024 Fuente: Elaboración propia a partir de los informes de seguimiento PACI y de los volcados de AOD publicados por DGPOLDES	136	Tabla 4.8.	AH por CC. AA. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	182
Tabla 3.16.	AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	138	Tabla 4.9.	AH por EE. LL. Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	184
Tabla 3.17.	EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2024 Fuente: Elaboración propia a partir del volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	140			
Tabla 3.18.	Desembolsos brutos de AOD 2024 clasificados en los metas del ODS 3 de salud Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	142			
Tabla 3.19.	Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2024 clasificados en los diferentes ODS Fuente: Elaboración propia a partir del Volcado de AOD publicado por DGPOLDES-SECI	143			

Prólogo

Vivimos una nueva realidad geopolítica. El mundo ha cambiado y los mecanismos de cooperación deben cambiar también. La inestable y compleja situación internacional requiere de nuevas formas de cooperación global o asumir el riesgo de la fragmentación, lo que sin duda afectaría tanto la estabilidad internacional como el bienestar de las sociedades. Es el momento de responder con determinación, de renovar el compromiso entre naciones, convirtiendo el diálogo y la corresponsabilidad en pilares de un nuevo orden mundial más justo, resiliente y sostenible. Es el momento de decir adiós a Bretton Woods y construir un nuevo marco de gobernanza mundial capaz de enfrentar con rapidez y decisión retos difíciles como la pobreza, la desigualdad, la crisis climática, las emergencias sanitarias o los conflictos existentes, que cada vez son más complejos y que vulneran impunemente el derecho internacional.

En este nuevo orden mundial, la Cooperación para el desarrollo sostenible debe tener un papel protagonista, no puede ser sólo un apéndice diplomático, sino el eje vertebrador de un multilateralismo renovado capaz de articular

respuestas colectivas ante desafíos que ningún país puede enfrentar en solitario. Ahora bien, para ello el sistema de cooperación debe afrontar su propia reestructuración que pasa por una reforma profunda, que revise sus fundamentos éticos, sus mecanismos operativos y su arquitectura institucional. No es una opción, es una condición.

En 2024, la ayuda oficial para el desarrollo (AOD) de los países miembros del Comité de Asistencia para el Desarrollo (CAD) ascendió a 207.619 millones de dólares estadounidenses, lo que representa el 0,33 % de la RNB combinada de los miembros del CAD. Los datos demuestran que la cooperación global está en niveles superiores a la pandemia, si bien se ha estancado en los últimos tres años, preludio de unos recortes presupuestarios generalizados que van más allá de la decisión de los Estados Unidos. 22 países donantes redujeron su esfuerzo financiero en 2024, y se prevé una caída adicional de hasta el 17 % en 2025¹, si se cumplen los anuncios de recortes realizados por Bélgica, Finlandia, Francia, Alemania, Países Bajos, Nueva Zelanda, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos.

1 https://www.oecd.org/en/publications/cuts-in-official-development-assistance_8c530629-en/full-report.html?adestraproject=OECD%20Development%20-%20Horizontal%20Campaigns&utm_campaign=Development-news-30-June-2025-FFD4-final&utm_content=Global%20trends&utm_term=dev&utm_medium=email&utm_source=Adestra#section-d1e1126

Pronosticar el impacto futuro de los recortes no es un ejercicio sencillo, aunque ya son varias las evaluaciones de impacto² y/o artículos científicos que nos advierten con claridad sobre las consecuencias potenciales de esta tendencia que no hace sino dibujar un escenario preocupante. Los países empobrecidos y sectores sensibles como la salud pública y la asistencia humanitaria serían los más afectados, con reducciones proyectadas de hasta un 33 % en ayuda humanitaria y financiación sanitaria³. El sector salud sufrirá un fuerte golpe. En contextos donde aún se viven los efectos prolongados de la pandemia, esta reducción compromete no solo la atención sanitaria inmediata, sino también la preparación frente a nuevas emergencias. Un estudio publicado por el Instituto de Salud Global de Barcelona (ISGlobal) en The Lancet estima que solo los recortes en la financiación de USAID, podrían provocar más de 14 millones de muertes prevenibles hasta 2030, incluyendo 700.000 fallecimientos infantiles adicionales por año.

Los recortes anunciados tienen también un fuerte impacto en los organismos multilaterales que, a su vez, repercutirán en los países más empobrecidos dado que gran parte de la AOD a estos países se entrega a través de canales multilaterales. Los once países que hasta la fecha han anunciado recortes concentran una financiación del 62 % para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el 87 % para el Programa Mundial de los Alimentos (PMA), dos organismos multilaterales directamente vinculados al sector salud y a la acción humanitaria.

Aún es pronto para saber con precisión qué efectos paliativos puede tener el llamado *Compromiso de Sevilla* —resultado de la IV Conferencia

Internacional sobre Financiación para el Desarrollo, julio de 2025— y sus más de 130 iniciativas. De momento consideramos un gran avance una de ellas, la propuesta “*Hacia un Ecosistema de Salud Global Renovado: Abordando los Desafíos y las Oportunidades para la Financiación de Sistemas de Salud Inclusivos, Resilientes y Sostenibles*”, presentada por el presidente Sánchez junto con la OMS, GAVI y el Fondo Mundial. El compromiso plurianual de España de aportar 315 millones de euros para el periodo 2025-2027 representa una apuesta política sustancial, basada en la corresponsabilidad, que puede contribuir a dar forma a una arquitectura de salud mundial reformada, más equitativa y resiliente.

En lo que a Ayuda Oficial al Desarrollo se refiere, la cooperación española destinó algo más de 4.000 millones de euros, lo que supone un incremento del 12 % en un contexto de reducción global. Sin embargo, esta contribución se sitúa en el 0,25 % de la Renta Nacional Bruta (RNB), un porcentaje muy por debajo del 0,33 % de media del conjunto de donantes del Comité de Ayuda al Desarrollo, del 0,47 % de la media de los países de la Unión Europea y del compromiso del 0,7 % establecido por Ley en 2023.

En el sector salud, la AOD española crece en términos absolutos hasta alcanzar los 276,7 millones de euros, manteniendo su peso relativo en el 6,87 % del total. Este porcentaje continúa por debajo de la media de los países del CAD, situada en el 8,9 %. Del total consignado a salud, la AECID destina 96.308.274 euros, lo que representa el 16,3 % de su presupuesto, un porcentaje que refleja la prioridad otorgada por la AECID al sector salud. El Ministerio de Sanidad que en 2022 aparecía como primer donante con el 43,8 % de

2 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01186-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01186-9/fulltext)

3 <https://raci.org.ar/recortes-en-la-asistencia-oficial-al-desarrollo-la-advertencia-de-la-ocde-sobre-el-futuro-inmediato-de-la-cooperacion-internacional/>

toda la AOD española en salud, en 2024 apenas aporta 1.511.777 euros. La cooperación descentralizada por su parte, cuyo papel resulta clave en el conjunto de la Cooperación Española, mantiene cifras similares a las de 2023, tanto en términos globales (412,6 millones) como en el ámbito de la salud (10,54 % del total).

En cuanto a la Acción Humanitaria (AH), los países del CAD destinaron en 2024 un total de 24.933 millones de dólares, lo que supone un descenso del 3,9 % respecto al año anterior. La

AH de la cooperación española ha descendido un 20 % respecto a 2023, pasando de 213.777.954 euros a 174.175.615 euros. Este retroceso, significativo tanto en términos absolutos como relativos, vuelve a situar la proporción de AOD destinada a AH por debajo del 5 % del total, muy lejos de los estándares internacionales y de los compromisos asumidos tanto en la Estrategia de Acción Humanitaria como de la Ley 1/2023, de 20 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global.

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 Lauren Paremoer, Profesora en el Departamento de Estudios Políticos de la Universidad de Ciudad del Cabo y

miembro del Movimiento por la Salud de los pueblos (PHM), por acercarnos la reforma de la OMS desde una mirada de sociedad civil; a Fernando Simón Soria, Director del Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad de España, por su visión del acuerdo de la OMS sobre el tratado de pandemias; y a José Antonio Alonso, Catedrático de Economía Aplicada de la UCM, por esa mirada tan certera sobre la crisis del sistema Multilateral y sus consecuencias en la Salud Global.

Destacados y recomendaciones



Foto de ©Olmo Calvo, del proyecto realizado con la Beca del Premio Internacional Luis Valtueña. Un hombre le coge la mano a su mujer momentos después de que llegasen en un bote hinchable desde Turquía a la isla griega de Lesbos, 2016.

1. *Avance insuficiente de los ODS. A cinco años de la fecha límite de la Agenda 2030, la mayoría de las metas están lejos de cumplirse: solo un 18 % muestran progreso real, mientras que el 48 % muestra un progreso mínimo o moderado y más de un tercio se han estancado o incluso retrocedido.*

Cumplir con la Agenda 2030 exige fortalecer los mecanismos de seguimiento y rendición de cuentas, concentrando esfuerzos en las metas más rezagadas. Al mismo tiempo, resulta imprescindible promover los bienes públicos globales y enfrentar males comunes —como la desinformación— mediante compromisos políticos vinculados a indicadores claros y verificables. Todo ello debe sustentarse en una movilización más amplia de recursos financieros, tecnológicos y humanos, capaz de garantizar avances sostenibles y equitativos.

2. *Impacto de los recortes en cooperación internacional. La reducción drástica de la Ayuda Oficial al Desarrollo, de un día para otro, tendrá consecuencias inmediatas para la vida y la salud de las personas. La decisión de la administración Trump de poner fin al 83 % de los proyectos de USAID ha supuesto la interrupción de numerosos*

programas de salud, con el riesgo de provocar hasta 14 millones de muertes adicionales de aquí a 2030, de las cuales un 32 % corresponderían a menores de cinco años, afectando gravemente a países de bajos ingresos, donde la cooperación internacional es un pilar esencial para sostener sistemas sanitarios frágiles.

Los recortes tensionan el sistema de las Naciones Unidas y con ello a instituciones multilaterales como la OMS que tendrá que redoblar esfuerzos para mantener su capacidad de respuesta. En este contexto, iniciativas como el Tratado Pandémico adquieren una relevancia estratégica, ya que además de fortalecer la preparación global ante futuras crisis sanitarias, pone en valor la acción coordinada de las instituciones multilaterales en beneficio del interés común.

3. *Desigualdades persistentes en salud global. El ODS 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas, avanza más lentamente que el conjunto de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Solo el 10 % de sus metas se han cumplido o están en camino de lograrse, mientras que un 15 % no muestran progreso alguno. Desde el año 2000, la mortalidad materna se ha reducido en un 40 % y la infantil en un*

52 %. Sin embargo, cada día mueren 712 mujeres por complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, y 13.150 niños y niñas por causas en su mayoría evitables, concentradas principalmente en países empobrecidos. La desigualdad en el acceso a la salud es evidente: en 2022, el 31 % del gasto público en salud de los países de bajos ingresos dependió de la cooperación internacional, lo que apenas compensa la enorme brecha con los países de altos ingresos, cuyo presupuesto sanitario es 70 veces mayor.

Para acelerar el cumplimiento del ODS 3 es necesario fortalecer los sistemas de salud nacionales, mediante inversiones en infraestructura, personal sanitario y acceso universal a servicios básicos, especialmente en países de bajos ingresos; aumentar la cooperación internacional, garantizando que la ayuda externa sea estable, predecible y orientada a reducir desigualdades estructurales; promover la equidad en salud, priorizando intervenciones dirigidas a mujeres, menores y comunidades vulnerables donde las muertes evitables son más frecuentes; impulsar la innovación y la transferencia tecnológica, facilitando el acceso a medicamentos, vacunas y tecnologías médicas en países con menos recursos; y finalmente, reforzar la rendición de cuentas, estableciendo mecanismos de seguimiento y evaluación transparentes que permitan medir avances, identificar brechas y ajustar políticas de manera ágil y eficaz.

4. La Cobertura Sanitaria Universal (CSU) continúa siendo la meta más relevante del ODS 3, aunque también una de las que menos avances ha registrado en los últimos años. Actualmente, 4.500 millones de personas carecen de acceso a servicios básicos de salud y 2.000 millones enfrentan dificultades financieras debido al costo de la atención médica. El Índice de CSU alcanzó en 2021 un 68 % de cobertura mundial, con un incremento de 23 puntos porcentuales respecto a años anteriores, pero desde entonces el progreso ha sido mínimo. Las desigualdades re-

gionales son profundas: las regiones más ricas prácticamente duplican la cobertura de África Subsahariana (84 % frente a 43 %). En cuanto a la protección financiera, uno de los mayores desafíos para las poblaciones vulnerables, los gastos catastróficos en salud aumentaron un 11 % en los países de ingresos medianos bajos tras la pandemia, mientras que se mantuvieron estables en los países de ingresos altos, gracias a su mayor capacidad de protección social. Esta situación refleja una inequidad persistente que requiere acciones urgentes.

Para avanzar hacia la Cobertura Sanitaria Universal y cumplir con el ODS 3, es fundamental reforzar la financiación sostenible de la salud, reduciendo la dependencia de los pagos directos de los hogares y garantizando inversiones públicas suficientes; expandir la cobertura de servicios esenciales, asegurando acceso universal a atención primaria, vacunación y medicamentos básicos; reducir las desigualdades regionales, destinando mayores recursos y cooperación internacional a África Subsahariana y a los países de ingresos bajos y medianos; fortalecer la protección financiera, mediante mecanismos de aseguramiento y subsidios que eviten gastos catastróficos en salud; aprovechar la innovación tecnológica, impulsando soluciones digitales y telemedicina para ampliar el acceso en comunidades marginadas; y mejorar la gobernanza y la rendición de cuentas, con sistemas de monitoreo transparentes que permitan medir avances, identificar brechas y ajustar políticas de manera ágil y eficaz.

5. La evidencia científica sobre los vínculos entre el cambio climático y la salud es cada vez más sólida, lo que refuerza la urgencia de adaptar los sistemas sanitarios a esta nueva realidad. La OMS impulsa un Plan de Acción Mundial sobre cambio climático y salud, cuyo objetivo es promover sistemas de salud climáticamente inteligentes que no solo respondan a los impactos del clima, sino que también contribuyan a mitigarlos,

reduciendo, por ejemplo, las emisiones de gases de efecto invernadero. Actualmente, los sistemas sanitarios son responsables del 5 % de las emisiones globales, lo que evidencia su papel en la crisis climática. Este Plan trasciende el ámbito estrictamente sanitario, ya que se fundamenta en el enfoque “Una salud”, integrando la salud humana, animal y del planeta, y exige transformaciones profundas en nuestras sociedades, cuestionando el modelo consumista y de crecimiento ilimitado que predomina en la actualidad.

Para enfrentar los crecientes impactos del cambio climático en la salud, resulta imprescindible descarbonizar los sistemas sanitarios, incorporando energías renovables y cadenas de suministro sostenibles; fortalecer su resiliencia, adaptando infraestructuras y servicios para responder a fenómenos climáticos extremos; integrar el enfoque “Una salud” en las políticas públicas, coordinando acciones entre salud humana, animal y ambiental; impulsar la innovación verde, promoviendo tecnologías médicas sostenibles y prácticas clínicas con menor huella ecológica; fomentar la educación y sensibilización, formando tanto al personal sanitario como a la ciudadanía sobre los riesgos climáticos; y revisar los modelos de desarrollo, avanzando hacia economías circulares y sostenibles que reduzcan la presión sobre los ecosistemas y garanticen mayor equidad en salud.

6. Crisis del multilateralismo y debilitamiento de instituciones. La crisis del multilateralismo y el debilitamiento de las instituciones internacionales representan una amenaza directa para la capacidad de coordinar respuestas globales frente a pandemias y emergencias sanitarias. La salida de algunos países de organismos como la OMS, junto con los recortes presupuestarios, han reducido su legitimidad y eficacia, aumentando la fragilidad del sistema internacional en un momento en que la cooperación es más necesaria que nunca. Reformar y fortalecer estas instituciones resulta esencial para garantizar que

puedan responder con rapidez, transparencia y credibilidad, incentivando la participación activa de todos los Estados y de la sociedad civil en la toma de decisiones.

La crisis del multilateralismo y el debilitamiento de instituciones como la OMS han puesto en riesgo la capacidad de coordinar respuestas globales frente a pandemias y emergencias sanitarias, aumentando la fragilidad del sistema internacional en un momento crítico. Para revertir esta tendencia es necesario reforzar la financiación estable y sostenible de los organismos internacionales, promover reformas de gobernanza que aumenten su legitimidad, transparencia y representatividad, e incentivar la participación activa de todos los países y de la sociedad civil en la toma de decisiones. Asimismo, resulta clave impulsar mecanismos de cooperación vinculante, desarrollar sistemas de alerta temprana y coordinación global apoyados en innovación tecnológica, y defender el multilateralismo como un bien público global, subrayando su importancia frente a los riesgos de fragmentación y nacionalismo.

7. La reducción del 6,9 % en la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) en 2024, equivalente a 15.119 millones de dólares menos respecto al año anterior, constituye un retroceso histórico y sin precedentes en términos absolutos. Se trata de la tercera mayor caída porcentual en la historia del CAD y refleja una tendencia alarmante: en un contexto de crisis globales los países donantes están debilitando uno de los principales instrumentos de solidaridad y cooperación internacional. Esta disminución no solo compromete proyectos esenciales en salud, educación y lucha contra la pobreza, sino que también erosiona la credibilidad del sistema multilateral y la capacidad de alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Para evitar que la cooperación internacional quede a merced de coyunturas políticas y económicas, es imprescindible blindar la

financiación de la AOD mediante compromisos jurídicamente vinculantes, que aseguren el cumplimiento del objetivo del 0,7 % de la RNB o la creación de Fondos internacionales de estabilización, capaces de garantizar recursos mínimos en periodos de crisis.

8. La crisis del multilateralismo se traduce en recortes masivos de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD), que ponen en cuestión la propia razón de ser de la cooperación internacional. La previsión de la OCDE de una reducción del 17 % del volumen total de AOD, sumada al recorte histórico de Estados Unidos (50.000 millones de dólares en un solo año, equivalente al 92 % de su cooperación) y a los anunciados por varios países europeos (17.500 millones adicionales), anticipa que 2025 podría convertirse en el peor año de la historia para la cooperación internacional.

Este escenario no solo implica una pérdida de recursos financieros, sino también un debilitamiento de la legitimidad y credibilidad del sistema multilateral, justo en un momento en que los desafíos globales —pandemias, crisis climática, conflictos armados— requieren más coordinación y solidaridad que nunca. La crisis actual debe convertirse en una oportunidad para reconstruir un multilateralismo más inclusivo, transparente y resiliente, capaz de sostener bienes públicos globales y garantizar que la cooperación internacional siga siendo un pilar frente a los desafíos comunes.

9. La cooperación internacional enfrenta un desafío crítico: comunicar con mayor eficacia el impacto real de sus acciones. Los datos son contundentes. En los últimos 20 años, las contribuciones de USAID han evitado 91,8 millones de muertes, incluyendo 30,4 millones de niños menores de cinco años. Estos logros demuestran que la cooperación salva vidas y genera beneficios tangibles para la humanidad.

Para contrarrestar esta tendencia, es imprescindible que la cooperación internacional refuerce su estrategia de comunicación y rendición de cuentas, mostrando de manera clara y accesible el impacto de sus programas. Para ello debe incorporar a los resultados narrativas humanas que muestren cómo la cooperación transforma vidas; involucrar a medios de comunicación y sociedad civil, generando campañas que refuercen la percepción de la cooperación como inversión estratégica y ética; adoptar indicadores verificables y transparentes, que permitan medir avances y demostrar eficacia y construir alianzas con actores locales, para que sean las propias comunidades beneficiarias quienes transmitan el valor de la cooperación. Comunicar mejor no es un apéndice, sino una condición para que la cooperación pueda sostener el apoyo político y financiero necesario para salvar millones de vidas en el futuro.

10. En 2024, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de los países del CAD se situó en apenas el 0,33 % de la RNB, muy lejos del compromiso internacional del 0,7 % fijado por Naciones Unidas para 2030. La caída de 0,04 puntos porcentuales respecto a 2023, refleja un retroceso sostenido que compromete seriamente la credibilidad de los países donantes y la viabilidad de la Agenda 2030. El hecho de que solo cuatro de los treinta y un países del CAD hayan alcanzado la meta evidencia una falta de voluntad política y de coherencia entre los discursos y las acciones. Además, la reducción se ha concentrado en la vía multilateral (-10,9 %), debilitando la capacidad de coordinación global, mientras que la vía bilateral (-5,8 %) se ha visto afectada por la disminución de la ayuda a Ucrania, la reducción de la financiación humanitaria y el descenso de los costes de acogida de refugiados.

Para revertir esta trayectoria descendente de la AOD, es necesario que los países definan hojas de ruta nacionales vinculantes, con calendarios claros y metas intermedias verificables hacia

el cumplimiento del 0,7 %; garanticen aportes estables y predecibles a la cooperación multilateral que refuercen la capacidad de los organismos multilaterales, y aseguren la ayuda humanitaria evitando que sea una partida a recortar. Sin un compromiso real y sostenido, la cooperación internacional corre el riesgo de convertirse en un discurso vacío frente a los desafíos comunes.

11. En 2023, la AOD destinada a salud por los países del CAD cayó un 44 % respecto a 2022, situándose en 15.514 millones de dólares y reduciendo su peso al 8,7 % del total bilateral, la mitad del año anterior. Los recortes afectaron no solo a la respuesta frente a la COVID-19, sino también a programas clave contra enfermedades de transmisión sexual como el VIH/sida. Esta tendencia demuestra que, pese a las lecciones de la pandemia, aún no existe una estrategia sostenida y coherente en materia de salud global.

Para revertir esta situación, es imprescindible blindar el sector salud y tratarlo como prioridad estratégica dentro de la cooperación internacional. La salud no puede gestionarse como una partida flexible que se recorta en tiempos de crisis, porque su impacto es inmediato en vidas humanas y en la estabilidad de los sistemas públicos de salud. Para ello es necesario asumir compromisos que aseguren que los fondos para salud se mantengan estables en el tiempo, evitando la volatilidad política; blindar la financiación de iniciativas contra enfermedades transmisibles (VIH/sida, malaria, tuberculosis) y emergentes, que requieren continuidad para ser eficaces; y vincular la cooperación en salud con el enfoque “Una salud”, que conecta la salud humana, animal y ambiental.

12. El debilitamiento de la OMS y de organismos afines como UNAIDS o GAVI refleja la fragilidad del sistema multilateral de salud. La OMS afronta un déficit del 39 % en su presupuesto 2026-27, mientras que otras instituciones dependen de

aportaciones voluntarias cada vez más inciertas. En un contexto de crisis sanitarias recurrentes y crecientes amenazas globales, la falta de financiación estable erosiona la legitimidad de estas instituciones y pone en riesgo avances históricos en salud pública.

Para garantizar la estabilidad y eficacia de la respuesta sanitaria global es imprescindible reformar el modelo de financiación de las instituciones multilaterales de salud. Esto requeriría aumentar las cuotas obligatorias de los Estados miembros, reduciendo la dependencia de aportaciones voluntarias que son volátiles y sujetas a decisiones políticas coyunturales; o crear fondos de emergencia permanentes, capaces de movilizar recursos inmediatos ante pandemias o crisis sanitarias sin esperar nuevas negociaciones.

13. La creciente magnitud de los flujos financieros ilícitos, que superan con creces los recursos destinados a cooperación, pone de manifiesto una contradicción estructural en la gobernanza global: mientras enormes capitales se fugan sin control, el gasto en salud y protección social disminuye en los países más vulnerables. Esta situación no solo limita la capacidad de los Estados para garantizar derechos básicos, sino que también erosiona la confianza ciudadana en las instituciones y debilita la legitimidad del sistema internacional.

Un nuevo enfoque en sostenibilidad y gobernanza global, que combine justicia fiscal, transparencia y protección social, no puede limitarse a declaraciones, sino que requiere de mecanismos efectivos de redistribución y control, capaces de transformar recursos ilícitos en inversión social y en bienes públicos globales.

14. La cooperación internacional arrastra una debilidad estructural que limita su legitimidad y eficacia: continúa condicionada por los intereses políticos y económicos de los países

donantes, mientras que los países receptores carecen de una representación real en la toma de decisiones. El resultado es una brecha entre los discursos de compromiso global y las prácticas concretas, que reduce la confianza de las comunidades beneficiarias y debilita el impacto de las políticas de desarrollo.

Para superar esta fragilidad, es imprescindible impulsar una cooperación más inclusiva y horizontal, que sitúe a los países receptores y a las comunidades locales como actores centrales en la definición de prioridades y estrategias. Urge reformar los mecanismos de gobernanza, garantizando una representación equitativa y sostenible de las voces del Sur Global de modo que las decisiones reflejen realidades diversas y fortalezcan la legitimidad del sistema internacional.

15. En 2024 la AOD española alcanzó los 4.021 millones de euros, con un incremento del 11,8 % respecto al año anterior. Aunque este crecimiento es positivo en términos absolutos, el porcentaje sobre la RNB se mantiene en apenas el 0,25 %. Esto significa que España sigue muy lejos de los compromisos internacionales, de legislatura y legislativos: el 0,55 % fijado para esta legislatura que termina en 2027 y el 0,7 % recogido en la Ley de Cooperación para 2030. La brecha con la media de la UE (0,47 %) y del CAD (0,33 %) refleja una falta de convergencia con los estándares internacionales y pone en riesgo la credibilidad de la cooperación española.

Urge diseñar y aplicar una hoja de ruta presupuestaria vinculante, con incrementos anuales claros y verificables, que permita alcanzar progresivamente los compromisos. Esta hoja de ruta debe estar blindada y acompañada de mecanismos de rendición de cuentas para garantizar que los objetivos no se diluyan en posibles cambios de ciclo político.

16. Pese al aumento global de la AOD, los fondos gestionados por el MAEUEC decrecen un 5 % en 2024, mientras que la AECID crece levemente (2,9 %) hasta los 590 millones. Sin embargo, el peso de la Agencia dentro del conjunto de la cooperación española cae al 14,7 %. Esta situación refleja una falta de coherencia y de consolidación institucional: el crecimiento de la AOD no se acompaña de un fortalecimiento proporcional de las estructuras encargadas de gestionarla.

Para que España pueda cumplir sus compromisos internacionales y maximizar el impacto de la cooperación, es imprescindible invertir en recursos humanos y aplicar todos los elementos de la reforma para disponer de una arquitectura institucional más robusta y coordinada.

17. La AOD destinada a salud experimenta un incremento absoluto de 29 millones de euros, alcanzando los 276,7 millones. Este crecimiento no se traduce en un aumento proporcional dentro del conjunto de la cooperación española, donde la salud mantiene un peso relativo de apenas el 6,87 %, claramente por debajo de la media de los países del CAD, situada en el 8,9 %. Cabe destacar que, del total consignado a salud, la AECID destina 96,3 millones de euros, lo que representa el 16,3 % de su presupuesto, un porcentaje que refleja claramente la prioridad otorgada por la Agencia al sector salud, acorde con los desafíos globales a los que nos enfrentamos.

Apremia reforzar la asignación sectorial a salud dentro de la AOD, fijando un objetivo mínimo del 10 % en línea con los estándares internacionales y avanzando hacia el 12 % recomendado para responder a los retos globales. Para ello, se requiere un compromiso explícito con los retos a los que debe hacer frente el sector, incluidos en la estrategia de Salud Global y en el Plan Director.

18. La cooperación descentralizada se mueve en cifras similares a las de 2023, aportando 412,6 millones de euros, apenas 3 millones menos que en 2023. En el conjunto de la AOD española representa el 10,26 % del total, un porcentaje que, siendo importante, está por debajo del esfuerzo que las CC. AA. pueden realizar. Esta estabilidad, sin embargo, convive con una tendencia preocupante a los recortes, que refleja cómo va calando un discurso que infravalora el papel de la cooperación descentralizada en la promoción de la justicia global, llegando incluso a cuestionar su propia existencia. Frente a ello, resulta imprescindible visibilizar sus logros y reforzar su legitimidad como un pilar fundamental del desarrollo y la solidaridad internacional.

Es imprescindible contrarrestar la tendencia a los recortes y el discurso que infravalora la cooperación descentralizada, reforzar su legitimidad mediante una estrategia de visibilidad que ponga en valor sus aportaciones concretas, generar narrativas positivas que destaquen su proximidad y capacidad de innovación, y consolidar alianzas con sociedad civil y otros actores. De este modo, la cooperación descentralizada podrá afirmarse como un pilar estructural de la cooperación española, capaz de acercar la solidaridad internacional a la ciudadanía y de demostrar su impacto real en la mejora de las condiciones de vida de las poblaciones más vulnerables.

19. La cooperación sanitaria representó el 10,5 % del total de la AOD descentralizada, con una aportación de 43,5 millones de euros. No obstante, estos fondos destinados a salud se redujeron en unos 5 millones respecto al año anterior, lo que evidencia una tendencia preocupante en un momento en que los desafíos globales de salud requieren un mayor compromiso. A pesar de ello, la cooperación descentralizada en salud mantiene un papel estratégico: supone el 15,7 % del total de la AOD española destinada a salud, lo que equivale a que uno de cada seis euros de la coo-

peración sanitaria proviene de este ámbito. Este dato confirma que, aunque su volumen pueda parecer limitado, la cooperación descentralizada constituye un pilar esencial de la respuesta de la cooperación en salud global.

Es importante consolidar la capacidad de proximidad, innovación y conexión con la ciudadanía que tiene la cooperación descentralizada y que le otorga un valor añadido que debe ser reconocido y fortalecido, especialmente si se quiere consolidar una política coherente y sostenible frente a las amenazas de las narrativas negacionistas. Esto implica garantizar un crecimiento estable de los fondos destinados a salud, promover la coordinación entre comunidades autónomas y entidades locales para evitar la fragmentación, y difundir de manera sistemática los resultados alcanzados en términos de impacto en poblaciones vulnerables.

20. España anunció un compromiso de 315 millones para 2025-2027 en la iniciativa “Hacia un Ecosistema de Salud Global Renovado: Abordando los Desafíos y las Oportunidades para la Financiación de Sistemas de Salud Inclusivos, Resilientes y Sostenibles”, junto con OMS, GAVI y el Fondo Mundial. Se trata de un compromiso político sustancial para España, sustentado en una responsabilidad compartida que puede ayudar a dar forma a una arquitectura de salud mundial reformada y más equitativa.

La iniciativa deberá afrontar desafíos y puntos críticos como la sostenibilidad a largo plazo, ya que la financiación está proyectada hasta 2027; su aplicación y el impacto en acciones concretas en cada país, especialmente en contextos frágiles o con baja capacidad institucional; la coordinación entre actores o la complementariedad con iniciativas como la de Lusaka, que inspira en parte esta iniciativa que dicho sea de paso representa una oportunidad histórica para redefinir la salud global desde una perspectiva más justa y colaborativa.

21. El año 2024 ha evidenciado un agravamiento sin precedentes de las crisis humanitarias, marcado por el aumento de la violencia contra la población civil, las trabas al acceso humanitario y los ataques sistemáticos contra el personal y las infraestructuras sanitarias. La magnitud de las necesidades —más de 323 millones de personas requiriendo asistencia— contrasta con una reducción significativa de la financiación internacional, que ha dejado sin cobertura a millones de personas en situación crítica.

Regiones como África Oriental y Meridional, Oriente Medio y Asia concentran las mayores necesidades, reflejando cómo la crisis climática y los conflictos prolongados están profundizando la vulnerabilidad y poniendo en riesgo la supervivencia de millones de personas. Las previsiones para 2025 muestran un panorama crítico: más de 305 millones de personas necesitarán asistencia humanitaria, mientras que la inseguridad alimentaria sigue creciendo y la hambruna reaparece por primera vez desde 2020.

En este contexto resulta incomprensible que en 2024 la financiación humanitaria internacional descendiera respecto a 2023, alcanzando únicamente los 36.367 millones de dólares. Si bien Estados Unidos incrementó de manera significativa su aportación y se consolidó como principal donante, con el 38,9 % del total, la mayoría de los grandes donantes redujeron sus contribuciones, consolidando una tendencia de caída que afecta de forma crítica la capacidad de respuesta del sector ante crisis cada vez más complejas y prolongadas.

Por ello es más importante que nunca que los donantes cumplan con sus responsabilidades y compromisos internacionales, e incrementen los fondos destinados a la acción humanitaria, aumentando los fondos destinados a la acción humanitaria. Solo así será posible reducir la creciente brecha entre los recursos solicitados y los efectivamente recibidos, y garantizar una respuesta adecuada a las necesidades de las poblaciones más vulnerable.

22. La reducción abrupta de fondos —especialmente tras el cierre de USAID y los recortes de otros donantes— ha dejado al sector humanitario con una brecha de financiación alarmante: hasta mediados de noviembre de 2025, solo se había recibido el 25,1 % de los fondos solicitados para responder a las necesidades humanitarias, el 21,9 % de lo solicitado para seguridad alimentaria y el 17,5 % para nutrición.

El “reinicio humanitario” impulsado por OCHA en respuesta a estos recortes se ha centrado más en la hiperpriorización de recursos que en una reforma estratégica del sistema. Como resultado, millones de personas quedan sin cobertura, mientras el espacio humanitario se debilita y se ve cada vez más condicionado por intereses políticos y geopolíticos.

Es imprescindible exigir a los donantes que destinen al menos el 10 % de su AOD a la acción humanitaria y que financien una ayuda guiada por los principios humanitarios, no por otros intereses. Solo así podremos avanzar hacia un sistema humanitario más inclusivo, justo y que rinda cuentas ante las personas afectadas por las crisis humanitarias.

23. El sector salud en la acción humanitaria atraviesa una crisis crítica de financiación en un momento en que las necesidades sanitarias se han intensificado por conflictos, desastres naturales y brotes epidémicos. En 2024, los fondos destinados a salud por la comunidad internacional se redujeron en 651 millones de dólares respecto a 2023, dejando sin cobertura a millones de personas. Esta reducción se ha producido tanto en los llamamientos de NN. UU. —172 millones menos que en 2023— como en los fondos destinados fuera del sistema de NN. UU. —479 millones menos—.

Revertir estos recortes es fundamental para garantizar una respuesta adecuada a las crecientes necesidades sanitarias. Se requiere una financiación suficiente, sostenida y acompañada

de mejoras en la flexibilidad y previsibilidad de la ayuda, de modo que el sector pueda responder de manera más efectiva y oportuna a las crisis de salud que enfrentan las poblaciones más vulnerables.

24. La protección de la atención sanitaria en conflictos está consagrada en el derecho internacional humanitario. Sin embargo, los ataques y la violencia contra los sistemas sanitarios se realizan con total impunidad. En los últimos tres años, los ataques contra la atención sanitaria en contextos de conflicto han aumentado de forma alarmante, tanto en frecuencia como en gravedad. Solo en 2024 se registraron 3.623 incidentes violentos, con 1.100 instalaciones médicas dañadas o destruidas, más de 900 profesionales sanitarios asesinados en 27 países y 470 detenidos en 15 países.

En un momento y en un contexto en el que las normas internacionales están siendo sistemáticamente vulneradas, los gobiernos, NN. UU. y los organismos de derechos humanos deben incrementar la presión diplomática con los actores estatales y no estatales responsables o sospechosos de perpetrar ataques contra la asistencia sanitaria. Cuando estos esfuerzos no den resultado, habría que considerar medidas legales adicionales, incluidas restricciones comerciales, sanciones y las denuncias públicas para frenar la impunidad y proteger el espacio humanitario.

25. En 2024, la Cooperación Española en Acción Humanitaria en su conjunto (AGE, CC. AA. y EE. LL.), ha descendido un 20 % respecto a 2023, pasando de 213.777.954 euros a 174.175.615 euros. Este retroceso vuelve a situar el porcentaje de AOD destinada a AH por debajo del 5 %, concretamente en el 4,33 %, lo que supone una caída de 1,6 puntos porcentuales en comparación con el año anterior. La Administración General del Estado (AGE) fue la principal responsable de este recorte, con una reducción del 24 % respecto a 2023.

La Cooperación Española debe revertir de manera urgente los recortes en acción humanitaria e incrementar de forma significativa y sostenida su financiación. Solo así podrá acercarse, aunque sea mínimamente, al objetivo de destinar el 10 % de la AOD a la acción humanitaria al final de la legislatura. Mantener la financiación humanitaria por debajo de ese umbral, hace cómplice a la cooperación española de perpetuar una brecha crítica entre las necesidades de las poblaciones afectadas y los recursos disponibles, debilitando la capacidad de respuesta ante crisis cada vez más complejas y prolongadas.

26. En 2024, la cooperación descentralizada española (CC. AA. y EE. LL.) ha mostrado una tendencia positiva, destinando el 10,63 % de su AOD a la acción humanitaria, ligeramente por encima del compromiso internacional del 10 %. En términos absolutos, el incremento ha sido modesto —1,4 millones de euros más que en 2023—, pero refleja un compromiso sostenido en un contexto de recortes globales. Sin embargo, esta imagen general oculta grandes disparidades territoriales: mientras comunidades como País Vasco, Baleares, Andalucía y Canarias refuerzan su financiación, otras como Cataluña, Extremadura, Asturias y Comunidad Valenciana registran recortes significativos.

En el ámbito local, las EE. LL. incrementan ligeramente sus aportaciones, aunque aún no compensan el fuerte descenso de 2023. Destacan el Ayuntamiento de Madrid, la Diputación de Barcelona y el Cabildo de Gran Canaria como principales financiadores.

Para consolidar este avance, la cooperación descentralizada debe sostener el crecimiento tanto en términos de volumen como de porcentaje y mejorar la previsibilidad de su financiación a través de financiaciones plurianuales. Solo así será posible garantizar una respuesta humanitaria más eficaz y asegurar a medio plazo un incremento sostenido de los recursos destinados a la acción humanitaria.

1

La salud en el mundo



Foto de @Bechir Maloum.
Médico en un centro de atención de salud infantil apoyado por Médicos del Mundo.
Región de Guidimakha, Mauritania, 2019.

- A solo cinco años de la fecha límite de la Agenda 2030, sólo el 18 % de las 169 metas que contienen los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) están en camino de conseguirse 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 un contexto complejo, donde el multilateralismo está en crisis y el derecho internacional se ve sistemáticamente violentado, cumplir con la Agenda 2030 requiere más voluntad política y movilizar más recursos de la forma más eficiente posible, impulsando los bienes públicos globales y luchando contra los males públicos globales, como la desinformación, que afecta claramente a los resultados en los ODS.

Invertir en la sostenibilidad ambiental del planeta, en la salud de las personas y en la educación de los niños y las niñas en países de bajos ingresos, además de ser un imperativo moral, es muy eficiente, cifrando su rentabilidad anual en un 20 %, siempre que sean de amplia cobertura y de buena calidad. Además, si se generan espacios fiscales internacionales y locales que limiten la carga de la deuda, los países más vulnerables

tendrán más posibilidades de invertir en su desarrollo y, por lo tanto, de avanzar en la Agenda 2030.

- Miles de millones de euros de Ayuda Oficial al Desarrollo van a desaparecer, o han desaparecido, de un día para otro y tendrá consecuencias para la vida y la salud de las personas. La administración Trump ha puesto fin al 83 por ciento de todos los proyectos de USAID, dejando de financiar muchos programas de salud. Se estima que los recortes de USAID en salud pueden provocar la muerte de 14 millones de personas adicionales en 2030, el 32 % menores de 5 años.

Los recortes tensionan el sistema de las Naciones Unidas y con ello a instituciones multilaterales como la OMS que, además de tener que reformarse, tendrá que duplicar esfuerzos para que el desarrollo de herramientas como el Tratado Pandémico, que puede ser clave para demostrar la importancia del trabajo de estas instituciones multilaterales coordinando las respuestas globales que la población mundial necesita.

- La evolución del ODS 3, garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos y todas, es peor que la del conjunto de los ODS. Solo el 10 % de las metas se han cumplido o

están en camino de cumplirse y un 15 % no han mejorado. A nivel de países, solo Noruega y Japón están actualmente en camino de cumplir las metas de salud en 2030. A pesar de que desde el año 2000 la mortalidad materna e infantil han mejorado en un 40 % y 52 % respectivamente, cada día mueren 712 mujeres por problemas de embarazo y parto y 13.150 menores por problemas que en su mayoría son evitables, siendo la mayor parte de estas muertes de personas que viven en países empobrecidos. La cooperación en salud juega un importante papel en la reducción de estas desigualdades: en 2022 el 31 % del gasto público en salud de los países de bajos ingresos provenía de la cooperación internacional, equilibrando mínimamente la gran diferencia de su gasto promedio en salud con los países de altos ingresos, cuyo presupuesto en salud es 70 veces más alto que el de los países más pobres.

- La Cobertura Sanitaria Universal sigue siendo la meta más importante en el ODS 3, pero es una de las que menos ha progresado en los últimos años. 4.500 millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a servicios básicos de salud y 2.000 millones de personas enfrentan dificultades financieras debido a los costos de salud.

El Índice de Cobertura Sanitaria Universal alcanzó en 2021 el 68 % de cobertura mundial, incrementándose en 23 puntos porcentuales, pero desde entonces, apenas ha mejorado. Además, existen grandes diferen-

cias entre regiones. Las regiones mundiales más ricas prácticamente doblan en porcentaje de cobertura de África Subsahariana, 84 % frente al 43 %. En cuanto a los gastos catastróficos en salud (protección financiera), uno de los mayores problemas que tiene las poblaciones más vulnerables, éstos han aumentado después de la pandemia un 11 % en países de ingresos medianos bajos, manteniéndose en los países de ingresos altos, con mayor capacidad de protección social, mostrando de nuevo una inequidad que es preciso reducir.

- La evidencia científica sobre los vínculos entre el cambio climático y la salud cada vez son más sólidos y con ello la urgencia de adaptar los sistemas sanitarios a esta realidad. La OMS está promoviendo un Plan de Acción Mundial sobre cambio climático y salud que pretende, entre otras cuestiones, la creación de sistemas de salud climáticamente inteligentes, que no solo respondan a los impactos del clima, sino que también contribuyan a mitigarlos, reduciendo, por ejemplo, las emisiones de los gases de efecto invernadero. Los sistemas sanitarios suponen el 5 % de todas las emisiones mundiales. Desarrollar este Plan de Acción supera con creces el ámbito sanitario, ya que promueve el enfoque “Una salud”, integrando la salud humana, animal y del planeta, y serían necesarios cambios profundos en nuestras sociedades, modificando el enfoque consumista y de crecimiento infinito que impera actualmente.

1 Introducción

Vivimos una nueva realidad geopolítica. La inestable y compleja situación internacional está afectando claramente a la vida y la salud de las personas. No solamente por la ingente cantidad de conflictos existentes, que cada vez son más complejos y que vulneran impunemente el derecho internacional, sino también por una enorme crisis del multilateralismo, que tiene importantes efectos en la gestión de los grandes problemas de salud global como la creciente inequidad en salud, los efectos del cambio climático, la prevención de potenciales pandemias o las resistencias antimicrobianas.

La primera víctima de esta crisis del multilateralismo está siendo la cooperación internacional. Una cooperación que ha ido evolucionando desde 1945, cuando nació oficialmente a través de la denominada carta de San Francisco (o carta de las Naciones Unidas), cuyo capítulo IX se denominó “cooperación internacional económica y social”¹, y donde la cooperación se veía como una herramienta para asegurar la paz después de la Segunda Guerra Mundial. Su propósito era conseguir para todos los países unos niveles de vida más elevados, promoviendo unas condiciones adecuadas de desarrollo económico y social, respetando los derechos humanos y solventando los problemas económicos, sociales y sanitarios. La primera gran cooperación internacional la recibió Europa con el denominado Plan Marshall, que buscaba la reconstrucción del continente después de la Segunda Guerra Mundial. Este Plan fue financiado por Estados Unidos, que destinó

en apenas 4 años 13.300 millones de dólares, que actualmente equivaldrían a unos 193.000 millones de dólares². Esta ayuda, además de responder a su objetivo principal, servía también para “proporcionar mercados para los productos estadounidenses, crear socios comerciales confiables y apoyar el desarrollo de gobiernos democráticos estables en Europa Occidental”³. La idea de incluir entre los objetivos de la cooperación internacional para lograr un mundo más justo y equitativo en un contexto de paz, objetivos adicionales basados en el desarrollo económico del país donante, es posiblemente uno de los grandes defectos que la cooperación ha ido arrastrando con más o menos intensidad a lo largo del tiempo. Obviamente, el concepto de cooperación internacional ha ido evolucionado hacia un modelo menos economicista y más centrado en el desarrollo de las personas⁴ y del planeta, si bien la realidad nos dice que en mayor o menor medida el “retorno de la ayuda” es una característica que siempre ha estado presente determinando en buena medida el modelo de cooperación imperante. Esto puede explicar en parte la falta de financiación y de políticas eficaces en cooperación, lo que a su vez repercute en los resultados esperados, contribuyendo a alimentar lo que se denomina “fatiga de la ayuda” argumentando su ineffectividad al no conseguir los avances deseados⁵.

A pesar de sus defectos, que los tiene, la cooperación internacional ha sido y es una de las pocas políticas a nivel internacional que

1 <https://www.un.org/es/about-us/un-charter/chapter-9>

2 <https://www.dineroeneltiempo.com/inflacion/dolar/de-1947-a-valor-presente>

3 <https://www.archives.gov/milestone-documents/marshall-plan>

4 Duarte Herrera, L. K. y González Parias, C. H. (2014). Origen y evolución de la cooperación internacional para el desarrollo. Panorama, 8(15), 117-131

5 <https://www.dicc.hegoa.ehu.eus/listar/mostrar/98.html>

contribuye a reducir las inequidades mundiales y, por lo tanto, una herramienta que puede servir para ayudar a abordar la mayoría de los problemas globales que afectan actualmente a la humanidad. Sin embargo, como veremos en el próximo capítulo, la mayoría de los grandes donantes, no solo Estados Unidos, han anunciado recortes drásticos en la AOD. Miles de millones de dólares de ayuda han desaparecido o van a desaparecer de la noche a la mañana, y las consecuencias para la vida y la salud de las personas son difíciles de imaginar. Estados Unidos ya ha puesto fin al 83 por ciento de todos los proyectos de USAID, ha dejado de financiar servicios de salud sexual y reproductiva que salvaban vidas, se ha retirado de diferentes acuerdos internacionales y de instituciones como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y se ha reincorporado a la Declaración de Consenso de Ginebra contra el aborto.

En los años 80 y 90 del siglo pasado la cooperación internacional pasó por una crisis importante, debido a la fatiga de la ayuda. La reacción vino de la mano Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) surgieron como una respuesta global a los desafíos más urgentes que enfrentaba la humanidad a finales del siglo XX. En los años 90, el mundo vivía una creciente preocupación por la pobreza extrema, el hambre, la falta de acceso a educación y salud, y el deterioro ambiental. En 2015, los ODM fueron reemplazados por los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que amplían y profundizan la agenda del desarrollo hasta 2030.

En su conjunto, a nivel mundial, los ODS están muy lejos de cumplirse en 2030, pues ninguno de los 17 objetivos está actualmente en camino de alcanzarse. Este hecho debería de ser una razón más para incrementar la cooperación internacional y no una excusa para aplicar recortes de difícil justificación. Se necesita una revisión de la Arquitectura Financiera Global (AMG) para que

el dinero fluya hacia las economías emergentes y en desarrollo (EMED) que ofrecen un mayor potencial de crecimiento y tasas de rendimiento. Y urge una revisión del modelo económico actual de crecimiento infinito, que permite, además de esquilmar al planeta, poner por encima de las personas a la economía, permitiendo que exista una deuda externa creciente que impide que los países más vulnerables puedan invertir adecuadamente en un desarrollo sostenible. De hecho, según el Informe de Desarrollo Sostenible de 2025 que luego se detallará, se podrían ahorrar unos 30 billones de dólares al año con unos mercados financieros internacionales que funcionen adecuadamente, sumándole unas reformas institucionales clave en las economías emergentes para reducir los riesgos de inversión y canalizar las inversiones hacia sus prioridades económicas, sociales y ambientales. Esta cifra es unas diez veces mayor que el gasto de 2024 en cooperación internacional.

La cooperación internacional sigue siendo una herramienta absolutamente necesaria para equilibrar parte de las enormes inequidades que existen actualmente, y que sufren las personas más vulnerables del planeta. En estos 80 años de cooperación internacional se han conseguido grandes logros, como la erradicación de la viruela, que muestra claramente que cuando ha habido un compromiso real de todos los países es posible alcanzar las metas previstas. De hecho, el trabajo de erradicación de la viruela podría ser tomada como el modelo a seguir en la cooperación⁶, aunque en estos momentos la situación es mucho más compleja y esa estrategia necesitaría adaptarse a una realidad mucho más cambiante.

Los tiempos de crisis también pueden ser un buen momento para repensar la cooperación. Según la Real Academia de la Lengua Española, una de las acepciones de cooperar significa “Obrar juntamente con otro u otros para la consecución de un fin común”⁷. Pero ¿quiénes son

los otros? Hasta el momento, la cooperación ha sido una herramienta de una sola dirección, desde los países donantes hacia los países receptores y sus poblaciones, que tienen muy poco que decir sobre la estructura, montos e incluso objetivos de la cooperación internacional, a pesar de la Declaración de París sobre la eficacia de la ayuda. Una cooperación internacional que medimos como “ayuda”, perpetuando así la unidireccionalidad de la cooperación, que debería basarse más en “trabajar con” y no “trabajar para”. La Declaración de París, sus Principios, abogaban por una cooperación bidireccional que no se ha conseguido y que ha sido una de las reivindicaciones que los países empobrecidos pusieron sobre la mesa en la cumbre de financiación celebrada recientemente en Sevilla.

Los orígenes coloniales de la cooperación para el desarrollo todavía dan forma a los enfoques, estructuras y prácticas seguidas hasta hoy. Muchas instituciones describen desde hace mucho tiempo su trabajo como una cooperación igualitaria con sus socios en el Sur Global en lugar de «ayuda», sin embargo, las prácticas de trabajo todavía se basan a menudo en estructuras de poder que perpetúan las dependencias e impiden el desarrollo de la capacidad local. Hay voces que consideran que la descolonización de la ayuda puede ocultar problemas como la representatividad, la inclusión en iguales condiciones de países que vulneran derechos humanos (a minorías, o de género), o de la propia utilidad de la cooperación, incluso del fin de la misma⁸. Pero la mayor parte de las voces consideran que la descolonización de la Ayuda puede ser un factor que facilite una Ayuda que responda de manera genuina a las prioridades y necesidades definidas localmente, identificando soluciones sistémicas que sean cultural, social, económica y ambientalmente apropiadas, con amplia participación de la población y sus organizaciones. El debate sobre la descolonización en la cooperación internacional debe centrarse

en qué, a quién y cómo se aplica la cooperación, cuáles son los problemas que pretende solucionar, quién lo financia, cómo se condicionan los resultados, cuáles son los intereses en conflicto; quién, por qué y cómo influye en la gobernanza local y nacional y que impacto tienen las políticas y los enfoques operativos en la población. Todavía hoy, nuestra comprensión del “desarrollo” y la “cooperación para el desarrollo” está determinada por discursos que han sido definidos por las relaciones de poder coloniales (Ziai, 2016). La herencia del discurso colonial no se encuentra únicamente en los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (Asamblea General de la ONU, 2015) o en proyectos de cooperación individuales, sino también en la propia terminología. Implica la construcción de identidades, violencia epistémica para legitimar acciones político-económicas y la promoción más que reducción de la desigualdad estructural (McCarthy, 2015; Ziai, 2014 & 2016).

Mientras se sigue avanzando en las discusiones políticas o intelectuales sobre la evolución de la cooperación internacional, la realidad es que existe una enorme cantidad de población vulnerable que actualmente depende de la misma, y necesitan de la cooperación y el acuerdo de todos los países para mejorar su situación. En el sector de la salud, cómo se vaya a desarrollar el nuevo Tratado Pandémico aprobado en mayo en la Asamblea de la OMS, de qué forma se pretende luchar contra la resistencia antimicrobiana en el mundo, cómo se va a trabajar la relación entre cambio climático y salud, o cómo proteger a la población civil y al personal sanitario en conflictos van a determinar el futuro de la salud de muchas personas. Y la cooperación internacional en salud debe estar allí, desarrollando y visibilizando las buenas prácticas y denunciando las vulneraciones de los derechos humanos.

El segundo elemento que ha entrado en crisis son las propias organizaciones internacionales que deberían de gestionar los problemas

6 <https://www.csis.org/analysis/smallpox-eradication-model-global-cooperation>

7 <https://dle.rae.es/cooperar?m=form>

8 <https://revistaidees.cat/es/la-narrativa-de-descolonizacion-de-la-ayuda-al-desarrollo/>

globales. La salida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de Estados Unidos (seguida de la de Argentina) en 2025 ha tenido como excusa el gasto que le ha supuesto a Estados Unidos esta organización que supera, según este país, los “beneficios conseguidos” para Estados Unidos, y, sobre todo, multiplica por 12 las aportaciones de otras potencias mundiales como China⁹, por lo que se considera que el esfuerzo dedicado a esta institución es demasiado elevado. La visión que tiene el presidente actual de Estados Unidos del papel de China en la extensión de la pandemia de la COVID-19 es su segunda excusa para salir de la OMS, ya que considera que China ocultó información y la OMS le cubrió, lo que para él es un indicador de que la OMS es una “organización corrupta”. Como consecuencia de la salida del país que financia un 15 % de la OMS¹⁰, esta institución ha tenido que reprogramar su Plan de Trabajo para 2026 y 2027, recortándolo en más de un 20 % su presupuesto¹¹. Y aunque el resto de los países miembros aceptaron incrementar un 20 % sus aportaciones obligatorias, no es suficiente para mantener la estructura de la OMS, que va a tener que reducir su personal entre un 20 y un 25 %.

El presidente de Estados Unidos no solamente ha mostrado su oposición a la OMS, sino que también se ha salido de otras muchas instituciones internacionales: del Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas¹², de la Agencia

de Naciones Unidas para la población refugiada de Palestina en Oriente Próximo¹³, o del acuerdo de París contra el cambio climático¹⁴. Esta vuelta hacia un nacionalismo individualista y populista, que más que hablar del “América primero”, el concepto que está definiendo las políticas estadounidenses¹⁵, debería denominarse “yo, el único”, no parece la forma adecuada de atender a los problemas globales, que afectan al conjunto de la población mundial, ya que dificulta los acuerdos internacionales y políticas conjuntas necesarias para atender estos problemas.

El escenario de crisis actual es también una oportunidad para reforzar la apuesta por el multilateralismo, ampliando los compromisos financieros con el sistema de Naciones Unidas y sus programas. Es también una oportunidad para acelerar la reforma del sistema de NN. UU. para adaptarlo a los nuevos tiempos y lograr una mejor y más eficaz organización ante los desafíos globales actuales y futuros. Naciones Unidas estima para 2025 una reducción de recursos del 30 % respecto de 2023, lo que supondría regresar al presupuesto de hace una década¹⁶. Por todo ello, es muy importante el papel de los demás países, que deben mostrar su apoyo a estas instituciones, a la vez que promueven los cambios necesarios para que estas instituciones cumplan adecuadamente la función de proteger a la población mundial de las amenazas globales.

REFORMA DE LA OMS: UNA PERSPECTIVA DE LA SOCIEDAD CIVIL

Lauren Paremoer

Profesora en el Departamento de Estudios Políticos de la Universidad de Ciudad del Cabo y miembro del Movimiento por la Salud de los pueblos (PHM)

Aunque algunos argumentan que la OMS se ha vuelto cada vez más irrelevante, sigue siendo cierto que sus normas y estándares impactan en las prioridades y los presupuestos de salud a escala nacional en los países. La recomendación de la OMS en julio de 2025, de usar lenacapavir inyectable para la prevención del VIH es un ejemplo reciente de su influencia. En el sur global, donde las tasas de prevalencia del VIH siguen siendo altas, esto reviste gran importancia, ya que sus gobiernos deben sopesar la posibilidad de añadir este medicamento a sus listas nacionales de medicamentos esenciales en el futuro. La OMS también puede fortalecer la voz de los países del Sur global en el escenario internacional, y actuar para promover la equidad de forma sustantiva y procedimental en la cooperación sanitaria. Por ejemplo, las recientes modificaciones al Reglamento Sanitario Internacional crean un mecanismo mediante el cual los Estados Parte pueden revisar la futura implementación del reglamento, a fin de garantizar que la rendición de cuentas, la equidad y la solidaridad se centren en la respuesta a las emergencias de salud pública de interés internacional.

Dicho esto, muchas decisiones clave de la OMS se toman en Ginebra y luego son “modificadas” por los sistemas nacionales de salud. Por lo tanto, para ejercer control sobre los sistemas nacionales de salud, las organizaciones de la sociedad civil deben participar en los procesos de la OMS. En el contexto de la “política de poder” que caracteriza la coyuntura actual, los principios y procesos de la OMS aún brindan a las organizaciones de la sociedad civil la oportunidad de influir en su trabajo: todos los Estados miembros tienen el mismo poder de voto, la documentación de las reuniones y sobre las operaciones

de la organización está disponible públicamente, y la Secretaría recibe instrucciones de sus Estados miembros sobre la dirección estratégica y las prioridades de la OMS. Y es a estos Estados miembros a quienes la sociedad civil idealmente debería influir y exigirles responsabilidades mediante elecciones, protestas, agitación, promoción, litigaciones estratégicas, etc...

No hay duda de que los espacios de participación de las organizaciones de la sociedad civil en los procesos de la OMS se han vuelto cada vez más complicados. El tiempo de intervención asignado a la sociedad civil en las reuniones del Consejo Ejecutivo y la Asamblea Mundial de la Salud se ha reducido de 3 minutos a 1 minuto o menos a lo largo de los años, otorgándose ese tiempo al final de los debates, cuando los delegados ya han comprometido sus votos. Si bien se ha creado una Comisión de la Sociedad Civil de la OMS, ésta ha recibido críticas por no facilitar suficiente interacción directa con los Estados miembros, lo que limita la capacidad influencia en la toma de decisiones importantes. No obstante, y en comparación con otras instituciones multilaterales que inciden en la “salud para todo y todas”, como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Organización Mundial del Comercio, la OMS sí toma algunas medidas positivas para democratizar la toma de decisiones en la gobernanza sanitaria mundial.

¿Qué riesgos plantea la reforma de la OMS al reducir el espacio de participación de la sociedad civil, erosionando el espacio democrático? En cuanto a la participación indirecta, se podría argumentar que las organizaciones de la sociedad civil ya están representadas por sus gobiernos. Pero la política de austeridad que está provocando la reestructuración de la OMS, está

9 <https://edition.cnn.com/2025/01/21/world/world-health-organization-trump-withdraw-explainer-intl>
10 <https://apnews.com/article/trump-who-withdrawal-budget-health-disease-7b20afc6c91ac9489a4ec216cc831d2b>
11 <https://healthpolicy-watch.news/exclusive-who-chief-names-new-team-of-directors-mostly-familiar-faces/>
12 <https://www.npr.org/2025/02/03/nx-s1-5285696/trump-un-human-rights-council-withdrawal>
13 <https://www.amnesty.org.au/u-s-withdrawal-from-un-human-rights-council-is-performative-disregard-for-human-rights/>
14 <https://www.whitecase.com/insight-alert/us-withdrawal-paris-agreement-impact-and-next-steps>
15 <https://www.whitehouse.gov/briefings-statements/2025/01/president-trumps-america-first-priorities/>
16 https://www.un.org/two-zero/sites/default/files/2025-06/un80_ms-brief_20250624.pdf p.8

llevando a un mayor uso de la externalización del trabajo hacia consultoras privadas o asociaciones público-privadas —algo que viene ocurriendo desde hace años—, y la voz y autoridad de los Estados miembros en la toma de decisiones de la OMS se están viendo aún más erosionadas, perdiéndose además la experiencia técnica de funcionarios internacionales con amplia experiencia. Además, los 600 puestos de trabajo que, según se informa, se eliminarán en la sede de la OMS en Ginebra sugieren que la reducción de personal sin duda presionará a la organización para que realice la misma cantidad de trabajo con mucha menos gente, y una solución rápida podría ser recurrir a este tipo de externalización.

Otra solución rápida podría ser priorizar el trabajo que cuenta con financiación. Esto priorizaría temas y regiones donde la financiación es fácil de conseguir, sin reflejar las prioridades de los gobiernos afectados y sus ciudadanos. Por ejemplo, en los últimos dos años, la Unión Europea y GAVI han destinado una financiación significativa al desarrollo de la capacidad de fabricación de vacunas en el continente africano. Esta labor es importante, pero las vacunas, una vez desarrolladas, deberían distribuirse a los pacientes a través de sistemas de salud fiables y eficaces. Lamentablemente, la región AFRO lleva tiempo indicando que, en comparación con otras regiones, no recibe financiación suficiente para implementar gran parte del trabajo necesario para el fortalecimiento de los sistemas de salud en el continente. Esta falta de recursos puede atribuirse a otra dinámica que se mantiene desde hace mucho tiempo: la falta de aportaciones por parte de los Estados miembros de las contribuciones obligatorias que puedan financiar adecuadamente el presupuesto base de la OMS. Si bien no es un problema nuevo, es probable que la reestructuración y la austeridad agraven los efectos distorsionadores de

realizar trabajos hacia los sectores que se benefician de las contribuciones voluntarias (y reflejan las prioridades de los donantes públicos y privados), ignorando el trabajo que cae en las “zonas de pobreza”, que no reciben interés por parte de financiadores externos a la OMS.

¿Qué puede hacer la sociedad civil para contrarrestar esto? En este sentido, me inspiro en un reciente documento de posición del Movimiento por la Salud de los Pueblos (PHM en inglés) que argumenta que «la gobernanza mundial de la salud podría empezar a virar hacia posiciones más progresistas si el PHM y otras organizaciones de la sociedad civil estuvieran dispuestas a construir y sostener los movimientos políticos locales, nacionales e internacionales que demandan esas posiciones a nuestros gobiernos». También es fundamental alentar y apoyar a los Estados miembros a aumentar sus contribuciones para que la OMS pueda planificar y actuar de forma autónoma y resistir la influencia de donantes, consultores o fundaciones filantropistas de los sectores público y privado, que influyen en su agenda y en su personal. Para las organizaciones de la sociedad civil, esto también significa centrar sus esfuerzos en apoyar el desmantelamiento de los factores estructurales que limitan la inversión de nuestros gobiernos en «salud para todos y todas» a nivel nacional e internacional: los onerosos pagos de la deuda, los regímenes fiscales injustos, los flujos financieros ilícitos, el autoritarismo político, la comercialización de la atención sanitaria, y la discriminación y estigmatización de los grupos sociales marginados. El carácter público de la OMS como autoridad directiva y coordinadora en materia de salud internacional sólo puede defenderse y promoverse si sus miembros —que también son instituciones públicas— abordan estos determinantes sociales fundamentales de la equidad sanitaria.

2 Evolución de la implementación de la Agenda 2030

En apenas 5 años termina el plazo establecido para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). La inestabilidad en el contexto mundial, la seguridad de que no se van a alcanzar y, sobre todo, lo lejos que nos vamos a quedar de lograr sus metas está provocando una cierta desorientación sobre dónde poner el foco hasta 2030. El décimo informe de Desarrollo Sostenible 2025 de la red Sustainable Development Solutions Network (organización auspiciada por Naciones Unidas), dice que ninguno de los 17 ODS se va a alcanzar en 2030¹⁷, algo que sin duda debería de preocuparnos y que no es achacable exclusivamente a los efectos de la pandemia de la COVID-19 como algunos pretenden. Antes de esta pandemia, tampoco estábamos en camino de cumplirlos. Los mensajes clave que presenta este informe muestran claros oscuros en los resultados:

- 190 de 193 países han presentado planes de acción nacionales para avanzar en los ODS, de lo que se deduce que ha existido un compromiso real de casi todos los países con los ODS a través de su participación en el proceso de Revisión Nacional Voluntaria (RNV) que es donde los países presentan sus planes de implementación de los ODS y sus prioridades de desarrollo sostenible a la comunidad internacional. Es desde luego un gran logro el conseguir que los países sean transparentes y muestren la evolución que han conseguido. Sin embargo, hay elementos no tan positivos que hay que mencionar. De los 3 países

que no han presentado ninguna RNV, Myanmar, Haití, y Estados Unidos, éste último tiene un enorme peso en el panorama internacional. La estrategia de implementación de los ODS no se ideó para que cada país eligiera “a la carta” qué ODS priorizar, sino que debían ser objetivos integrados e indivisibles¹⁸, algo que, si se observan los RNV, no sucede. Los avances se están midiendo individualmente, como si los ODS no tuvieran relación entre ellos. Además, las RNV las hacen los propios gobiernos que deben implementar las estrategias para conseguir los ODS y, por lo tanto, tienden a centrarse en aquello que más le interesa.

A modo de ejemplo. En 2025 solamente 35 países han presentado sus informes, entre ellos Qatar¹⁹. En su informe, este país anunciaba su compromiso con el objetivo 5 de equidad de género, “respaldadas por una combinación de sólidas reformas legales, planificación nacional estratégica y alianzas globales dinámicas”, y mostraba claros avances en, por ejemplo, la lucha contra la mutilación femenina o en el incremento del número de mujeres en el mercado laboral, avances que desde luego no son nada desdenables. Cuando rascas en la realidad del país revisando informes alternativos como el presentado por Amnistía Internacional, se descubre que, en virtud del sistema de tutela que tiene el país, similar al de otros países árabes, las mujeres siguen necesitando el permiso de un tutor varón para casarse, estu-

17 <https://doi.org/10.25546/111909>

18 <https://docs.un.org/es/A/RES/70/1>

19 https://hlpf.un.org/sites/default/files/vnrs/2025/VNR%202025%20Qatar%20Report_1.pdf

diar en el extranjero con becas del gobierno, trabajar en muchos empleos públicos, viajar al extranjero siendo menores de 25 años o acceder a la atención de la salud reproductiva²⁰. Estos elementos, tan fundamentales para avanzar en la equidad de género no se mencionan en dicho informe.

- *Asia Oriental y Meridional ha superado a todas las demás regiones en el progreso de los ODS y Europa sigue liderando el cumplimiento.* El crecimiento económico de Asia sustenta este progreso si bien hay que advertir sobre una serie de riesgos que pueden influir en el corto plazo. El principal es que su crecimiento económico está basado en un sistema consumista que no es compatible con la sostenibilidad del planeta. Por otro lado, se trata de un sistema que tiene una fuerte dependencia de la demanda externa y con un gran predominio del trabajo manual. Dado el crecimiento esperado del uso de la Inteligencia Artificial en la mejora de la productividad, es probable que exista un riesgo futuro real en el mantenimiento de su fuerza laboral²¹.

Respecto a Europa, es una buena noticia su progreso en la mayoría de los indicadores, aunque hay nichos de pobreza que siguen siendo refractarios a los avances y 93,3 millones de personas viven en riesgo de pobreza o exclusión social, lejos de los 15 millones esperados en 2030²². Europa debería incrementar su influencia geopolítica en el mundo, reforzar sin paliativos su compromiso con los ODS como un motor de cambio aplicable a otras regiones del planeta que persiguen un crecimiento sostenible y equitativo. Una de estas herramientas debería ser la cooperación internacional. La salida de Estados Unidos del multilateralismo tradicional

basado en el sistema de Naciones Unidas le da a Europa la oportunidad de asumir ese liderazgo mundial.

- *Los ODS están muy lejos de alcanzarse a nivel global. Ninguno de los 17 objetivos está actualmente en vías de alcanzarse para 2030.* Esta conclusión debe de servir de acicate para conseguir que la financiación para los ODS en los próximos 5 años se incremente de manera significativa, con el objetivo de intentar acercarse a los compromisos adquiridos y hacer una franca reflexión sobre por qué no se están alcanzando estos compromisos. No obstante, hay avances significativos en algunas de las metas, como el uso de banda ancha móvil (ODS 9), el acceso a la electricidad (ODS 7), el uso de internet (ODS 9), a las que podemos añadir dos metas específicas del ODS 3 de salud, la tasa de mortalidad de menores de 5 años y la mortalidad neonatal. Es necesario empezar a pensar en la era post ODS, y para ello es importante no repetir los errores cometidos y aprender de las experiencias positivas.
- *Para muchos países empobrecidos, la falta de margen fiscal es el principal obstáculo para el progreso de los ODS.* Una de las primeras reflexiones que hay que poner encima de la mesa tiene que ver con la importancia de la coherencia de políticas, especialmente las internacionales, y que éstas tienen que estar supeditadas a los objetivos deseados. No es posible alcanzar los ODS si la mitad de la población mundial vive en países donde la carga de la deuda y la falta de acceso a capital asequible a largo plazo les impide invertir en mejorar las metas de los ODS. Si, además, los bienes públicos globales²³ están gravemente infrafinanciados, es imposible que sus beneficios sean aprovechados por la ciudadanía

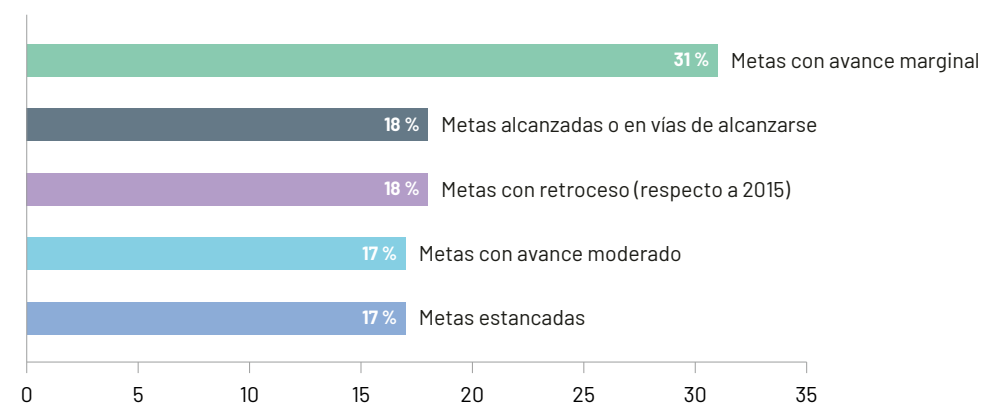
mundial. En contraposición, se debe hablar del incremento de los denominados males públicos globales²⁴, como la desinformación o los ataques cibernéticos, que afectan claramente a los resultados en los ODS.

- *El desarrollo sostenible ofrece altos rendimientos, pero solo si está bien orientado.* El sistema de flujo de capitales fluye con mayor facilidad hacia los países más enriquecidos, y que hacia el resto de las economías en el mundo, como las emergentes o las más frágiles, a pesar de que ofrecen un mayor potencial de crecimiento y tasas de rentabilidad. De hecho, en un país de bajos ingresos se considera que las acciones que más retorno dan son, en primer lugar, invertir en la sostenibilidad ambiental del planeta, seguido de inversiones en la salud y en la educación de los niños y niñas. La rentabilidad anual de estas acciones se cifra en un 20 %, siempre que sean de amplia cobertura y de buena calidad. En este punto no podemos olvidar el papel de las instituciones multilaterales que,

aunque son mejorables, en muchos casos son la única herramienta que disponemos para enfrentarnos a los problemas globales. Si se compara el gasto mundial que se destinó en 2023 a Naciones Unidas (46 mil millones de dólares), con el gasto militar de ese año (2,4 billones de dólares²⁵), se observa que las prioridades mundiales se orientan más hacia un mundo en conflicto que hacia un mundo que coopere.

El análisis de los avances de las diferentes metas de los ODS, muestra lo lejos que se está de los compromisos adquiridos. En el informe de 2025 de Naciones Unidas sobre los Progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible²⁶, se afirma que solamente el 35 % de las 137 metas de los ODS están registrando un avance bueno o moderado, el 47 % de las metas tienen un progreso marginal o nulo y lo más grave, el 18 % de las metas han involucionado y están peor que en 2015, cuando se tomaron los valores de referencia.

GRÁFICO 1.1. Porcentaje de los avances de las metas de los ODS a nivel mundial



FUENTE: INFORME 2025 NACIONES UNIDAS SOBRE LOS PROGRESOS REALIZADOS PARA LOGRAR LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE ([HTTPS://UNSTATS.UN.ORG/SDGS/REPORT/2025/THE-SUSTAINABLE-DEVELOPMENT-GOALS-REPORT-2025.PDF](https://unstats.un.org/sdgs/report/2025/the-sustainable-development-goals-report-2025.pdf)). DEBIDO AL REDONDEO, LA SUMA SUPERA EL 100 %

20 <https://www.amnesty.org/es/location/middle-east-and-north-africa/middle-east/qatar/report-qatar/>
 21 <https://www.bancomundial.org/es/news/press-release/2024/10/07/east-asia-and-pacific-resilient-growth-in-turbulent-times>
 22 <https://www.eapn.eu/eurostat-updated-poverty-and-social-exclusion-statistics-for-the-eu-in-may-2025/>
 23 Un bien público global es aquel que está disponibles para todas las personas del mundo ("no excluibles") y que cualquier persona puede disfrutar una y otra vez sin disminuir los beneficios que brindan a otros ("no rivales").

24 <https://www.realinstitutoelcano.org/comentarios/nuevos-bienes-y-males-publicos-globales/>
 25 <https://www.statista.com/statistics/262742/countries-with-the-highest-military-spending/>
 26 https://docs.un.org/es/a/80/81&i=A/80/81_1748035261784

El informe pide intensificar los esfuerzos para revertir esta situación, mostrando para ello los grandes avances mundiales que se han conseguido durante estos años en algunas de las metas, como en protección social, disponibilidad de datos para formular políticas o la reducción de nuevas infecciones de VIH. El cambio sigue siendo posible con un mayor compromiso de los países.

El análisis de este año no incorpora todas las metas, posiblemente porque no existan datos actualizados, un problema crónico que dificulta el análisis de los avances. En el caso de la salud, no se menciona la meta 3.8 sobre Cobertura Sanitaria Universal, una meta paraguas del resto de metas del ODS 3 de salud que es imprescindible tenerla en cuenta si queremos hablar de los avances en el ODS 3. Tampoco menciona los avances o retrocesos de las metas 3.5. sobre abuso de sustancias adictivas, la 3.6. sobre heridas y muertes debidas a accidentes de tráfico, ni la meta 3a sobre el control del tabaco, aunque es verdad que todas éstas son actividades muy específicas, cuya relación con el resto de las metas no es tan intensa como es la meta 3.8. En el documento anexo a ese informe que desglosa la información estadística de datos globales y regionales de los diferentes ODS²⁷, se puede observar que, de los dos indicadores de la meta 3.8, el 3.8.1 cobertura de servicios de salud esenciales, solo tiene datos hasta 2021, y el 3.8.2. hasta 2019. Este análisis parcial de las metas de los ODS se mantiene en parte en el informe realizado en junio “The Sustainable Development Goals Report 2025” de Naciones Unidas²⁸, aunque este último sea más extenso. En este informe son conscientes del problema que tienen con la recolección de datos y apuestan porque los sistemas de datos y estadísticas de calidad sean una infraestructura

esencial en la era digital en la que vivimos. Este informe confirma la difícil situación en la que se encuentra el progreso de los ODS, achacando como causas principales de esta falta de progreso al incremento de los conflictos armados, el caos climático, las tensiones geopolíticas y las crisis económicas, que obstaculizan el progreso de los ODS al ritmo y la escala necesarios para alcanzar las metas en 2030.

En estos momentos es importante mantener una visión constructiva de lo que se ha conseguido con la Agenda 2030, a pesar de que podía haber llegado más lejos. Algunos de los problemas que analizamos en el informe de 2016²⁹ respecto a la no consecución de los Objetivos del Milenio, se han repetido en los ODS: escasa financiación, no definir y consensuar los mejores procesos para alcanzar las metas, segmentar los resultados sin tener una visión global, tener una participación comunitaria escasa, ser un proceso totalmente voluntario y la falta de coherencia de políticas, que se visibiliza en la falta de reflexión sobre el modelo económico de desarrollo que es causa de muchos de los problemas que pretenden solventar los ODS. En estos últimos 5 años de vida de los ODS, hay que continuar apoyando las soluciones multilaterales y, dado que lo realizado hasta ahora ha sido claramente insuficiente, se debe pensar en nuevas e innovadoras formas de implementar un Plan para estos últimos años, siempre a través de la evidencia de políticas, buscando la mayor equidad, eficacia e impacto en las acciones. En ese sentido, y en cuanto a las metas específicas de salud del ODS 3 que se desglosarán en el siguiente apartado, se tiene que apostar de una manera clara por el refuerzo de los sistemas públicos de salud, priorizando la Atención Primaria de Salud, e incluyendo los determinantes de la salud en las políticas y estrategias de

salud, incorporando un enfoque multisectorial, con un enfoque decolonial, de género y de justicia climática.

Es hora también de pensar en el futuro, en la era post ODS. Esta vez se debería de aprender de los errores para intentar no repetirlos, conocer las resistencias que pueden existir para impedir la consecución de los nuevos objetivos y metas

propuestas, centrando realmente la acción en las personas y el planeta, a través de un enfoque de derechos, incrementando la participación real de las poblaciones en las potenciales decisiones y soluciones, y buscando formas innovadoras de terminar o reducir la inequidad imperante en el planeta, a través de unas políticas basadas en la evidencia.

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 más específico de salud, aunque está relacionado con muchos de los otros ODS, como pueden ser el ODS 1 de erradicación de la pobreza, el ODS 2 de hambre cero, el ODS 5 de equidad de género, el ODS 6 de agua limpia o el ODS 13 de acción por el clima. Su objetivo es asegurar una vida sana y promover el bienestar en todas las edades, sin renunciar a trabajar temas de diferentes niveles de manera poco conexa que van desde la lucha contra enfermedades específicas, hasta estrategias y normas sanitarias o aspectos relacionados con la gestión del sistema sanitario. Consta de 13 metas y 28 indicadores, cuya evolución son muy diferentes, como vimos en el informe del año anterior³⁰. Solamente la meta sobre el impacto de la contaminación en la salud está en camino de cumplirse en 2030. Y a nivel geográfico, solamente Noruega y Japón están en camino de cumplir con todas las metas de este Objetivo³¹.

A nivel mundial existen avances significativos en algunas metas que es preciso destacar como la reducción de la mortalidad infantil, la disminución de la incidencia y mortalidad por VIH/sida o la mejora de la cobertura vacunal, el control del tabaco y la reducción del abuso de sustancias. Pero es muy preocupante que las

metas que no avancen sean la Cobertura Sanitaria Universal, y la mortalidad materna, un indicador que se ha demostrado en los países enriquecidos que puede mejorar con suficiente atención e inversión. Por último, hay cinco metas que han mejorado muy marginalmente, como son la lucha contra enfermedades infecciosas y las no transmisibles (incluyendo salud mental), la salud sexual y reproductiva, la reducción de los accidentes de tráfico, y el incremento de la financiación sanitaria y del personal sanitario. Finalmente, añadir que para el incremento de la capacidad de los países en reducción y gestión de riesgos, no hay suficientes datos como para saber si se ha avanzado o no.

Los mismos déficits que hemos mencionado para el conjunto de los ODS se pueden aplicar al ODS 3. La falta de financiación de los sistemas de salud en el mundo son un grave problema, y más si observamos las enormes diferencias entre países. En los países de bajos ingresos el gasto promedio en salud fue de 41 dólares por persona en 2017, mientras que en los países de altos ingresos fue de 2.937 dólares, 70 veces más³².

En ese sentido, hay que poner en valor a la cooperación internacional en salud, que es especialmente importante en los países de bajos

27 https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2025/E_2025_62_Statistical_Annex_I_and_II.pdf

28 United Nations Department of Economic and Social Affairs (2025). The Sustainable Development Goals Report 2025. New York

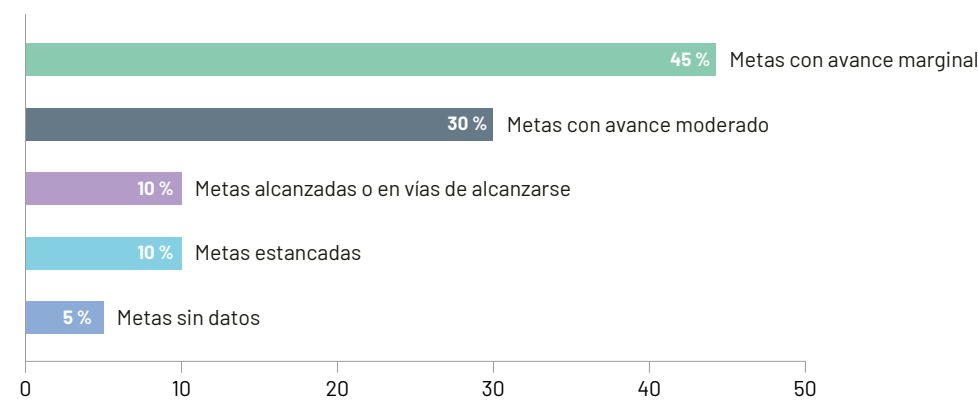
29 La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2016. Médicos del Mundo y medicusmundi

30 <https://unstats.un.org/sdgs/report/2024/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2024.pdf>

31 <https://dashboards.sdindex.org/map/goals/SDG3>

32 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/330357/WHO-HIS-HGF-HF-WorkingPaper-19.4-eng.pdf>

GRÁFICO 1.2. Avances en las Metas ODS 3



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

ingresos. En 2022 esta cooperación internacional representaba una proporción mayor del gasto total en salud de estos países que el gasto público nacional, un 31 % frente a un 22 %³³. Estas cifras indican que, si se recorta la financiación de cooperación sanitaria, como ya está sucediendo, las consecuencias pueden ser críticas para la población más vulnerable, pues los países más frágiles no tienen capacidad para cubrir las aportaciones en cooperación sanitaria. Un estudio publicado en The Lancet en julio de 2025, que analizaba el impacto en las dos últimas décadas de USAID y las consecuencias de sus recortes, afirma que el trabajo de esta Agencia en los países más vulnerables en sus momentos de mayor financiación se asociaba a una reducción del 15 % en la mortalidad por todas las causas estandarizada por edad, que aumentaba hasta el 32 % si hablamos de menores de 5 años. Si se mantienen los recortes actuales, en 2030 puede haber 14 millones de muertes adicionales, de las que 4,5 millones serían de niños y niñas menores de 5 años³⁴.

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 meta mundial de la mortalidad materna está muy lejos de alcanzarse. En 2023 la tasa de mortalidad materna alcanzó las 197 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, un 13,6 % menos que en 2015, un descenso que es claramente insuficiente, teniendo en cuenta que esa cifra es 2,8 veces mayor que la que se pretende alcanzar en 2030. Para alcanzar esta meta, la mortalidad materna debería descender cada año de aquí a 2030, tanto como el descenso conseguido entre 2015 y 2023, algo que parece irrealizable.

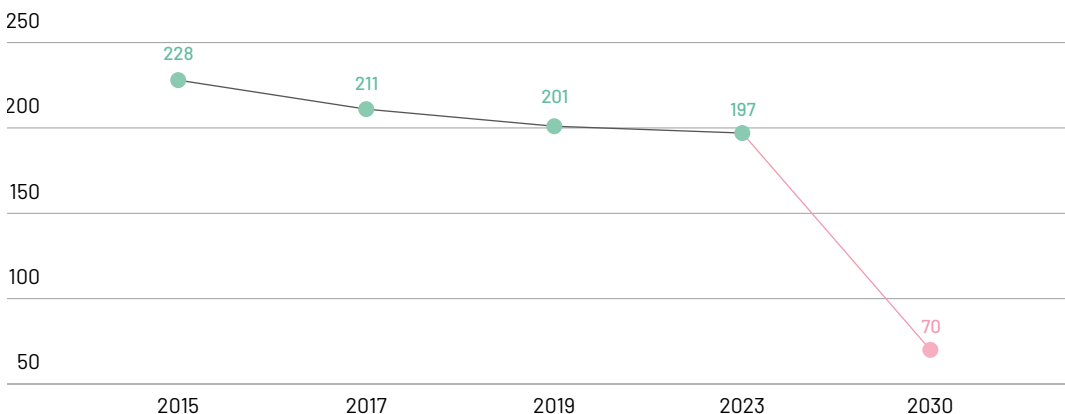
No es entendible que cada año alrededor de 260.000 mujeres (712 cada día) sigan muriendo durante el embarazo, parto o puerperio, cuando tenemos las herramientas para terminar con el 90 % de todas estas muertes³⁵. Aproximadamente el 92 % de todas las muertes maternas ocurrieron en países de ingresos bajos y medianos

33 Global spending on health: emerging from the pandemic. Geneva: World Health Organization; 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

34 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01186-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01186-9/fulltext)

35 <https://ceromuertesmaternas.org/CMM-9-pasos-ESP.pdf>

GRÁFICO 1.3. Evolución mortalidad materna 2015-2023, y objetivo para 2030



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA, RECOGIENDO LOS DATOS PRESENTADOS POR DIFERENTES INFORMES DE NACIONES UNIDAS

bajos en 2023³⁶, justo en los países en los que los avances para este indicador se estancan, lo que aumenta las diferencias entre países. África Subsahariana (70 %) y el Sur de Asia (17 %) sufren la mayor parte de la mortalidad materna mundial. La tasa de mortalidad materna en los países de bajos ingresos se situó en 346, que, si la comparamos con las 10 muertes por cada 100.000 nacidos vivos de los países de altos ingresos, suponen casi 35 veces más. Y dentro de los países que están más afectados, los que tienen una peor tasa de mortalidad materna, 504 por cada 100.000 nacidos vivos, son los que sufren conflictos.

Es cierto que la mejora desde el año 2000 es significativa, reduciéndose alrededor del 40 %³⁷, y que uno de los factores más relevantes como es que el parto esté atendido por personal cualificado ha pasado del 80 % en 2015 al 87 % en 2023, pero no han sido suficientes para reducir estas muertes en el porcentaje esperado.

De hecho, cada año sigue habiendo 17 millones de partos que no son atendidos por personal cualificado. Si se quiere reducir la mortalidad materna, hay que ir más allá de la atención en el embarazo y parto, hay que abordar otros elementos como la equidad de género o el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Según la OMS, entre el 4,7 % y el 13,2 % de las muertes maternas anuales se deben a un aborto inseguro³⁸.

La mortalidad materna tiene como uno de sus mayores problemas el embarazo de adolescentes, que exige un abordaje integral. Porque a pesar de haber mejorado sus cifras desde 2015 en un 16,5 %, no es suficiente, sobre todo en África Subsahariana, donde 92 de cada 1.000 embarazos en 2024 fueron de niñas de entre 15 y 19 años, y 3,1 de cada 1.000 fueron de niñas de entre 10 y 14 años. Según UNICEF, la mortalidad materna es la segunda causa de muertes de las adolescentes de entre 15 y 18 años en el mundo, después de la tuberculosis³⁹.

36 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

37 <https://www.unfpa.org/publications/trends-maternal-mortality-2000-2023>

38 <https://www.paho.org/es/temas/salud-sexual-reproductiva>

39 <https://data.unicef.org/topic/child-health/early-childbearing/#:~:text=Globally%2C%20almost%20one%20in%20six,young%20women%20aged%2015%E2%80%9319>

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

Desde 2015 hasta 2023 se han reducido anualmente las muertes de menores de 5 años en 1,4 millones, lo que supone una mejora del 16 % desde esa fecha, y de un 52 % respecto al 2000. No obstante, siguen muriendo 4,8 millones de menores de 5 años al año. La tendencia actual indica que para 2030 morirán 30 millones de menores en el mundo, se podrían evitar 8 millones de muertes si se cumpliera lo comprometido en esta meta, pero se necesitan de mayores esfuerzos de los realizados hasta el momento. 133 países ya han alcanzado la meta de tener una mortalidad infantil menor a 25 por cada 1.000 nacidos vivos en 2023, pero 60 países, la mayoría africanos, siguen muy lejos. En cuanto a la tasa de mortalidad neonatal, muy vinculada a la mortalidad materna, se redujo en un 44 % desde el año 2000, pero solamente un 12 % si contamos desde 2015. Una de las estrategias más exitosas para reducir todas estas muertes ha sido la vacunación infantil, una estrategia que aún no se ha recuperado de su reducción durante la pandemia de la COVID-19, como se verá en la meta 3.b

La disminución de la mortalidad infantil es una de las metas que posiblemente sea más sensible a los recortes de financiación global de cooperación. Según UNICEF, sus programas se van a ver recortados en 2026 un 20 % si lo comparamos con 2024, lo que va a poner en riesgo a millones de niños y niñas de los países más vulnerables⁴⁰, que son quienes van a sufrir esos recortes.

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

Hubo un momento en que se pensó que se podrían controlar las enfermedades infecciosas y transmisibles gracias a la antibioterapia, unida a otras medidas como la extensión de medidas preventivas como las vacunas, o la mejora de la higiene y la calidad de alimentos y agua⁴¹. A pesar de los millones de vidas salvadas, la realidad es muy diferente, en parte por la falta de compromiso real en la lucha contra estas enfermedades, por la aparición de nuevas infecciones, y por la capacidad de adaptación de los patógenos a las nuevas realidades, que se visibiliza en la resistencia antimicrobiana. Si obviamos a la COVID-19, las infecciones de vías respiratorias bajas se mantenían en 2021 como la primera causa infecciosa de muerte, con unos 2,5 millones de fallecimientos al año⁴². No obstante, las enfermedades infecciosas que han recibido mayor atención internacional desde el año 2000 hasta la aparición de la pandemia de la COVID-19 han sido el sida, la malaria y la tuberculosis, con unos resultados positivos, pero no suficientes.

VIH y sida

Los avances en la lucha contra esta enfermedad han sido enormes. Ha pasado de considerarse una enfermedad letal en las últimas décadas del siglo anterior, a ser una enfermedad crónica⁴³, si dispones del tratamiento adecuado. De hecho, los notables esfuerzos realizados por todos

los actores han salvado ya 26,7 millones de vidas. Entre 2010 y 2024 han permitido reducir las nuevas infecciones en el mundo en un 40 % y las muertes relacionadas con el sida en un 56 %⁴⁴, pasando de 1,3 millones a 630.000. Pero las cifras también muestran que falta mucho por hacer para asegurar que se está controlando la enfermedad, o que al menos, se va a cumplir la meta en 2030. En 2023 había 39,9 millones de personas que vivían con VIH, de las que 9,3 millones, un 23,3 %, no tenían acceso a tratamiento. Este es uno de los factores principales que provoca que cada minuto muera una persona por causas relacionadas con el sida. Es cierto que, en África Subsahariana, la región más afectada por esta enfermedad, están disminuyendo las infecciones, pero están aumentando en otras regiones como Oriente Medio y Norte de África, Europa del Este, Asia Central y América Latina.

A finales de 2024 se hacía público un avance que prometía cambiar la lucha contra la enfermedad: la aparición del lenacapavir⁴⁵, un inhibidor de la cápside viral que además de combatir el VIH, tenía una enorme capacidad de prevenir la enfermedad. Por lo tanto, se puede utilizar también como profilaxis previa a la exposición, y fruto de sus cualidades fue denominado avance científico del año por la revista Science⁴⁶. Con una sola inyección subcutánea cada 6 meses ha demostrado que se reduce el riesgo de contraer VIH en un 99,9 %.

Todos estos avances se ponen en riesgo con los recortes que va a haber en cooperación internacional, una cooperación que representa el 80 % de los programas de prevención en los países de ingresos bajos y medios, donde el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para

el Alivio del SIDA (PEPFAR por sus siglas en inglés) era esencial. Según ONUSIDA, si esta financiación de EE. UU. desaparece definitivamente, podría haber 6 millones adicionales de infecciones por VIH y 4 millones de muertes relacionadas con el sida para 2029. Además de revertir estos recortes, es necesario que se incrementen los recursos nacionales de lucha contra esa enfermedad. Dado que son los países más frágiles económicamente quienes se ven más afectados por el VIH/sida, es imperativo mejorar el espacio fiscal de estos países, a través de la eliminación de deuda, de una nueva política de impuestos internacional y de la reforma de las instituciones financieras. Además, se deben de incorporar nuevos modelos de lucha contra esta enfermedad y el mundo debe adoptar nuevas tecnologías, eficiencias y enfoques que revolucionen las estrategias actuales. Si se hace así, ONUSIDA estima que el coste anual de la respuesta al VIH podría reducirse en unos 7.000 millones de dólares estadounidenses, superando los 6.400 millones destinados en 2024 por PEPFAR⁴⁷, lo que reduciría totalmente el impacto de la eliminación de esta ayuda. Una reducción que supone un 24 % de los 29.000 millones de dólares que se necesitaban para que esta pandemia deje de ser una amenaza para la salud pública mundial⁴⁸.

Malaria

Las primeras evidencias de la existencia del parásito plasmodium que provoca la enfermedad de la malaria se remonta a unos 30 millones de años en República Dominicana⁴⁹, mucho antes de la aparición de la humanidad, y ha coevolucionado con ella, extendiéndose por todas las zonas cálidas y templadas del planeta.

40 <https://www.unicef.org/executiveboard/stories/unicef-reviews-progress-2024-while-looking-ahead-its-new-four-year-strategic-plan-as-2025>

41 <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-resistencia-bacteria-na-los-antibioticos-una-S0213005X14003413>

42 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death#:~:text=Lower%20respiratory%20infections%20remained%20the,among%20leading%20causes%20of%20death.>

43 <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31089-el-vih-es-una-enfermedad-cronica-controlable>

44 https://www.unaids.org/sites/default/files/2025-07/2025-global-aids-update-JC3153_en.pdf

45 <https://www.bbc.com/mundo/articles/cjwlqgdgljno>

46 <https://www.science.org/content/article/breakthrough-2024>

47 <https://www.science.org/content/article/countries-budget-more-hiv-aids-measures-u-s-withdraws-aid>

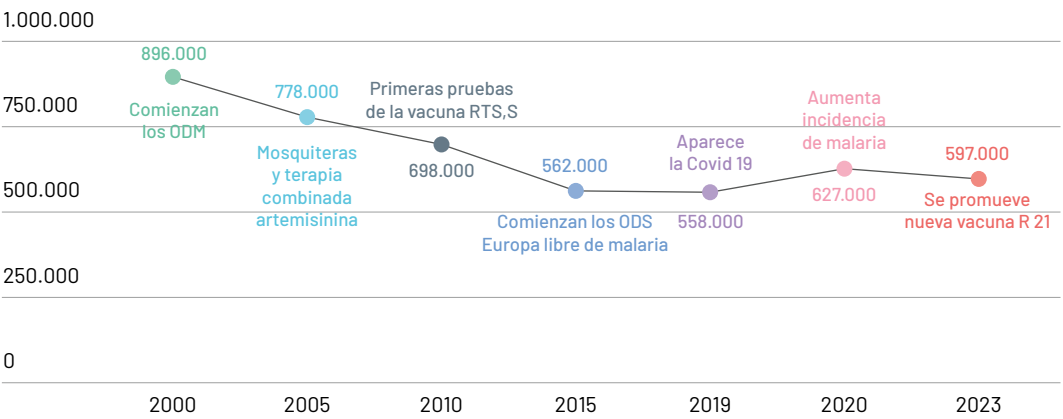
48 https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC3019_InvestingintheAIDSresponse_En.pdf

49 Poinar G. Plasmodium dominicana n. sp. (Plasmodiidae: Haemospororida) from Tertiary Dominican amber. Syst Parasitol. (2005) 61:47–52. 10.1007/s11230-004-6354-6

Por su impacto, la Malaria es una de las enfermedades infecciosas que más atención internacional ha recibido en las últimas décadas. Fruto de este interés, se estima que desde el año 2000 se han evitado 12,7 millones de muertes —una reducción del 60 % anual— y 2.200 millones de casos⁵⁰, pero sigue siendo un problema global. Y no solo porque en 2023 murieran 597.000 personas en el mundo, la mayor parte menores, sino porque esta cifra es superior en un 3 % a las muertes que había en 2015, lo que indica un estancamiento claro en la lucha contra esta enfermedad, muy condicionada por la COVID-19. Se está, por tanto, muy lejos de alcanzar las metas propuestas en la Estrategia Técnica Mundial contra la Malaria 2016-2030⁵¹, donde se planteaba reducir los casos y las muertes por malaria en al menos un 75 % para 2025 y al menos un 90 % para 2030. En 2023 la tasa de mortalidad fue tres veces mayor de la planteada en esa Estrategia.

La mayor carga de enfermedad debido a la malaria ocurre en África Subsahariana. Once países africanos concentran dos terceras partes de las muertes y los casos, destacando Nigeria con el 30,9 % del total de muertes en 2023. Estos once países adoptaron el enfoque “De gran carga a gran impacto, una respuesta específica contra la malaria”⁵² de la OMS para mejorar su situación, pero no se ven aún los resultados esperados. No podemos olvidar que la malaria es un problema que afecta o puede afectar al resto de regiones mundiales, y todas tienen que desarrollar una estrategia específica contra esta enfermedad. Por ejemplo, la malaria se erradicó en Europa a finales de los años 70 del siglo pasado⁵³, y prácticamente todos los casos que han aparecido en los últimos años son importados, apenas 86.000 casos diagnosticados entre 2008 y 2022. Pero hay voces que alertan de la potencial reinfección del continente por esta enfermedad debido al cambio climático, sobre todo en el sur de Europa⁵⁴.

GRÁFICO 1.4. Evolución mortalidad de malaria e hitos



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE INFORMACIÓN DE LOS INFORMES MUNDIALES DE MALARIA 2021 Y 2025

50 <https://worldmaliareport2024.org/current-state>
51 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342995/9789240031357-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
52 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/275868/WHO-CDS-GMP-2018.25-eng.pdf?sequence=1>
53 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8277918/#B6>
54 <https://climate-adapt.eea.europa.eu/en/observatory/evidence/health-effects/vector-borne-diseases/malaria-factsheet#:~:text=The%20active%20mosquito%20season%20is,of%20detecting%20and%20treating%20malaria.>

La expansión de vacunas eficaces por todo el mundo, representan una oportunidad en la lucha contra esta enfermedad. En octubre de 2023, la OMS recomendó una segunda vacuna, R21/Matrix-M (R21)⁵⁵ que, aunque sigue estudiando su efectividad, podría complementar la distribución actual de la primera vacuna contra la malaria, la RTS,S/AS01 (RTS,S). Esta nueva vacuna que tiene como un elemento diferencial el utilizar una tecnología usada en la vacuna Novavax contra la COVID-19, ha sido creada por la Universidad de Oxford y fabricada por el Serum Institute de la India⁵⁶. Otro elemento esperanzador es que se espera que pueda fabricarse en el continente africano⁵⁷, donde se producen el 94 % de los casos y el 95 % de las muertes por malaria. Según un estudio realizado sobre esta vacuna, reduce los casos sintomáticos en un 75 % durante los 12 meses posteriores a la administración de tres dosis, datos muy similares a la vacuna RTS,S.

La lucha contra la malaria debe de tener un abordaje integral, desde la prevención y diagnóstico hasta el tratamiento. Los recortes anunciados por diferentes países afectan a programas del Fondo Global o a GAVI, en un momento en el que la financiación es más necesaria que nunca. En 2023 los programas de lucha contra la malaria recibieron 4.300 millones de dólares menos de lo requerido; es decir, un 53,7 % menos de lo esperado. Teniendo en cuenta que en ese año el 63 % de la financiación para la malaria provino de fuentes internacionales, lideradas por Estados Unidos cuyas contribuciones alcanzaron los 1.100 millones de dólares (el 27,5 % del total), es fácil deducir que los recortes en cooperación de los próximos años pueden condicionar enormemente la evolución de esta enfermedad en el futuro.

Tuberculosis

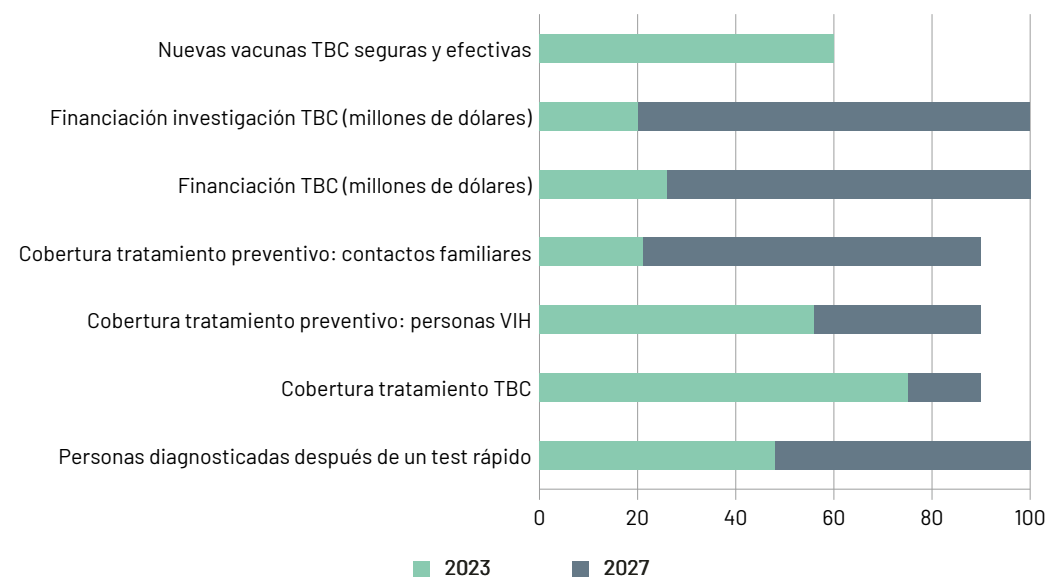
La tuberculosis (TBC) es una de las enfermedades infecciosas más letales. Superados los años más duros de la pandemia de la COVID-19, la tuberculosis vuelve a ser la enfermedad infecciosa por una sola causa que más muertes produce en el planeta; concretamente 1,25 millones, de los cuales el 55 % son hombres. A pesar de su magnitud, el número de muertes está por debajo de los niveles prepandémicos, continuando el descenso iniciado en 2022. A pesar de los buenos resultados, se está muy lejos de las metas propuestas en la Estrategia Fin de la tuberculosis de la Organización Mundial de la Salud⁵⁸, donde la reducción esperada de la mortalidad en 2025 debía alcanzar un 75 %, cuando en 2023 apenas alcanza el 23 %.

En cuanto a su incidencia (casos nuevos) a pesar de haber disminuido desde 2015 a 2023 un 8,3 %, este descenso es totalmente insuficiente para alcanzar el objetivo del 50 % para 2025 o el 80 % para 2030 que establece la Estrategia de la OMS. Si se analiza el porcentaje de familias que tienen que hacer frente a gastos catastróficos debidos a la TBC (%), en 2025 este porcentaje debería de llegar a 0 respecto a 2015, pero en 2023 seguía habiendo un 49 % de las familias que sufrían la tuberculosis que esta enfermedad les provocaba costes catastróficos.

En octubre de 2023, Naciones Unidas aprobó una Declaración política en la reunión de alto nivel sobre la lucha contra la tuberculosis⁵⁹ donde se asumían nuevos objetivos para 2027, como se ve en el gráfico 1.5, la mayoría están muy lejos de conseguirse. Podemos destacar que la cobertura de tratamiento para esta enfermedad alcanzó en 2023 el 75 % de las personas enfermas, lo que equivale a algo más de 10 millones de personas

55 <https://www.who.int/es/news/item/02-10-2023-who-recommends-r21-matrix-m-vaccine-for-malaria-prevention-in-updated-advice-on-immunization>
56 <https://www.ox.ac.uk/news/2023-04-13-r21matrix-m-malaria-vaccine-developed-university-oxford-receives-regulatory#:~:text=At%20the%20Serum%20Institute%20of%20>
57 <https://vacunasaep.org/profesionales/noticias/paludismo-R21-Matrix-M-puede-ser-la-proxima>
58 https://www.who.int/docs/default-source/documents/tuberculosis/end-tb-essential-spanish-web.pdf?sfvrsn=dec878b7_2
59 <https://docs.un.org/es/A/RES/78/5>

GRÁFICO 1.5. Avances y metas 2027 en la lucha contra la tuberculosis



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE LOS DATOS DEL INFORME GLOBAL DE TUBERCULOSIS 2024

en el mundo. Eso significa que alrededor de un cuarto de millón de personas no lo recibieron y el informe Global de tuberculosis 2024⁶⁰ nos recuerda que esta enfermedad, sin tratamiento, es mortal en un 50 % de los casos.

Existen dos apartados en los que se está muy alejado de las metas propuestas para 2027: la financiación y la cobertura de contactos. Son insuficientes las cantidades destinadas tanto a la financiación de la gestión de la enfermedad como a la investigación de la misma, gastando en 2023 un 26 % y un 20 % respecto a lo esperado para 2027, y no parece que en los próximos años se vaya a incrementar. El otro aspecto que debería de recibir más atención es el tratamiento preventivo de los contactos familiares, que supone una vía de transmisión importante. Según un metaanálisis hecho con estudios en África

Subsahariana, el 3,29 % de los contactos de una persona enferma acaban teniendo tuberculosis⁶¹.

En los últimos años están apareciendo medidas innovadoras que si se desarrollan adecuadamente pueden cambiar la situación de esta enfermedad. La OMS está promoviendo algunos medios diagnósticos rápidos que a su vez pueden detectar la resistencia antimicrobiana⁶², y que pueden ser utilizados en el primer nivel de atención. La OMS también puso en marcha en 2023 una iniciativa, el Consejo Acelerador de la Vacuna contra la Tuberculosis, con el objetivo de facilitar el desarrollo de nuevas vacunas contra la tuberculosis⁶³ y hay ya algunas candidatas que, aunque aún están en estudio, tienen resultados prometedores, como la M72/AS01E, que muestra una protección contra la enfermedad de más del 50 %⁶⁴. Hay 5 vacunas más que

están en fase III de estudio, destacando la MTB-VAC y la VPM1002⁶⁵.

Por lo tanto, la lucha contra la tuberculosis debe tener en cuenta la complejidad de abordar una enfermedad que sigue necesitando de tratamientos largos y complejos, con una alta tasa de resistencia a los antimicrobianos habituales y que tiene muchos condicionantes sociales que ayudan a su propagación, como el hacinamiento o la pobreza, aspectos que se deben incorporar a una potencial estrategia sanitaria, ya que está demostrado que las acciones de protección social contribuyen a la disminución de la mortalidad por tuberculosis⁶⁶.

Hepatitis

Como se ha dicho en anteriores informes, la hepatitis viral es una amenaza global subestimada que ni siquiera aparece nombrada en el resumen de progresos realizados para lograr los Objetivos de Desarrollo de la OMS: la unión de la hepatitis B y C diariamente mata a 3.500 personas (el 83 % por hepatitis B), e infecta a unas 6.000⁶⁷ personas. 304 millones de personas viven con hepatitis viral. África Subsahariana tiene el 63 % de los casos, mientras que el 47 % de la mortalidad se da en la región del Pacífico Occidental, con una cobertura de tratamientos muy baja. La hepatitis viral tiene casi ocho veces más infecciones prevalentes que el VIH y, sin embargo, su financiación apenas alcanza una décima parte de la recibida por el VIH.

Fruto de esa falta de financiación existe una gran cantidad de personas enfermas que no han sido diagnosticadas ni tratadas. Solamente el 13 % de las personas que viven con hepatitis B crónica han sido diagnosticadas y el 3 % han recibido tratamiento. Con la hepatitis C mejora la situación, pero sigue sin ser adecuado, ya que

sólo el 36 % de las personas con hepatitis C han sido diagnosticadas y el 20 % tratadas.

En 2022 se aprobó el documento de la OMS “Estrategias mundiales del sector de la salud sobre el VIH, la hepatitis viral y las infecciones de transmisión sexual para el período 2022-2030”⁶⁸, donde se recomiendan diferentes cambios estratégicos y operativos para eliminar las hepatitis B y C como amenazas para la salud pública. Para medir los avances se han establecido 13 indicadores de cobertura, impacto y resultados, que deberían permitir saber si se está en el buen camino. Aunque hay ciertas mejoras en esos indicadores, no parece que estemos en camino de conseguirlos.

Uno de los mayores problemas que ya comentamos el año pasado es que, a pesar de que hoy en día existen unos precios razonables de los tratamientos en muchos países, existe una enorme diferencia entre los precios teóricos de los tratamientos y lo que sucede en la realidad. Por ejemplo, el tenofovir disoproxil fumarato empleado para luchar tratar la hepatitis B, tiene la patente ya caducada y su precio de referencia es de 2,4 dólares por mes de tratamiento. En el estudio presentado en el Informe Global de la Hepatitis 2024 en 26 países, solo 7 pagaban ese precio o menos. Mientras que China e India pagaban 1,22 dólares al mes, Rusia pagaba 34,20 dólares y la R.D. del Congo 108 dólares. En Vietnam los precios mensuales del mismo producto genérico con distinto nombre fluctuaban entre 2,1 dólares y 1.089 dólares. Esta enorme heterogeneidad en los precios de un mismo producto ocurre también entre países más fuertes económicamente. Por ejemplo, Estados Unidos paga más caros los tratamientos contra la hepatitis que el resto de los países del G7. Un precio elevado de estos tratamientos es pagado o bien

60 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/379339/9789240101531-eng.pdf?sequence=1>

61 <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2405579422000420#:~:text=After%20screening%20373%20studies%2C%20the,CI%2C%204.21%20%25%2D11.29%20%25>

62 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342331/9789240029415-eng.pdf?sequence=1>

63 <https://www.who.int/initiatives/tuberculosis-vaccine-accelerator-council>

64 <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1909953>

65 <https://www.gavi.org/vaccineswork/how-new-vaccines-could-revolutionise-our-relations-hip-tuberculosis#:~:text=Following%20close%20behind%20it%20is,also%20in%20human%20clinical%20trials>

66 https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000200012

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

68 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/360348/9789240053779-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

por el propio paciente y empobrece a esas personas, o sale de las arcas públicas, lo que reduce su capacidad de atender otras necesidades. Por lo tanto, es necesario atender esta problemática del coste de medicamentos a nivel global, poniendo por encima de los intereses comerciales el derecho a la salud de todas las personas.

Enfermedades tropicales desatendidas

Las Enfermedades Tropicales Desatendidas (ETD) son un grupo heterogéneo de 20 enfermedades producidas por una gran diversidad de patógenos (virus, bacterias, hongos, parásitos, etc...) que, según la OMS “tienen consecuencias devastadoras en la salud, en la economía y en la sociedad”⁶⁹.

En 2023, 1.495 millones de personas precisaron alguna intervención frente a alguna de estas enfermedades tropicales desatendidas, lo que supone una reducción del 7,8 % respecto a 2022, unos 125 millones de personas menos. Si comparamos esa cifra con 2010, la reducción es del 31 %. 54 países ya han erradicado al menos una de esas enfermedades. Pero a pesar de estos avances, se está muy lejos de cumplir los compromisos marcados para 2030 de reducir en un 90 % el número de personas que requieren tratamiento para las ETD o de que 100 países hayan erradicado al menos una de estas enfermedades⁷⁰. Unas enfermedades que, aunque tienen una mayor presencia en personas que viven en situaciones de vulnerabilidad, pueden acabar afectando a todo tipo de poblaciones.

La situación es muy diferente según la ETD analizada. Existen algunas como la dracunculiasis que ha pasado de provocar 3,5 millones de casos en 20 países en la década de los 80 del siglo pasado a estar a punto de ser erradicada, con 13 casos humanos en cinco países notificados en 2023⁷¹. Otras dos enfermedades tienen

pocos casos anuales: la tripanosomiasis africana y la úlcera de Buruli, con menos de 2.500 casos en todo el mundo cada una. Pero hay otras como el Dengue que se está extendiendo por el mundo. Aunque oficialmente se notificaron algo más de 5 millones de casos en 2023, los casos reales pueden multiplicar por 78 esa cifra, estimándose que hay unos 390 millones de casos al año, 96 millones con manifestaciones clínicas. Además, es una enfermedad que puede colonizar en breve regiones mundiales en las que antes no tenía presencia. Europa de hecho, está en riesgo de que, tanto el dengue como el chikunguya, se conviertan en endémicas debido al cambio climático, que crea entornos óptimos para el desarrollo del mosquito que transmite esta enfermedad⁷², un ejemplo más de la importancia de trabajar la salud de una forma global.

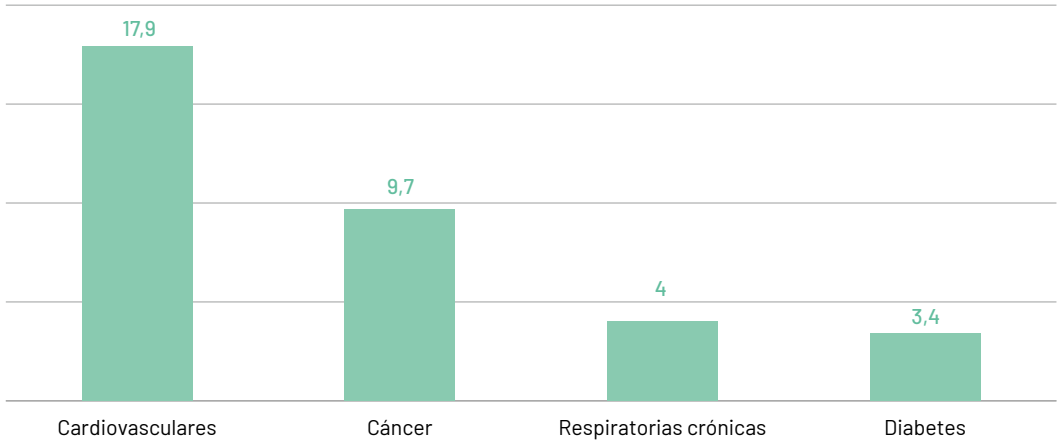
META 3.4. DE AQUÍ A 2030, REDUCIR EN UN TERCIO LA MORTALIDAD PREMATURA POR ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES MEDIANTE SU PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO, Y PROMOVER LA SALUD MENTAL Y EL BIENESTAR

Enfermedades no transmisibles

A pesar de su relevancia, desde 2021 no hay nuevos datos sobre el impacto de las enfermedades no transmisibles (ENT) en la salud humana, y eso que son responsables del 75 % de las muertes registradas anualmente⁷³, 41 millones, de los que 18 millones son prematuras, antes de los 70 años. Más del 25 % de los casi ocho mil millones de habitantes del mundo padecen al menos una enfermedad crónica o no transmisible, lo que nos da una idea de su relevancia⁷⁴.

Los cuatro principales grupos de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades

GRÁFICO 1.6. Mortalidad anual por grupos de enfermedades no transmisibles (en millones)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DE LA OMS

respiratorias crónicas y la diabetes. El riesgo de morir prematuramente entre los 30 y 70 años por este grupo de enfermedades se ha reducido desde el año 2000, aunque levemente, pasando de un 22,5 % a un 18 % en 2019, última fecha con datos.

Las ENT tienen unas características que es preciso destacar. La primera es que su importancia en los países más vulnerables es muy relevante, y está creciendo. Los países de renta media y baja concentran el 80 % de las muertes globales por enfermedades no transmisibles⁷⁵, unos países que tendrían grandes ganancias si invirtieran en la prevención y tratamiento de estas enfermedades. Y la segunda característica es que las ENT están muy influenciadas por unos factores de riesgo vinculados no solamente con aspectos metabólicos o genéticos, sino con comportamientos individuales y colectivos que pueden prevenirse, pero que se ven influenciados directamente por los determinantes comerciales de la salud⁷⁶. Los factores de ries-

go más relevantes y que son prevenibles serían el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol, el consumo excesivo de sodio, grasas y azúcares o el sedentarismo.

Según un estudio de The Lancet, con una inversión anual de 18.000 millones de dólares entre 2023 a 2030 en las intervenciones más coste efectivas contra las ENT, se podrían evitar 39 millones de muertes, generado un beneficio económico neto promedio de 2,7 billones de dólares⁷⁷, 18.750 veces su inversión. En teoría, los gobiernos en 2030 deberían de gastar el 30 % de su presupuesto en salud en estas intervenciones de alta calidad, que buscarían disminuir o eliminar los factores de riesgo mencionados, pero no serán efectivos si no incluimos cómo combatir las estrategias clave utilizadas por los actores comerciales para influir negativamente en las políticas relacionadas con las ENT a nivel nacional e internacional, ya que se ha demostrado que estas prácticas tienen efectos negativos para la salud de las personas y los colectivos⁷⁸.

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

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

71 [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-\(guinea-worm-disease\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dracunculiasis-(guinea-worm-disease))

72 <https://www.dw.com/es/dengue-y-chikungu%C3%B1a-pronto-ser%C3%A1n-end%C3%A9micas-en-europa/a-72822021>

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

74 <https://ncdalliance.org/stories/news-blogs/2022/global-call-invest-chronic-diseases>

75 <https://www.isglobal.org/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/>

la-salud-urbana-en-las-ciudades-de-los-paises-de-ingresos-bajos-y-medios

76 <https://www.thelancet.com/series-do/commercial-determinants-health>

77 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)02347-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)02347-3/fulltext)

78 <https://www.miguiadesalud.es/es/informe-determinantes-comerciales-de-las-enfermedades-no-transmisibles-en-la-region-europea-de-la>

Salud mental

A pesar de su relevancia, la salud mental no tiene el protagonismo que debería tener ni a nivel nacional ni a nivel internacional. En 2024 se estima que 970 millones de personas en el mundo sufrieron de algún problema mental, una de cada ocho personas⁷⁹. A lo largo de su vida, una de cada dos personas se espera que experimente al menos un trastorno mental⁸⁰, alimentando las cifras de suicidios que en 2023 fueron de 727.000 personas. Sin embargo, según el Banco Mundial los presupuestos destinados por los gobiernos a la salud mental no supera de media en el mundo el 2 % de los destinados a salud, y dos terceras partes de este gasto se destina a hospitales psiquiátricos⁸¹, algo que supone un enfoque considerado obsoleto por los expertos. De hecho, tal y como ya se mencionó el año anterior, muchos países ni siquiera tienen registros de las enfermedades mentales más frecuentes. Tampoco la cooperación internacional parece estar preocupada por esta problemática. Según un estudio realizado con datos de 2018, solamente se destina el 0,4 % a salud mental del conjunto de toda la cooperación sanitaria⁸².

Una de las mayores inquietudes que emerge de los últimos informes realizados es que la salud mental está empeorando especialmente en la población joven. En el informe “El Estado Mental del Mundo en 2024”⁸³ afirman que mientras la población mayor de 55 años mantiene su estado, la situación mental de la población joven está cada vez más deteriorada. Un 41 % de las personas jóvenes sufre una angustia funcionalmente debilitante. Es la juventud en África Subsahariana quien obtiene los mejores resultados, lo que nos debe hacer reflexionar también sobre las

causas, y por qué las sociedades que parecen más exitosas no tienen los mejores resultados.

Si hablamos de salud mental no se puede olvidar la economía. Se estima que la pérdida de productividad asociada con la ansiedad y la depresión, los dos problemas de salud mental más comunes, cuesta a la economía mundial un billón de dólares cada año. En su conjunto, se espera que en 2030 los problemas derivados de la salud mental mundial cuesten 6 billones anuales, lo que supone un mayor gasto que el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias juntas⁸⁴.

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

Alcohol y tabaco

Tabaco y alcohol son dos sustancias adictivas legales, lo que facilita su disponibilidad, normaliza su uso, y favorece prácticas inadecuadas utilizadas para su comercialización.

El tabaco es responsable de unos 7 millones de muertes anuales, a los que hay que añadir unas 600.000 muertes de fumadores pasivos. Es una muestra de que, a pesar de que hace más de 20 años de la firma del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco⁸⁵, el tabaco sigue manteniéndose como uno de los mayores retos en la salud pública mundial, y muestra la incoherencia de las políticas globales, que siguen manteniendo la capacidad de influencia de una industria que produce un producto perjudicial para la salud. Todas las formas de consumo de tabaco son perjudiciales y no existe un nivel seguro de exposición al tabaco. Es cierto que

desde que se firmó el Convenio, la prevalencia mundial del consumo de tabaco se redujo en 118 millones, pero hay que recordar que se estima que 1.250 millones de personas aún consumen tabaco en todo el mundo, el 80 % en países de renta media y baja⁸⁶.

El consumo de tabaco sigue siendo uno de los principales factores de riesgo prevenibles de las ENT y, por este motivo, la OMS se centra en su informe de 2025 en advertir de los perjuicios del tabaco, uno de los 6 elementos de su estrategia MPOWER⁸⁷ para hacer frente al tabaquismo. En este informe se concluye que las acciones para advertir de las consecuencias del tabaco son efectivas y desaniman a fumar. Dentro de las diferentes acciones se incluyen advertencias sanitarias contundentes y gráficas en los paquetes de productos de tabaco, la difusión en los medios de comunicación y campañas de educación pública. Pero también afirman que las campañas que advierten sobre las consecuencias de fumar son siempre más efectivas si entran dentro de una campaña global contra el tabaco. Unas campañas que deben de contrarrestar la publicidad que se les permite a las compañías tabacaleras, que se gastan anualmente 9.000 millones de dólares en publicidad y campañas de mercado⁸⁸, dirigidas principalmente a la juventud, proyectando la imagen que fumar y vapear son hábitos modernos y que los nuevos productos son menos nocivos. También se les permite incorporar sabores dulces y frutales en sus productos, y no es de extrañar que con esas estrategias 50 millones de niños y niñas entre 13 y 15 años fumen en el mundo⁸⁹. Menores que, al fumar a una edad tan temprana, tienen cuatro veces más posibilidad de desarro-

llar un cáncer que aquellos que empiezan a los 25 años⁹⁰. Por último, la carga que supone el tabaquismo a la economía alcanza el 1,8 % del PIB total mundial, unos 1.812 billones de dólares. Según Phillips Morris, lo que realmente aporta la industria en su conjunto, teniendo el valor de las granjas de cultivo del tabaco, las personas empleadas e impuestos recolectados suman 676 billones de dólares⁹¹, menos de la mitad de su coste. También debemos de tener en cuenta la vertiente medioambiental. Aproximadamente 4,5 billones de colillas de cigarrillos, que están hechas con micro plásticos no biodegradables, se desechan cada año en nuestro medio ambiente, la segunda mayor fuente de contaminación por plásticos.

El mercado del alcohol es, si cabe, más complejo, aunque sufre de los mismos determinantes comerciales que el tabaco. 3,3 millones de muertes se derivan de la ingesta de alcohol, y de ellas, el 25 % es gente muy joven, de entre 20 y 39 años, siendo su mayor factor de riesgo para morir. Además, el consumo nocivo de alcohol es un factor causal de más de 200 enfermedades y lesiones⁹². El consumo medio anual de alcohol puro en el mundo es de 5 litros por persona mayor de 15 años en 2022, un 12 % menos que en 2010, aunque los denominados países menos desarrollados no han sufrido alteraciones, manteniendo las mismas cantidades en el tiempo. La situación varía enormemente según las regiones mundiales, Oceanía, Europa y Norteamérica son las regiones que lideran el ranking con más de 10 litros por persona y año, lo que equivale a unas 200 cervezas con un 5 % de graduación. África Subsahariana se queda en 3,6 litros por persona. Sin embargo, la carga gene-

79 <https://huntingtonpsych.com/the-latest-mental-health-statistics-what-the-numbers-say-about-the-state-of-our-minds-in-2024>

80 <https://hms.harvard.edu/news/half-worlds-population-will-experience-mental-health-disorder>

81 <https://blogs.worldbank.org/en/health/mental-health-conditions-rise-countries-must-prioritize-investments>

82 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7348439/>

83 <https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2025/02/Mental-State-of-the-World-2024-ES-Online-Feb-28.pdf>

84 <https://intelligence.weforum.org/topics/a1Gb0000000pTDbEAM>

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

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

87 https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43891/9789243596631_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

88 <https://news.un.org/es/story/2020/05/1475192#:~:text=Los%20fabricantes%20de%20tabaco%20y,la%20agencia%20mundial%20de%20salud.>

89 <https://tobaccoatlas.org/challenges/youth/#:~:text=Last%20updated:%20October%2026%2C%202023,products%20is%20approximately%2050%20million.>

90 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3250592/>

91 <https://www.pmi.com/tobacco-economics#:~:text=Tobacco%20products%20sales%20total%20USD,10%20million%20cigarettes%20every%20minute.>

92 <https://www.afro.who.int/health-topics/alcohol#:~:text=Overview-,Overview,the%20harmful%20use%20of%20alcohol.>

ral de enfermedades y lesiones causadas por el consumo nocivo de alcohol es elevada en África y Europa. En África porque nos encontramos con dos realidades: países que no consumen alcohol y otros que lo hacen de forma intensa, tanto alcohol producido en casa como distribuido comercialmente. Y en Europa porque existe una permisividad importante con el alcohol, y un porcentaje bajo de su población es abstemia⁹³. Una consecuencia de estos elevados consumos es la dependencia que provoca el alcohol, cada año, unos 400 millones de personas sufren trastornos debidos al alcohol y 209 millones son directamente dependientes del alcohol.

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

Aproximadamente mueren cada año 1,19 millones de personas por accidentes de tráfico en el mundo, siendo la primera causa de muerte entre 5 y 29 años⁹⁴. A estas muertes debemos añadir que entre 20 y 50 millones de personas resultan heridas de diferente consideración por esta causa. Y aunque solamente tengan el 60 % del parque automovilístico mundial, el 92 % de estos accidentes ocurren en países de renta media y baja. Si la media de las muertes por accidente de tráfico es de 15,01 cada 100.000 personas, la cifra en África Subsahariana alcanza las 19,45 muertes, un 29,5 % más, mientras que en Europa y Norteamérica es de 8,53 muertes. Esta diferencia tiene que ver con múltiples factores, como la infraestructura vial, el parque automovilístico, la concienciación de la población y el cumplimiento de las normas de tráfico y de seguridad vial. Pero tampoco podemos ser optimistas en los países con mejores estadísticas, pues sus cifras tampoco van a permitir conseguir la meta

prevista en 2030. Para alcanzarlas se deberían de utilizar estrategias y políticas más integrales, donde la concienciación y participación ciudadana sea mucho mayor que la actual, y realizar una aplicación más rigurosa de una legislación que anteponga la salud y la vida a otros factores.

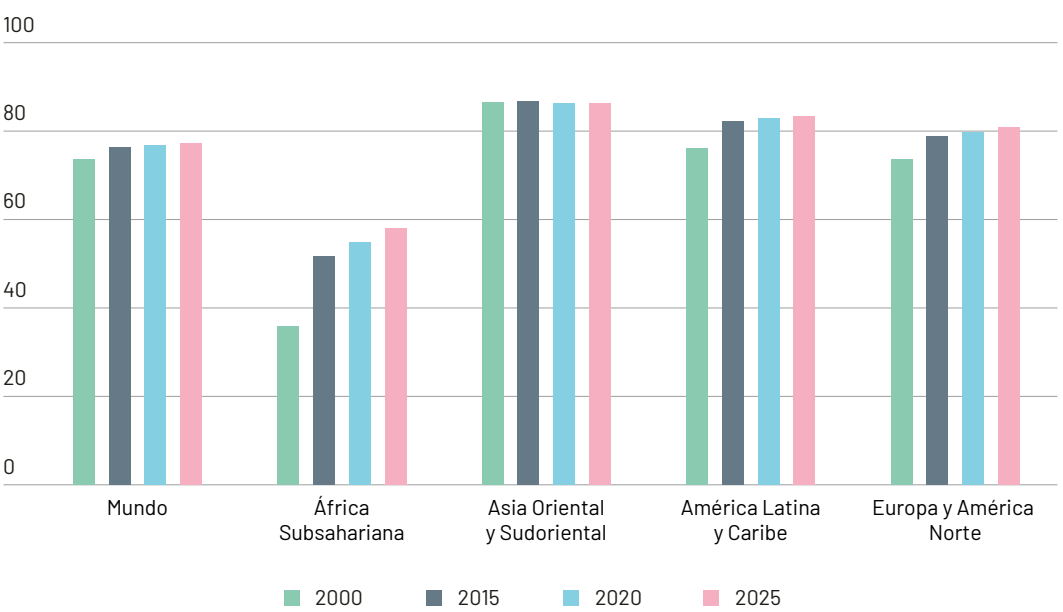
META 3.7. DE AQUÍ A 2030, GARANTIZAR EL ACCESO UNIVERSAL A LOS SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Han pasado más de 30 años desde que en 1994 los gobiernos asumieran por primera vez el concepto de salud sexual y reproductiva en la V Conferencia Internacional de el Cairo sobre Población y Desarrollo⁹⁵, que como novedad ante las anteriores Conferencias sobre Población que comenzaron en 1954 en Roma, incluían un enfoque de derechos en vez de solamente responder a metas demográficas.

Desde entonces, la situación ha cambiado enormemente. El consenso que hubo en esa Conferencia no existe en estos momentos, actualmente muchos gobiernos consideran que la salud sexual y reproductiva es una cuestión política, no de derechos. La sociedad patriarcal que impera en el mundo ha generado grandes resistencias, que han utilizado la religión y la política para contrarrestar las evidencias existentes. Y eso explica que los resultados esperados en esta meta no hayan avanzado lo suficiente.

Esta es una de las metas que, a nivel mundial, prácticamente están estancadas desde 2015. Por ejemplo, la proporción de mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años) cuyas necesidades de planificación familiar están satisfechas con métodos modernos asciende al 77,2 % en 2025, lo que supone un ligero aumento respecto del 76,4 % en 2015, menos de un punto porcentual. Eso significa que más de 450 millones de mujeres en el mundo no acceden a medios

GRÁFICO 1.7. Evolución del porcentaje de mujeres de 15 a 49 años con necesidades de planificación familiar satisfechas con métodos modernos



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL INFORME "PROGRESO HACIA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE" DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (E/2025/62, ANNEX)

anticonceptivos. Tal y como se ve en el gráfico 1.7, aunque la región mundial que más ha mejorado es África Subsahariana, sigue estando en la cola mundial, con apenas el 58 % de mujeres con un acceso adecuado a métodos anticonceptivos modernos. También en esta gráfica se puede ver que Asia es la región donde las mujeres, tienen un mayor acceso, el 86,3 % de las mismas. Unas cifras que se pueden explicar por las políticas en la India, donde 137 millones de mujeres usan anticonceptivos⁹⁶, o en China. Esta cifra supera a la de Europa y Norteamérica, que curiosamente se quedan incluso por debajo de Latinoamérica.

Si se observa la evolución de otro de los indicadores, vemos que la tasa mundial de natalidad en niñas adolescentes de entre 15 y 19 años se redujo de 66,3/1.000 en el año 2000 a 38,3/1000 en 2024, y se prevé que siga

disminuyendo hasta un 34,8/1.000 en 2030. Entre las niñas de 10 a 14 años, la tasa se redujo de 3,5 a 1/1.000 en el mismo período. Pero la situación también varía mucho según la región, mientras que en Asia central y meridional la tasa de natalidad entre adolescentes se redujo enormemente, pasando de 106/1.000 en 2000 a 25,1 en 2024, en África Subsahariana sigue siendo muy elevada, con 92,9/1.000 partos de adolescentes de entre 15 y 19 años y 3,1/1.000 si hablamos entre 10 y 14 años.

Estas cifras deberían hacer recapacitar a esa parte de la sociedad que considera que la lucha por la igualdad de género, que tendría como una de sus consecuencias la mejora de estos indicadores es una batalla política, de libertad religiosa o individual, y no una lucha por unos derechos que son fundamentales para todo ser humano.

93 <https://www.sanidad.gob.es/ca/alcoholJovenes/docs/alcoholEuropaEspanol.pdf>
94 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/road-traffic-injuries>
95 https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/ICPD_programme_of_action_es.pdf

96 https://www.fp2030.org/global_search_item/mas-de-137-millones-de-mujeres-en-la-india-utilizan-un-metodo-anti-conceptivo-moderno-india-aumenta-su-financiacion/

META 3.8. LOGRAR LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL

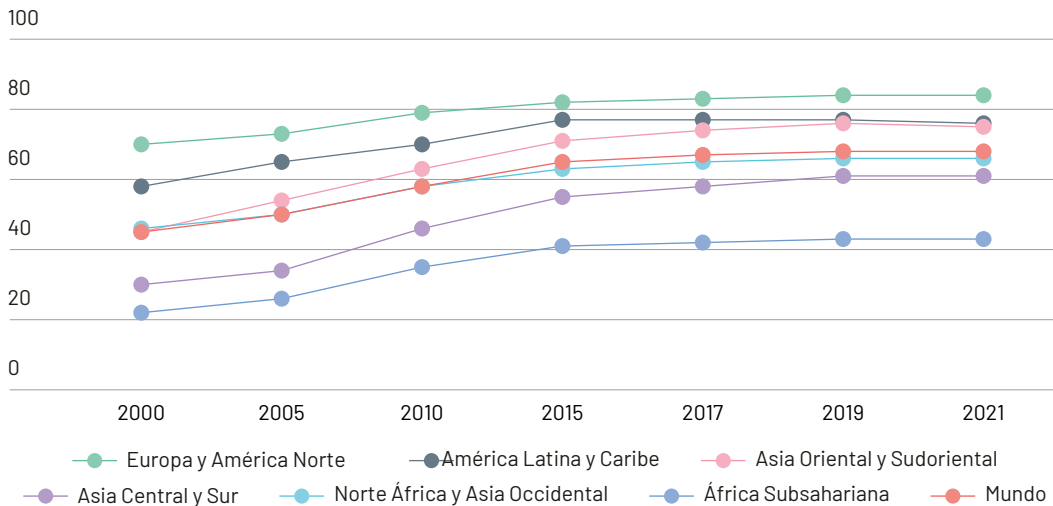
Como ya se ha comentado, esta meta es la más relevante dentro del ODS3, pues es una meta paraguas todas las metas de salud. Consta de 3 ejes: tener a más población cubierta por el sistema sanitario, incrementar los servicios que presta el sistema de salud y reducir los gastos individuales que empobrecen a la población. La OMS define la Cobertura Sanitaria Universal (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”⁹⁷.

Esta meta se ha dividido en dos indicadores. El primero es la cobertura de servicios esenciales que se define como “la cobertura promedio de los servicios esenciales basada en 14

intervenciones trazadoras que incluyen la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad y acceso a los servicios, entre la población general y la más desfavorecida”⁹⁸. Este indicador se llama Índice de Cobertura Sanitaria Universal, y como se puede ver en el gráfico 1.8, ha mejorado en 23 puntos porcentuales, alcanzando en 2021 un 68 % de la población cubierta con servicios esenciales. Además, todas las regiones mundiales han mejorado, especialmente el continente asiático, con una mejora de 30 puntos porcentuales. No obstante, estas cifras no ocultan los problemas que es necesario abordar. Por una parte, este crecimiento es insuficiente para lograr la meta de una Cobertura Universal en 2030, su evolución se ha ralentizado enormemente en los últimos años, y las diferencias entre regiones se mantiene.

El segundo indicador se refiere a la protección financiera debido a los gastos sanitarios, definida como la proporción de la población con gastos catastróficos en salud. El gasto catastrófico

GRÁFICO 1.8. Evolución Índice de CSU por regiones mundiales



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL INFORME “PROGRESO HACIA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE” DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (E/2025/62, ANNEX)

97 https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1
98 <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/service-coverage>

en salud se define como el gasto en salud que supera el 10 % del presupuesto familiar, que puede dar lugar a gastos empobrecedores. Se está pensando en incorporar otro indicador más preciso, como sería la proporción de la población cuyo gasto directo positivo en salud supera el 40 % del presupuesto discrecional del hogar, entendiendo como “presupuesto discrecional del hogar” el gasto total en términos de consumo o el ingreso del hogar neto del umbral de pobreza social⁹⁹, que se define más específicamente en cada país. Evidentemente, es mucho más fácil caer en este tipo de gasto empobrecedor si pagas por acto médico (gasto individual o de bolsillo), que si tus gastos en salud se realizan de forma mancomunada, lo que permite proteger a las personas más vulnerables. Y es que uno de los mayores problemas que tiene las poblaciones más vulnerables de los países de bajos ingresos es el excesivo gasto de bolsillo que supone los gastos de la salud para sus economías familiares, empobreciéndolas e impidiendo cubrir otras necesidades esenciales, como puede ser la alimentación o la educación. Según los últimos datos recogidos de 2022, este gasto individual sanitario fue entre un 3 % y un 4 % más alto que antes de la pandemia en los países de ingresos bajos y medianos altos y un 11 % más alto en los países de ingresos medianos bajos. Pero, curiosamente, se mantuvo cerca del nivel prepandémico en los países de ingresos altos, donde menos relevancia tiene este gasto de bolsillo, porque existen más sistemas de protección social. Unos 4.500 millones de personas en todo el mundo carecen de acceso a servicios básicos de salud y 2.000 millones de personas enfrentan dificultades financieras debido a los costes de salud, lo que indica lo lejos que se está de cumplir con esta meta fundamental.

99 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-system-governance/2025-cc-information-session-uhc-sdg-indicators_es.pdf?sfvrsn=c645f0b5_1
100 <https://blog.oxfamintermon.org/cinco-causas-de-la-contaminacion-de-la-tierra/>
101 [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-\(outdoor\)-air-quality-and-health](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ambient-(outdoor)-air-quality-and-health)
102 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/drinking-water>
103 <https://www.fundacionaquae.org/wiki/los-residuos-que-mas-contaminan-el-agua/#:~:text=Insecticidas%2C%20pesticidas%20y%20fertilizantes&text=Como%20consecuencia%20del%20fen%C3%B3meno%20de,como%20los%20de%20agua%20dulce.>

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

Según Intermón Oxfam, hay 5 causas principales que determinan esta contaminación: los pesticidas y productos químicos, la deforestación, los desechos industriales, el uso de combustibles fósiles y la enorme producción de basura¹⁰⁰. Si bien existe un crecimiento demográfico mundial que puede explicar parte de este aumento de la contaminación, no parece el más relevante. La población mundial en 2025 ha duplicado la población que había en 1975, hace apenas 50 años. Pero es más importante el tipo de sociedad que impera a nivel mundial. Una sociedad donde los bienes materiales son el síntoma de éxito social, que cree en el crecimiento infinito, sin tener en cuenta los límites planetarios, y donde el consumismo es la principal forma de crecimiento, lo que provoca que, por ejemplo, admitamos la obsolescencia programada que provoca una renovación de productos innecesaria.

Las consecuencias de esa actitud no son menores. Los efectos combinados de la contaminación del aire ambiente y la del aire doméstico se asocian a 6,7 millones de muertes prematuras cada año, el 62,6 % es por contaminación exterior¹⁰¹. El 89 % de esas muertes prematuras se produjeron en países de ingreso bajo y mediano. En 2022 1.700 millones de personas tomaban agua de fuentes contaminadas por heces¹⁰², a lo que hay que sumar multitud de agentes químicos, como pesticidas y fertilizantes, antibióticos y fármacos, o compuestos orgánicos como el plástico¹⁰³ en un entorno global de escasez de agua

potable. El 95 % de nuestros alimentos se producen directa o indirectamente en los suelos, cuyos contaminantes más comunes son los metales pesados, los contaminantes orgánicos persistentes que son bioacumulables y los contaminantes emergentes, como productos farmacéuticos y los destinados al cuidado personal¹⁰⁴. Conseguir que las consecuencias de la contaminación en la salud se tengan en cuenta en todas las políticas es un reto para la salud pública de todos los países.

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

El CMCT es el primer tratado internacional negociado bajo los auspicios de la OMS, fue adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud el 21 de mayo de 2003, entrando en vigor el 27 de febrero de 2005. A finales de 2023, 183 países habían ratificado este Convenio Marco, que representan al 90 % de la población mundial, pero sigue habiendo 13 países que aún no lo han hecho¹⁰⁵, entre los que destacan por su importancia Estados Unidos y Argentina, y muestra de nuevo como los intereses comerciales se anteponen a la salud de la población. En Estados Unidos el tabaquismo mata a unas 480.000 personas al año, y quita de media, 10 años de vida a los fumadores, según la Sociedad Americana contra el Cáncer¹⁰⁶, que sigue considerando al tabaco la principal causa prevenible de enfermedad y muerte en los Estados Unidos. En Argentina, por

ejemplo, el propio gobierno afirma que el tabaco causa 45.000 muertes anuales, lo que supone el 14 % del total de muertes del país¹⁰⁷.

Pero el tabaquismo no es un problema solo de aquellos países que no lo ratifican. Aunque la OMS lo considera un logro, solamente alrededor de 66 países han implementado prohibiciones a la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco¹⁰⁸, lo que deja al resto sin una estrategia real que limite su consumo. Y la importancia que tiene actualmente la utilización de redes globales de comunicación en la divulgación de información que no tienen un control gubernamental dificulta aún más esta tarea. Es por lo tanto imperativo que se adhieran aquellos países que no lo han hecho, que los gobiernos profundicen en la aplicación del Convenio, y la puesta en marcha de una estrategia mundial que incluya aquellos elementos globales que escapan al control gubernamental.

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

Tenemos vacunas para luchar contra 21 enfermedades peligrosas que amenazan la vida de las personas¹⁰⁹, de las cuales 16 sirven para proteger a menores y adolescentes¹¹⁰, pero los avances son insuficientes. En 2024, la cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra la difteria,

el tétanos y la tos ferina (DTP3), que se utiliza como indicador de buen funcionamiento de un sistema de inmunización, alcanzó el 85 %¹¹¹, unos porcentajes aún por debajo de los niveles preandémicos, que en 2018 eran del 86 %. Entre 2020 y 2022, las cifras correspondientes a las cuatro vacunas infantiles contempladas en el indicador 3.b.1 se estancaron o disminuyeron, destacando la escasa cobertura que tiene la vacuna contra el virus del papiloma, que solo alcanza al 20 % de la población, que se añade a los 14,3 millones de menores que en 2024 no recibieron ninguna vacuna. Viendo estas cifras, no parece que se vaya a cumplir los objetivos de la Agenda de inmunización de 2030¹¹², una Agenda que tenía 3 grandes objetivos para 2030 con diferentes metas:

1. Prevenir la enfermedad:

- 50 millones de muertes evitadas por vacunación de 14 enfermedades entre 2021 y 2030: en 2023 se evitaron 4,2 millones, menos de las esperadas, y en 2030 se debería alcanzar los 5,8 millones de muertes anuales evitadas.
- Todos los países alcanzan los objetivos de control, eliminación y erradicación de enfermedades: la polio solo es endémica en dos países en el mundo (Afganistán y Pakistán), y está cerca de ser erradicada, se convertiría así en la segunda enfermedad en serlo en el mundo después de la viruela. El tétanos materno infantil también se ha erradicado como problema de salud pública en 182 de 194 países, pero sarampión y rubeola están muy lejos de alcanzar esas cifras, incluso en 9 países se ha reestablecido el sarampión.
- Disminución del número de grandes o disruptivos brotes epidémicos de enfermedades prevenibles mediante vacunación: en 2023, salvo ébola y fiebre amarilla, se han dado

más brotes epidémicos en las otras enfermedades seleccionadas: cólera, sarampión, meningitis meningocócica, incluso polio.

2. Promover la equidad:

- 50 % reducción de menores con cero dosis: en lugar de una reducción, ha habido un incremento del 13 % en el porcentaje de menores con cero dosis en 2023.
- Introducción de vacunas nuevas o subutilizadas en países de ingresos bajos y medios: se está en el buen camino para conseguir esta meta, pero ha sido sobre todo por el esfuerzo de estos años con la COVID-19.

3. Desarrollar programas sólidos de inmunización:

- Cobertura mundial del 90 % para 3ª dosis de DTP y de vacuna antineumocócica, 2ª dosis contra el sarampión, y la vacuna contra el papiloma humano: la única que está en camino de cumplirse es la DTP y la más alejada es la del papiloma.
- Índice de Cobertura Sanitaria Universal: no reportan datos fiables de avances, se mantiene en el 68 % de la población mundial.

En cuanto a los desembolsos netos totales de AOD destinados a la investigación médica y los sectores de salud básica, existe una reducción muy significativa entre 2020 y 2023, rompiendo la tendencia de crecimiento que se había dado hasta entonces. En 2020 se destinaron a estos asuntos más de 16.000 millones de dólares, mientras que en 2023 se quedaron en 12.758 millones de dólares, un 20 % menos. Pero en este análisis hay que tener en cuenta el impacto que en la investigación médica ha tenido la COVID-19, que en 2023 aun suponía un 14,1 % del total de AOD destinada a investigación y salud básica, mientras que en 2020 era del 27,8 %.

104 <https://www.fao.org/newsroom/story/Polluting-our-soils-is-polluting-our-future/es>

105 <https://fctc.who.int/es/who-fctc/overview/parties>

106 <https://www.cancer.org/cancer/risk-prevention/tobacco/health-risks-of-smoking-tobacco.html#:~:text=Tobacco%20use%20remains%20the%20leading,%5Bshow%5D>

107 <https://www.argentina.gob.ar/salud/consumo-de-tabaco/efectos-tabaquismo#:~:text=En%20Argentina%2C%20mueren%20unas%2045.000,menos%20que%20las%20no%20fumadoras>

108 <https://fctc.who.int/newsroom/news/item/25-02-2025-first-ever-who-treaty-marks-20-years-of-saving-millions-of-lives-worldwide#:~:text=More%20than%2066%20countries%20have,watchful%20against%20its%20predatory%20tactics%22>

109 <https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/by-disease/index.html>

110 <https://www.cdc.gov/vaccines/by-age/index.html>

111 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

112 <https://www.immunizationagenda2030.org/>

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

Tener una buena salud no es gratuita. La salud mundial supone un enorme gasto para los gobiernos y las personas en todo el planeta. Según el Foro Económico Mundial, el gasto en salud supone el 10,3 % del PIB mundial, unos 9,8 billones de dólares¹¹³ de 2021, 2,5 billones más que en 2015¹¹⁴, un 34 % más. Esta enorme cantidad de dinero hace que el Foro Económico Mundial y otros agentes soliciten medidas que puedan reducir estos gastos, y aunque algunas medidas busquen la eficiencia, ésta no debería de ponerse por encima del derecho a la salud. Desgraciadamente muchas de estas medidas afectan al desempeño de los sistemas sanitarios, argumentando la insostenibilidad de los sistemas actuales, impactados por el aumento de la esperanza de vida y de las nuevas coberturas que deben de cubrir. Pero hay que tener en cuenta diversas consideraciones que van en contra de estas afirmaciones. La primera es el crecimiento real que ha supuesto este gasto mundial en salud. En 2015 suponía el 10 % del PIB mundial, y en 2021, el 10,3 %, lo que indica que estamos gastando proporcionalmente lo mismo. Además, este gasto no es proporcional a los habitantes de cada país. En 2021, Estados Unidos por sí solo gasto 4 billones de dólares en salud, el 40 % del total, un gasto que, además, no le coloca como el país con mejores indicadores de salud, lo que indica que no solo debemos tener en cuenta cuánto gastamos, sino también cómo lo gastamos. Por lo tanto, más que entender la salud como un

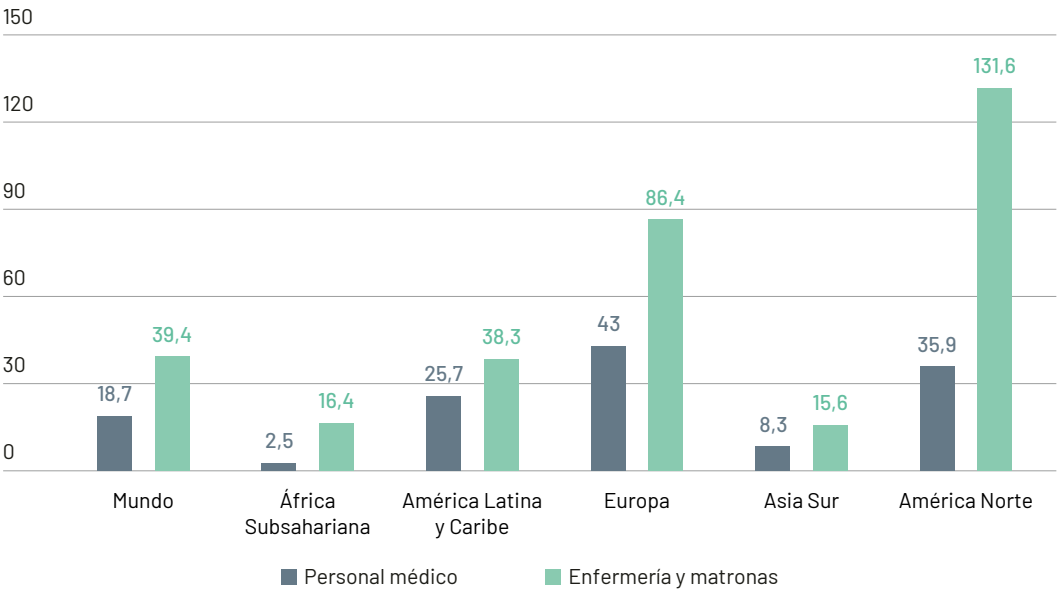
coste más que hay que reducir, es necesario discutir sobre el modelo del sistema de salud, que debe tener un enfoque de derechos, priorizar la Atención Primaria de Salud, fortalecer los sistemas públicos y trabajar los determinantes de la salud, un modelo sostenido por una política de salud equitativa, sostenible y basada en la evidencia.

Si nos centramos en el personal sanitario, en 2023 se estimaba que existían unos 70 millones de profesionales sanitarios en el mundo, si incluimos personal médico, de enfermería, de farmacia, matronas y dentistas, un 67 % mujeres. Pero las estimaciones indican que siguen faltando 14,7 millones, y 55 países sufren de escasez relevante de personal sanitario¹¹⁵. Aunque se espera que en los próximos años se mejoren estas cifras, esta mejora no va a ser suficiente: Para 2030 existirá una carencia de 11,1 millones de profesionales¹¹⁶, la mitad serán en el continente africano, donde más necesarios son.

El gráfico 1.9., muestra la enorme diferencia que existe en el mundo en la distribución de personal médico y de enfermería. A nivel global hay 18,7 profesionales médicos y 39,4 profesionales de enfermería por cada 10.000 habitantes. Pero Europa tiene 17 veces más profesionales médicos que África Subsahariana, y 5,2 veces más si hablamos de enfermería. América del Norte, que incluye a Estados Unidos que, como ya se ha dicho, supone el 40 % del gasto mundial de salud, tiene menos personal médico y más de enfermería que Europa.

Las estimaciones para que África Subsahariana alcance la meta de la Cobertura Sanitaria Universal supondría que para 2030 hubiera 7,77 médicos por cada 10.000 habitantes, triplicando la cifra de 2022, y 58,64 enfermeras y parteras por cada 10.000 habitantes¹¹⁷, 2,2 veces más. Dado el

GRÁFICO 1.9. Distribución del personal médico y de enfermería por cada 10.000 habitantes en varias regiones mundiales, 2022



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DEL INFORME "PROGRESO HACIA LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE" DEL CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL (E/2025/62, ANNEX)

tiempo y los recursos necesarios para formar a este personal, parece enormemente difícil que se consigan esas cifras.

Pero el problema del personal sanitario necesita de un enfoque mucho más integral, entendiendo que no es solo un problema de número, sino de perfiles, funciones, competencias, de cuidado del personal y de eficiencia en la gestión de los recursos, incluyendo la incorporación de la digitalización de la salud. Los cuidados del personal es un elemento crucial que normalmente no se tiene en cuenta. En Estados Unidos, el 20 % del personal entre 18 y 27 años está pensando en abandonar el trabajo sanitario¹¹⁸, algo que cada vez es más común, por las complejas situaciones laborales y sobrecargas que tiene.

Las regiones con más personal sanitario, son aquellas que tienen más personal mayor de 55 años, que necesitará un reemplazo en el corto plazo que no suele existir, lo que lleva a muchos países a poner en marcha estrategias agresivas de contratación de personal extranjero, como Suiza, que ha pasado del 25 % de sus profesionales médicos extranjeros a un 40 % en 10 años¹¹⁹. Una migración que, en último término, acaba afectando al personal sanitario de las zonas y países más vulnerables, donde menos opciones hay de reemplazo. Es el caso de Nigeria, uno de los países con menor número de médicos por habitante, donde migraron unos 9.000 profesionales médicos hacia Reino Unido, Canadá y Estados Unidos entre 2016 y 2018¹²⁰, o el de Egipto que tiene el 65 % de los médicos trabajando fuera del país¹²¹.

113 <https://www.weforum.org/stories/2024/08/healthcare-costs-digital-tech/#:~:text=In%202021%20alone%2C%20global%20spending,Image%20Pexels>

114 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259632/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-17-10-eng.pdf>

115 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240069787>

116 https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1

117 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9109029/>

118 <https://www.soliant.com/blog/soliant-2024-healthcare-employment-trends-report/>

119 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/372887/Eurohealth-29-1-6-10-eng.pdf>

120 <https://www.theafricareport.com/297795/nigeria-medical-doctors-in-a-hurry-to-leave-their-country/>

121 <https://za.headtopics.com/news/egypt-brutal-beatings-poor-pay-push-doctors-abroad-in-search-of-better-jobs-38677232>

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

La pandemia de la COVID-19 visibilizó la necesidad de mejorar los instrumentos ya existentes que nos debían de proteger de potenciales pandemias, algo que claramente no funcionó cuando surgió la COVID-19, una pandemia que también mostró la interrelación del sector salud con otros sectores, especialmente con la economía. Hasta 2023 se estima que solo Estados Unidos ha perdido 14 billones de dólares debido a esta pandemia¹²². Para mejorar la situación es necesario un mayor esfuerzo para que los instrumentos nacionales y supranacionales encargados de la seguridad sanitaria mundial mejoren tanto sus capacidades como los recursos asignados a este fin.

En ese sentido, el Grupo de Trabajo Conjunto sobre Finanzas y Salud del G20 estimó que se requieren 10.500 millones de dólares adicionales al año en financiación internacional para enfrentar estos retos y financiar sistemas de prevención y respuesta adecuados a nivel mundial, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, que son los que más apoyo necesitan para dar una respuesta eficaz¹²³.

En un documento publicado por la OCDE en abril de 2025, “Gasto inteligente para combatir las amenazas a la salud mundial¹²⁴” se analiza la situación mundial y se presentan algunas conclusiones, entre las que destacamos las siguientes:

- Muchas intervenciones clave para combatir las amenazas a la salud global tienen na-

turalidad de “bien público global”, como los sistemas de prevención, preparación y respuesta (PPR), además de la investigación y el desarrollo de productos que abordan las amenazas a la salud global. Pero a su vez, que los bienes públicos sean globales independientemente de quien los financie, dificulta los incentivos para invertir, ya que los gobiernos priorizan los problemas locales y se difumina la responsabilidad de invertir en bienes públicos globales.

- Las amenazas mundiales a la salud requieren acciones tanto nacionales como mundiales, públicas y privadas.
- El gasto en PPR en los países de bajos ingresos fue en 2022 de 3,5 dólares per cápita (78 % financiación externa al país), 2,5 dólares en los países de ingresos medianos-bajos (30 % financiación externa), y de 122 dólares en los países de altos ingresos.
- Si bien la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) para la PPR aumentó un 32 % anual en promedio entre 2019 y 2022, la financiación para programas básicos de atención sanitaria, nutrición básica y abastecimiento de agua y saneamiento disminuyó entre 2019 y 2022.
- La financiación pública representa el 70 % de las inversiones en I+D en salud mundial entre 2007 y 2023. Sin embargo, la proporción de financiación de I+D dedicada a la salud mundial es insignificante en comparación con el gasto público total en I+D en salud, solo un 6 % del total, lo que sugiere una discrepancia entre las inversiones en I+D de los países de ingresos altos y las prioridades globales relevantes para los países de ingresos bajos y medianos-bajos.
- La inversión del sector público por sí sola no puede evitar la rivalidad y la exclusión de

los productos sanitarios, los elementos clave de la definición de un bien público global. El sector privado necesariamente debería de participar en el desarrollo, la producción y la distribución de productos sanitarios.

Si bien el análisis es interesante, no se debe poner el foco en un problema que actualmente impide avanzar en la tarea de proteger a todas las personas. La incorporación del sector privado, que ya lo está de facto, debe de estar supeditado al bien común y al derecho a la salud, algo que ahora no parece suceder. De hecho, la capacidad de control y gobernanza pública de las inversiones de I+D debería ser elevada ya que financia su mayor parte, y sin embargo es muy limitada. Una industria que claramente está influyendo para evitar que haya una mayor gobernanza pública en la gestión del medicamento, una mayor transparencia en los acuerdos o en saber el precio real de los medicamentos, o la utilización de paraísos fiscales para evitar pagar impuestos a los mismos países que les abonan facturas multimillonarias por sus fármacos¹²⁵.

También la OMS, a través de su Consejo de Economía de la Salud para Todos, propone una nueva narrativa entre salud y economía, donde la salud sea un derecho reconocido, y no solo capital humano, donde se reorienten las economías para brindar salud y bienestar a todas las personas de forma equitativa en un mundo cada vez más complejo, donde se entremezclan problemas de salud, desigualdad y clima, y donde el coste de la inacción es mayor que el coste de la acción, ya que para construir un sistema global eficaz de prevención y respuesta ante pandemias que pudiera evitar repetir la experiencia de la COVID-19, se necesitan 1,3 dólares por persona, mucho menos de lo que costó la pandemia en contracción del PIB mundial¹²⁶.

Pero para cumplir lo que se plantea en esos documentos, se necesita un profundo cambio en el paradigma que, como ya se ha mencionado predomina en las sociedades actuales, basado en la competencia y no en las alianzas. Necesitamos de nuevos Tratados basados en el derecho universal a la salud que protejan a todas las personas, vivan donde vivan, de forma equitativa, eficaz y eficiente.

122 <https://schaeffer.usc.edu/research/covid-19s-total-cost-to-the-economy-in-us-will-reach-14-trillion-by-end-of-2023-new-research/>

123 <https://es.weforum.org/stories/2025/04/el-deficit-de-financiacion-amenaza-la-seguridad-sanitaria-mundial-y-otras-noticias-sobre-salud-1ceb5e43b4/>

124 https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/03/smart-spending-to-combat-global-health-threats_9985a31e/166d7c57-en.pdf

125 <https://www.investigate-europe.eu/es/posts/deadly-prices-from-transparency-to-public-research-how-to-make-medicines-a-right-not-just-business>

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

EL ACUERDO DE LA OMS SOBRE PANDEMIAS BUENO PARA TODOS

Fernando Simón Soria

Tras 14 Conferencias Sanitarias Internacionales (1851-1938), el Reglamento Sanitario Internacional, el primero en 1951 y el último de 2005, con un importante paquete de enmiendas aprobado en la Asamblea Mundial de la Salud de 2024, con la experiencia de la pandemia por COVID-19 y después de más de tres años de negociaciones entre todos los estados miembros de la OMS, fue adoptado el primer Acuerdo de Pandemias en la 78 Asamblea Mundial de la Salud, el 20 de mayo de 2025.

La pandemia de COVID-19 puso de manifiesto deficiencias importantes en la gestión de emergencias globales para la salud de la población, de toda la población. La pandemia nos ha mostrado que las acciones que llevan a cabo los estados con el objetivo de proteger a su población de los riesgos sanitarios que trascienden fronteras no son suficiente en el mundo globalizado en el que vivimos. Establecer mecanismos globales de comunicación, la coordinación internacional de las medidas no farmacológicas y de las capacidades de investigación, desarrollo de vacunas, tratamientos y pruebas diagnósticas y la producción y acceso global a dichas medidas son las únicas garantías para la resolución de pandemias y otras emergencias de gran impacto en la salud pública. Estas acciones requieren el compromiso de los estados para implementar de forma coordinada capacidades nacionales que redunden en el desarrollo multilateral buscando el equilibrio y sinergias entre las regiones.

El Acuerdo de Pandemias trata de responder a esas necesidades mejorando las capacidades globales para la prevención, preparación y respuesta ante pandemias cumpliendo con los principios fundamentales de equidad, solidaridad, respeto a la dignidad y derechos humanos y legislación humanitaria internacional, garantizando al mismo tiempo los derechos soberanos de los estados.

Sin embargo, negociar compromisos nacionales para beneficio global no es una tarea fácil. Los estados debemos comprometernos con los principios de equidad y solidaridad, pero además debemos confiar unos en otros y ser fiables en el cumplimiento de nuestros compromisos. A pesar de todo se consiguió un Acuerdo histórico cuyo potencial se verá en los próximos años.

Hemos abierto, por primera vez, una puerta a trabajar juntos por la seguridad sanitaria global, entendiendo que es el único camino posible, pero si no tenemos cuidado esa puerta podría cerrarse. Una vez aprobado el Acuerdo de Pandemias, su entrada en vigor depende de que se adopte, previsiblemente en la Asamblea Mundial de la Salud de 2026, un anexo al documento que detalle cómo funcionará el mecanismo multilateral para el “acceso a patógenos y el reparto de beneficios” que se generen. Este mecanismo pretende racionalizar las inequidades globales entre los estados en la investigación, desarrollo y acceso a los productos generados a partir del conocimiento de los patógenos de riesgo pandémico y/o sus secuencias genéticas durante las emergencias sanitarias.

Las negociaciones han sido largas y difíciles, pero han demostrado que cuando hay un objetivo común los estados podemos ponernos de acuerdo y adquirir compromisos con el objetivo del beneficio global, más allá de intereses nacionales.

A pesar de lo logrado, algunas personas consideran que se ha perdido una oportunidad para establecer un acuerdo más ambicioso y con más compromisos por parte de los estados. Otras personas piensan que el Acuerdo limita de algún modo la capacidad de los estados para tomar sus propias decisiones. Quizás sean verdad ambas afirmaciones, pero lo cierto es que el Acuerdo de Pandemias aunque no es perfecto para nadie, sí que es suficientemente bueno para todos y hemos empezado a caminar juntos.

PLAN DE ACCIÓN CAMBIO CLIMÁTICO Y SALUD

En mayo de 2024 la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante la 77.ª Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución histórica que marca un antes y un después en la forma en que se aborda la intersección entre el cambio climático y la salud pública. La Declaración insiste tanto en la necesidad de dar prioridad a la salud en los marcos normativos nacionales e internacionales sobre el clima, como en la creación de sistemas de salud resilientes al clima y con bajas emisiones de carbono¹²⁷. Un año después, en mayo de 2025, la Asamblea de la OMS aprobó el “Proyecto de Plan de Acción Mundial sobre cambio climático y salud 2025-2028”¹²⁸, una petición solicitada en la resolución del año anterior, para hacer operativo ese interés en definir la relación entre cambio climático y salud.

Este Plan de Acción se divide en 3 campos de actuación, cada uno con, al menos una meta mundial:

1. Liderazgo, coordinación y promoción:

La meta mundial en este campo sería “*abogar por la integración de la salud en los programas internacionales y nacionales sobre el clima y viceversa*”. Los países adheridos a la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC) han establecido unos espacios, las COP, donde se han producido las discusiones sobre los efectos del cambio climático y las posibilidades de dar respuestas multilaterales a este problema. Estas COP comenzaron en 1994 en Berlín¹²⁹, pero no es hasta 2021 en Glasgow, en la COP26¹³⁰, cuando se incorpora de verdad la salud humana como una de las líneas prioritarias que se deben trabajar cuando se discute sobre cambio climático. Desde entonces, la salud está ganando peso en estas discusiones internacionales. En la COP 26 se establecieron dos compromisos: hacer a los sistemas de salud resilien-

tes al clima, y conseguir que esos sistemas de salud sean sostenibles, consiguiendo para 2050 que tengan cero emisiones netas de gases efecto invernadero.

A su vez, esta meta tiene 3 objetivos diferentes. El primero es conseguir que la OMS coordine y guíe una respuesta internacional y nacional sobre cambio climático y salud, que debería ayudar a movilizar recursos, mejorar la visibilidad de esta problemática, e incrementar la participación e integración de la salud en las discusiones sobre el clima, siempre con un enfoque de equidad y de “salud en todas las políticas”. El segundo objetivo es impulsar medidas que mejoren la salud y al mismo tiempo mitiguen el cambio climático y se adapten a sus efectos, superando el trabajo tradicional con el sector sanitario. Esto implica incorporar una visión de salud pública, donde se promueva una energía limpia, una planificación urbana, un transporte y unos sistemas alimentarios más saludables y sostenibles. También se debe mejorar la resiliencia ante el clima de los sistemas de salud, y apoyar medidas de adaptación que promuevan la salud en otros sectores clave, como el agua y el saneamiento, la alimentación y la agricultura, la energía o la vivienda. El tercer objetivo pretende que la comunidad sanitaria y la población conozca, se comprometa y respalde el trabajo en acción climática y salud. Porque entre el personal de salud existe un gran desconocimiento de lo que supone el cambio climático para la salud de las personas. En un trabajo realizado en 2021, 4.654 profesionales sanitarios de todo el mundo respondieron una encuesta sobre la relación entre cambio climático y salud, y, a pesar de que el concepto del riesgo para la salud por el cambio climático era enorme, separaban esos riesgos, percibiendo un menor riesgo para la población de su país (57 %) que para ellos mismos (66 %), para sus pacientes (77 %) o para futuras generaciones (93 %)¹³¹, una percepción que no

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

128 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA78/A78_4Add2-sp.pdf

129 <https://www.un.org/es/climatechange/un-climate-conferences>

130 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036727#:~:text=COP26%20special%20report%20on%20climate,argument%20for%20climate%20action%20%E2%80%9C>

lleva a tomar medidas urgentes, pues parece que el problema es a largo plazo. Si bien es cierto que en estos últimos años hay una mayor conciencia en el personal sanitario, existe una enorme necesidad de formación tanto de las consecuencias del cambio climático como de la posibilidad de reducir la huella de carbono de los sistemas de salud.

2. Evidencia y seguimiento

La meta consiste en “Crear una base de evidencia sólida y pertinente que se pueda consultar y guarde relación directa con las políticas, la aplicación y el seguimiento”, con los objetivos de reforzar las evidencias y configurar un panorama mundial de investigación, fomentando la cooperación y colaboración multidisciplinarias, promoviendo la investigación y la integración de los datos sobre clima y salud y los sistemas de vigilancia, y respaldando las investigaciones sobre el cambio climático y los determinantes de la salud en el contexto de la Cobertura Sanitaria Universal (incluyendo a la Atención Primaria de Salud) y las emergencias sanitarias. Como tercer objetivo se presenta la necesidad de hacer un seguimiento de los progresos realizados en la consecución de las metas mundiales y nacionales, entre las que destacamos diseñar un marco de indicadores específicos de clima y salud.

3. Acciones y creación de capacidad a nivel de país

En este ámbito de actuación se presentan dos metas diferentes. La primera es “la promoción de la labor de adaptación al cambio climático para abordar los riesgos para la salud y el apoyo a la labor de mitigación que optimice los beneficios para la salud”, Incluyendo como objetivos incorporar a la salud en las políticas y actividades climáticas mundiales y nacionales, y al revés, integrar el clima en las políticas, las estrategias y los planes nacionales de salud, promoviendo el enfoque

“Una Salud”¹³², que considera interconectadas la salud humana, la animal y los ecosistemas.

La segunda meta consiste en garantizar que “los sistemas de salud y los establecimientos de salud sean resilientes al clima, tengan un bajo nivel de emisiones de carbono y sean ambientalmente sostenibles”, realizando evaluaciones periódicas de los riesgos para la salud que plantean el cambio climático y las emisiones de gases de efecto invernadero de los sistemas y los establecimientos de salud, ejecutando intervenciones en materia de cambio climático y salud para aumentar la resiliencia ante el clima y reducir las emisiones de gases de efecto invernadero de los sistemas y establecimientos de salud.

Este es un Plan ambicioso que se pretende implementar en un momento que, como ya hemos explicado, es complejo si analizamos las resistencias que provoca la acción climática, que es vista no como un problema global, sino como una opción política, donde el negacionismo es muy importante entre algunas personas relevantes y líderes políticos, algo que permea a la población. El 71 % de la población española considera que los efectos sobre el clima se sienten ya, un porcentaje muy parecido a Italia (70 %) pero muy diferente a países europeos del entorno, como Portugal (59 %) o Reino Unido (45 %)¹³³. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es que a pesar de que las personas puedan creer que existe el cambio climático, no lo consideran algo prioritario o urgente, y eso puede explicar que en España, con ese enorme porcentaje de personas que creen en los efectos del cambio climático, solo el 18,5 % de la población sea favorable a incorporar políticas de transición verde basadas en prohibiciones, impuestos y subvenciones al transporte y los combustibles, porcentaje muy parecido al 17,5 % que está en contra, mientras que el 64 % restante mantiene una postura ambivalente¹³⁴.

La relación entre salud y cambio climático es un elemento cada vez más relevante en las discusiones internacionales sobre cambio climático, como son las antes mencionadas COP (Conferencia de las Partes), el órgano supremo de decisión de la Convención Marco de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático (CMNUCC)¹³⁵, donde 198 países están representados. A finales de julio de 2025, se realizó en Brasilia una reunión previa a la COP 30, la 5ª Conferencia Global sobre Clima y Salud¹³⁶, donde se consensuó un documento para presentar en la COP 30, denominado “Plan de Acción de salud de Belém para la adaptación del sector salud al cambio climático”¹³⁷, que se apoya en 3 líneas de acción para la adaptación al cambio climático y el desarrollo de sistemas de salud resilientes al clima: seguimiento y monitoreo, políticas basadas en evidencia y mecanismos de producción e innovación. Lo que hay que destacar de este Plan de Acción es el énfasis que se pone en la participación social, especialmente de comunidades indígenas que no suelen tener voz en estas estrategias internacionales, y que puede ser una primera aproximación para que estas estrategias se construyan desde abajo hacia arriba, y no al contrario, que es cómo se hacen hasta el momento

Las COP, si bien han sido un espacio que ha permitido avanzar en la lucha contra el cambio climático, no ha respondido totalmente a las expectativas creadas, y sigue habiendo muchas resistencias para apostar decididamente por políticas que frenen las mayores causas de este cambio climático, debido sobre todo a intereses comerciales. Un ejemplo claro son la eliminación de los combustibles fósiles, que empezó como un objetivo claro a conseguir en 2030, a pasar a “una transición hacia una energía ver-

de”, donde el mayor compromiso era triplicar la capacidad mundial de energía renovable y duplicar la eficiencia energética para 2030. Pero incluso esos compromisos no se están cumpliendo y las energías renovables están solo complementando a la fósil, no reemplazándola. De hecho, los combustibles fósiles cubrieron dos tercios de la nueva demanda energética en 2023, y las empresas de combustibles fósiles están planificando expansiones de sus infraestructuras¹³⁸, en vez de limitarlas, a pesar de sus potenciales consecuencias, incluyendo las de salud. En ese sentido, la Alianza Global sobre Clima y Salud ha presentado un informe “De la cuna a la tumba: El impacto de los combustibles fósiles en la salud y la urgencia por una transición justa”¹³⁹, donde se muestra la relación de todo el ciclo de los combustibles fósiles desde su extracción hasta su eliminación, y su impacto en la salud de las personas, que son persistentes, durante todas las fases de la vida de las personas, y que afectan especialmente a las personas más vulnerables.

Es importante que las personas conozcan más en profundidad la relación entre clima y salud. Si la población percibe que su salud está en riesgo, éste puede ser un factor importante para evitar el retraso en la asunción de medidas que se tienen que tomar lo antes posible. Pero el miedo por sí solo nunca ha sido un elemento suficiente para que una decisión sea integrada realmente por las comunidades, ya que paraliza a muchas personas y genera resistencias. Hacen falta muchas más evidencias claras y concretas, un discurso que incluya esperanza y alternativas, y, finalmente una posibilidad de participación de las comunidades tanto profesionales como ciudadanas que les permitan ser parte de la solución y no solo parte del problema.

131 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8099728/>

132 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>

133 <https://ethic.es/2022/11/reticentes-y-negacionistas-quienes-se-oponen-a-las-politicas-climaticas-cambio-climatico/>

134 https://www.esade.edu/ecpol/en/publicaciones/los-reticentes-a-las-politicas-contr-el-cambio-climatico-quienes-son-que-piensen-y-como-votan/?_gl=1*w2ea4r*_up*MQ.*_ga*Mjc2NjA0NDgwLjE2NjgwNzc4ODM.*_ga_S41Q3C9XT0*MTY2ODA3Nzg4Mi4xLjEuMTY2ODA3Nzg4OS4wLjAuMA..

135 <https://unfccc.int/resource/docs/convkp/convsp.pdf>

136 <https://www.who.int/news-room/events/detail/2025/07/29/default-calendar/2025-global-conference-on-climate-and-health>

137 https://cdn.who.int/media/docs/default-source/climate-change/en---belem-action-plan.pdf?sfvrsn=d54d4f18_6

138 <https://iea.blob.core.windows.net/assets/140a0470-5b90-4922-a0e9-838b3ac6918c/WorldEnergyOutlook2024.pdf>

139 <https://climateandhealthalliance.org/uncategorized/cradle-to-grave-the-health-toll-of-fossil-fuels-and-the-imperative-for-a-just-transition-2nd-edition/>

2

Perspectiva internacional

- En 2024 la AOD del conjunto de países del CAD alcanzó los 207.629 millones de dólares, una reducción del 6,9 % respecto del año anterior. Para encontrar una caída porcentual similar, nos tenemos que remontar a 2007, hace 16 años. 2024 se coloca como el año con la tercera reducción porcentual más importante de toda la historia de la cooperación del CAD. En términos absolutos, la reducción ha sido de 15.119 millones de dólares respecto a 2023, una cifra sin precedentes en la historia de la cooperación internacional.
- La crisis actual del multilateralismo tiene como efecto directo el anuncio de unos recortes en la AOD por parte de una docena de países que cuestionan la razón de ser de la cooperación internacional y con ello su propia existencia. La OCDE predice que los recortes totales podrían ascender al 17 por ciento del volumen total de AOD. A los recortes anunciados por Estados Unidos, 50.000 millones de dólares en un solo año (el 92 % de su cooperación), se suman los anunciados por países de la Unión Europea que podrían alcanzar los 17.500 millones de dólares. El año 2025 podría convertirse en el peor año de la historia para la AOD.
- La cooperación internacional debe comunicar con mayor eficacia el impacto de sus acciones. En los últimos 20 años, gracias a las contribuciones de USAID, se han evitado 91,8 millones de muertes, entre ellas 30,4 millones de niños menores de cinco años. Sin embargo, si se mantienen los recortes anunciados en la cooperación estadounidense, millones de vidas que podrían salvarse estarán en riesgo en los próximos años.
- Para revitalizar el compromiso con la cooperación internacional, en 2025 se celebró en Sevilla la IV Conferencia Internacional sobre Financiación y Desarrollo, marcada por la notable ausencia de Estados Unidos. En este marco se firmó el “Compromiso de Sevilla”, que insta a cumplir con el objetivo del 0,7 % de ayuda oficial al desarrollo, aunque sin establecer un calendario concreto para ello. La voluntad política representa un avance necesario, pero insuficiente. Para que los compromisos se traduzcan en resultados tangibles, es imprescindible acompañarlos de recursos adecuados y políticas coherentes. Esto exige una cooperación internacional más integrada, inclusiva y fundamentada en los derechos humanos y en la evidencia.

- En 2024, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de los países miembros del CAD representa apenas el 0,33 % de su renta nacional bruta (RNB), lo que supone una caída de 0,04 puntos porcentuales respecto a 2023. Esta tendencia aleja aún más el cumplimiento del compromiso de Naciones Unidas de alcanzar el 0,7 % para 2030, una meta que en 2024 solo han logrado cuatro de los treinta y un países del CAD. La reducción de la AOD se ha concentrado principalmente en la vía multilateral, que ha experimentado un recorte del 10,9 % en comparación con el año anterior. Por su parte, la vía bilateral ha disminuido un 5,8 %, debido a tres factores clave: la reducción de la ayuda destinada a Ucrania (-17,6 %), el descenso en la financiación de la ayuda humanitaria (-9,6 %) y la disminución de los costes de acogida de refugiados en los países donantes (-17,3 %).
- En 2023, los países del CAD destinaron 15.514 millones de dólares al sector salud, lo que representa una caída del 44 % respecto a 2022. La salud apenas alcanzó el 8,7 % del total de la AOD bilateral distribuable, la mi-

tad del porcentaje registrado el año anterior. Los principales recortes no se limitaron a la reducción de fondos destinados a combatir la COVID-19. También se observaron disminuciones significativas en las contribuciones para la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. Esta tendencia evidencia que, pese a las lecciones que dejó la reciente pandemia, aún no se ha consolidado una respuesta sostenida y estratégica en materia de salud global.

- La voluntad de la comunidad internacional para abordar de forma conjunta los desafíos globales en materia de salud se ha ido debilitando con el tiempo, una tendencia que urge revertir. El nuevo Tratado Pandémico representa una oportunidad clave para recuperar el enfoque multilateral, que ha demostrado ser más eficaz, eficiente y con mayor impacto que las respuestas aislacionistas e individuales que algunos líderes promueven. Reforzar la cooperación global no solo es una cuestión de responsabilidad compartida, sino también de sentido estratégico ante amenazas que no respetan fronteras.

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 2024, que presentamos en este informe, el resto de las cifras que analizamos en este capítulo —con las correspondientes desagregaciones sectoriales— alcanzan hasta 2023.

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 2016-2024 en dólares constantes de 2023 (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 totalidad 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). 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 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*.

1.1. La AOD del CAD

La cooperación internacional atraviesa una etapa de alta complejidad. El modelo de sociedad imperante —consumista, orientado al crecimiento ilimitado, centrado en la inmediatez de los resultados y marcado por una creciente polarización— ha contribuido a que la cooperación internacional se vea cuestionada, debilitada e incluso desmantelada en algunos países económicamente fuertes, liderados por políticos que adoptan una visión nacionalista, cortoplacista y centrada en intereses internos, que desestiman el valor estratégico, ético y humano de la cooperación internacional. Esta tendencia no ha tenido hasta ahora una respuesta de resistencia social lo suficientemente importante como para revertirla.

Además del contexto externo, la cooperación internacional debe enfrentar importantes problemas internos que comprometen su legitimidad y eficacia, aun cuando no se hayan puesto nunca los recursos demandados para conseguir los resultados esperados. Entre los problemas a destacar, la interferencia de intereses políticos y económicos de los países donantes, que distorsionan las prioridades y dificultan el cumplimiento de los objetivos principales de la cooperación. Otro aspecto crítico que debemos añadir es la falta de representatividad en la toma de decisiones de los países y comunidades receptoras, que hace que esta cooperación tenga un sentido unidireccional y vertical en la que predominan las visiones, valores y modelos sociales de los países enriquecidos.

La crisis del multilateralismo ha tenido un impacto directo y profundo en la cooperación internacional, situándonos en un escenario preocupante en el que muchos de los países considerados tradicionalmente donantes han reducido de forma drástica los recursos destinados

a cooperación internacional¹, tal y como se ve en la tabla 2.1. Esta tendencia adquiere especial gravedad en el caso de quien ha sido el mayor donante mundial en cooperación, Estados Unidos, que ha anunciado un recorte del 92 %.

Europa, históricamente uno de los pilares de la cooperación internacional, no ha quedado al margen de esta tendencia regresiva. Reino Unido, por ejemplo, ha anunciado una reducción del 40 % en su AOD, pasando del 0,5 % al 0,3 % de su Renta Nacional Bruta en 2027. Esta disminución supone recortar 7.300 millones de dólares en apenas 3 años, cuando hace apenas una década el país se comprometió con el 0,7 % por ley. Este objetivo se cumplió entre 2013 y 2020, pero con la llegada de la COVID-19 se redujo al 0,5 %, con la promesa de volver al 0,7 % cuando se dieran las condiciones adecuadas². Las previsiones actuales indican que van a incrementar los recortes en AOD en lugar de recuperar el compromiso del 0,7 %. Otro país que alguna vez había alcanzado el 0,7 %, Alemania, prevé recortar su cooperación un 16 % en 2025, afectando la mayor parte a Ayuda Humanitaria. Suecia, uno de los pocos países que han superado el 0,7 % de forma estable y continuada en las últimas décadas, también ha anunciado recortes. Otros países que se suman a esta lista son Francia, Finlandia, Bélgica, Países Bajos y Suiza. En conjunto, solo considerando estos países europeos, los recortes alcanzarían los 17.500 millones de dólares en un periodo de apenas tres años, a los que habría que sumar los 50.000 millones de dólares que dejará de aportar Estados Unidos en un solo año.

Algunos de estos países justifican estos recortes alegando la necesidad de atender otras prioridades presupuestarias que consideran más necesarias. Los gobiernos de Reino Unido

TABLA 2.1. Países CAD con más importantes recortes en AOD

País	Recorte	% AOD recortado
Alemania	2.130 millones en 2025	16 %
Finlandia	1.200 millones menos desde 2024 a 2027	25 %
Bélgica	106 millones menos cada año (2025-2027)	25 %
Francia	2.100 millones menos en 2025	37 %
Reino Unido	7.300 millones hasta 2027 (reducir del 0,5 % al 0,3 % del a RNB)	40 %
Suecia	291 millones cada año (2026-2028)	6 %
Países Bajos	300 millones menos en 2025, 500 millones en 2026 y 2.400 millones en 2027	8 %-13 %-64 %
Suiza	261 millones en 2025	7 %
Estados Unidos	50.000 millones en 2025	92 %

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA EN BASE A DIFERENTES INFORMES

y Suiza, por ejemplo, han explicado que parte de esos fondos servirán para cubrir el gasto militar que tienen comprometido con la OTAN, que podría alcanzar el 5 % de su RNB³. Otros países, como Estados Unidos, se han escudado en la necesidad de cubrir prioridades domésticas.

A pesar de la crítica situación que atraviesa la cooperación internacional, no vale cualquier solución. Algunos discursos que pretenden “convencer” a los países de no recortar su AOD incurren en algunos de los errores conceptuales actuales, como asegurar que la cooperación ayudaría a abrir nuevos mercados para los productos del país que financia la cooperación. Esta lógica instrumentaliza la cooperación y desvirtúa su propósito que a nivel económico debería de ser el fortalecimiento del tejido productivo local para que los países puedan alcanzar un mayor

grado de autonomía. Por otro lado, no parece que la apelación a la vulneración de derechos elementales en el mundo debido a la inequidad, o la necesidad de cuidar a todas las personas en un mundo global, donde las fronteras están cada vez más difuminadas sean argumentos suficientes para movilizar a quienes se oponen a la cooperación internacional. En un mundo global, interconectado, las consecuencias negativas que sufren las poblaciones empobrecidas también repercuten en el resto de la humanidad. Por ejemplo, en el sector sanitario es una evidencia que mientras no protejamos la salud de todas las personas nuestra propia salud estará también en riesgo. Existen factores estructurales, como los determinantes comerciales de la salud, que trascienden las fronteras y requieren respuestas coordinadas de forma global.

1 <https://www.forbes.com/sites/globalcitizen/2025/02/25/foreign-aid-is-shrinking-what-happens-next/>
2 <https://lordslibrary.parliament.uk/overseas-aid-the-0-7-target/#:~:text=Between%202013%20and%202020%2C%20the,to%20restore%20spending%20to%200.7%25.>

3 <https://www.infobae.com/america/mundo/2025/06/26/la-union-europea-ratifico-el-compromiso-de-los-miembros-de-la-otan-de-elevar-el-gasto-en-defensa/>

LA CRISIS DEL SISTEMA MULTILATERAL Y LA SALUD GLOBAL

José Antonio Alonso

Catedrático de Economía Aplicada (UCM)

Nos encontramos sumidos en una etapa donde buena parte de los pilares sobre los que se articuló el orden liberal de la postguerra, entre ellos el sistema multilateral, parecen resquebrajarse ante nuestros ojos. La decisión de la Administración Trump de retirar a Estados Unidos del Acuerdo de París y de algunas agencias de Naciones Unidas, como la OMS, UNRWA o UNESCO, y de reducir los fondos a otras muchas (como el PNUD u OCHA), abocan a la ONU a la más profunda crisis de financiación en sus ocho décadas de existencia. El país que dio origen al sistema multilateral, aquel sin cuyo concurso protagonista no hubiera sido posible el nacimiento de Naciones Unidas, es quien más abierta y frontalmente se dispone hoy a demoler su criatura.

Pero, desengañémonos, la crisis de Naciones Unidas precede a estas desafortunadas decisiones, protagonizadas por un gobierno que parece desentenderse de las reglas y acuerdos internacionales, que abraza un nacionalismo excluyente y se muestra decidido a asentar las relaciones internacionales sobre el sistemático recurso a la amenaza y la agresión. Las decisiones de Trump, si se quiere, la abrupta puntilla a un proceso de desafección respecto de las instituciones multilaterales que viene de largo y al que han contribuido muchos países. Esa desafección encuentra sus razones profundas en dos factores que han venido gestándose en el tiempo y que mutuamente se refuerzan: por una parte, la desconfianza que suscita la capacidad y eficacia del sistema multilateral, tal como está actualmente configurado, para afrontar los desafíos colectivos; por otra, la rocosa resistencia que las potencias revelan para ceder parte de su capacidad de decisión y autonomía estratégica, en beneficio de una acción concertada a escala internacional. Se

da así la paradoja de que cuando más necesaria es la acción cooperativa a escala internacional para gobernar los procesos de globalización y afrontar los desafíos globales, más debilitado y cuestionado se encuentra el sistema multilateral desde el que construir esa respuesta.

Esta debilidad del sistema multilateral afecta a muchos ámbitos de la gobernanza global, pero en especial daña la capacidad que la comunidad internacional tiene para regular y proveer los bienes públicos globales, aquellos que afectan a todos, ricos y pobres, sin posibilidad de exclusión. Bienes públicos que se demandan porque son claves para sostener la vida, la estabilidad y el progreso de la humanidad. Entre esos bienes, ocupa un lugar preferente la salud global. No todos los aspectos relacionados con la salud tienen la condición de bien público internacional, pero sí lo tienen, sin duda, aquellos componentes que se relacionan con el combate contra las enfermedades transmisibles. El caso de la COVID-19 ilustra esta caracterización: no importa donde se haya iniciado el foco infeccioso, en un mundo interdependiente sus efectos alcanzan a todos los rincones del planeta. Pero, incluso aquellos ámbitos de la salud que no son bienes públicos internacionales son ámbitos que afectan a un derecho básico de las personas (la posibilidad de desplegar una vida saludable), por lo que es función de las instituciones públicas —también de las multilaterales— establecer las condiciones para su protección y disfrute.

Pues bien, el deterioro del sistema multilateral no solo dificultará el futuro avance en los niveles globales de salud, sino que también pondrá en riesgo alguno de los logros que se suponían definitivamente conquistados. Por ejemplo, uno de los más reseñables avances en este campo vino

de la mano de las campañas globales de vacunación, acometidas en las décadas de 1960 y 1970, con apoyo de fundaciones privadas, organismos multilaterales y donantes, y que tenían como objetivo combatir enfermedades (como la viruela o la polio) que eran causa de muerte o de daños físicos severos en las poblaciones del mundo en desarrollo. En la actualidad asistimos a una reacción por parte de algunos gobiernos, entre ellos el de Trump, que cuestiona estas terapias, contrariando la evidencia histórica y la fundamentación científica ¿Qué sucederá con enfermedades que requieren esos tratamientos, algunas de ellas con preocupantes rebrotes en los últimos tiempos? ¿cómo afrontar la próxima crisis vírica?

Pero, las actividades multilaterales en apoyo a la salud van más allá del ámbito de las vacunas o de la prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles. También forma parte de su mandato fortalecer los sistemas nacionales de salud, combatir enfermedades no transmisibles de creciente incidencia (como las cardiopatías, el cáncer o la diabetes), mejorar los niveles de salud materno-infantil o prevenir, vigilar y proteger a las poblaciones frente a las posibles emergencias (entre otras las sanitarias). El debilitamiento del sistema multilateral terminará por dañar los avances en todos esos frentes.

Fijémonos en lo que constituye la institución central del sistema multilateral de salud: la OMS. El presupuesto previsto para el bienio 2026-27 (4.267 millones de dólares) supone ya un retroceso del 14 % respecto al del bienio anterior. Una parte de lo previsto corresponde a las cuotas de los países (que están siendo redefinidas tras la salida de Estados Unidos), otra parte son aportaciones voluntarias, pero ya establecidas (bien por estar acreditadas o por formar parte de un proceso plurianual en curso), pero restan todavía 1.649 millones de dólares (el 39 % del total) que están por ser financiados ¿Habrà la voluntad política y el músculo financiero por parte de los países para dar respuesta a esa demanda? Recordemos que no solo Estados Unidos ha

reducido sus aportaciones, sino también un grupo amplio de países europeos —entre los que está el Reino Unido, Francia o Alemania, principales proveedores de financiación al sistema multilateral— que han anunciado severos recortes en su ayuda, acuciados por la necesidad de reducir sus déficits públicos.

Si esto sucede con la OMS que tiene una parte de su financiación asociada a cuotas obligadas de los Estados miembros, más vulnerable es la posición de aquellas otras organizaciones o fondos que dependen crucialmente de las aportaciones voluntarias de los países. Por ejemplo, tomemos el caso de UNAIDS, la organización encargada de combatir el VIH: la financiación recibida en 2024 (223 millones de dólares) supuso un 17 % menos de la recibida tres años antes, en 2020, pero, además, casi el 50 % de los fondos de aquel año proceden de Estados Unidos. ¿Cómo mantendrá su actividad esa organización, crucial para países como los del Cono Sur de África, tras las decisiones de la Administración Trump? Recurramos a otro ejemplo ilustrativo: el caso de GAVI, la alianza global sobre vacunas. En el período 2021-24, Estados Unidos contribuyó a esta organización aportando el 24 % de sus fondos; pero otro 24 % de los recursos fueron aportados por Alemania y el Reino Unido, dos de los países que han anunciado recortes en su ayuda ¿Cómo afectará esta regresión en la provisión de recursos a esta alianza tan central en el sistema de salud global?

No conviene minimizar los efectos que se pueden derivar de la seria crisis de financiación en que se sume al ecosistema de instituciones multilaterales de salud a escala global. Su impacto se medirá desafortunadamente en sufrimiento y en vidas humanas, en costes económicos y humanos y en vulnerabilidad creciente de las poblaciones. Es importante, por tanto, que surja en la comunidad internacional un grupo de países que reafirmen su compromiso multilateral y se muestren dispuestos a compensar, en parte al menos, los efectos que genere la retirada de fondos de los donantes más reacios. Es una forma de preservar

un sistema y unos valores necesarios para poner a la vida (de las personas y del planeta) en el centro de las preocupaciones, a la espera de que el tiempo vuelva a hacer ver a aquellos países hoy reacios que, en un mundo interdependiente, la mejor forma de defender el interés nacional es a través de la cooperación internacional.

Como la COVID-19 nos ha enseñado lo que no se invierte hoy en salud de manera preventiva, termina por convertirse mañana en un coste amplificado (y a veces irreversible). Por ello,

el gasto en salud global no es optativo: es una inversión obligada en las personas y en sus capacidades para hacer posible que puedan optar por el modo de vida que valoran. Es más, como recuerda el premio Nobel Amartya Sen, entre las capacidades humanas, la referida a la salud ocupa un puesto preferente porque tiene una naturaleza habilitante, que condiciona el despliegue de otras muchas capacidades. Confíemos, pues, en que haya un número suficiente de países que asuman las implicaciones de esa aseveración.

Como ya señalamos en el informe anterior, el CAD inició hace ya un par de años un proceso de reflexión sobre el sistema de ayuda y el modelo de cooperación internacional⁴, identificando la mayoría de los grandes retos ya mencionados, poniendo en cuestión el modelo imperante en estos momentos. En ese sentido, la OCDE, en su informe de 2024⁵, centra su análisis en incluir asuntos tan relevantes como la necesidad de fortalecer los sistemas tributarios de los países más vulnerables. Esta medida permitiría a los países tener recursos suficientes para afrontar sus retos internos, como el pago de la deuda externa o la mejora de servicios sociales básicos como educación y la salud.

Las cantidades que se barajan en torno a los flujos financieros ilícitos son enormes. Se estima que estos flujos cuestan a los gobiernos entre 500.000 y 600.000 millones de dólares al año en ingresos fiscales, mientras que el lavado de dinero alcanza los 1,6 billones de dólares al año⁶, ocho veces más de lo que se destinó a cooperación en el mundo en 2024. Mientras esas cifras aumentan, el gasto mundial en un servicio básico como es la salud disminuye, sobre todo en países de renta media y baja. La magnitud de los

recursos provenientes de actividades ilícitas es tan importante que, si todo ese dinero se destinara solo a salud, el gasto mundial anual en salud aumentaría un 20 % aproximadamente, lo que podría solventar muchos de los problemas actuales que afectan al sector. Pero disponer de más recursos no es suficiente. Es imprescindible que este dinero se acompañe de otras medidas, como orientar los recursos al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, especialmente de los países más frágiles, priorizar la atención primaria de salud, proteger a las personas vulnerables de los gastos catastróficos en salud e integrar el trabajo con los determinantes sociales y comerciales de la salud.

El análisis de las cifras globales de la AOD del CAD revela que los recortes en cooperación que han realizado varios países han superado claramente a aquellos que han mantenido o aumentado sus aportaciones, interrumpiendo la tendencia ascendente que se mantenía desde hacía cinco años. En 2024 se destinaron 207.629 millones de dólares, lo que representa una reducción del 6,9 % respecto al año anterior. Para encontrar una caída porcentual similar, nos tenemos que remontar a 2007, hace 16 años. 2024

se coloca como el año con la tercera reducción porcentual más importante de toda la historia de la cooperación del CAD. En términos absolutos, la reducción ha sido de 15.119 millones de dólares respecto a 2023, una cifra sin precedentes en la historia de la cooperación internacional. Las estimaciones para 2025 indican que estos recortes se van a intensificar en los próximos años, como ya hemos visto anteriormente.

Si analizamos la proyección de los últimos años, se observa cómo, a pesar de unos incrementos importantes en la financiación mantenidos en el tiempo, se estaba muy lejos de alcanzar el objetivo histórico del 0,7 %. La media del conjunto de países del CAD se ha alejado progresivamente del objetivo del 0,7 %. En 2024, el promedio se situaba en el 0,33 % de la renta nacional bruta (RNB), cuando en 2023 era de 0,37 % y en 2015 alcanzó el 0,4 %. Si todos los países donantes cumplieran sus compromisos de destinar el 0,7 % a Ayuda Oficial al Desarrollo, el desembolso total en 2024 hubiera sido de 440.425 millones de dólares, casi 233.000 millones más que los fondos consignados en ese año, lo que habría supuesto duplicar los recursos disponibles y con ello los resultados. Esta tendencia descendente hace prácticamente imposible cumplir el compromiso de alcanzar en 2030 el objetivo del 0,7 % de la renta nacional bruta de los países del CAD, tal y como se comprometieron en multitud de ocasiones desde 1980. Sin embargo, esto no debe servir de excusa para dejar de intentarlo. Urge que todos los países que incumplen este compromiso elaboren una hoja de ruta realista, que permita avanzar de forma progresiva hacia el cumplimiento de éste.

El informe preliminar de 2024 del CAD⁷, señala que el retroceso que se observa en 2024 se ha debido principalmente a un descenso del 10,9 % en sus contribuciones a organismos

internacionales, que en 2023 se habían incrementado por aportaciones tanto a la Asociación de Desarrollo del Banco Mundial, como al Fondo Fiduciario para la Resiliencia y la Sostenibilidad del Fondo Monetario Internacional. La ayuda bilateral de los países miembros del CAD también disminuyó un 5,8 % debido a la reducción de la ayuda a Ucrania (17,6 %), de la ayuda humanitaria (9,6 %), y de los costos de acogida de refugiados en los países donantes (17,3 %). La AOD bilateral neta para programas, proyectos y asistencia técnica también disminuyó ligeramente un 1,2 %, aunque esta reducción se debe en parte al descenso en la cooperación con Ucrania. Las partidas destinadas al alivio de la deuda, algo que puede ayudar a los países más vulnerables a ser menos dependientes, se mantuvieron en apenas 241 millones de dólares.

Del total de la ayuda gestionada por el CAD en 2024, 3.836 millones de dólares se destinaron a “instrumentos para el sector privado” (PSI, por sus siglas en inglés), lo que supone un 1,8 % del conjunto de la ayuda, mientras que en 2023 fue de 1,3 %. Estas ayudas pueden revitalizar estructuras económicas esenciales, pero necesitan asegurar que no supongan un incremento en la brecha de inequidad que sufre la población más vulnerable. En el ámbito de la salud, por ejemplo, diferentes estudios realizados por Oxfam muestran cómo las inversiones de diferentes donantes internacionales, como el Banco Mundial, en hospitales privados han empeorado el acceso de la población más vulnerable a los servicios de salud⁸.

Respecto a los préstamos bilaterales soberanos, en 2024 se registró un incremento marginal del 0,4 %, representando el 9 % de la AOD bilateral. Los países que más recurrieron a esta modalidad fueron Japón (56 % de su AOD bilateral), Corea del Sur (30 %), Portugal (23 %),

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

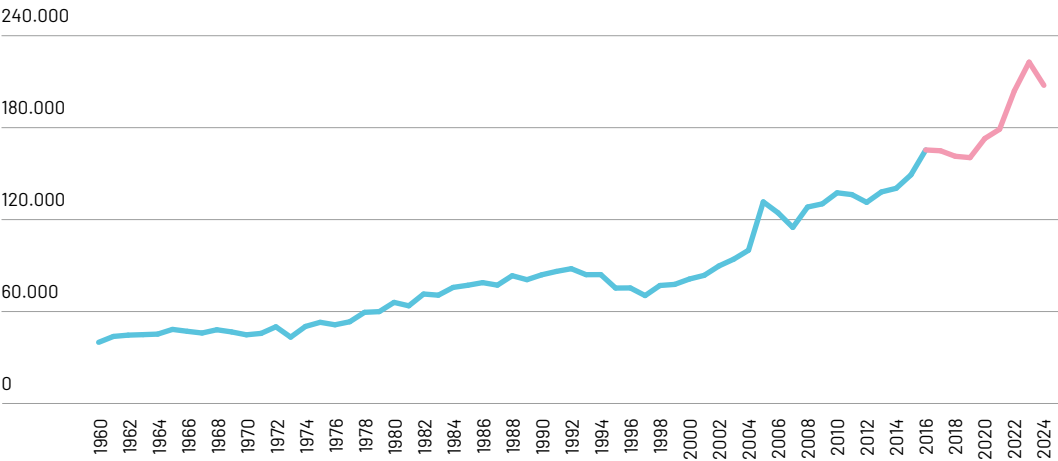
5 https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2025/06/tax-co-operation-for-development_de511201/cf95c967-en.pdf

6 [https://gfiintegrity.org/report/trade-related-illicit-financial-flows-in-134-developing-countries-2009-2018/#:~:text=US\\$1.6%20trillion,which%20comprehensive%20data%20are%20available.](https://gfiintegrity.org/report/trade-related-illicit-financial-flows-in-134-developing-countries-2009-2018/#:~:text=US$1.6%20trillion,which%20comprehensive%20data%20are%20available.)

7 [https://one.oecd.org/document/DCD\(2025\)6/en/pdf](https://one.oecd.org/document/DCD(2025)6/en/pdf)

8 <https://www.oxfam.org/en/press-releases/poor-people-being-bypassed-or-bankrupted-rich-countries-pour-development-billions>

GRÁFICO 2.1. Evolución 1960-2024 de la aportación neta a AOD por el conjunto de países de la OCDE (en millones de dólares constantes 2023)



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

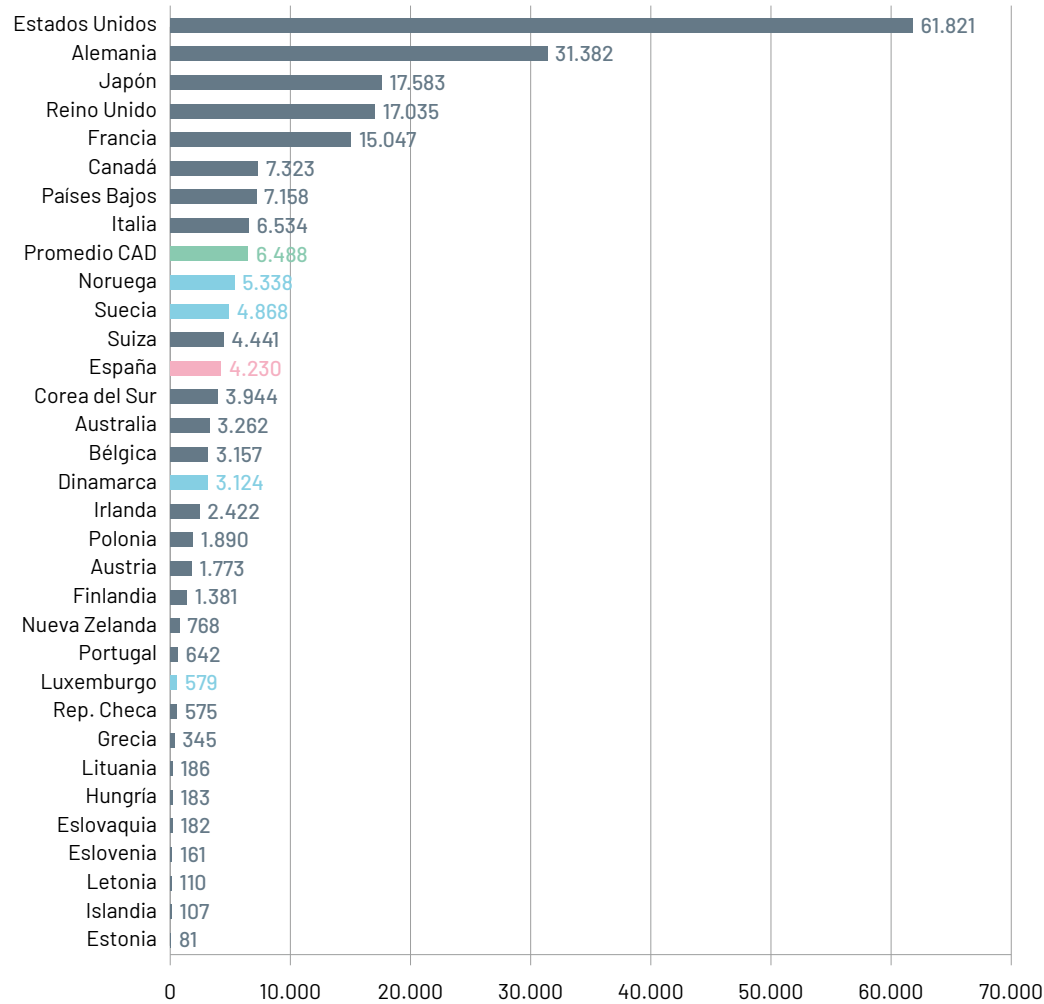
Francia (21 %), Hungría (17 %) y Canadá (15 %). Por su parte las instituciones de la UE redujeron sus préstamos bilaterales soberanos en un 28 %, y, aun así, representó el 25 % de su AOD bilateral. Como ya comentamos en el informe del año anterior, estos préstamos siguen generando debate respecto a su idoneidad como herramienta adecuada para reducir inequidades. En algunos casos, lejos de contribuir a cerrar brechas, las acentúan, especialmente cuando las condiciones de devolución no están alineadas con las necesidades reales de las poblaciones más vulnerables⁹.

En 2024, se mantienen los cinco principales donantes del CAD de los últimos años. Estados Unidos encabeza la lista con una contribución de 63.300 millones de dólares, representa por sí sólo el 30 % del total de la AOD del CAD. Le siguen Alemania (32.400 millones de dólares), Reino Unido (18.000 millones de dólares), Japón (16.800 millones de dólares) y Francia (15.400 millones de dólares) conformando un grupo que en conjunto aporta el 69 % del total de la AOD de los países del CAD. Todos estos países, salvo

Francia que mantiene sus cifras de AOD, han reducido sus aportaciones en 2024: Estados Unidos un 4,5 %, Japón un 14,3 %, Reino Unido un 5,7 % y Alemania un 11,7 %. Según los datos reflejados en la tabla 2.1, la AOD de estos países, salvo Japón, tiene previstos a partir de 2025 recortes muy significativos, especialmente Estados Unidos, lo que podría traducirse en la mayor regresión de la AOD del CAD de toda su historia. La reducción de las partidas de la cooperación internacional es algo que en 2024 ha afectado a la mayoría de los países del CAD, no solo a los más importantes. Un total de 22 países del CAD han visto reducida su AOD, mientras que solo 10 han logrado mantenerla o incrementarla.

Aunque las cifras absolutas son relevantes, no recogen adecuadamente el esfuerzo que en materia de cooperación realizan los diferentes países, ya que este esfuerzo depende mucho de otras variables, como el tamaño del país y de su economía, siendo más relevante para valorar el compromiso de los países conocer el porcentaje que destina a cooperación del total de su renta nacional bruta. El peso de la AOD sobre la

GRÁFICO 2.2. AOD Grant Equivalent 2024 (en millones de dólares)



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

RNB ha disminuido en los cinco principales donantes del CAD, y ninguno de ellos alcanza el objetivo del 0,7 %. Alemania es el país que más se aproxima con un 0,67 %, aunque registra la caída más relevante respecto al año anterior, cuando destinaba el 0,79 %. Reino Unido alcanza el 0,5 %, ocho centésimas menos que el año anterior, mientras que Francia alcanza el 0,48 %, apenas dos centésimas menos. Japón con 0,39 %, baja cinco centésimas, Estados Unidos, el mayor donante en cifras absolutas y la mayor economía

del mundo, apenas destina el 0,22 % de su RNB, dos centésimas menos que en 2023, el octavo país con menor esfuerzo relativo entre los donantes del CAD.

Solo cuatro de los treinta países que son parte del CAD alcanzaron el objetivo de las Naciones Unidas de destinar a AOD al menos el 0,7 % de su RNB: Dinamarca (0,71 %), Suecia (0,79 %), Luxemburgo (1,00 %) y Noruega (1,02 %). Cabe destacar el caso de la cooperación sueca, único país que ha mantenido de forma constante una aportación del

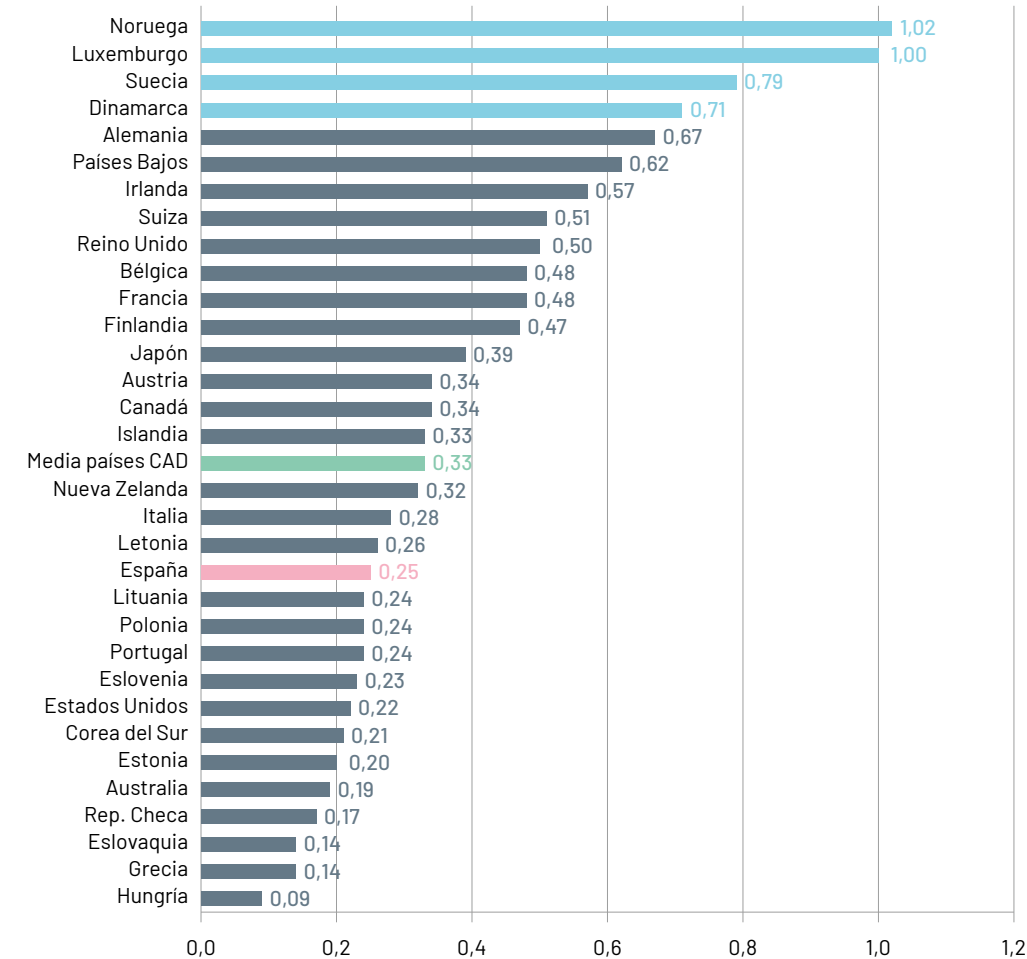
9 <https://www.bancomundial.org/es/topic/debt/overview>

0,7 % desde 1975¹⁰, año límite fijado por los países más enriquecidos para cumplir este compromiso.

Si se observa el gráfico 2.3, se evidencia que, además de los cuatro países que alcanzan el objetivo, otros once superan la media del CAD, mientras que diecisiete no lo hacen, entre ellos, España, que con un 0,24 % ocupa el puesto 20 de 32. Además de Alemania, solamente Países Bajos, Irlanda y Suiza superan el 0,5 %. En el extremo opuesto, países como Australia, República Checa, Eslovaquia, Grecia y Hungría no alcanzan el 0,2 %.

Estos porcentajes reafirman el escaso interés que la mayoría de los países del CAD han mostrado por cumplir su compromiso del 0,7 %. Mas allá de factores estructurales o coyunturales, lo que parece predominar es una falta de voluntad política sostenida en el tiempo. El Reino Unido, como ya hemos visto, es un claro ejemplo de esto, alcanzó el 0,7 % por mandato legal y lo mantuvo hasta 2020. A partir de esta fecha, los recortes sitúan la AOD en el 0,5 %, porcentaje habitual antes de blindar el objetivo de 0,7 % por ley.

GRÁFICO 2.3. AOD de los países del CAD, como porcentaje de la renta nacional bruta, en 2024



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

Aunque la Unión Europea sigue siendo el principal donante mundial con el 42 % de toda la AOD del CAD, alcanzando los 88.700 millones de dólares, mantiene la tendencia descendiente en sus niveles de cooperación, sufriendo en 2024 un descenso del 8,6 %. En términos relativos, el porcentaje de la RNB dedicado a AOD por la UE alcanzó el 0,47 %, 5 centésimas menos que en 2023. A pesar de esta caída, sigue estando claramente por encima del 0,33 % que supone la media del CAD. Sin embargo, el compromiso no es homogéneo entre los países que conforman la UE, 15 disminuyeron su AOD y solamente 7 la incrementaron.

Si el análisis se centra en el G7 (Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, Italia, Canadá y Japón), se observa que este grupo de países concentra el 75 % de toda la AOD del conjunto de los países del CAD, un porcentaje muy similar a 2022 y 2023. Tres de cada cuatro dólares destinados a cooperación provienen de uno de estos siete países, lo que subraya su peso determinante en el sistema global de ayuda.

Respecto a España, en 2024 se produce una recuperación importante respecto a 2023, con un incremento de su AOD del 9 %, debido principalmente al crecimiento de su contribución a la ayuda multilateral y por el gasto asociado a la atención de personas refugiadas en el país donante. En términos absolutos, España destinó a cooperación 4.230 millones de dólares, 368 millones más que en 2023. Este incremento ha supuesto una recuperación mínima del porcentaje de la RNB que se destina a cooperación, pasando de 0,24 % en 2023 a 0,25 % en 2024. Este porcentaje está muy alejado, no solo del compromiso del 0,7 %, sino de la media europea, que

prácticamente duplica el esfuerzo relativo español. España se sitúa en la parte media baja del conjunto de países del CAD en cuanto a porcentaje destinado a cooperación, ya que 12 países tienen un porcentaje más bajo y 19 más alto. Si el análisis se hace con las cifras absolutas, España mantiene el puesto número 13 de 32 países, una ubicación que ha conservado de forma estable desde 2022.

En junio de 2025 se celebró en Sevilla la Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo. Los países participantes, entre los que no estaba Estados Unidos, subscribieron el denominado “Compromiso de Sevilla”¹¹, una declaración conjunta que busca revitalizar el papel de la cooperación como herramienta esencial para enfrentar los desafíos globales. El documento insta a cumplir con el compromiso histórico del 0,7 %, pero sin poner fecha para ello, algo que vuelve a ser un impedimento para empujar a los países a cumplir ese compromiso. Esta declaración representa un avance político relevante si bien contrasta con las tendencias actuales y previsiones futuras que apuntan a recortes generalizados en la AOD.

A pesar de ello el “Compromiso de Sevilla” pueda ser un punto de inflexión si logra generar una reflexión profunda entre los países sobre sus previsiones de recortes de su AOD. También puede ser un buen momento para que la UE y otros países recojan el testigo de Estados Unidos y lideren una nueva propuesta de cooperación internacional, donde se prime el impacto, la eficacia y la eficiencia, a través de una cooperación más integrada, participativa, y cuyas políticas estén basadas en los derechos humanos y en la evidencia.

10 <https://www.lamarea.com/2024/10/22/medio-siglo-compromiso-07-ayuda-al-desarrollo-europa/>

11 <https://news.un.org/es/story/2025/07/1540076>

CUARTA CONFERENCIA INTERNACIONAL SOBRE FINANCIACIÓN PARA EL DESARROLLO (FfD4) “SEVILLA NO ACABA EN SEVILLA”

La Cuarta Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (FfD4), celebrada en Sevilla del 30 de junio al 3 de julio de 2025, se planteó como una oportunidad para repensar la arquitectura financiera global y acelerar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).

En términos de organización, la Conferencia de Sevilla ha sido todo un reto logístico para España que, a pesar de algunos percances habituales en este tipo de encuentros, ha superado con nota. La conferencia contó con la participación de más de 10.000 personas, con presencia de 187 países miembros de Naciones Unidas, más de 100 delegaciones internacionales (cerca de 60 jefas y jefes de Estado y de Gobierno), una asistencia muy destacada de sociedad civil y una fuerte presencia de países en desarrollo, para quienes la reunión era clave en la agenda internacional a cinco años del cumplimiento de los ODS.

En términos de resultados hay que poner en valor haber alcanzado un documento por consenso (con la ausencia de EE. UU), el “Compromiso de Sevilla”, en un contexto global complejo, que reafirma la apuesta por el multilateralismo y la cooperación como vía para responder a los desafíos globales. Un compromiso que ha logrado revitalizar una Agenda deprimida por el contexto internacional, generando un espacio dinámico y de compromiso real orientado a la acción y que se concreta en la creación de la Plataforma de Acción de Sevilla, que reúne 130 iniciativas impulsadas por países, organizaciones internacionales y sociedad civil.

El Compromiso de Sevilla dispondrá de un mecanismo de seguimiento en el que está trabajando España con Naciones Unidas, la OCDE e instituciones financieras internacionales, una muestra más de ese intento por fortalecer alianzas al más alto nivel. Como también lo es la cons-

trucción de la Plataforma de Acción de Sevilla donde se articularon medidas y coaliciones concretas con alto nivel de participación, en algunos casos como las iniciativas vinculadas a género y enfoque feminista, lucha contra el hambre y la pobreza, localización, sostenibilidad de la deuda, arquitectura de salud global y métricas más allá del PIB, con el liderazgo de España.

La valoración positiva de la cumbre no debe ocultar que la ambición inicial del compromiso se fue diluyendo en las negociaciones, generando cierta decepción, siendo ahora más necesario que nunca reforzar el Compromiso de Sevilla con más participación de la sociedad civil, cuya voz resulta esencial para garantizar la inclusión de derechos y perspectivas diversas. Como también lo es afrontar el reto pendiente de la gobernanza económica global en una arquitectura financiera internacional que debe avanzar en democracia. “Sevilla no acaba en Sevilla”. El compromiso del 0,7 %, ratificado una vez más, debe dejar de ser un compromiso vacío. Requiere de planes concretos y realistas como puede ser convertirlo en Ley como ha hecho España.

Admitiendo la satisfacción que genera el Compromiso, especialmente por las circunstancias en las que se celebró la cumbre, no podemos dejar de nombrar algunos temas que se han visto reducidos en el texto final como es el caso de la acción humanitaria y su vínculo con el desarrollo, la financiación climática y ambiental, el tratamiento de la deuda o aspectos de gobernanza internacional. Estos temas siguen siendo importantes y desde la sociedad civil debemos trabajar para que se mantengan en la agenda.

Finalmente, como organizaciones de salud y humanitarias, destacar la iniciativa sobre salud global y la inclusión de referencias directas a conflictos armados y a la necesidad de abordar sus causas raíz.

1.2. Distribución de la AOD en 2023

Como ya hemos comentado, la mayor parte de los países del CAD han reducido sus aportaciones a cooperación. Sin embargo, unos pocos han registrado aumentos que merecen ser destacados: Corea del Sur (+24,8 %), Portugal (+21,3 %), Bélgica (+12,2 %), y España (+9 %). En todos los casos, salvo el de Corea del Sur (que incrementa su cooperación bilateral), el componente

multilateral ha sido la causa principal de ese incremento. En el otro lado, Hungría (-31,5 %), Chequia (-29,3 %), Polonia (-26,8 %) y Estonia (26,3 %) son los países del CAD que más disminuyen su cooperación. Todos, salvo Hungría, que recorta su AOD de forma general, reducen las partidas para acoger refugiados en los propios países donantes.

TABLA 2.2. AOD neta de los países del CAD 2019-2024

AOD	2019 GE		2020 GE		2021 GE		2022 GE		2023 GE		2024 GE	
Neta	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB	Monto	% AOD/ PIB
Alemania	23.806	0,60	28.680	0,73	32.232	0,74	35.025	0,83	37.645	0,82	31.382	0,67
Australia	2.949	0,22	2.869	0,21	3.444	0,22	3.040	0,19	3.253	0,19	3.262	0,19
Austria	1.211	0,27	1.273	0,30	1.460	0,31	1.853	0,39	1.959	0,38	1.773	0,34
Bélgica	2.177	0,42	2.344	0,48	2.571	0,46	2.657	0,45	2.814	0,44	3.157	0,48
Canadá	4.673	0,27	5.052	0,31	6.271	0,32	7.832	0,37	7.965	0,38	7.323	0,34
Corea del Sur	2.521	0,15	2.250	0,14	2.855	0,16	2.786	0,17	3.160	0,17	3.944	0,21
Dinamarca	2.546	0,71	2.652	0,72	2.874	0,70	2.857	0,70	3.057	0,73	3.124	0,71
EE UU	34.615	0,16	35.576	0,17	42.311	0,18	55.277	0,22	64.686	0,24	61.821	0,22
Eslovaquia	129	0,12	141	0,14	151	0,13	171	0,15	175	0,14	182	0,14
Eslovenia	86	0,16	91	0,17	115	0,19	164	0,27	164	0,24	161	0,23
España	2.896	0,21	2.987	0,23	3.542	0,25	4.207	0,30	3.862	0,24	4.230	0,25
Estonia	42,00	0,13	49,00	0,16	60,00	0,17	203,0	0,54	110	0,28	81	0,20
Finlandia	1.126	0,42	1.278	0,47	1.436	0,47	1.614	0,58	1.526	0,54	1.381	0,47
Francia	12.176	0,44	14.125	0,53	15.448	0,52	15.876	0,56	15.050	0,48	15.047	0,48
Grecia	308	0,14	325	0,17	264	0,12	305	0,14	334	0,14	345	0,14
Hungría	317	0,22	418	0,27	455	0,29	396	0,28	268	0,13	183	0,09
Irlanda	935	0,31	988	0,31	1.169	0,31	2.452	0,64	2.817	0,67	2.422	0,57
Islandia	67	0,27	58	0,27	72	0,28	93	0,34	111	0,35	107	0,33
Italia	4.900	0,24	4.248	0,22	6.017	0,28	6.468	0,32	6.121	0,27	6.534	0,28
Japón	15.507	0,29	16.260	0,31	17.619	0,34	17.475	0,39	19.235	0,44	17.583	0,39
Letonia	34,00	0,10	40,00	0,12	47,00	0,12			141	0,34	110	0,26
Lituania	58,00	0,11	67,00	0,12	83,00	0,13	197	0,29	213	0,30	186	0,24
Luxemburgo	474	1,05	452	1,03	539	0,99	531	1,00	580	0,99	579	1,00
Noruega	4.292	1,02	4.196	1,11	4.673	0,93	5.161	0,86	5.548	1,09	5.338	1,02
Nueva Zelanda	559	0,28	530	0,26	681	0,28	538	0,23	764	0,31	768	0,32
Países Bajos	5.292	0,59	5.359	0,59	5.288	0,52	6.471	0,67	7.361	0,66	7.158	0,62
Polonia	684	0,12	829	0,14	952	0,15	3.378	0,51	2.580	0,33	1.890	0,24
Portugal	373	0,16	413	0,18	450	0,18	505	0,23	529	0,19	642	0,24
Reino Unido	19.365	0,70	18.568	0,70	15.814	0,50	15.748	0,51	19.068	0,58	17.035	0,50
Rep. Checa	306	0,13	299	0,13	362	0,13	987	0,36	810	0,24	575	0,17
Suecia	5.397	0,99	6.349	1,14	5.927	0,92	5.456	0,90	5.622	0,93	4.868	0,79
Suiza	3.093	0,44	3.563	0,49	3.927	0,51	4.477	0,56	5.219	0,60	4.441	0,51
Total países CAD	152.780	0,30	162.173	0,33	178.916	0,33	203.995	0,36	222.748	0,37	207.629	0,33

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS OCDE – CAD

Geográficamente, existen señales preocupantes respecto a las regiones más vulnerables. Los flujos netos de AOD bilateral hacia África experimentaron un ligero descenso del 1 %, alcanzando los 41.000 millones de dólares, de los que un 87,8 % se destinaron a la región de África Subsahariana. También las partidas destinadas al grupo de países menos adelantados (PMA) se redujeron un 3 % en comparación con el año anterior. Esta disminución, aunque sea moderada, resulta preocupante ya que afecta directamente a los países y regiones con mayores necesidades y menos capacidad de respuesta frente a los retos que tienen que afrontar.

El conflicto de Ucrania pierde protagonismo en la cooperación internacional. La AOD destinada a este país disminuyó un 16,7 % respecto al año anterior, situándose en 15.500 millones de dólares, lo que representa el 7,4 % de toda la AOD del CAD. La cifra supone una reducción de 4.500 millones, cuando suponían el 9 % del total. A pesar de este descenso, las instituciones de la UE sí que mantienen su compromiso por

Ucrania destinando 19.000 millones de dólares a este país, lo que representa el 53 % de toda su AOD.

En cuanto a Gaza, resulta extraño que no aparezca ninguna mención a este conflicto en el informe provisional de la OCDE, cuando en 2023 era uno de los focos destacados, con una relevancia internacional que no ha dejado de incrementarse. Esta omisión podría deberse a dos motivos, o bien las dificultades operativas para poder canalizar la ayuda en las condiciones adecuadas para cubrir las necesidades de la población gazatí, lo que ha podido provocar un desplome de la ayuda a Gaza, o hay presiones políticas dentro de la OCDE para invisibilizar la actual situación en la zona.

Existen otros países fuera del CAD que son cada vez más relevantes en el sector de la cooperación para el desarrollo. El grupo BRICS+, conformado originalmente por Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica¹², ha ampliado su influencia con la inclusión en 2024 de Irán, Egipto, Emiratos Árabes, Arabia Saudí y Etiopía. Hace

tiempo que la cooperación para el desarrollo ha dejado de ser un terreno exclusivo de los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD). El grupo BRICS+ tiene cada vez más peso y propone una forma diferente de entender la cooperación, aunque no existe una información detallada sobre cómo la desarrollan o las cantidades que destinan. Momentáneamente los países BRICS+ han pausado la aceptación de nuevos miem-

bros, como es el caso de Turquía, hasta mejorar su proceso de institucionalización¹³.

Un actor destacado en cooperación internacional en 2024, fuera del CAD, es sin duda Kuwait, que destinó 1.014 millones de dólares a cooperación, lo que representa un 0,53 % de su renta nacional bruta. En 2023 Kuwait había prácticamente eliminado su AOD destinando apenas 82 millones de dólares a cooperación.

1.3. AOD destinada a personas refugiadas en países donantes

Hace ya tiempo que en el CAD se ha instalado el debate en torno a si la ayuda destinada a personas refugiadas dentro de las fronteras de los países donantes debe computarse como Ayuda Oficial al Desarrollo. Aunque nadie pone en duda que se trata de partidas imprescindibles para proteger los derechos esenciales de estas personas, su impacto directo en el desarrollo de los países de orígenes prácticamente nulo. En 2024 estas partidas disminuyen de manera significativa, convirtiéndose en una de las principales causas de la reducción de la AOD del conjunto de los países del CAD. En 2024 se destinaron 27.762 millones de dólares a gastos relacionados con personas refugiadas en los países donantes. Esto representa una caída de 4.800 millones de dólares, lo que equivale a una disminución del 14,8 % respecto a 2023. En términos relativos, estos gastos destinados a personas refugiadas en

el país donante supusieron el 13,1 % del total de la AOD del CAD en 2024, 1,5 puntos porcentuales menos que en 2023.

El volumen de ayuda destinada a personas refugiadas está directamente relacionado con los mayores conflictos que suceden a nivel internacional. En los años 2016 y 2017 estas ayudas alcanzaron montos muy elevados, derivadas de una migración masiva a causa del conflicto sirio. A partir de 2018 los flujos decrecen y se estabilizan hasta 2022, cuando la invasión rusa de Ucrania provoca la mayor crisis de desplazamiento de población desde la Segunda Guerra Mundial¹⁴, con casi un tercio de la población obligada a huir de sus hogares, más de 6 millones de personas. Como consecuencia, en 2022 estas partidas destinadas a personas refugiadas se multiplicaron por tres y en 2023 se alcanzó una cifra récord de 32.500 millones de dólares.

TABLA 2.3. AOD de países no miembros del CAD (en millones de dólares)

	2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	Monto	% AOD/RNB	Monto	% AOD/RNB	Monto	% AOD/RNB	Monto	% AOD/RNB	Monto	% AOD/RNB	Monto	% AOD/RNB
Croacia			84	0,15	94	0,15	119	0,17	178	0,21	185	0,21
Israel	278	0,07	288	0,07	394	0,08	569	0,10	464	0,08	309	0,06
Malta	40	0,29	58	0,44			46	0,28	66	0,34	60	0,29
Turquía	8.652	1,15	8.003	1,12	7.643	0,95	7.184	0,79	6.843	0,62	6471	0,56
Emiratos Árabes Unidos	2.236	0,55	1.695	0,48	1.489	0,40	1.352	0,33	2.068	0,40	1642	0,32
Arabia Saudita					2.124	0,30	5.992	0,74				
Bulgaria	65	0,10	84	0,13	91	0,12	232	0,27	170	0,17	134	0,14
Rumanía	251	0,10	306	0,13	327	0,12	411	0,14	503	0,16	575	0,16
Taiwán	302	0,05	403	0,06	334	0,04	384	0,05				
Chipre	45	0,21	20	0,08								
Kuwait							743	0,44	82	0,04	1014	0,53
Catar							820	0,46	696	0,34	642	0,32
Mónaco									26	0,26	28	
Liechtenstein									38		44	
Azerbaiyán									102	0,15	61	0,08

FUENTE: OCDE – CAD

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

TABLA 2.4. Gastos refugio en países donantes (en millones de dólares)

	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Total CAD	14.111	10.769	9.635	8.980	9.285	29.297	32.586	27.762
Países UE del CAD	11.565	8.228	6.301	5.287	5.641	15.332	16.685	13.777
% UE sobre total CAD	81,96 %	76,40 %	65,40 %	58,88 %	60,75 %	52,33 %	51,20 %	49,63 %

FUENTE: DATOS OCDE-CAD

13 <https://www.swissinfo.ch/spa/turqu%C3%A1-ve-a-los-brics-con-mejores-ojos-que-la-ue%2C-pero-no-recibi%C3%B3-invita%C3%B3n-de-ingreso/88919753>

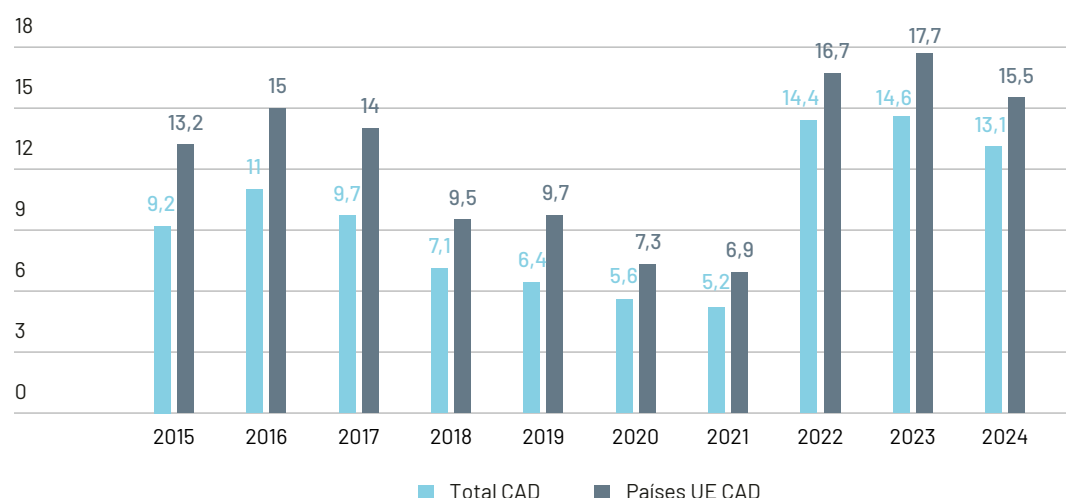
14 <https://unric.org/es/hay-mas-de-6-millones-de-refugiados-ucranianos-en-europa/#:~:text=Ucrania%3A%20m%C3%A1s%20de%206%20millones%20de%20refugiados%20en%20toda%20Europa&text=La%20guerra%20ha%20provocado%20la,a%20huir%20de%20sus%20hogares.>

Respecto a Gaza, la situación humanitaria es muy crítica, se estima que 1,9 millones de personas están desplazadas ya que el 90 % de sus hogares han sido destruidos¹⁵. Sin embargo, la mayoría de los desplazamientos son internos dentro de la propia Gaza.

Desde la UE y sus Estados miembros, la contribución al gasto a personas refugiadas dentro de los países donantes fue de 13.777 millones de euros, lo que representa un descenso del 17,4 % respecto a 2023, pero casi la mitad, el 49,6 % del

total, del monto destinado a personas refugiadas por el conjunto del CAD. Esta cifra supone el 15,5 % del total de la AOD de la UE, cifra que supera en 2,4 puntos porcentuales la media del resto de países donantes. Estos datos reflejan cómo las crisis humanitarias globales siguen condicionando de forma decisiva la estructura de la cooperación internacional, y reabren el debate sobre la naturaleza de la AOD y su vínculo con el desarrollo sostenible en los países de origen.

GRÁFICO 2.4. Gastos refugio en países donantes como % de AOD neta total 2015-2024



FUENTE: DATOS OCDE-CAD

15 <https://www.unrwa.org/resources/reports/unrwa-situation-report-173-situation-gaza-strip-and-west-bank-including-east-jerusalem>

PRIMEROS PASOS DEL NUEVO MARCO FINANCIERO PLURIANUAL DE LA UE 2028-2034

El 16 de julio de 2025, la Comisión Europea presentó la primera propuesta para el próximo Marco Financiero Plurianual (MFP) de la UE para el periodo 2028-2034. La propuesta global asciende a 1,98 billones de euros, lo que equivale al 1,26 % de la renta nacional bruta media de la UE para ese periodo.

El proceso de elaboración, negociación y aprobación del MFP, en el que participan el Parlamento Europeo y el Consejo, es un proceso largo que se prolongará hasta finales de 2027, por lo que es posible que la propuesta presentada por la Comisión sufra recortes a lo largo de estos dos años y termine siendo un marco financiero muy diferente al presentado ahora, como ha sucedido en marcos financieros anteriores, especialmente lo relacionado con acción exterior. Así, en el actual MFP la partida de acción exterior se redujo un 10 % desde la propuesta inicial hasta su adopción, y en los anteriores MFP las reducciones fueron aún más importantes.

Los cambios en el presupuesto pueden darse también durante los siete años que dura el MFP, ya que cada año se debe elaborar y aprobar un presupuesto anual, con el acuerdo del Parlamento y los Estados miembros, que determina el nivel real de gastos para ese año y el desglose entre las distintas líneas presupuestarias dentro de cada rúbrica.

En línea con el objetivo de simplificación que ha venido impulsando la Comisión, en la propuesta se ha reducido el número de rúbricas, la categoría más amplia de programas de financiación, de siete en el actual MFP a cuatro:

1. Cohesión económica, social y territorial, agricultura, prosperidad y seguridad rural y marítima contará con 1.062.220 millones de euros. De esta cantidad, aproximadamente 865.000 millones se destinarían a los nuevos planes de asociación nacionales y regionales.

2. Competitividad, prosperidad y seguridad contará con una asignación total de 589.594 millones de euros. El nuevo Fondo de Competitividad, dotado con 409.000 millones de euros constituye el núcleo estratégico de la propuesta.
3. Europa global, contará con una dotación total de 215.203 millones de euros. De esta cantidad, 200.000 millones se canalizarán a través del nuevo Instrumento Europa Global.
4. Administración.

La cooperación para el desarrollo y la acción humanitaria en el MFP

Europa Global es, además de una de las cuatro rúbricas que conforman el MFP, un instrumento que integra varios instrumentos del actual MFP, entre ellos el Instrumento de Vecindad, Cooperación al Desarrollo y Cooperación Internacional de la UE (NDICI por sus siglas en inglés), el presupuesto para ayuda humanitaria y los fondos de preadhesión.

Como se ha señalado, se destinan 200.000 millones de euros al instrumento Europa Global, lo que supone un incremento del 75 % de lo destinado a acción exterior en el MFP actual lo que puede entenderse como una señal de la importancia que la Comisión da a la acción exterior. No obstante, como señalan algunas organizaciones de sociedad civil, la proporción de la acción exterior dentro del MFP global se mantiene sin cambios en el 10 % y se ha reducido ligeramente el porcentaje del presupuesto que se considera AOD, el 90 % frente al 93 % en el MFP actual.

En cuanto a la distribución de los fondos, se establecen 5 pilares geográficos y uno global, cada uno con una propuesta presupuestaria que no es vinculante, por lo que podría verse incrementada o reducida a lo largo del proceso de negociación.

1. Ampliación y vecindad, zona oriental: 43.170 millones
2. Oriente Medio, África del Norte y Golfo: 42.930 millones
3. Asia y el Pacífico: 17.050 millones
4. América del Norte, Central y del Sur, y Caribe: 9.140 millones
5. África Subsahariana: 60.530 millones
6. Global: 12.680 millones (destinados a sociedad civil, derechos humanos, lucha contra el terrorismo, salud global, ciberseguridad, información exterior, manipulación e injerencia, y gobernanza internacional del clima y los océanos).

Este nuevo instrumento es fundamentalmente diferente de su predecesor. A diferencia del NDICI, claramente centrado en la cooperación para el desarrollo, el Instrumento «Europa Global» reúne una amplia gama de objetivos —competitividad, seguridad, respuesta a las crisis— en un único conjunto de instrumentos financieros, con lo que se corre el riesgo de diluir los recursos entre múltiples prioridades poco definidas y reducir su impacto.

Por ello preocupa a sociedad civil que compromisos como la erradicación de la pobreza y el desarrollo humano apenas aparecen, eclipsados por referencias a la migración, la competitividad, la seguridad, la inversión y Ucrania.

Por otra parte, hay que señalar que la propuesta elimina los objetivos de gasto: en particular,

los umbrales del 30 % para el clima, el 85 % para la igualdad de género, el 10 % para la migración y el 20 % de la AOD para el desarrollo humano, lo que significa que existe un peligro real de que esos objetivos queden relegados a un segundo plano.

Además, será importante garantizar que estos fondos lleguen a las personas y los lugares que más los necesitan, entre ellos África Subsahariana, la región con la mayor proporción de personas que viven en la pobreza extrema, y los países más empobrecidos y los contextos más frágiles.

En cuanto a la acción humanitaria, es muy positivo que proponga destinar 25.000 millones de euros (más del doble de los 11.000 millones del anterior MFP) ya que en el contexto actual de recortes esta ayuda será vital responder a las necesidades humanitarias de millones de personas.

No obstante, hay que tener en cuenta que se trata de un monto indicativo, no vinculante, lo que permitiría transferir fondos de una región a otra sin transparencia alguna sobre cómo se tomará la decisión ni cómo se hará un seguimiento de los fondos para que la Comisión rinda cuentas.

Por último, la Reserva de Ayuda de Emergencia (en el actual MFP) dejará de existir y será sustituida por la Reserva de Emergencia, con un mandato más amplio para responder a «crisis emergentes y necesidades imprevistas», que podrían incluir situaciones no humanitarias, como las cuestiones migratorias.

1.4. Conclusión

Los países del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) se comprometieron hace más de 50 años a destinar el 0,7 % del ingreso nacional bruto a la Ayuda Oficial para el Desarrollo, y entre el 0,15 % y el 0,20 % a los Países Menos Adelantados (PMA)¹⁶. Sin embargo, es algo que no va a suceder si observamos las proyecciones presupuestarias para los próximos años de los principales países donantes, a pesar de los compromisos de financiación reafirmados en la Conferencia de Sevilla.

Es momento de volver a poner en valor la importancia de la cooperación internacional como política que tiene resultados y explicar las enormes consecuencias que pueden traer los recortes programados en la cooperación. Existe una cierta desesperanza en los países por la falta de visibilidad y de resultados tangibles y de la cooperación internacional, lo que está ayudando a alimentar decisiones que reducen o eliminan la financiación de la AOD, sin considerar las consecuencias. Pero hay que tener en cuenta varias cuestiones que es preciso abordar. La primera es que la apuesta por la cooperación internacional ha sido siempre parcial, no solamente por la infrafinanciación de la misma (después de 50 años se sigue estando muy lejos del compromiso del 0,7 %), sino que no se han utilizado las estrategias y políticas basadas en la evidencia que hubieran obtenido los mejores resultados. Los intereses de los países donantes y las estructuras y organismos multilaterales tampoco han estado muchas veces alineados con los objetivos de la cooperación internacional, y han sido un freno para la consecución de mayores

logros. Por ejemplo, según el informe AidWatch 2024¹⁷ de la plataforma de redes de ONG europeas CONCORD, uno de cada cinco euros de la AOD que provino en 2023 de los países europeos, no puede computarse como tal, y el 7,2 % de esa ayuda no contribuyen al desarrollo de los países receptores, sino a los intereses comerciales o políticos de los países donantes.

También hay que poner encima de la mesa que no es cierto que no exista dinero para la cooperación, lo que existe es la priorización de otros intereses y una falta de voluntad política para apostar por la cooperación. En 2024 el gasto militar mundial alcanzó los 2,7 billones de dólares, creciendo un 9,8 %¹⁸. Si ese crecimiento se hubiera destinado a cooperación, se hubiera alcanzado globalmente el 0,7 % comprometido. Por último, es necesario más estudios que muestren como la cooperación internacional, sin ser perfecta, tiene resultados visibles, aunque no se alcancen los objetivos esperados. En ese sentido, un estudio publicado en The Lancet sobre el impacto de la cooperación oficial estadounidense de USAID en cuanto a mortalidad en los últimos 20 años¹⁹, muestra unos resultados espectaculares y, a la vez, las consecuencias que podemos esperar de sus recortes. En esos 20 años la financiación de USAID, que fue dirigida principalmente a países de ingresos bajos y medios, se asoció con una reducción del 15 % en la mortalidad general, y del 32 % en la mortalidad de menores de cinco años. En cifras absolutas, en ese periodo de tiempo se evitaron 91,8 millones de muertes, de las que 30,4 millones fueron de menores de cinco años.

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

17 <https://aidwatch.concordeurope.org/2024-report/>

18 <https://www.sipri.org/media/press-release/2025/unprecedented-rise-global-military-expenditure-european-and-middle-east-spending-surges>

19 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(25\)01186-9/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(25)01186-9/fulltext)

2 Evolución de la AOD en salud

Las cifras definitivas de AOD en salud correspondientes a 2024 a nivel del conjunto de donantes no estarán disponibles hasta finales de diciembre de 2025, una vez editado este informe, por lo que el informe se basa en los datos de 2023, los últimos consolidados por el conjunto de los países donantes.

Ni en el informe de 2023, ni en el informe preliminar de 2024 del CAD se incluyen datos específicos sobre lucha contra la COVID-19, una muestra clara de que los países dan por superada la pandemia, aun cuando sus consecuencias siguen siendo muy visibles. Pero, aunque la pandemia ya no se aborda como un eje prioritario, apenas se destina el 21 % de lo que se destinaba en 2022, su peso sigue teniendo relevancia en el análisis detallado de los componentes del sistema de notificación CRS de salud, como veremos más adelante.

Los descensos en las aportaciones a la lucha contra la pandemia explican en parte el enorme recorte de las aportaciones del conjunto de países del CAD al sector salud. En 2023 se destinaron 15.514 millones de dólares²⁰, lo que implica una reducción de un 44 % respecto a 2022. Una parte importante de los fondos utilizados para la lucha contra la pandemia se canalizaba a través de la vía multilateral. La reducción de los fondos canalizada por esta vía ha provocado que la ayuda bilateral prevalezca representando el 78,4 % del total de la ayuda sanitaria, cinco puntos porcentuales más que en 2022. La ayuda canalizada multilateralmente se queda en el 21,6 % del total, continuando la tendencia decreciente, aunque este descenso no haya sucedido de forma tan intensa como ocurrió en 2022.

El descenso en la financiación internacional para la lucha contra la pandemia de COVID-19 se está dando en un momento en el que aún no existen políticas ni estrategias globales bien definidas que nos puedan proteger de nuevas amenazas pandémicas. Esto confirma que no hemos aprendido lo suficiente de la crisis sanitaria más grave del siglo XXI, la COVID-19, y que el interés de la comunidad internacional en proponer soluciones conjuntas para los problemas globales de salud se diluye con el tiempo. Los retos globales en salud no se pueden circunscribir solamente a futuras pandemias. Existen amenazas reales y persistentes a la salud de las personas que debemos afrontar de una manera conjunta, multidimensional y sostenida si queremos ser eficaces, como: la inequidad en el acceso a servicios de salud, las resistencias antimicrobianas o los efectos del cambio climático en la salud. Para hacer frente a este panorama, necesitamos una gobernanza pública en salud fuerte, algo de lo que en este momento carecemos.

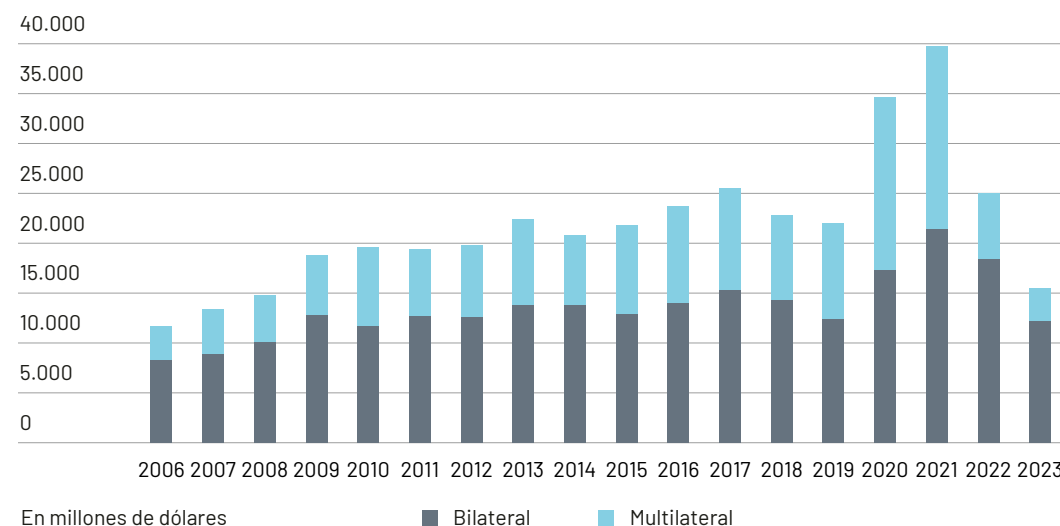
En 2023, el peso que tiene la salud en el conjunto de la AOD de los países del CAD se reduce enormemente, situándose en apenas un 8,7 % del total, la mitad del porcentaje destinado a salud en 2022. La reducción se debe principalmente a la disminución de las aportaciones multilaterales, pero también a la reducción de las aportaciones bilaterales que han recortado sus aportaciones directas al sector salud. Mientras, las aportaciones a través de las ONGD, universidades o empresas privadas se mantienen más o menos estables. La desaparición del “efecto COVID-19” no han supuesto una reorientación a otros problemas de

salud igualmente preocupantes. Además, como veremos en el desglose por subsectores, existen otras contribuciones que se ven reducidas de forma considerable, como es la lucha contra las Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS), incluida el VIH/sida.

Si algo nos enseñó la COVID-19 es que no podemos volver a vivir en la burbuja anterior a la pandemia, esa en la que los países más enriquecidos se sentían inmunes a los problemas globales de salud. La crisis sanitaria global nos mostró que la salud de cada persona está conectada con la salud de todas, y que ningún país, por desarrollado que sea, puede protegerse solo. Es necesario que la comunidad internacional entienda la importancia de tener una población sana en todo el planeta, no solamente por una necesidad de protegerlos de potenciales futuras

pandemias, algo que incluso se está diluyendo. Los retos globales en salud requieren un enfoque preventivo y multisectorial, que nos permita anticipar y reducir los impactos de las amenazas a la salud mundial. Necesitamos sistemas sanitarios fuertes, participativos, que prioricen la Atención Primaria de Salud, cuyas políticas se basen en la evidencia e integren el enfoque de “la salud en todas las políticas”. Y debe ir acompañado de una gobernanza pública global sólida que asegure una equidad en el acceso a diagnósticos, medidas preventivas, terapéuticas o paliativas para todas las personas. Una gobernanza en salud que se base en un enfoque de derechos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, cuyo retroceso explica, por ejemplo, gran parte del estancamiento que sufre la mortalidad materna en el mundo²¹.

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 2023)



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

20 En dólares constantes 2023. Para las comparaciones con otros años también se utilizan dólares constantes 2022

21 <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/swp2024-spanish-240405-web.pdf>

Los 15.514 millones destinados a salud en 2023 suponen una reducción en términos absolutos de 9.486 millones de dólares respecto a 2022. De esta reducción, 6.253 millones se corresponden con la ayuda bilateral y 3.232 con la ayuda multilateral, la que se canalizada a través de organismos internacionales, debilitando la arquitectura sanitaria global. El gráfico 2.6 muestra que en 2023 la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) distribuable en salud cayó un 34 % respecto a 2022, retrocediendo a niveles de 2010 en términos totales y de 2006 en el ámbito multilateral. Asistimos a un retroceso histórico que nos retrotrae más de una década.

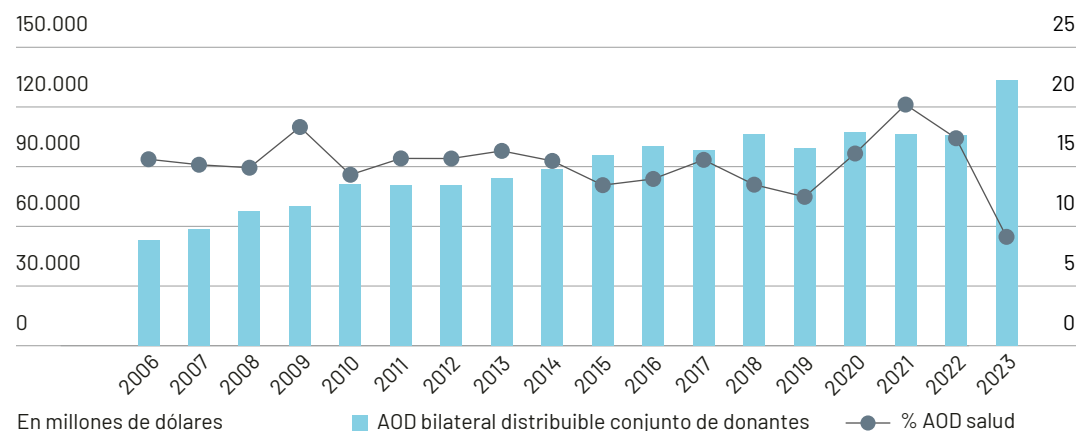
El gráfico 2.7, compara la evolución del porcentaje destinado a salud de la AOD bilateral distribuable de la cooperación española y del conjunto de países donantes. Podemos observar que el peso de ambas retrocede de forma significativa, aunque algo más en el conjunto de países del CAD. La cooperación española, que en 2021 destinó a salud el 73,5 % de toda la AOD distribuable (una cifra claramente influenciada por la pandemia), apenas alcanza el 12,5 % en 2023, lo que supone una caída de 61 puntos porcentuales. A pesar de esta reducción, el peso de

la salud en la cooperación española es en 2023 superior en 3 puntos porcentuales a la del conjunto del CAD, que apenas llega al 9,12 %.

Si analizamos la tendencia comparada entre la cooperación española y la del conjunto de países del CAD, podemos observar un cambio significativo a partir de 2019. Hasta ese año, la cooperación en salud distribuable española estaba tradicionalmente muy por debajo del porcentaje que destinaba el CAD. Sin embargo, a partir de ese año, la situación se ha revertido y en los siguientes años el peso de la salud en la cooperación española ha superado al promedio del CAD. Este cambio refleja un mayor compromiso de la cooperación española con el sector sanitario, posicionándola como una referencia en la priorización de la salud dentro de la ayuda distribuable.

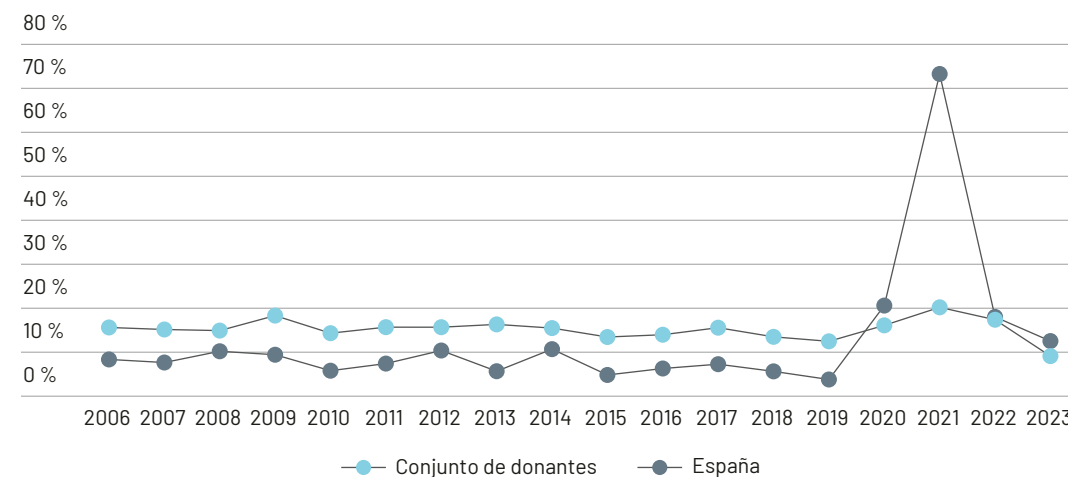
En 2023, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) canalizada por las instituciones europeas —que incluyen a la Comisión Europea y a la Secretaría del Consejo Europeo— experimentó un notable incremento del 49 %, alcanzando los 40.076 millones de dólares, 13.150 millones de dólares más que en 2022. Sin embargo, al analizar los datos específicos de salud se observa que estos apenas aumentaron 32 millones de dólares más que

GRÁFICO 2.6. Evolución de la AOD bilateral distribuable 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

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

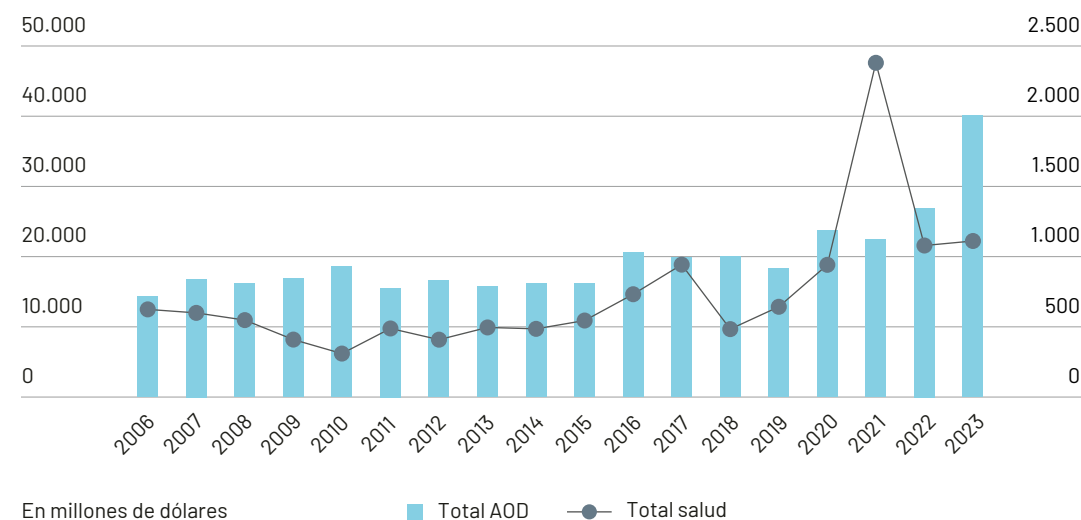


FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL CREDITOR REPORTING SYSTEM

en 2022, manteniéndose prácticamente estables. Dado el enorme crecimiento de los montos totales de las instituciones europeas, el peso de la salud se desploma hasta el 2,77 %, un porcentaje que no se veía desde 2018. Estas cifras y porcen-

tajes muestran de nuevo el escaso protagonismo que las instituciones europeas otorgan a un sector que debería ser prioritario en cualquier cooperación y que, al menos, debería alcanzar la media del conjunto de países del CAD.

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



FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

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

3.1. Distribución sectorial de la ayuda en salud

Los 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)— no han sido afectados de la misma forma por la enorme reducción presupuestaria registrada en 2023.

El subsector de la salud básica, donde se sitúa el componente de lucha contra la COVID-19, continúa su tendencia descendente y deja de liderar las aportaciones a salud, recibiendo únicamente 6.117 millones de dólares, un 48,7 % de la cantidad destinada en 2022. Por segundo año consecutivo, es el subsector más afectado por el enorme recorte en salud, concentrando el 67,8 % de la reducción total aplicada a este sector. Como consecuencia, su peso relativo dentro de la AOD sanitaria cayó al 39,4 %, casi 11 puntos porcentuales menos que en 2022. Además, solo el 33,48 % de los fondos consignados a salud básica se destinan por la vía multilateral, 10,6 puntos porcentuales menos que en 2022.

Las partidas destinadas a salud sexual y reproductiva son las que, a pesar de sufrir una reducción del 25,8 % respecto a 2022, se colocan como principal subsector en términos de financiación con 6.832 millones de dólares, el 44 % del total. La salud sexual y reproductiva continúa recibiendo la mayor parte de sus aportaciones por la vía bilateral, algo que vuelve a suceder en 2023, suponiendo el 86,4 % del total, aunque con una caída de 6,2 puntos porcentuales respecto al año anterior.

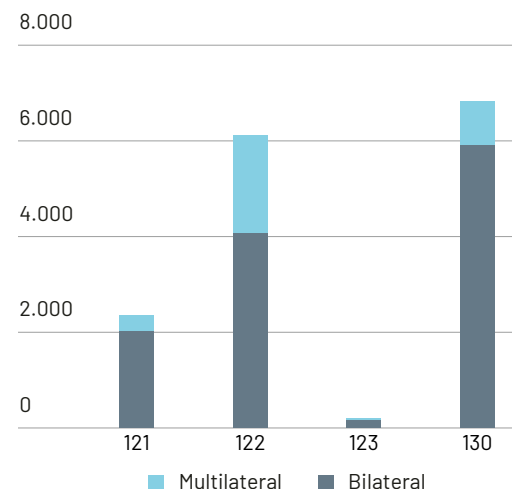
En tercer lugar, se sitúa la salud general que recibió 2.361 millones de dólares, lo que supone un descenso de 761 millones, un 24,4 % menos

que en 2022. Por último, aunque las enfermedades no transmisibles (ENT) siguen siendo un subsector residual con apenas el 1,3 % de la AOD sanitaria, equivalente a 205 millones de dólares, es el único subsector que experimenta un incremento en 2023, concretamente del 68,5 %. Este crecimiento porcentual, aunque notorio, está muy condicionado por las escasas aportaciones que reciben las ENT, lo que provoca que cualquier pequeña variación en las cantidades absolutas tengan una significación en el crecimiento porcentual del subsector. Se trata de la mayor cantidad destinada a este subsector desde que se creó en 2018.

Tal como señalamos en el análisis del año pasado, a pesar de las variaciones observadas en 2023, persiste una marcada asimetría en la asignación de fondos entre sectores, favoreciendo la salud básica y la salud reproductiva por encima de la salud general y las ENT. Estas pautas, sostenidas en el tiempo, sugieren una cierta orientación estratégica por parte del conjunto de donantes hacia determinados subsectores y componentes, incluso aunque esta priorización no aparezca escrita en ninguna planificación estratégica conjunta.

Si se desglosa en subsectores y componente CRS, tal y como aparece en la tabla 2.5, se observa que en 2023 hay dos componentes que concentran de manera más intensa los recortes presupuestarios. El primero es el componente 12264 “control COVID-19”, que sufre un descenso del 78,65 % respecto a las aportaciones recibidas en 2022. El segundo que más recortes sufre es el componente 13040, “lucha contra las ETS, incluido el sida”, con una reducción del 41,2 % respecto al año anterior. Para entender la magnitud de

GRÁFICO 2.9. Desembolsos brutos de AOD del conjunto de países del CAD destinados a los sectores 121, 122 y 130 en el año 2023 por canales (en millones de dólares corrientes)²²



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

estos recortes, entre ambos componentes acumulan un descenso de 9.109 millones de dólares, lo que representa teóricamente el 96 % de la cantidad total que se ha recortado en 2023 en salud. Esto supone que las variaciones del resto de componentes CRS, sus incrementos y descensos, se han ido compensando entre ellos mismos. De los 24 componentes que analizamos en salud, solo siete bajan sus montos, mientras que los otros 17 componentes suben.

Como en años anteriores, se observa una tendencia a mantener el peso en los mismos componentes CRS dentro de los subsectores de salud, exceptuando los dos anteriormente mencionados. Esta persistencia en la priorización sostenida de los mismos componentes CRS, como pasaba con los subsectores de salud, no parece responder a ninguna estrategia o política preestablecida que nos permita analizar si este comportamiento responde o no a unas metas u objetivos determinados.

Si desagregamos el análisis por los componentes dentro de cada subsector, observamos que dentro de salud general el componente de *política sanitaria y gestión administrativa* (12110) ha sufrido una reducción del 37 % respecto a 2022. A pesar de ello, sigue manteniendo su preponderancia sobre el resto, concentrando el 63 % de todos los fondos destinados a este subsector, 1.488 millones de dólares. El segundo componente más financiado de la salud general, pero a gran distancia del anterior, es la investigación médica (12182), que recibe 412 millones de dólares, con un incremento del 4 % respecto a 2022. Muy cerca se vuelven a colocar los servicios médicos (12191), con 385 millones de dólares y un crecimiento del 25 %. Finalmente, la formación médica (12181) apenas supone el 3,2 % del total destinado a salud general, lo que evidencia que la capacitación local no es una prioridad en la cooperación internacional en salud.

Dentro del subsector de salud básica debemos destacar el componente “*control COVID-19*” (12264), que tiene dos lecturas diferentes. Por una parte, se recortan sus contribuciones en 6.194 millones de dólares, un 78 % menos que en 2022. Por otra, a pesar de estos enormes recortes, sigue siendo el componente más financiado con 1.681 millones de dólares, lo que equivale a un 27,5 %, situándolo en el primer puesto dentro de los componentes CRS de la salud básica, y como el segundo en el conjunto de toda la salud. Le siguen tres componentes que tradicionalmente suelen recibir una parte significativa de los fondos. El primero de estos tres, *control de enfermedades infecciosas* (12250) recibe 1.161,5 millones de dólares, 396 millones menos que en 2022; Aun así, se mantiene como el segundo componente más financiado dentro de la salud básica, representando el 19 % del total. Le sigue la *atención sanitaria básica* (12220) que con una inversión de 841,5 millones de dólares ve reducido los fondos en 125,5 millones de dólares, situándose en el

22 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

13,76 % de la salud básica. Por último, el siguiente componente más financiado es *el control de la malaria* (12262) con 750,1 millones de dólares, un componente que, al contrario que los anteriores, crece un 14,35 % respecto a 2022, representando el 12,3 % de toda la salud básica.

Uno de los mayores retrocesos en el desglose de los componentes CRS de salud lo encontramos en el subsector de programas/ políticas sobre población y salud reproductiva. Concretamente, la *lucha contra enfermedades de transmisión sexual*, que incluye el vih/sida (13040), disminuye un 41,2 % respecto a 2022, 2.915 millones de dólares menos. A pesar de ello, debido al mayor descenso en el componente de

lucha contra la COVID-19, los 4.157 millones de dólares recibidos lo colocan como el componente CRS del sector sanitario más financiado, concentrando el 26,8 % de toda la salud. En segunda posición, dentro de este subsector, se sitúa la *atención en salud reproductiva* (13020), que crece un 34,5 %, recibiendo 1.623 millones de dólares. También destaca el componente 13030, *planificación familiar*, que incrementa un 18 % su financiación hasta alcanzar los 818,5 millones de dólares.

Las ENT siguen sin recibir la atención necesaria por parte de la comunidad internacional, a pesar de ser el grupo de enfermedades que mayor mortalidad provoca en el mundo, inclui-

do los países empobrecidos, a los que afecta de manera desproporcionada. Esta falta de atención se refleja en los escasos recursos que el conjunto de países donantes destina a este subsector, 214,7 millones de dólares. A pesar del crecimiento de 2023, esas cifras tan bajas limitan enormemente el desglose por componentes CRS, donde podemos destacar la *promoción de la salud mental y el bienestar* (12340), con cerca del 38 % del total, pero que en términos absolutos apenas alcanza los 77,6 millones de dólares, el 0,5 % del total destinado a salud. Otro elemento a destacar es el escaso interés por las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, enfermedades altamente prevalentes en muchos países de renta media y baja, y que apenas reciben 28,5 millones de dólares.

El escaso interés que tradicionalmente muestran las instituciones europeas —Comisión Europea y Secretaría del Consejo Europeo— con el sector de la salud, es una constante que se repite año tras año, con la excepción de 2021, cuando la pandemia de COVID-19 afectó también al comportamiento de la cooperación de estas instituciones. Este patrón contrasta, como mencionamos anteriormente, con el enfoque adoptado por el conjunto de los países del CAD, algo que no es muy entendible, pues son estos países quienes rigen a estas instituciones. El año 2023 no es una excepción. Está desconexión de intereses entre las instituciones europeas y los

países que lo forman se traslada, no solo a las cifras absolutas destinadas a cooperación y a cooperación sanitaria, sino que también se manifiesta en la distribución sectorial de los fondos dentro del ámbito de la salud.

El reparto de la AOD en salud por parte de las instituciones europeas presenta un perfil algo diferente al que realizaron el conjunto de los países del CAD en 2023. La salud básica se consolida como el único subsector que parece prioritario para estas instituciones con una asignación de 969 millones de dólares, lo que representa el 87,2 % del total de su cooperación sanitaria, nueve puntos porcentuales más que en 2022. La salud general recupera protagonismo con 101,8 millones de dólares, un 9,1 % del total de su AOD sanitaria y un incremento del 19 %. Destaca el enorme retroceso de la salud reproductiva, que, con 30,4 millones de dólares, sufre un descenso de 108 millones, un desplome del 78 % respecto a 2022, representando apenas el 2,7 % del total. Si analizamos la evolución de la financiación destinada a salud reproductiva, podemos observar un comportamiento errático, con unas fluctuaciones que difícilmente pueden ayudar a la predictibilidad de la cooperación, algo esencial para asegurar el impacto de las acciones. Por último, tal y como pasa con el conjunto de los países del CAD, las ENT mantienen también su papel residual, con apenas 9,9 millones de dólares, un retroceso del 7,2 %.

TABLA 2.5. 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	2023
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	2.462,44
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	1.560,87
12181	81,37	116,98	130,55	117,07	85,42	73,50	103,89	63,58	76,93
12182	284,93	288,22	496,93	680,11	650,00	649,00	583,13	396,98	412,11
12191	420,90	434,82	487,60	558,29	637,20	932,27	1.035,36	308,84	412,53
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	7.086,16
12220	2.823,76	2.646,05	3.062,67	2.854,87	3.317,87	2.247,72	2.946,49	967,04	942,88
12230	360,32	468,82	653,49	420,65	547,93	566,31	821,59	421,24	517,15
12240	861,69	856,11	986,13	972,18	928,00	886,92	969,53	601,58	867,68
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	1.536,14
12261	81,99	100,58	166,34	136,85	140,20	172,16	199,64	115,97	140,56
12262	1.775,26	1.888,41	2.061,20	1.759,72	2.201,00	2.172,84	2.453,42	656,61	762,56
12263	754,40	870,61	1.065,14	877,48	827,41	916,64	972,69	290,10	384,86
12264						4.058,73	9.221,94	7.875,76	1.815,70
12281	149,15	118,43	127,20	106,10	126,30	142,31	145,71	65,71	118,63
123				15,31	138,97	142,20	171,73	121,55	214,68
12310				3,25	82,85	41,66	36,84	31,93	49,48
12320				0,87	1,46	7,00	1,75	3,50	4,22
12330				2,52	0,84	2,74	7,22	6,60	15,69
12340				2,14	9,88	30,38	51,20	48,48	78,52
12350				4,14	17,39	31,58	48,84	23,41	28,52
12382				2,40	26,55	28,85	25,89	7,64	38,25
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	6.862,22
13010	289,90	234,84	331,75	290,55	254,56	303,97	345,27	184,62	205,77
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	1.624,98
13030	858,07	668,40	808,28	1.045,05	929,67	829,06	872,67	694,18	819,08
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	4.169,06
13081	111,71	109,89	146,66	128,32	90,65	83,04	68,64	56,64	43,34

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

TABLA 2.6. Desembolsos brutos de AOD de las instituciones europeas (en millones de dólares constantes 2023)

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
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	40.076,7
Salud general (CAD 121)	131,09	178,28	121,49	203,78	308,63	249,42	85,02	101,8
Salud básica (CAD 122)	499,14	610,84	346,60	402,25	586,78	2.065,89	844,91	969,2
Enfermedades no transmisibles (CAD 123)			1,18	28,68	10,14	4,13	10,67	9,9
Políticas/programas demográficos y salud reproductiva (CAD 130)	101,99	153,79	14,54	8,14	36,12	60,82	138,51	30,4
Total Salud	732,22	942,90	483,81	642,85	941,67	2.380,25	1.079,11	1.111,3
% Salud/Total	3,55	4,74	2,41	3,51	3,98	10,59	4,01	2,77

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

Las instituciones europeas no solamente deberían incrementar de forma urgente y sustancial los fondos destinados a cooperación sanitaria, sino también asegurar que su peso dentro del conjunto de su AOD se acerque a lo que destinan los países que las forman. Este crecimiento no debe limitarse a una expansión

3.2. Distribución geográfica de la AOD en salud

En 2023 las partidas de AOD en salud que no han sido asignadas geográficamente sufren un importante descenso, debido principalmente a los recortes en la ayuda multilateral. De los 15.514 millones de dólares destinados a salud en 2023, el 27,4 % no ha sido asignado a un país concreto, lo que representa una caída de 15,4 puntos porcentuales respecto a 2022. Aun así, el volumen no asignado sigue siendo lo suficientemente elevado como para que el análisis geográfico deba tomarse con precaución, ya que no sabemos si esta falta de asignación oculta deficiencias en la asignación de recursos que pudiera afectar a los resultados finales de la orientación geográfica de las partidas destinadas a salud. Las ayudas destinadas a proyectos regionales, que serían otra forma de asignación geográfica algo más específica, son cada vez más residuales, representando apenas el 2,44 % del total, 1,5 puntos porcentuales menos que el año anterior.

En las partidas de salud asignadas geográficamente mostradas en la tabla 2.7, se observan las grandes diferencias que existen entre las diferentes regiones. África, el continente que alberga las mayores inequidades, recibe la mayor parte de la cooperación sanitaria, 7.887 millones de dólares, 16,4 puntos porcentuales más que en 2022, siendo algo más de la mitad de todos los recursos destinados a salud. Casi toda esta ayuda se destina a la región del África Subsahariana, 7.398 millones de dólares, lo que supone el 47,6 % de toda la cooperación sanitaria, a pesar de reducir sus cifras en 557 millones si las

cuantitativa, sino que debe reorientarse hacia aquellos sectores que presentan mayores divergencias respecto a las prioridades del conjunto de los países del CAD. Es el caso de la salud reproductiva, prioritaria para el conjunto de los países del CAD e infra financiada desde las instituciones europeas.

comparamos con 2022. Estas cifras indican una buena orientación geográfica, dado que África Subsahariana es la región que tiene los peores indicadores de salud del mundo y debe seguir siendo una prioridad para todos los donantes.

El segundo continente en términos de financiación es Asia, que recibe 2.517 millones de dólares, el 15 % del total, pero reduciendo un 42,4 % lo recibido en 2022, siguiendo la tendencia de los últimos años. Destacamos de nuevo a Asia Central y del Sur que recibe la mitad del monto destinado a esta región, mientras que el Lejano Oriente, con 564 millones, se mantiene como la

TABLA 2.7. Distribución geográfica de la AOD en salud del CAD en 2023 (desembolsos brutos en millones de dólares constantes 2023)

	AOD SALUD	%
África	7.887,75	50,84
Norte de África	264,47	1,70
África Subsahariana	7.398,90	47,69
África, regional	224,38	1,45
América	577,53	3,72
América Central y del Norte	356,69	2,30
América del Sur	185,65	1,20
América, regional	35,19	0,23
Asia	2.157,13	13,90
Lejano Oriente	563,96	3,64
Asia central y del sur	1.087,76	7,01
Oriente Medio	387,28	2,50
Asia, regional	118,13	0,76
Europa	347,82	2,24
Oceanía	294,64	1,90
No especificado	4.249,29	27,39

FUENTE: CREDITOR REPORTING SYSTEM

segunda región mundial que más recursos recibe para salud, seguida por Oriente Medio.

América Latina sigue perdiendo peso en salud, a pesar de las enormes inequidades que sufre. En 2023 recibió solamente el 3,72 % del total, dos puntos porcentuales menos que en 2022. América Central recibe 356,7 millones de dólares, mientras que América del Sur apenas alcanzó los 185,6 millones, cifras que evidencian una preocupante desatención.

Por último, hay que mencionar que las cantidades de AOD sanitaria que se destinan a Europa vuelven a incrementarse un 48,8 %, situándose en los 347,8 millones. No obstante, aunque el incremento es notable, tampoco las cifras son demasiado significativas en el contexto global. Oceanía, con 294,6 millones de dólares, recibe prácticamente las mismas cantidades que Europa.

Tras el impacto inicial de la pandemia de 2020, los recursos destinados a salud han sufrido una merma importante. En 2023, las cantidades que se destinan a este sector por parte del conjunto de los países del CAD retroceden hasta cifras similares a las destinadas antes de 2010, hace ya quince años. La crisis del multilateralismo está entre las causas de la crisis que atraviesa el sistema de cooperación, clave

además a la hora de enfrentarnos a los retos globales de salud. Esta crisis no es sólo financiera, es también una crisis ideológica, como se refleja en el recorte de fondos para el sector de salud reproductiva, sector que se enfrenta a narrativas muy potentes que pretenden limitar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres²³. Los países del CAD no deben olvidar que la salud es un derecho básico que afecta a muchos otros derechos, que vivimos en un mundo global donde los problemas de salud tienen componentes que van más allá del sector salud y de las fronteras de los propios países, y que se debe de anteponer la salud a otros intereses, ya sean ideológicos, políticos o comerciales. En un momento de crisis de valores que amenaza con debilitar aún más la cooperación, la salud es uno de los sectores que deben procurar visibilizar mucho más las consecuencias que los recortes en cooperación van a suponer en las personas más vulnerables, ya que tiene un componente de inmediatez que todo el mundo puede entender. Porque hay que poner en valor la solidaridad, no solamente como una herramienta para mejorar la equidad y la justicia en el mundo, sino como un elemento primordial que ayudará a todas las personas del planeta a tener una mejor calidad de vida.

23 <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8490284>

3

La salud en la cooperación española

- En 2024, en un contexto marcado por la crisis del multilateralismo, la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española registró un incremento del 11,8 %, alcanzando los 4.021 millones de euros. Este aumento en 426 millones de euros fija porcentualmente la AOD en el 0,25 % de la Renta Nacional Bruta (RNB), porcentaje alejado de los compromisos económicos adquiridos y/o renovados en los últimos años, lo que exige un esfuerzo sostenido y una clara voluntad política para cumplir con el objetivo del 0,55 % al final de la legislatura (2027) y el compromiso del 0,7 % en 2030, tal y como recoge la Ley 2023.
- La AOD destinada a salud experimenta en 2024 un incremento absoluto de 29 millones de euros, alcanzando los 276,7 millones. Este crecimiento no se traduce en un aumento proporcional dentro del conjunto de la cooperación española, donde la salud mantiene un peso relativo de apenas el 6,87 %, claramente por debajo de la media de los países del CAD, situada en el 8,9 %. Del total consignado a salud, la AECID destina 96,3 millones de euros, lo que representa el 16,3 % de su presupuesto, un porcentaje que refleja claramente la prioridad otorgada por la Agencia

al sector salud, acorde con los desafíos globales a los que nos enfrentamos.

- El Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación mantiene el liderazgo en la financiación de la cooperación en salud, con un 43,5 % del total. Muy cerca, con un 40,2 %, se sitúa el Ministerio de Hacienda, gracias a sus aportaciones a los presupuestos de la Comisión Europea en materia de cooperación al desarrollo en salud. Un año más, echamos en falta una mayor implicación del Ministerio de Sanidad, cuya contribución apenas alcanza el 0,46 % de toda la cooperación sanitaria. En un contexto marcado por crecientes amenazas globales en salud —desde pandemias hasta crisis vinculadas al cambio climático—, su papel podría y debería ser mucho más relevante.
- La cooperación descentralizada se mueve en cifras similares a las de 2023, aportando 412,6 millones de euros, apenas 3 millones menos que en 2023. En el conjunto de la AOD española representa el 10,26 % del total, un porcentaje que, siendo importante, está por debajo del esfuerzo que las CC. AA. pueden realizar. Esta estabilidad, sin embargo, convive con una tendencia preocupante a los

recortes, que refleja cómo va calando un discurso que infravalora el papel de la cooperación descentralizada en la promoción de la justicia global, llegando incluso a cuestionar su propia existencia. Frente a ello, resulta imprescindible visibilizar sus logros y reforzar su legitimidad como un pilar fundamental del desarrollo y la solidaridad internacional.

- En 2024, la cooperación sanitaria representó el 10,5 % del total de la AOD descentralizada, con una aportación de 43,5 millones de euros. No obstante, estos fondos destinados a salud se redujeron en unos 5 millones respecto al año anterior, lo que evidencia una tendencia preocupante en un momento en que los desafíos globales de salud requieren un mayor compromiso. A pesar de ello, la cooperación descentralizada en salud mantiene un papel estratégico: supone el 15,7 % del total de la AOD española destinada a salud, lo que equivale a que uno de cada seis euros de la cooperación sanitaria proviene de este

ámbito. Este dato confirma que, aunque su volumen pueda parecer limitado, la cooperación descentralizada constituye un pilar esencial de la respuesta española en salud global. Su capacidad de proximidad, innovación y conexión con la ciudadanía le otorga un valor añadido que debe ser reconocido y fortalecido, especialmente si se quiere consolidar una política coherente y sostenible frente a las amenazas sanitarias internacionales.

- España anunció un compromiso de 315 millones para 2025-2027 en la iniciativa “Hacia un Ecosistema de Salud Global Renovado: Abordando los Desafíos y las Oportunidades para la Financiación de Sistemas de Salud Inclusivos, Resilientes y Sostenibles”, junto con OMS, GAVI y el Fondo Mundial. Se trata de un compromiso político sustancial para España, sustentado en una responsabilidad compartida que puede ayudar a dar forma a una arquitectura de salud mundial reformada y más equitativa.

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 siguientes: 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 correspondiente¹. 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

1 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).

—y por tanto directamente comparables— a los de los años anteriores².

- 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 2024

En 2024 la cooperación española recuperó la senda de crecimiento iniciada en 2020 y truncada en 2023, con un incremento del 11,8 % respecto al año anterior. La AOD alcanzó los 4.021,5 millones de euros, es decir, 426,7 millones más que en 2023. Este aumento también se reflejó en el porcentaje sobre la Renta Nacional Bruta (RNB), que pasó del 0,24 % al 0,25 %. No obstante, España sigue muy por debajo de la media del CAD (0,33 %) y, especialmente, de la media de la UE (0,47 %). Si bien celebramos este aumento, conviene recordar que el Gobierno se comprometió a alcanzar el 0,55 % en esta legislatura que concluye en 2027, como paso intermedio hacia el 0,7 % en 2030 recogido en la Ley de Cooperación de 2023. Alcanzar estos niveles de AOD implicaría unos incrementos notables en los presupuestos, un reto complicado, aunque no imposible, que exige voluntad política, blindaje legal y una hoja de ruta precisa con marcos presupuestarios programados y creíbles.

En este contexto, resulta significativo que España retome el crecimiento en cooperación en un momento en que muchos países vecinos han optado por recortes. Este avance, aunque modesto, abre una ventana de oportunidad para que España se convierta en un actor relevante en la cooperación internacional, reforzando su presencia en instituciones multilaterales como Naciones Unidas o, en el ámbito sanitario, la OMS. Apostar por este liderazgo multilateral es esencial, ya que los grandes retos globales —desde las crisis sanitarias hasta el cambio climático— solo pueden abordarse mediante esfuerzos compartidos y coordinados. En un escenario marcado por el individualismo y la polarización, las instituciones multilaterales siguen siendo imprescindibles para articular respuestas globales coherentes y sostenibles.

El análisis de la evolución de la cooperación española muestra que, en 2024, los recursos destinados a AOD siguen muy alejados de las cifras

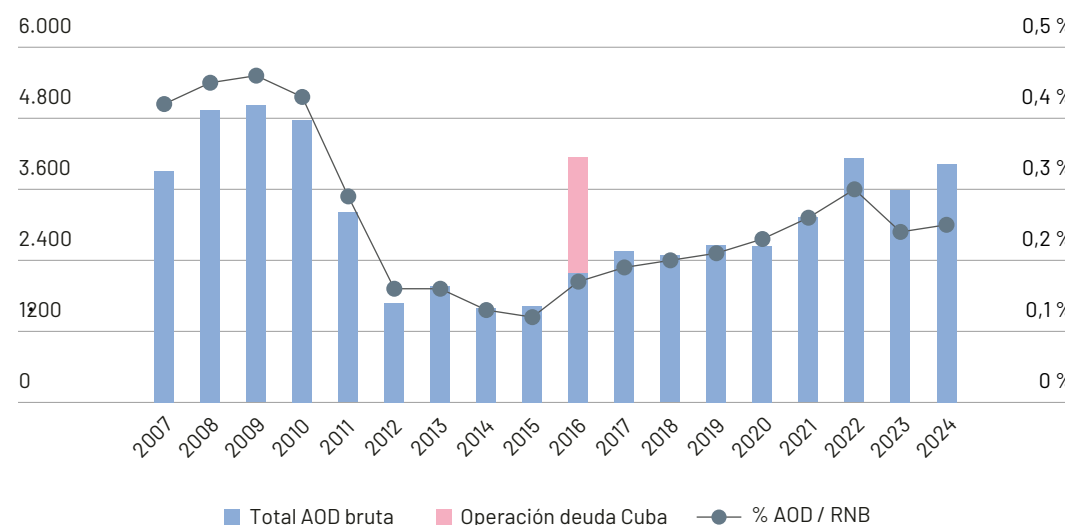
máximas alcanzadas en 2009, cuando se llegó al 0,46 % de la RNB. La comparación en términos absolutos evidencia la magnitud de la brecha: en 2009 se destinaron 993 millones de euros más que en 2024, casi una cuarta parte adicional. Si se incorpora la variación por inflación —donde 100 euros de 2009 equivaldrían a 134 euros en 2024³—, la diferencia se amplía hasta los 1.330 millones de euros. Conviene recordar que el Gobierno se había comprometido a alcanzar el 0,5 % de la RNB en 2023, un objetivo incumplido y ahora pospuesto a 2027, lo que resulta altamente improbable en el contexto actual.

Ante esta situación, resulta imprescindible que la cooperación española adopte una estrategia de incremento progresivo y creíble de sus partidas de AOD. El primer paso debería ser alcanzar la media del CAD (0,33 %), para después avanzar hacia el 0,5 %, superando la media europea (0,47 %) y aspirando al 0,7 % en 2030, tal y como establece la Ley de Cooperación para el Desarrollo y la Solidaridad Global. Sin embargo, más allá de las cifras, es fundamental consolidar la cooperación para

el desarrollo y la acción humanitaria como una política pública prioritaria. Para ello se requieren alianzas sólidas que eviten la actual deriva de retroceso, especialmente visible en algunas comunidades autónomas, y dar visibilidad al valor de la cooperación como herramienta para garantizar derechos humanos básicos —como la salud— y como elemento esencial de protección en un mundo cada vez más interdependiente.

El gráfico 3.1 evidencia que la cooperación española sigue muy lejos de recuperar tanto el peso como los volúmenes de financiación alcanzados hace quince años. Tras la profunda crisis iniciada en 2011 y prolongada hasta 2015, se consolidó una tendencia de crecimiento sostenido que se interrumpió en 2023, cuando la AOD sufrió un retroceso. En 2024 se observa una recuperación, y si se comparan las cifras actuales con las de 2015 —el punto más bajo de la cooperación española—, el avance es notable: se destinan 2,4 veces más recursos que entonces. Sin embargo, incluso en sus mejores momentos, la cooperación española nunca ha logrado acercarse al

GRÁFICO 3.1. Evolución de la AOD bruta y del porcentaje sobre la RNB de la Cooperación Española, 2007-2024



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

3 <https://fxtop.com/es/calculadora-de-inflacion.php>

2 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.

compromiso reiteradamente ratificado de alcanzar el 0,7 % de la RNB, lo que refleja una brecha persistente entre los objetivos políticos y la realidad presupuestaria.

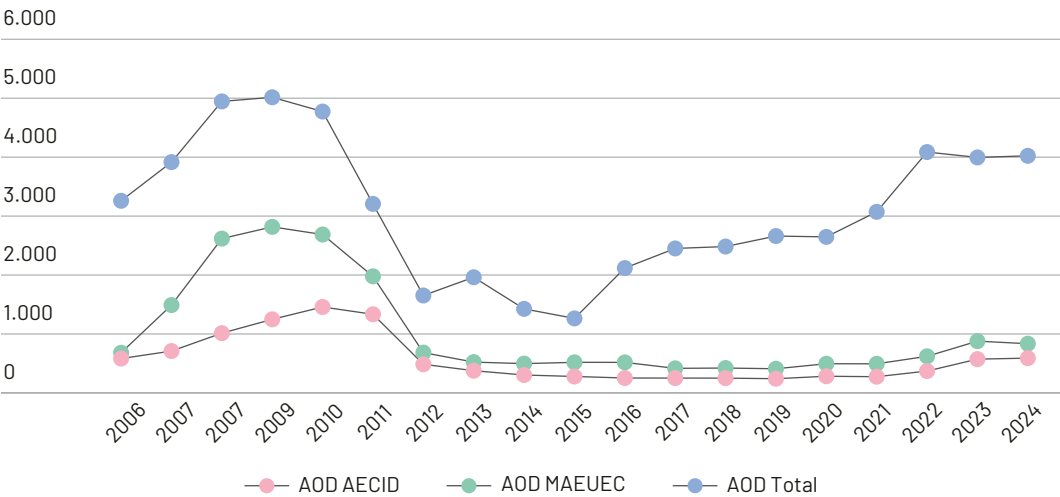
Para consolidar una política de cooperación sólida no basta con incrementar los fondos: es imprescindible invertir en recursos humanos, técnicos y normativos que garanticen una gestión adecuada y una planificación estratégica orientada al impacto, la eficacia y la eficiencia. El objetivo último debe ser mejorar la situación de las poblaciones más vulnerables, lo que exige una reflexión profunda sobre la estructura institucional más idónea para ejecutar y gestionar la cooperación española, afrontar los nuevos retos que tiene la misma y visibilizar su relevancia, algo fundamental en los tiempos actuales.

Estos desafíos deben sustentarse en políticas y estrategias adecuadas lideradas por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC), responsable de planificar, dirigir y evaluar la cooperación internacional para el desarrollo sostenible, y de coordinar las actuaciones de otros departamentos y administraciones públicas. Para ello, resulta esencial el papel que juega la Secretaría de Estado de

Cooperación Internacional (SECI), encargada de la dirección e impulso político, y de la AECID, principal instrumento de gestión de las políticas de cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria. Solo mediante una acción conjunta y coordinada será posible movilizar las herramientas y recursos necesarios para cumplir los compromisos asumidos por España en materia de cooperación al desarrollo y de acción humanitaria.

Tras una prolongada crisis que se extendió hasta 2020, la AOD española ha recuperado la senda de crecimiento, aunque persisten desequilibrios institucionales. En 2024, los fondos gestionados por el MAEUEC descendieron un 5 %, situándose en 835 millones de euros, mientras que la AECID experimentó un leve incremento del 2,9 %, alcanzando los 590 millones. Sin embargo, el peso de la Agencia dentro del conjunto de la cooperación española se redujo en 1,2 puntos porcentuales, hasta el 14,7 % del total de la AOD. Este dato refleja la necesidad de reforzar la capacidad de gestión de la AECID y de dotar de mayor coherencia al sistema institucional, para que el crecimiento de la cooperación se traduzca en un impacto real y sostenible.

GRÁFICO 3.2. Evolución y comparativa del presupuesto de AOD total y del presupuesto gestionado por el MAEUEC y el asignado a la AECID, 2006-2024



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

3 AOD en salud en 2024

3.1. Principales datos de la AOD en salud en 2024

El año 2024 refleja cómo las lecciones de la pandemia de la COVID-19 parecen haberse desdibujado en la política de cooperación española. Durante los años posteriores a la crisis sanitaria, las partidas destinadas a salud crecieron de manera significativa, otorgando al sector la relevancia que merecía. Sin embargo, aunque las cifras brutas continúan aumentando, su peso relativo dentro

del conjunto de la AOD se reduce por tercer año consecutivo, lo que evidencia una pérdida progresiva de peso en el conjunto de la AOD. Este retroceso resulta preocupante en un contexto marcado por desafíos globales de salud que requieren un compromiso sostenido y coherente, capaz de consolidar la salud como un eje estratégico de la cooperación internacional española.

HACIA UN ECOSISTEMA DE SALUD GLOBAL RENOVADO: ABORDANDO LOS DESAFÍOS Y LAS OPORTUNIDADES PARA LA FINANCIACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD INCLUSIVOS, RESILIENTES Y SOSTENIBLES

En el marco de la Plataforma de Acción de Sevilla (PAS), lanzada en la IV Conferencia Internacional sobre Financiación para el Desarrollo (FFD4), se presentó la iniciativa “Hacia un Ecosistema de Salud Global Renovado: Abordando los Desafíos y las Oportunidades para la Financiación de Sistemas de Salud Inclusivos, Resilientes y Sostenibles”. Su objetivo es reformar la arquitectura sanitaria global para que sea más cohesionada, esté liderada por los países y alineada con las estrategias de financiación sostenible.

La iniciativa, presentada por el presidente Sánchez junto con la OMS, GAVI y el Fondo Mundial, cuenta con un compromiso de financiación plurianual de España de 315 millones de euros para el periodo 2025-2027. Los objetivos principales: (i) reformar la gobernanza sanitaria mundial, (ii) alinear la financiación con las prioridades nacionales, (iii) impulsar la cobertura sanitaria universal y (iv) ampliar la movilización de recursos nacionales. Más de quince países, socios multi-

laterales y la sociedad civil se han unido a esta iniciativa hasta la fecha, con el objetivo de contar con una hoja de ruta de reforma tangible para mediados de 2026.

Sin duda se trata de un compromiso político sustancial, sustentado en una responsabilidad compartida que puede ayudar a dar forma a una arquitectura de salud mundial reformada y más equitativa. La iniciativa, que se basa en la Agenda de Lusaka (2023), se estructura en torno a dos áreas de acción clave:

1. Renovar la intención de los países de apoyar un ecosistema de salud mundial reestructurado, más ágil y coordinado, con énfasis en la promoción de la cobertura sanitaria universal mediante sistemas nacionales de salud inclusivos, resilientes y sostenibles.
Garantizar el acceso universal a la salud en un entorno sostenible y progresivamente autosuficiente requerirá un mayor enfoque

en la movilización de ingresos nacionales y el uso de mecanismos de financiación diversificados, teniendo en cuenta que seguirá existiendo una necesidad crítica de AOD, especialmente en contextos de bajos ingresos, vulnerables y afectados por crisis.

2. Invitar a las organizaciones pertinentes y a las iniciativas de salud mundial a proponer ideas concretas de reforma destinadas a mejorar la coherencia, la agilidad, la eficiencia y maximizar el impacto.

Se trata de una iniciativa muy pertinente que pretende construir un enfoque estratégico e inclusivo para transformar la gobernanza sanitaria mundial, mejorando la coherencia financiera, alineando el apoyo internacional con las prioridades nacionales y apoyando el acceso universal a la salud. Su enfoque inclusivo y sostenible permitiría reducir brechas de acceso, contrarrestar recortes sanitarios y garantizar sistemas resilientes, equitativos y de calidad. El compromiso económico inicial de 315 millones supondría un espaldarazo importante al Fondo Mundial contra el sida, la malaria y la tuberculosis, a la Alianza GAVI (hasta 188 millones de dólares) y a la OMS (70,5 millones de dólares).

La hoja de ruta de la iniciativa, que en parte está por construir, deberá afrontar desafíos y puntos críticos como la sostenibilidad a largo plazo, ya que la financiación está proyectada hasta 2027, su aplicación y el impacto en acciones concretas en cada país, especialmente en contextos frágiles o con baja capacidad institucional, la coordinación entre actores o la complementariedad con iniciativas como la de Lusaka, que inspira en parte esta iniciativa, que dicho

sea de paso representa una oportunidad histórica para redefinir la salud global desde una perspectiva más justa y colaborativa.

El evento especial “Financiación de la salud para una economía segura y sostenible: Hacia una Agenda de Acción para la Financiación de la Salud”, celebrado en Sevilla, supuso un primer acercamiento a uno de los temas más peliagudos como es la financiación de los sistemas de salud y la reforma de la arquitectura sanitaria mundial. La sesión enfatizó la urgente necesidad de inversiones sostenibles en salud para apoyar la resiliencia económica, la equidad y la seguridad sanitaria mundial, y sentó las bases para un compromiso colectivo con esta iniciativa, compromiso que han suscrito 14 países (7 africanos, 2 de América Latina, 2 de Asia, 2 de Europa y uno de Oceanía) además de la Comisión Europea, 9 organismos regionales y/o internacionales y 8 organizaciones de la sociedad civil entre las que se encuentra medicusmundi.

A parte de herramientas técnicas, la iniciativa requiere de voluntad política y coordinación para el cambio estructural que se propone. Como se comentó en el evento de Sevilla, “la financiación de la salud es profundamente política y está determinada por las decisiones sobre quién paga, quién se beneficia y quién decide”. Una transformación debe basarse en solidaridad por encima de caridad; cooperación por encima de competencia; y liderazgo público por encima de dependencia del mercado.

Financiar la salud para todos y todas es un imperativo moral y una necesidad estratégica, y construir sistemas justos y sostenibles requiere una acción colectiva y audaz que no puede esperar.

De los 4.022 millones de euros destinados a AOD, se asignaron a salud 276,7 millones, lo que representa el 6,87 % del total. Esta cifra supone un incremento de 29 millones respecto a 2023, equivalente a un 11,7 % más en términos porcentuales. Sin embargo, el peso relativo de la cooperación sanitaria dentro del conjunto de la AOD se redujo levemente, pasando del 6,91 % en 2023 al 6,87 % en 2024. Esta aparente contradicción se explica porque el crecimiento global de la AOD española fue superior al de la cooperación específica en salud, lo que indica que la mayor parte del aumento se destinó a otros sectores.

El análisis de la evolución de la AOD bruta en salud, reflejado en el gráfico 3.3, pone de manifiesto una tendencia preocupante: el progresivo retroceso de este sector, solo revertido de manera coyuntural durante los años de la pandemia. Cuesta que la salud se consolide como un eje estratégico dentro de la cooperación española, a pesar de que los desafíos globales en este ámbito requieren un compromiso sostenido y coherente.

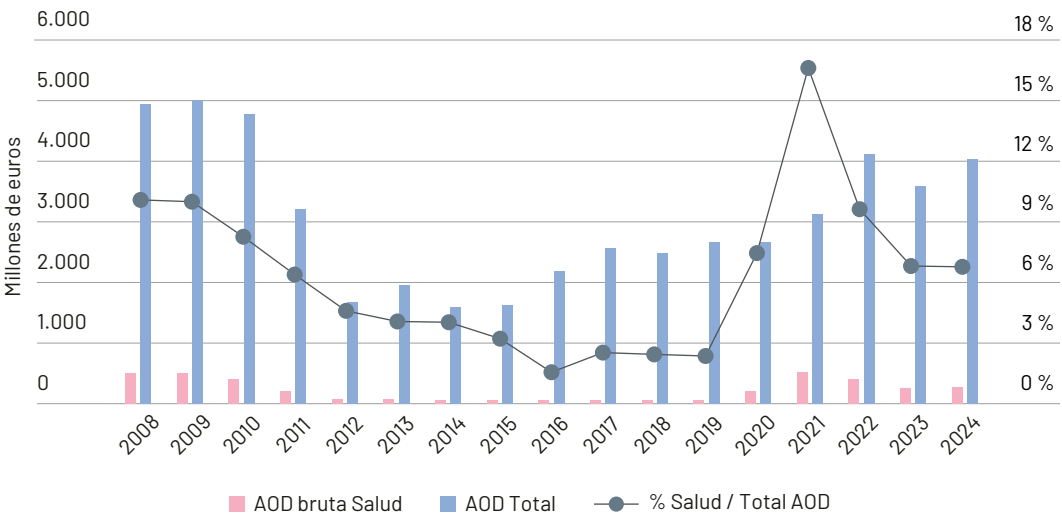
Para conocer el verdadero peso de la cooperación sanitaria dentro de la AOD es necesario compararla con el resto de los sectores, lo que

se logra a través del análisis de la ayuda bilateral distribuable, 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 2024, al igual que en 2023, la AOD bilateral distribuable aumentó en términos absolutos, alcanzando los 732,8 millones de euros, es decir, 76,5 millones más que el año anterior. Sin embargo, su peso relativo dentro de la AOD total se mantuvo estable en el 18,2 %. En contraste, la ayuda multilateral continúa destacando, con una intervención cercana al 61 %, lo que confirma su predominio en la arquitectura de la cooperación española.

En la tabla 3.1 se aprecia que la AOD distribuable destinada a salud se ha reducido en algo más de 12 millones de euros. Este recorte explica la caída del peso relativo del sector dentro del conjunto de la ayuda distribuable, que pasa del 13,46 % al 10,40 %, casi tres puntos porcentuales menos y alejándose de los niveles alcanzados en años anteriores.

El sector con mayor peso en la cooperación española continúa siendo Gobernabilidad y Sociedad Civil, con un 24,82 %, seguido de

GRÁFICO 3.3. Evolución de la AOD bruta en salud y de su porcentaje sobre el total de AOD, 2008-2024



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

Multisectorial (14,18 %). En tercer lugar, se sitúa salud, con el mencionado 10,40 %, mientras que Educación recupera la cuarta posición con un 10,12 %. En conjunto, estos cuatro sectores concentran cerca del 60 % de la ayuda bilateral distribuible.

La presencia constante de salud entre los primeros puestos refleja un interés sostenido por el sector. Sin embargo, para que la cooperación española contribuya de manera significativa a la salud global debería reforzarse los recursos asignados.

TABLA 3.1. Evolución de la AOD bilateral bruta distribuible por sectores, 2021-2024 (ge)

Sectores CAD	2021 (GE)		2022 (GE)		2023 (GE)		2024 (GE)	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
110 Educación	64.429.573	7,93	63.016.588	13,60	83.577.975	12,74	74.158.779	10,12
120+130 Salud	386.500.867	47,54	78.736.630	16,99	88.322.245	13,46	76.234.688	10,40
140 Agua y saneamiento	22.253.401	2,74	24.536.685	5,29	45.664.714	6,96	36.760.869	5,02
151 Gobierno y sociedad civil	170.347.982	20,95	132.255.487	28,54	182.244.864	27,77	181.863.942	24,82
152 prevención/resolución conflictos					16.421.100	2,50	26.224.718	3,58
160 Otros servicios e infraest. sociales	22.327.172	2,75	23.119.105	4,99	27.656.486	4,21	37.084.903	5,06
210 Transporte y almacenamiento	5.091.466	0,63	479.193	0,10	7.196.061	1,10	807.466	0,11
220 Comunicaciones	491.432	0,06	344.964	0,07	11.371.588	1,73	2.226.694	0,30
230 Generación y suministro de energía	1.743.700	0,21	2.062.431	0,45	2.615.055	0,40	42.106.756	5,75
240 Servicios financieros	8.892.567	1,09	15.591.990	3,36	31.800.520	4,85	5.352.319	0,73
250 Empresas y otros servicios	1.028.587	0,13	2.229.702	0,48	4.230.588	0,64	10.847.386	1,48
311 Agricultura y ganadería	55.715.711	6,85	51.957.748	11,21	49.793.262	7,59	60.258.836	8,22
312 Bosques	500.327	0,06	862.359	0,19	817.450	0,12	986.922	0,13
313 Pesca	1.524.999	0,19	4.119.233	0,89	2.108.449	0,32	2.870.154	0,39
321 Industria	3.330.339	0,41	4.026.349	0,87	-3.745.241	-0,57	7.222.290	0,99
322 Minería y recursos minerales	72.270	0,01	29.900	0,01	34.811	0,01	3.350	0,00
323 Construcción	103.497	0,01	13.487	0,00	1.942	0,00	430.000	0,06
331 Políticas y regulaciones comerciales	1.109.146	0,14	485.058	0,10	1.021.077	0,16	144.718	0,02
332 Turismo	994.675	0,12	2.074.048	0,45	2.142.849	0,33	2.442.568	0,33
410 Medioambiente	8.153.367	1,00	11.180.806	2,41	40.142.726	6,12	60.930.156	8,31
430 Multisectorial	58.322.255	7,17	46.300.824	9,99	62.757.043	9,56	103.916.620	14,18
Total AOD bilateral distribuible	812.933.331	100 %	436.866.100	100 %	656.175.566	100 %	732.874.133	100 %
Total AOD bilateral	1.273.586.278		1.583.207.391		1.401.325.325		1.576.942.953	
TOTAL AOD (Bilateral + Multilateral)	3.123.562.267		4.120.338.725		3.594.781.149		4.021.509.826	

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

Para comprender la cooperación sanitaria española resulta imprescindible identificar a los actores que la integran y analizar su grado de implicación. En la tabla 3.2. se muestra la desagregación por canales y actores. El primer hecho destacable es la continuidad, desde 2021, de la eliminación de la ayuda reembolsable en el sector salud. Esta decisión es plenamente coherente, dado que la ayuda reembolsable no constituye un instrumento adecuado para atender necesidades sociales básicas como la salud.

El canal multilateral continúa perdiendo peso: tras haber sido el más utilizado en 2022, en 2024 apenas representa un 4,9 % del total, lo que supone 2,4 puntos porcentuales menos y una reducción de 4,67 millones de euros. El canal bilateral, que antes de la pandemia era el predominante, también registra una caída en 2024, con 7,4 millones de euros menos. Los 62,7 millones asignados a este canal equivalen al 23 % de la AOD sanitaria, cinco puntos porcentuales menos que en 2023.

En contraste, el canal que vuelve a crecer de forma muy relevante es el multilateral, que supera los 200 millones de euros y alcanza el 72,4 % de toda la AOD en salud, o que representa un incremento de 40 millones respecto a 2023, un 25 % más.

Estas cifras muestran que existe una apuesta clara por el multilateralismo en salud. Para que esta orientación sea estratégica y tenga un impacto real, debería acompañarse de una mayor presencia en los espacios de decisión de las instituciones multilaterales, contribuyendo a que su labor se centre en valores reconocibles para la Cooperación española como puede ser la equidad, participación y el impacto.

En el panorama institucional de la cooperación sanitaria española, el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación continúa ocupando el primer lugar, con 120,5 millones de euros, lo que representa el 43,5 % del total y supone un incremento de 6 millones respecto a 2023. En segundo lugar, se sitúa el Ministerio de

TABLA 3.2. Resumen de la AOD española en salud, 2024

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	21.813.274
Bruta: 276.697.094 € 100 %	Bruta: 62.705.030 € 23 %		Ministerio Sanidad	81.034
			CC. AA.	33.196.512
			EE. LL.	7.294.100
Neta: 276.697.094 €	Neta: 62.705.030 €	Reembolsable 0 €	Universidades	320.111
	AOD multilateral 13.529.658 € 4,89 %		Ministerio Asuntos Exteriores, UE y de Cooperación	10.270.000
			EE. LL.	0
		AOD multilateral 200.462.406 € 72,45 %	Ministerio de Sanidad	260.000
			CC. AA.	2.999.658
			Ministerio Asuntos Exteriores y de Cooperación	88.441.764
			Ministerio de Hacienda	111.020.643
	Contribuciones obligatorias: 128.237.406 €	Contribuciones voluntarias: 72.225.000 €	CC. AA.	1.000.000

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

Hacienda, con un 40,1 %, gracias a sus aportaciones a los presupuestos de la Comisión Europea en materia de cooperación al desarrollo. Su papel está creciendo de forma notable tanto en cooperación en general como en salud en particular: los 111 millones destinados en 2024 implican un aumento de 29,5 millones, un 36,2 % más que el año anterior.

En contraste, el Ministerio de Sanidad mantiene un peso muy reducido en la cooperación sanitaria. Desde que la pandemia de la COVID-19 desapareció de las prioridades mundiales, está reduciendo enormemente su presencia en el ámbito de la cooperación sanitaria. Aunque en 2024 destina 1,3 millones de euros —cinco veces más que la cifra de 2023—, esta cantidad apenas representa el 0,46 % de la cooperación sanitaria española.

Resulta necesario reclamar una mayor implicación del Ministerio de Sanidad en las políticas de cooperación internacional en salud. Su participación aportaría un valor añadido en los debates globales, especialmente por la experiencia de un sistema orientado a la equidad en el acceso y por la relevancia que la Atención Primaria de Salud ocupa en el modelo español de atención.

Un rasgo distintivo de la cooperación española, al que no se otorga el reconocimiento que merece, es su cooperación descentralizada. En 2024, las Comunidades Autónomas se sitúan en tercer lugar entre las instituciones que más recursos destinan a cooperación sanitaria, con 36,2 millones de euros. A pesar de reducir en 4,5 millones su aportación respecto a 2023, un 11 %, su esfuerzo es muy relevante porque demuestra la capacidad que tienen para sostener, incluso en un contexto de recortes, un compromiso constante con la cooperación sanitaria, aportando diversidad de enfoques y proximidad a las necesidades de los territorios y de las entidades socias.

Las Entidades Locales ocupan nuevamente la cuarta posición, con 7,2 millones de euros, medio millón menos que el año anterior. Aunque

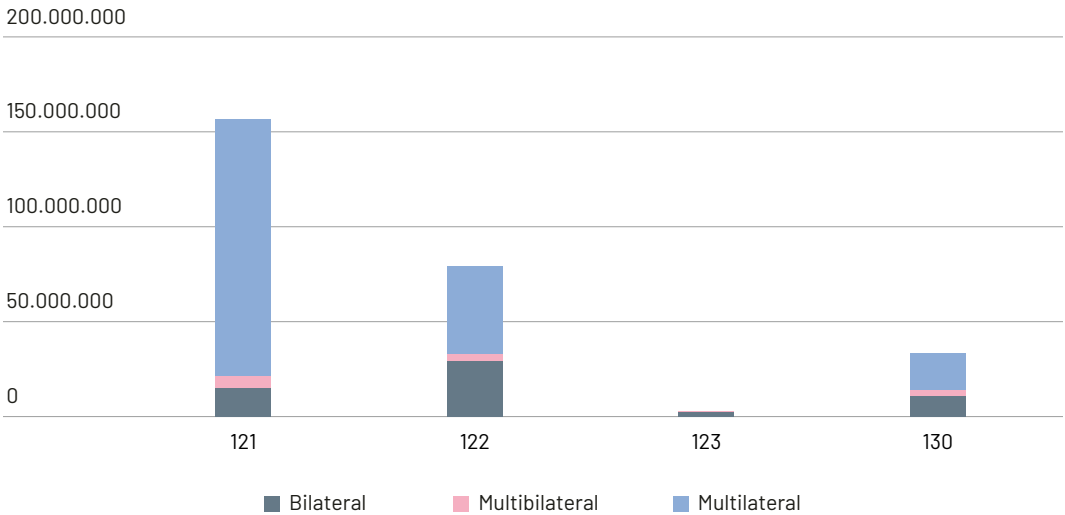
las Entidades Locales mantienen una presencia estable en la cooperación sanitaria española, su aportación sigue siendo limitada y además muestra una tendencia descendente. La reducción de medio millón respecto al año anterior refleja la fragilidad de este nivel de compromiso y confirma que la cooperación descentralizada enfrenta un proceso de debilitamiento progresivo. En términos estratégicos, parece evidente la necesidad de reforzar el papel de las Entidades Locales, ya que su proximidad a la ciudadanía y su capacidad de generar iniciativas innovadoras deben seguir aportando un valor diferencial a la cooperación sanitaria. Sin un esfuerzo de recuperación y consolidación, el riesgo es que su contribución quede relegada a un papel marginal dentro del sistema de cooperación española.

Por último, las Universidades mantienen una presencia meramente residual, con 320.111 euros destinados a cooperación sanitaria. Las Universidades poseen un valor añadido único: capacidad de generar conocimiento, formar profesionales, impulsar investigación aplicada y establecer redes académicas internacionales. Sin embargo, los escasos fondos destinados a salud denotan que este potencial está infrautilizado. Para que su contribución sea significativa, sería necesario fortalecer mecanismos de financiación y fomentar programas que vinculen la investigación y la formación universitaria con las prioridades de la cooperación sanitaria española.

Al examinar la cooperación sanitaria española en 2024, según los cuatro subsectores definidos para salud —salud general (121), salud básica (122), salud reproductiva (130) y enfermedades no transmisibles (123)— y los canales de ejecución utilizados, se observa la continuidad de la tendencia iniciada en 2023: la priorización de la salud general frente al resto de subsectores.

- Salud general (121): concentra el 57,85 % de la AOD sanitaria española, equivalente a 160 millones de euros, lo que supone un incremento de casi seis puntos porcentuales respecto a 2023. La mayor parte de estos

GRÁFICO 3.4. Distribución AOD salud sectorial por canales, 2024



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

- recursos (84 %) se canaliza a través de la cooperación multilateral.
- Salud básica (122): se mantiene en segundo lugar con 80,6 millones de euros y el 29,15 % del total. Este subsector presenta una distribución más equilibrada entre canales, aunque el multilateral sigue siendo predominante, con algo más del 57 % de las asignaciones.
- Salud reproductiva (130): queda muy rezagada, con solo el 12 % de la cooperación sanitaria. Además, reduce su peso en un punto porcentual respecto a 2023. Su distribución por canales es similar a la de la salud básica.
- Enfermedades no transmisibles (123): continúan recibiendo una financiación residual, inferior al 1 %, canalizada principalmente a través de la cooperación bilateral.

Este patrón de distribución está condicionado por un sesgo que se analizará en el siguiente apartado del informe, centrado en la dimensión sectorial de la salud. Conviene destacar que el incremento de las aportaciones canalizadas mediante organismos multilaterales se observa de forma sostenida desde 2020. En aquel momento

se atribuía al interés por trabajar con instituciones globales en el contexto de la pandemia de la COVID-19, sin embargo, en la actualidad no es así, como se detallará más adelante.

Respecto a la desagregación por agentes y entidades priorizadas por la cooperación sanitaria multilateral, cabe destacar que el **Ministerio de Hacienda aporta 111 millones de euros a la Comisión Europea y Fondo Europeo de Desarrollo, y el MAEUEC aporta 88 millones de euros**, tras un incremento de **14 millones** respecto a 2023. En apenas cinco años, este canal ha multiplicado casi por cinco los recursos destinados a salud, consolidando la apuesta por reforzar la colaboración con organismos multilaterales, especialmente la UE.

En cuanto a entidades priorizadas, observamos cierta concentración en determinados organismos:

- Fondo Global contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis (GFTAM): se sitúa en segundo lugar con 45 millones de euros.
- OMS: recibe 22 millones de euros, un 80 % más que en 2023, en un contexto en el que la institución enfrenta cuestionamientos por parte de algunos países.

TABLA 3.3. Distribución de la AOD multilateral en salud según agente y receptor, 2020-2024, en euros

AGENTE	ORGANISMOS RECEPTORES	2020	2021	2022	2023	2024
MAEUEC	NACIONES UNIDAS	7.862.462	10.848.255	9.653.421	13.329.719	26.966.764
	FIDA - Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola					
	UNFPA - Fondo de Población de NN. UU.				1.150.000	5.000.000
	OMS - Organización Mundial de la Salud	7.862.462	10.848.255	9.653.421	12.179.719	21.966.764
	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	19.475.000	39.569.750	53.100.000	60.964.663	61.475.000
	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	45.000.000
	IAVI - Iniciativa Internacional para la vacuna del Sida					
	IFFIm - Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización	9.475.000	9.569.750	5.000.000	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	2.000.000
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización				9.475.000	9.475.000
	SUBTOTAL MAEUEC	27.337.462	50.418.005	62.753.421	74.294.382	88.441.764
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	85.207.754	111.020.643
	Comisión Europea - Cooperación internacional al desarrollo	57.090.946	65.951.816	81.515.995	85.207.754	111.020.643
	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	111.020.643
Min. Sanidad	OMS - Organización Mundial de la Salud					
	SUBTOTAL M Sanidad	443.700	-	-	-	1.000.000
MCIN	IARC - Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer	443.700				
	ONUSIDA - Programa conjunto de NN. UU. sobre el SIDA					1.000.000
	SUBTOTAL MCIN					1.000.000
CC. AA.	OMS -Organización Mundial de la Salud					
	ACNUR					
	UNRWA					
	UNRISD					
	GAVI - Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización		500.000	600.000	500.000	
	SUBTOTAL CC. AA.		500.000	600.000	500.000	-
TOTAL AOD MULTILATERAL EN SALUD		113.287.368	226.385.412	226.385.412	160.002.136	200.462.406

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

- GAVI: mantiene su aportación en 9,4 millones de euros, ocupando la cuarta posición.
- Facilidad Financiera Internacional para la Inmunización (IFFIm): se mantiene con 5 millones de euros.
- UNFPA: alcanza 5 millones de euros, con un incremento de 3,5 millones respecto a 2023.
- UNITAID: recibe 2 millones de euros, duplicando su asignación respecto al año anterior.
- ONUSIDA: obtiene 1 millón de euros, aportado por el Ministerio de Sanidad.

En cinco años, los recursos destinados a salud por esta vía se han multiplicado casi por cinco, lo que refleja una decisión política clara de reforzar el multilateralismo a través de la colaboración con instituciones globales, especialmente la UE. Por otro lado, la repetición de posiciones y, en algunos casos, de cantidades respecto a 2023 aporta previsibilidad, lo que es positivo para la planificación de los organismos receptores. Es de aplaudir el aumento significativo hacia la OMS (+80 %) y el crecimiento del UNFPA (+3,5 millones), lo que sugiere una intención de reforzar instituciones clave en momentos de tensión internacional.

La cooperación sanitaria española parece estar alineando su perfil internacional con una lógica de centralización y fortalecimiento de actores multilaterales de referencia, algo muy pertinente pues constituye una decisión estratégica de gran relevancia. Entendemos que esta apuesta se acompaña de una mayor implicación en los procesos de toma de decisiones dentro de los organismos internacionales, para garantizar que los recursos invertidos se traduzcan en una influencia real sobre las políticas globales de salud.

Los grandes desafíos de la salud mundial —la equidad en el acceso, la resistencia antimicrobiana, los efectos del cambio climático, la preparación frente a nuevas pandemias o el impacto de la digitalización en los sistemas sanitarios— solo pueden abordarse eficazmente desde una perspectiva multilateral. Este enfoque compartido debe sustentarse en criterios de equidad, participación y derechos humanos, y no

en prioridades comerciales o intereses de corto plazo. Es precisamente en estas discusiones multilaterales donde España puede desempeñar un papel relevante, aportando una visión centrada en la justicia social y la sostenibilidad.

Asimismo, resulta imprescindible definir con claridad qué organismos deben recibir un mayor respaldo financiero por parte de la cooperación española. En un momento en el que los recortes presupuestarios y las narrativas negacionistas son una amenaza para la salud mundial, puede ser tentador priorizar las actividades asistenciales, relegando a un segundo plano la importancia de la formulación de políticas adecuadas, que son esenciales para garantizar impactos sostenibles a medio y largo plazo.

Por ello, consideramos acertado que se priorice el fortalecimiento de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en la actualidad recibe apenas el 10,9 % de la ayuda multilateral española. Reforzar su papel no solo contribuiría a dotar de mayor coherencia y legitimidad a la acción internacional, sino que también permitiría a España posicionarse como un actor comprometido con la gobernanza global de la salud en un momento crítico.

En 2024, la ayuda multilateral española en salud mantiene el descenso iniciado en 2022, reduciéndose hasta 13,6 millones de euros. Esta cifra es inferior incluso a la registrada en 2020 y supone un 25 % menos que en 2023. El retroceso confirma que este canal, muy condicionado por las aportaciones extraordinarias vinculadas a la pandemia, ha ido perdiendo relevancia en la cooperación sanitaria española una vez desaparecida la emergencia global.

El desglose por organismos muestra una distribución fragmentada:

- Banco Mundial: continúa siendo el principal receptor, con 5 millones de euros, aunque reduce a la mitad los fondos recibidos en 2023.
- OPS: recibe algo más de 2,3 millones de euros, duplicando su asignación respecto al año anterior.

- UNFPA y OMS: se sitúan en torno a los 2 millones de euros cada uno; en el caso de la OMS, supone un recorte por este canal de 2 millones respecto a 2023, compensado con el incremento sustancial realizado a través de la cooperación multilateral.
- Otros organismos: reciben menos de un millón de euros. La lista de beneficiarios varía cada año, reflejando la ausencia de una estrategia clara. En 2024 entran UNRWA, UNICEF, GAVI y ONDUC, mientras que desaparecen las aportaciones al Banco Mundial, PMA y OEA.

TABLA 3.4. Distribución de AOD multilateral en salud según organismo receptor, 2020-2024

ORGANISMOS RECEPTORES	2020	%	2021	%	2022	%	2023	%	2024	%
GFATM										
UNFPA	900.000	5,47	2.450.000	0,77	2.940.000	1,65	1.926.700	10,59	2.000.000	14,78
OPS	1.081.650	6,57	750.000	0,23	1.200.000	0,67	1.122.500	6,17	2.360.000	17,44
UNICEF	530.400	3,22	889.500	0,28					720.000	5,32
DNDi										
MMV - Medecines for Malaria Venture										
UNRWA	250.000	1,52	761.000	0,24					800.000	5,91
OMS	5.032.878	30,59	310.957.064	97,17	163.501.576	91,65	3.949.658	21,70	1.949.658	14,41
OIEA										
PNUD										
CEDEAO										
ONUSIDA										
Banco Mundial							10.000.000	54,95	5.000.000	36,96
OEA							200.000	1,10		
ACNUR			700.000	0,22	50.000	0,03				
ONDUC					500.000	0,28			200.000	1,48
OEI					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	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			500.000	3,70
TOTAL	16.451.460	100	320.007.564	100	178.391.576	100	18.198.858	100	13.529.658	100

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

La ayuda multilateral española en salud parece encontrarse en un proceso de debilitamiento estructural, marcado por un descenso continuado desde 2022 y por una distribución cada vez más fragmentada y poco estratégica. La caída hasta 13,6 millones de euros en 2024 — una cifra inferior a la de 2020 y un 25 % menor que en 2023— parece confirmar que este canal ha perdido relevancia una vez superada la fase aguda de la pandemia, sin que parezca que se haya definido un nuevo marco de actuación que oriente su uso.

Aunque algunos organismos como el Banco Mundial, la OPS, el UNFPA o la OMS siguen recibiendo recursos, las variaciones entre años y la entrada y salida constante de instituciones

manifiestan una falta de continuidad y de prioridades claras. Esta volatilidad contribuye a limitar el impacto de la ayuda, dificulta la planificación de los organismos receptores y reduce la coherencia de la cooperación sanitaria española.

La cooperación española necesita definir una estrategia multilateral más estable, coherente y alineada con las prioridades de salud global, evitando que este canal quede relegado a aportaciones puntuales o reactivas, salvo que ese sea el uso que se le quiere dar. Una orientación más clara permitiría aprovechar mejor su potencial complementario al canal multilateral, reforzar la previsibilidad y asegurar que los recursos contribuyen a objetivos de salud global de medio y largo plazo.

3.2. Distribución sectorial de la AOD en salud

La salud general concentra actualmente el mayor volumen de financiación, con cerca del 58 % del total de la AOD sanitaria, lo que supone un incremento de 6 puntos porcentuales respecto al año anterior. Este aumento se explica, en gran medida, por las partidas canalizadas a través de la ayuda multilateral.

Muy por detrás se sitúa la salud básica, tradicionalmente el subsector más apoyado por la cooperación española, que en 2024 apenas alcanza el 29,15 %, prácticamente la mitad de lo registrado el año anterior.

La salud sexual y reproductiva, por su parte, interrumpe la tendencia de recuperación observada en los últimos años y pierde un punto porcentual, quedando en torno al 12 % de la AOD sanitaria.

Finalmente, es preciso mencionar que, siete años después de haber incorporado las enfermedades no transmisibles (ENT) al análisis, éstas continúan ocupando un lugar marginal, con menos del 1 % de la financiación en 2024, a pesar de constituir el grupo de enfermedades responsable de la mayor carga de mortalidad mundial. Las ENT siguen sin ocupar un lugar prioritario en las

agendas de cooperación, dominadas por enfoques más tradicionales vinculados a salud básica y reproductiva. Se trata de un problema que es compartido por el conjunto de donantes: Es posible que parte de las intervenciones relacionadas con ENT se contabilicen bajo otros subsectores (salud general, fortalecimiento de sistemas), lo que invisibiliza su peso real en la financiación.

El análisis de la AOD sanitaria española se encuentra fuertemente condicionado por la forma en que se contabiliza la aportación al presupuesto de la Comisión Europea en los últimos años. El total destinado a esta partida asciende a 1.725 millones de euros. Sin embargo, para distribuir sectorialmente dicha cantidad, la Comisión Europea únicamente proporciona información desagregada por ODS, lo que obliga a la cooperación española a seleccionar un código CRS para poder incorporarlo a sus análisis. En el caso del ODS 3 (Salud), la Comisión lo vincula al CRS 12110 – Política sanitaria y gestión administrativa, que pertenece a la categoría de salud general. Se trata del componente más amplio y genérico, en el que se engloban todas estas cantidades. Como

consecuencia, la aportación española específica a salud dentro del presupuesto de la Comisión Europea —107,82 millones de euros en 2024— se asigna íntegramente a salud general, aunque en realidad se desconoce su orientación sectorial concreta. Igualmente pasa con las contribuciones al Fondo Europeo de Desarrollo, que en salud suman 3,2 millones de euros. La suma de ambas partidas representa aproximadamente el 40 % del total destinado a salud por la cooperación española, lo que introduce un sesgo significativo en el análisis y limita su capacidad explicativa. Este sesgo metodológico también ayuda a comprender la elevada proporción de recursos que, en el análisis geográfico, aparecen bajo la categoría de “no especificados”, como se verá más adelante.

Si en este análisis elimináramos estas partidas europeas y se pasaran a no clasificadas, como ocurre en la asignación geográfica, este análisis cambiaría por completo y la salud básica volvería a ser el subsector más financiado, como tradicionalmente ha sucedido, con el 45 % de toda la AOD en salud, disminuyendo la salud general hasta un 30 %. En definitiva, el análisis pierde parte de su sentido porque se construye sobre una base metodológica que sobrerrepresenta la salud general y oculta la orientación real de los fondos. Reconocer esta limitación es clave para interpretar los datos con cautela y para exigir una mayor transparencia y desagregación en la información proporcionada por los mecanismos europeos de cooperación.

Al desglosar los componentes CRS de la salud general, se observa una distribución distinta respecto a los tres años anteriores:

- Política sanitaria (CRS 12110): Se consolida como el componente más financiado, con 140 millones de euros, lo que supone un incremento de 27 millones respecto a 2023. Esta cifra, sin embargo, está fuertemente condicionada por el sesgo metodológico ya explicado, derivado de la asignación automática de las contribuciones españolas al presupuesto de la Comisión Europea.

- Investigación médica (CRS 12182): Ocupa la segunda posición con 9,2 millones de euros, duplicando la cifra del año anterior.
- Servicios médicos (CRS 12191): Descienden a la tercera posición, aunque reciben 7,6 millones de euros, lo que representa un aumento de 1,5 millones respecto a 2023.
- Enseñanza y formación médicas (CRS 12181): Reducen su presupuesto a menos de la mitad, situándose en cuarto lugar con casi 2 millones de euros.
- Estadísticas y datos de salud (CRS 12196): Introducido en 2020, permanece como el componente menos financiado, con 853.750 euros. Aunque la cifra es modesta, triplica la asignación de 2023, lo que refleja un crecimiento relativo significativo.

En conjunto, la distribución refleja una estructura desequilibrada, donde la política sanitaria absorbe la mayor parte de los recursos, mientras que otros componentes esenciales para la sostenibilidad de los sistemas de salud —como formación, servicios médicos o generación de datos— permanecen en un segundo plano. Este patrón limita la capacidad de la cooperación para responder de manera integral a las necesidades del sector y refuerza la necesidad de revisar los criterios de clasificación y asignación para evitar que los sesgos metodológicos distorsionen la lectura de las prioridades reales.

El subsector de salud básica presenta el mayor número de componentes CRS, lo que en principio debería traducirse en una mayor dispersión de recursos, aunque el 79 % de la financiación se concentra en apenas 4 componentes, una vez el subsector de lucha contra la COVID-19 (CRS 12264) prácticamente desaparece.

- Control de enfermedades infecciosas (CRS 12250): Se mantiene como el componente más financiado, con 18,2 millones de euros, aunque registra un descenso del 46 % respecto a 2023, lo que refleja una fuerte contracción.

- Atención sanitaria básica (CRS 12220): Ocupa la segunda posición con una cifra prácticamente idéntica, aunque sufre una caída más moderada, del 16,8 %.
- Lucha contra la malaria (CRS 12262): Recibe 13,7 millones de euros, duplicando las cifras de 2023.
- Control de la tuberculosis (CRS 12263): Muy cercano al anterior, con 13,5 millones de euros, también duplicando la financiación del año previo.
- Infraestructuras sanitarias básicas (CRS 12230): Se sitúan en quinto lugar con 7 millones de euros, multiplicando por tres las cantidades de 2023.
- Nutrición básica (CRS 12240): Sexta posición con 5,3 millones de euros.
- Formación del personal sanitario (CRS 12281): Apenas recibe 2,5 millones de euros, lo que supone 3,3 millones menos que en 2023.
- Educación sanitaria (CRS 12261): Apenas 1,4 millones de euros.
- Control de la COVID-19 (CRS 12264): Cierra la lista con 0,5 millones de euros, confirmando su desaparición como subsector relevante.

Como se puede observar, aunque la salud básica cuenta con múltiples componentes, la financiación sigue concentrándose en cuatro áreas, lo que limita la diversificación y reduce la capacidad de respuesta integral. El fuerte descenso en el control de enfermedades infecciosas es preocupante, dado que sigue siendo un ámbito central para la cooperación internacional y un riesgo latente en muchos países. El aumento significativo en la lucha contra la malaria y el control de la tuberculosis parece sugerir una priorización renovada de enfermedades específicas, aunque todavía es pronto para considerarlo una certeza. El crecimiento en infraestructuras sanitarias y nutrición básica afecta directamente a los determinantes estructurales de la salud, por lo que su crecimiento, aunque sea modesto, es una buena noticia. No así la caída en la formación del personal y la escasa inversión en educación sanitaria

pues afecta directamente al fortalecimiento de capacidades humanas y comunitarias, esenciales para la sostenibilidad de los sistemas de salud. Finalmente, añadir que la reducción drástica en el control de la COVID-19 parece confirmar el cierre de un ciclo, manteniendo muchas dudas sobre la capacidad de mantener aprendizajes y estructuras creadas durante la pandemia.

En el subsector de salud sexual y reproductiva, el componente de mayor peso continúa siendo la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/sida (CRS 13040), con 15,3 millones de euros. No obstante, esta cifra supone una reducción de 5 millones respecto a 2023, es decir, un 24,6 % menos, prolongando la tendencia descendente de los últimos años.

El segundo componente en importancia es la atención en salud reproductiva (CRS 13020), que mantiene su trayectoria ascendente y crece un 45 % en 2024, alcanzando 13,7 millones de euros.

El resto de los componentes se sitúan muy por debajo de estas cifras: Planificación familiar (CRS 13030) recibe 2,2 millones de euros; Formación de personal en salud reproductiva (CRS 13081) 1,5 millones de euros; y Políticas en salud reproductiva (CRS 13010) apenas 0,5 millones de euros, una diferencia notable respecto a las partidas destinadas a políticas de salud general. Este último dato resulta especialmente preocupante en un contexto en el que los derechos sexuales y reproductivos están siendo cuestionados y atacados en diversos espacios políticos y sociales. La escasa financiación destinada a políticas reproductivas debilita la capacidad de la cooperación para sostener un enfoque basado en derechos y para defender avances que se consideraban ya consolidados.

La reducción sostenida en la financiación del VIH/sida y otras ETS, unido al aumento de financiación en salud reproductiva, parece anticipar un desplazamiento de prioridades, si bien aún es pronto para sacar conclusiones. Por otro lado, la escasa inversión en políticas de salud reproductiva preocupa especialmente por producirse en un momento en que estos derechos requieren

TABLA 3.5. Distribución de AOD salud por canales y subsectores CAD/CRS, 2024

CAD/CRS	Bilateral	Multilateral	Multilateral	TOTAL	%
121	18.877.537	6.207.158	134.987.406	160.072.102	57,85
12.110	5.283.481	2.099.658	132.887.406	140.270.545	50,69
12.181	1.837.721	160.500	-	1.998.221	0,72
12.182	6.956.540	340.000	2.000.000	9.296.540	3,36
12.191	3.946.046	3.607.000	100.000	7.653.046	2,77
12.196	853.750	-	-	853.750	0,31
122	30.498.746	4.172.500	45.975.000	80.646.246	29,15
12.220	17.914.951	300.000	-	18.214.951	6,58
12.230	2.530.539	50.000	4.500.000	7.080.539	2,56
12.240	5.367.037	-	-	5.367.037	1,94
12.250	2.288.754	1.500.000	14.475.000	18.263.754	6,6
12.261	1.160.732	280.000	-	1.440.732	0,52
12.262	6.078	250.000	13.500.000	13.756.078	4,97
12.263	-	-	13.500.000	13.500.000	4,88
12.264	30.000	500.000	-	530.000	0,19
12.281	1.200.654	1.292.500	-	2.493.154	0,9
123	2.361.863	200.000	-	2.561.863	0,93
12.310	38.175	-	-	38.175	0,01
12.330	142.638	200.000	-	342.638	0,12
12.340	1.826.885	-	-	1.826.885	0,66
12.350	346.666	-	-	346.666	0,13
12.382	7.500	-	-	7.500	0,00
130	10.966.883	2.950.000	19.500.000	33.416.883	12,08
13.010	557.307	-	-	557.307	0,20
13.020	7.412.295	1.280.000	5.000.000	13.692.295	4,95
13.030	546.353	1.670.000	-	2.216.353	0,80
13.040	877.777	-	14.500.000	15.377.777	5,56
13.081	1.573.151	-	-	1.573.151	0,57
13.096	-	-	-	-	0,00
TOTAL	62.705.030	13.529.658	200.462.406	276.697.094	100

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

mayor protección frente a retrocesos normati-
vos y sociales.

En cuanto a las enfermedades no transmi-
sibles (ENT), únicamente el componente de salud
mental (CRS 12340) adquiere cierta relevancia,
con 1,7 millones de euros. Aunque la cifra es
modesta, se valora positivamente, dado que la
salud mental suele permanecer invisibilizada en
la cooperación internacional y su inclusión re-
presenta un paso hacia la visibilización de un
problema creciente.

El gráfico 3.5 muestra la evolución de los
cuatro subsectores de la salud a lo largo de los
últimos 17 años. Lo más llamativo de esta trayec-

toria es el deterioro progresivo y constante de la
salud sexual y reproductiva dentro de la coope-
ración española.

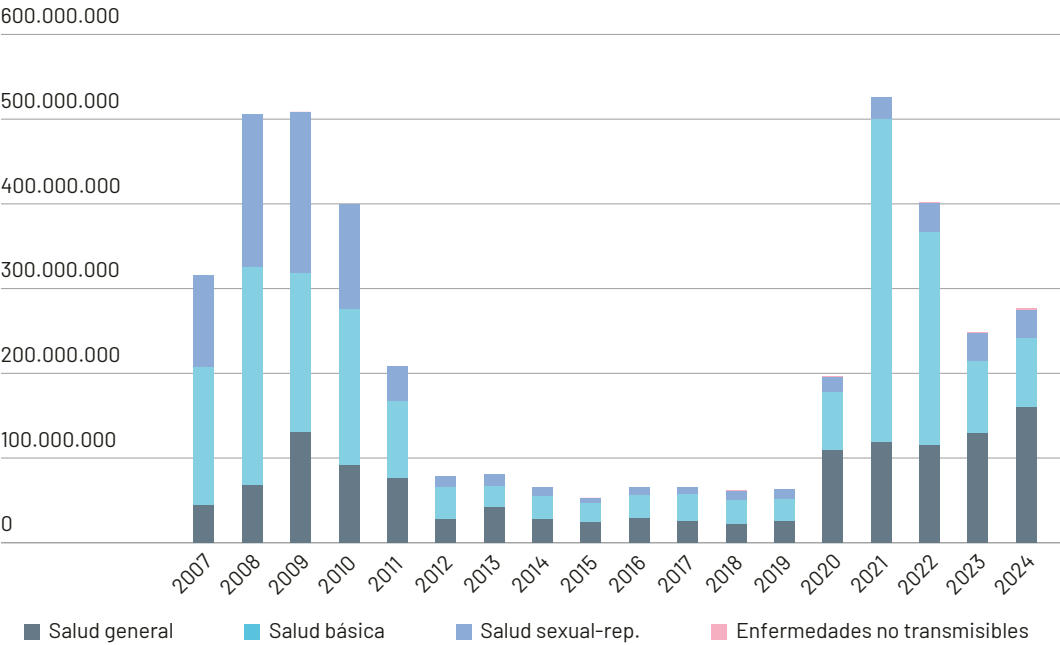
Antes de la crisis de 2011, este subsector com-
petía por el primer lugar con la salud básica. Sin
embargo, a partir de ese año su peso se desploma.
Durante el periodo crítico de la crisis y de los re-
cortes en cooperación (2011-2019), la salud sexual
y reproductiva ha pasado de ser un pilar central
a ocupar un lugar marginal, lo que contradice los
compromisos de una cooperación definida como
feminista. Si bien, como es lógico, en 2021 la pan-
demia de COVID-19 se convirtió en la protagonista
de la cooperación española en salud, lo coherente

sería que, una vez superado su efecto inmediato,
la salud sexual y reproductiva recuperara terreno,
pues persisten numerosos problemas de salud
vinculados a este subsector, que deberían ser
atendidos especialmente por una cooperación
que se ha definido como feminista.

Además, no debe olvidarse que en este sub-
sector se incluye la lucha contra el VIH/sida, uno
de los ámbitos más amenazados por los recortes
de los grandes donantes internacionales en los
próximos años. De alguna manera, a la necesidad
de incrementar de forma considerable los fon-
dos destinados a cooperación sanitaria, se suma
la urgencia de reestablecer un equilibrio entre
los cuatro subsectores. Solo así se podrá ofrecer
una respuesta más integral y equitativa frente a
los grandes retos de salud global, reforzando el
papel de la cooperación internacional como he-
rramienta estratégica para garantizar derechos
y proteger a las poblaciones más vulnerables.

El efecto de la crisis y la pandemia obli-
gan a reconfigurar prioridades; si bien, una vez
superados ambos momentos, lo que se obser-
va es una falta de recuperación en aquellos
subsectores que habían perdido más peso, es-
pecialmente la salud sexual y reproductiva. La
cooperación española no ha logrado todavía
restituir el equilibrio necesario, manteniendo
una estructura de financiación que concentra
recursos en salud general y básica, lo que man-
tiene en segundo plano ámbitos estratégicos
vinculados a derechos, como la salud reproduc-
tiva, o a retos globales de creciente magnitud,
como las enfermedades no transmisibles. Urge
plantearse una reconfiguración de prioridades
y así evitar que cristalice una cooperación sa-
nitaria desequilibrada, contradiciendo, como
ya se ha comentado, los compromisos que de-
bería asumir una cooperación definida como
feminista.

GRÁFICO 3.5. Evolución de la AOD en salud por subsectores, 2007-2024



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

3.3. Distribución geográfica de la AOD en salud

El análisis de la distribución geográfica de la cooperación sanitaria española está fuertemente condicionado por la elevada proporción de AOD en salud que carece de asignación geográfica, lo que distorsiona el análisis final. En 2024, la ayuda no especificada por país o región se dispara hasta el 78,25 % del total, casi cinco puntos más que en 2023. Esta falta de asignación se explica por las grandes cantidades canalizadas a través de la ayuda multilateral, que, como se ha señalado anteriormente, se orienta sectorialmente de manera “artificial”, pero no se desagrega geográficamente.

En 2024 la AOD distribuida geográficamente alcanzó los 60,1 millones de euros, disminuyendo cerca de un 9 %, 5,9 millones de euros menos respecto al año anterior. La AOD con distribución geográfica alcanzó en 2024 los 60,1 millones de euros, un descenso del 9 % respecto al año anterior (5,9 millones menos). Esta caída se concentra en la región africana, que pierde 6,3 millones, quedando en 24,7 millones, y cediendo el primer puesto que había recuperado en 2023. América Latina vuelve a situarse en primera posición, aunque no por un aumento significativo de sus fondos (apenas un 2,8 % más), sino por el retroceso africano. En conjunto, África y América Latina concentran el 87,6 % de la cooperación sanitaria española con asignación geográfica.

En tercer lugar se mantiene Oriente Medio, con 5,9 millones de euros, medio millón más que en 2023. Le siguen Asia y Europa, ambas con menos de 800.000 euros.

- El análisis por subregiones ofrece matices adicionales:
- África Subsahariana sigue siendo la zona más financiada, con 21,4 millones de euros, aunque recorta 4,1 millones respecto a 2023.
- El Norte de África también disminuye de forma relevante, con 2,1 millones menos, lo que explica la pérdida de peso de la región africana en su conjunto.

- En América del Sur, la cooperación sanitaria se mantiene como la segunda subregión mundial más financiada, con 16,3 millones, apenas 200.000 euros menos que en 2023.
- América Central y Caribe recibe 9,8 millones, una caída de 600.000 euros, aunque destaca el aumento de la partida “No especificado” en la región, que alcanza 1,7 millones, siete veces más que el año anterior.
- En Asia, el Sur de Asia concentra la mayor parte de los fondos, con 413.950 euros, tres veces menos que en 2023. Muy cerca se sitúan los 333.000 euros sin asignación geográfica, mientras que Asia Central y Oriental reciben montos insignificantes.
- Europa mantiene una presencia marginal, con apenas el 1,17 % de la ayuda geográficamente asignada.

Como se desprende del análisis, la falta de desagregación geográfica en las contribuciones multilaterales genera un vacío analítico que limita la capacidad de evaluar la coherencia territorial de la cooperación. Observado el sesgo, priorizar África, especialmente África Subsahariana, nos parece una buena decisión, dado que esta región sigue siendo la que concentra las mayores necesidades sanitarias. Por otro lado, la posición de América Latina, más allá de fortalecer vínculos históricos, debe interpretarse como una buena respuesta a las profundas desigualdades del continente, donde el nivel económico es uno de los principales determinantes de salud.

El Plan Director de la Cooperación Española 2024-2027 establece como prioridades geográficas a África Occidental y el Sahel, junto con otras regiones tradicionalmente relevantes como América Latina y el Caribe, además de mantener la atención en Oriente Medio y el Norte de África.

África Occidental y Sahel se convierten en región prioritaria, reflejando la importancia de los desafíos en seguridad alimentaria, salud,

TABLA 3.6. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud, 2024

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2023	%
ÁFRICA	24.787.363 €	8,96 %
Norte de África	3.268.954	
África Subsahariana	21.479.609	
No especificado	38.800	
AMÉRICA	27.977.423 €	10,11 %
América Central y Caribe	9.863.280	
América del Sur	16.369.043	
No especificado	1.745.100	
ASIA	781.720 €	0,28 %
Asia Oriental	6.300	
Asia Central	30.278	
Sur de Asia	413.950	
No especificado	331.192	
OCEANÍA		0,00 %
ORIENTE MEDIO	5.921.515 €	2,14 %
EUROPA	704.972 €	0,25 %
PVD No Esp.	216.524.102 €	78,25 %
TOTAL	276.697.094 €	100 %

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

migraciones y estabilidad política. Con esta decisión, la cooperación española busca reforzar su presencia en países como Malí, Níger, Burkina Faso y Senegal, donde los problemas de desarrollo se entrelazan con crisis humanitarias y de seguridad. América Latina y el Caribe continúa siendo una región prioritaria por los lazos históricos, culturales y lingüísticos, pero también por las profundas desigualdades socioeconómicas que afectan a la salud, la educación y la cohesión social. Se mantiene el apoyo a países de renta media con grandes brechas internas, como Bolivia, Guatemala, Honduras o Haití. También se refuerza la cooperación con Oriente Medio y Norte de África, regiones afectadas por conflictos y crisis prolongadas (Palestina, Siria, Líbano), así como en el Magreb. La prioridad aquí está vinculada a la estabilidad regional, la gestión de crisis humanitarias y el apoyo a personas refugiadas. Finalmente, aunque no son regiones prioritarias, se mantienen intervenciones puntuales en Asia (especialmente en el Sur de Asia) y en Europa del Este, principalmente en el marco de programas multilaterales o de cooperación técnica.

Dado que el VI Plan Director de la Cooperación Española 2024-2027 fue aprobado a finales de julio de 2024, hemos optado por realizar este análisis tomando como referencia la categorización de prioridades geográficas y sectoriales del Plan Director anterior. La razón es que la planificación y ejecución presupuestaria del ejercicio 2024 se diseñó y puso en marcha antes de la aprobación del nuevo marco estratégico, respondiendo por tanto a los criterios y orientaciones vigentes en el Plan Director anterior. Por otra parte, utilizar la categorización del Plan anterior permite comprender mejor las tendencias y la lógica de las decisiones adoptadas, evitando atribuir al nuevo Plan Director resultados que todavía no pueden considerarse consecuencia de su implementación.

El V Plan Director de la Cooperación Española (2018-2021 prorrogado hasta la aprobación del siguiente plan – julio de 2024) establecía como prioridades geográficas América Latina y el Caribe, África Subsahariana, Magreb y Oriente Próximo, y Asia-Pacífico, con diferentes niveles de asociación:

1. Países prioritarios de cooperación
 - América Latina y el Caribe: Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana.
 - África Subsahariana: Etiopía, Guinea Ecuatorial, Malí, Mozambique, Níger, Senegal.
 - Magreb y Oriente Próximo: Marruecos, Mauritania, Palestina.
2. Países de asociación avanzada
 - Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, México, Panamá, Uruguay. Estos países, de renta media, recibían cooperación más técnica y triangular, con menor peso financiero directo.
3. Países graduados
 - Algunos países con los que España mantenía relaciones de cooperación más limitadas, centradas en cooperación técnica, cultural o multilateral.

En total definía 36 países prioritarios, clasificados en distintos grupos (como se recoge en la tabla 3.7), a los que se suman las estrategias regionales que el propio Plan planteaba para África y América Latina. En el análisis de las cifras de 2024⁴ debemos tener en cuenta el elevado porcentaje de ayuda sanitaria sin asignación geográfica, que alcanza el 79 % del total. Esta situación distorsiona el análisis de los datos, ya que únicamente el 20,93 % de la ayuda sanitaria se especifica por países. La falta de desagregación se explica principalmente por las partidas destinadas a la cooperación multilateral, que no pueden ser asignadas territorialmente, junto con una pequeña proporción de fondos asignados de manera regional.

De las cantidades que sí cuentan con asignación geográfica, el 77,5 % se dirigió a los países prioritarios, incluyendo tanto los países de asociación de renta media como los de cooperación avanzada. Este porcentaje supone una mejora mínima de 0,4 puntos respecto a 2023, lo que refleja una cierta estabilidad en la orientación hacia los países definidos como prioritarios.

Como se viene repitiendo, la elevada proporción de ayuda no especificada geográficamente, además de limitar la capacidad de evaluar la coherencia territorial de la cooperación sanitaria

TABLA 3.7. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud en función de las prioridades geográficas del V Plan Director, 2024

PRIORIDADES V PD	AOD SALUD 2024	%
Países de asociación renta media	28.226.474	48,74
Países de asociación menos avanzados	13.375.432	23,10
Países de cooperación avanzada	3.296.729	5,69
Otros países	13.012.132	22,47
TOTAL Especificada	57.910.767	100
No Especificada	218.786.327	

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

introduce un sesgo en su análisis. No obstante, el análisis nos permite realizar varias reflexiones.

La primera es la necesidad de seguir priorizando los países más vulnerables. Aunque al menos un 20 % de la ayuda sanitaria que podemos asignar geográficamente se destina a países de renta baja, este porcentaje debería incrementarse progresivamente para garantizar que la cooperación se alinee con las mayores necesidades globales. Por otro lado, resulta fundamental diseñar una estrategia propia de salud global para cooperación, a partir de la estrategia global aprobada en 2025. Esto permitiría aumentar el impacto, mejorar la previsibilidad de la ayuda y reforzar la coherencia de la cooperación en salud.

El análisis de los niveles de renta de los países receptores muestra un nuevo cambio en las asignaciones de 2024. Los países de renta media alta vuelven a liderar el ranquin, recibiendo prácticamente la misma cantidad que en 2023. En segundo lugar, se sitúan los Países Menos Avanzados (PMA), que habían encabezado este apartado en 2023, pero que en 2024 reducen su asignación en más de 4,6 millones de euros, quedando en 23,2 millones, lo que supone una caída acumulada de 40,8 millones respecto al año anterior.

Los países de renta media baja se mantienen en la tercera posición, con 17,4 millones de euros, una reducción de 2,1 millones frente a 2023. Por último, la financiación destinada a los países de renta baja que no son PMA continúa siendo prácticamente inexistente, confirmando su marginalidad dentro de la cooperación sanitaria española.

Los datos parecen confirmar una tendencia más estructural que coyuntural. La cooperación española sigue orientándose principalmente hacia países de renta media, en los que persisten profundas desigualdades sociales. En estos contextos, resulta imprescindible garantizar que los fondos destinados a salud se utilicen para ampliar la cobertura sanitaria de manera equitativa,

TABLA 3.8. Orientación geográfica de la AOD bruta en salud según nivel de renta de los países receptores, 2024

Grupos de países por niveles de renta	AOD SALUD 2024	%
PMA	18.650.795	6,74
Países de renta baja	130.000	0,05
Renta media baja	17.402.201	6,29
Renta media alta	21.727.771	7,85
No especificado	218.786.327	79,07
TOTAL	276.697.094	100

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

priorizando el acceso y la participación de las capas más vulnerables de la sociedad. Por otro lado, no puede olvidarse que las poblaciones de los PMA y de otros países empobrecidos son las que sufren con mayor intensidad las consecuencias de la inequidad en salud y las que presentan una mayor vulnerabilidad frente a crisis sanitarias. Por ello, deberían ser priorizadas en la asignación de recursos, reforzando el compromiso de la cooperación española con los principios de justicia social y solidaridad internacional.

En 2024, de los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD en salud, 8 repiten respecto al año anterior, un hecho poco habitual en la cooperación española, ya que en 2023 únicamente un país había mantenido continuidad respecto a 2022. Perú y Mozambique vuelven a ocupar las primeras posiciones, seguidos de Malí y Bolivia, siendo esta última la tercera en el ranquin de 2023.

TABLA 3.9. Los 10 países que recibieron mayor cantidad de AOD bruta en salud en 2024

PAÍSES DESTACADOS	AOD SALUD 2024	CATEGORÍA V PD
Perú	6.598.394	País de Asociación de Renta Media
Mozambique	5.091.714	Países de Asociación Menos Avanzada
Bolivia	4.313.701	País de Asociación de Renta Media
Guatemala	4.187.596	País de Asociación de Renta Media
Palestina	3.561.666	País de Asociación de Renta Media
Malí	3.003.198	Países de Asociación Menos Avanzada
Mauritania	2.199.237	Países de Asociación Menos Avanzada
Paraguay	2.021.791	País de Asociación de Renta Media
Población saharahuí	1.871.287	Otros países y territorios
Guinea-Bissau	1.705.558	Otros países y territorios

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

Esta continuidad en la orientación geográfica refleja un interés por consolidar una cooperación sanitaria sostenida en los mismos países, lo que permite implementar programas de medio plazo y facilita que los gobiernos receptores puedan planificar sus recursos con mayor eficiencia. Ello contribuye a mejorar la calidad de las intervenciones y a generar sinergias con los presupuestos de los Ministerios de Salud locales, incrementando el impacto y la eficacia de los programas.

No obstante, esta predictibilidad debe sustentarse no solo en una mejor planificación técnica, sino también en un diálogo abierto entre gobiernos, que respete la gobernanza pública local de la salud y promueva la participación activa de la sociedad civil. Solo de esta manera las acciones en salud podrán responder de forma más ajustada a las necesidades reales de la población y alcanzar un impacto más transformador.

El valor de la continuidad que se observa por la repetición de países prioritarios que año tras años reciben financiación, permite consolidar procesos, evitar la dispersión de recursos y fortalecer capacidades institucionales. La previsibilidad facilita la integración de la cooperación en los presupuestos nacionales de salud, mejorando la sostenibilidad de las intervenciones. No obstante, sin un diálogo genuino con gobiernos y sociedad civil, la predictibilidad corre el riesgo de convertirse en mera inercia, sin responder a las dinámicas locales.

4 <https://www.cooperacionespanola.es/wp-content/uploads/2024/10/Plan-Director-de-la-Cooperacion-Espanola-2024-2027.pdf>

ESTRATEGIA ESPAÑOLA DE SALUD GLOBAL 2025-2030: FORTALECER LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD Y CONTRIBUIR A LA GOBERNANZA GLOBAL

La Estrategia Española de Salud Global 2025-2030 fue aprobada en Consejo de Ministros el 28 de mayo de 2025. Esta iniciativa, liderada por los Ministerios de Sanidad y de Asuntos Exteriores, se alinea con estrategia de salud global de la UE (2022), de la OMS (2025-2028) y de otros países, siendo España el quinto país europeo en desarrollar una estrategia de estas características (tras Suecia, Alemania, Francia y países Bajos) que busca reforzar la capacidad de respuesta ante futuras crisis sanitarias, abordar desafíos como las resistencias antimicrobianas y el impacto del cambio climático en la salud.

Para su elaboración se realizaron consultas con varios ministerios, incluyendo Ciencia, Industria, Agricultura y Transición Ecológica, buscando implicar a todo el Gobierno. La estrategia, que cuenta con 6 objetivos estratégicos, surge en un momento de cambio en la narrativa global de salud, impulsada por la OMS, que sitúa la salud como un eje clave de la acción exterior española, alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y el enfoque “Una sola salud” (One Health).

La estrategia tiene como objetivo general, fortalecer la cooperación internacional en salud y contribuir a la gobernanza global en este ámbito, con seis objetivos específicos y 28 líneas de acción que abarcan, entre otras cuestiones, la promoción de sistemas resilientes, equitativos y sostenibles en países socios; el impulso de la cobertura sanitaria universal; la mejora de la capacidad global para detectar y responder a pandemias; integrar la salud en las políticas climáticas y mitigar los efectos del cambio climático sobre la salud pública; fomentar el uso ético de tecnologías digitales en salud; el abordaje de las desigualdades en salud por género, origen o situación socioeconómica; o el impulso

de alianzas estratégicas y la cooperación multilateral. Sus principios rectores incluyen salud planetaria, derechos humanos, perspectiva feminista, Agenda 2030, equidad, salud en todas las políticas, evidencia científica, cooperación multilateral y coordinación interministerial.

La estrategia establece una gobernanza a tres niveles: comité interministerial (coordinación y supervisión), comité ejecutivo (implementación y evaluación) y un consejo asesor consultivo, sin financiación específica adicional. Incluye ejemplos de buenas prácticas españolas exportables internacionalmente, como el plan de resistencias antimicrobianas, salud digital o iniciativas de VIH y enfermedades raras.

Sin duda es un logro contar con un documento estratégico que integra una visión multilateral y multidimensional de la salud, que apuesta por el liderazgo de la OMS, con la necesidad de reforzar su gobernanza y financiación. La estrategia acierta en plantear un mundo cada vez más incierto, en el que interaccionan simultáneamente múltiples crisis que, combinadas, generan un impacto mayor que la suma de sus efectos individuales. Pertinente también reforzar los compromisos con la Agenda 2030 (especialmente en lo referente a los ODS 3, 5, 13 y 17) y la defensa y promoción de los bienes públicos globales.

La consulta a otros ministerios es positiva si bien se echa en falta la consulta a las comunidades autónomas y una participación colaborativa de la sociedad civil, lo que facilitaría su apropiación y posterior implementación. La capacidad y experiencia acumulada por las comunidades autónomas y otros actores de la cooperación internacional en el ámbito de la salud global, justifica construir una estrategia ambiciosa, centrada en respaldar el refuerzo de los sistemas públicos de salud, como garantía de cobertura y acceso

universal, y en plantear la atención primaria como pilar esencial de esos sistemas, por ser el nivel de atención más accesible para las personas en situación de vulnerabilidad. La participación de estos actores hubiera podido aportar mayor consistencia a su contenido. Las comunidades autónomas son responsables de las competencias en salud y por tanto quienes deben favorecer su implementación en España.

En cuanto a los contenidos, la estrategia es ambiciosa, con seis objetivos y 28 líneas de acción, con la inclusión de recuadros clarificadores que facilitan su comprensión si bien no se logra en todos los casos. El documento arrastra cierta confusión de origen, que tiene que ver con los cambios en el liderazgo entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación. Se trata de un documento que se empieza a elaborar en 2021 bajo el auspicio del MAEUEC y que se concluye con el liderazgo del Ministerio de Sanidad en 2025, si bien con una importante participación de la Secretaría de Estado de Asuntos Exteriores y Globales. Estos cambios pueden haber influido en la confusión a la que nos referimos, que tiene que ver con cual es el ámbito de aplicación de la estrategia y si es susceptible de aplicarse en el terreno de la cooperación internacional. El anuncia

de la Agencia Española de Cooperación para el Desarrollo de desarrollar un plan de acción sectorial de salud para operacionalizar los compromisos derivados de la estrategia, la ley y el plan director, con una participación de todos los actores confirma y aclara nuestras dudas.

La mera existencia de una estrategia de Salud Global es todo un logro. Y la elaboración de un plan de acción sectorial de salud global dentro de AECID, un acierto. El Plan debe contar con indicadores claros y medibles que permitan evaluar periódicamente el avance, identificar desviaciones y definir los ajustes pertinentes, sin descuidar la transparencia en la gestión y una buena rendición de cuentas.

Como dice la estrategia, la salud se ha convertido en un asunto global y sus factores no pueden ser abordados de manera tradicional e individualista, porque precisan de la colaboración entre países para la creación de estrategias internacionales. La rigidez de las fronteras nacionales, tradicionalmente uno de los principales obstáculos para el acceso equitativo a los recursos sanitarios, se ha visto superado con la aparición de nuevos retos para la salud global como la pandemia por COVID-19 o los efectos del cambio climático sobre la salud, lo que suponen una llamada a la acción a nivel internacional.

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

Desde hace años se constata que una de las características principales de la política de cooperación al desarrollo española es la puesta en valor de la cooperación descentralizada, tanto autonómica como local. Esta modalidad, constituye un elemento singular y diferencial dentro del sistema de cooperación, aportando ventajas comparativas frente a otros actores internacionales. Esta cooperación, que es singular y diferencial, aporta ventajas comparativas frente a otros actores de la cooperación internacional.

La cooperación descentralizada se distingue por su flexibilidad, que le permite responder a necesidades de poblaciones que suelen quedar fuera de las grandes políticas globales, y por su capacidad de proximidad, al facilitar vínculos directos entre las ciudadanías de los países donantes y receptores. Esta cercanía contribuye a que las sociedades conozcan y comprendan mejor las diferentes realidades que coexisten en el mundo, reforzando la legitimidad social de la cooperación. Por ello, uno de los objetivos de este informe no es únicamente describir las acciones de la cooperación descentralizada en el sector salud, sino también reconocer y visibilizar el valor añadido que aportan las comunidades autónomas y las entidades locales. El análisis

se apoya en los datos proporcionados por DGPOLDES, aunque estos presentan dificultades derivadas de la heterogeneidad en su interpretación y clasificación, así como de la falta de desagregación en algunas entidades locales, lo que limita tanto la precisión del análisis como la visibilidad de sus aportaciones.

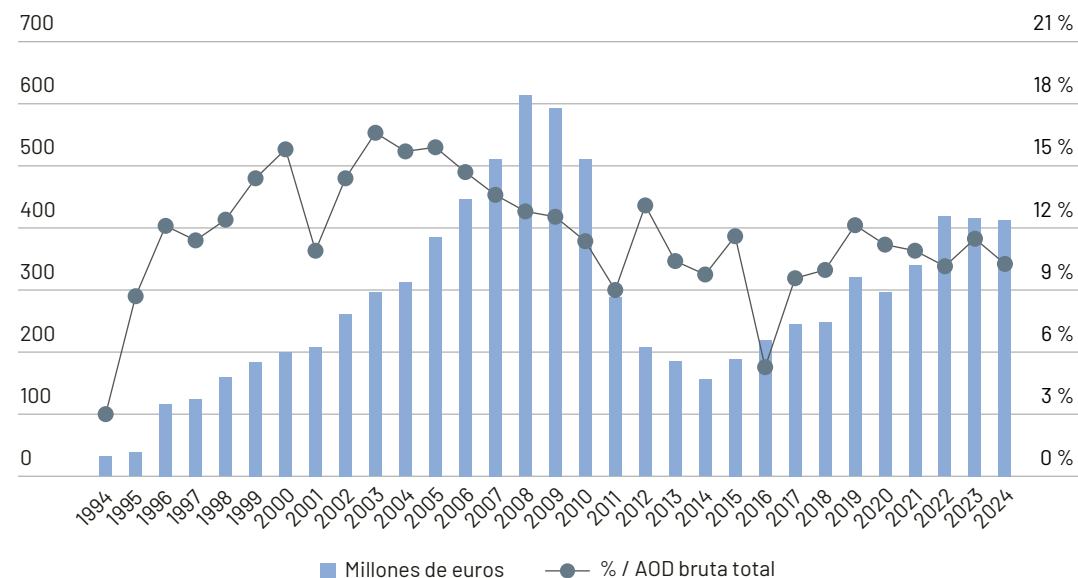
Si bien la Ley de Cooperación y Solidaridad Global de 2023 corrige omisiones del pasado y reconoce el valor de la cooperación descentralizada, esta sigue sin ocupar el lugar que le corresponde en la política de cooperación española, pese a su relevancia cuantitativa y cualitativa. Su principal valor diferencial es su flexibilidad y proximidad a la hora de generar impactos que complementan y enriquecen la cooperación estatal y multilateral, llegando a colectivos y territorios que de otro modo quedarían desatendidos. Por otro lado, al acercar la cooperación a la ciudadanía, fomenta la conciencia global y la solidaridad internacional, fortaleciendo la legitimidad social de la política pública de cooperación. Finalmente, añadir que poner en valor la cooperación descentralizada permitiría consolidar un modelo más plural, participativo y coherente con los principios de la cooperación española, especialmente en sectores sensibles como la salud.

4.1. La AOD descentralizada

A pesar de los recortes sufridos por algunos actores de la cooperación descentralizada, ésta continúa siendo un elemento singular y diferenciador dentro del sistema español de cooperación, aportando un valor añadido frente a la cooperación que realizan otros países

donantes. La cooperación descentralizada, que engloba tanto la acción de los gobiernos autonómicos como de las entidades locales (EE. LL.), se caracteriza por su heterogeneidad y por su capacidad de adaptarse a las necesidades específicas de las poblaciones más vulnerables.

GRÁFICO 3.6. Evolución de la AOD descentralizada (CC. AA.+EE. LL.) 1994-2024



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

Sin embargo, en los últimos años se observa con preocupación cómo la cooperación, que es una política pública, está siendo cuestionada e incluso desaparece de las agendas de algunas comunidades. Este repliegue responde a un discurso cada vez más extendido que pone en duda la propia existencia de la cooperación descentralizada, sin reconocer la importancia que tiene en términos de proximidad, legitimidad social y capacidad de innovación. Como consecuencia, los recursos destinados a cooperación se reducen progresivamente, debilitando su impacto y visibilidad.

Ante esta situación, la Coordinadora estatal de ONGD de España ha lanzado un mensaje de alarma, subrayando lo lejos que estamos de cumplir los compromisos internacionales en materia de cooperación descentralizada, y especialmente de alcanzar el histórico objetivo del 0,7 %⁵ de la RNB destinado a AOD.

En 2024, la cooperación descentralizada vuelve a registrar un descenso por segundo año consecutivo, aunque de forma leve, con una reducción del 0,73 % respecto al ejercicio anterior.

El conjunto de las comunidades autónomas y entidades locales aportó 412,6 millones de euros, es decir, unos 3 millones menos que en 2023. Esta cifra representa el 10,26 % del total de la AOD española, lo que supone una caída de 1,25 décimas en comparación con el año anterior. En términos prácticos, esto significa que uno de cada diez euros destinados a cooperación internacional proviene de la cooperación descentralizada, un dato que confirma su relevancia dentro del sistema español de ayuda.

Este resultado, aunque aparentemente modesto, tiene implicaciones estratégicas importantes. La cooperación descentralizada mantiene un papel significativo en el conjunto de la AOD española, consolidándose como un pilar que complementa la acción estatal y multilateral. A pesar de las reducciones acumuladas en los últimos años, sigue aportando más de 400 millones de euros, lo que demuestra su capacidad de resistencia y continuidad. No obstante, la tendencia descendente, aunque leve, alerta sobre la necesidad de reforzar

5 https://coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/2024/11/Analisis-presupuestos_2024_digital_baja-1.pdf

el reconocimiento social y político de la cooperación descentralizada para evitar que pierda peso en el futuro.

La evolución de la cooperación descentralizada ha mostrado una marcada irregularidad, como refleja el gráfico 3.6. Hasta 2008, esta modalidad creció de manera constante y se consolidó como una política pública relevante, con amplio respaldo social y político, especialmente en el ámbito autonómico y en las grandes instituciones locales. Ese año se alcanzó la cifra más alta jamás desembolsada: 613 millones de euros. A partir de entonces comenzó un descenso paulatino durante los dos años siguientes, que se intensificó a partir de 2011, cuando los efectos de la crisis económica se hicieron sentir y se utilizaron como argumento para reducir drásticamente la cooperación descentralizada, presentándola como una política prescindible. En 2015 se inició una recuperación discreta, aunque marcada por altibajos puntuales que reflejan la falta de estabilidad en el compromiso político e institucional. Sin embargo, en 2023 se observa de nuevo un leve retroceso, que se mantiene en 2024, confirmando de laguna manera la fragilidad de esta modalidad de cooperación quizás por la ausencia de una estrategia sostenida que garantice su continuidad.

Este recorrido histórico permite concluir que la cooperación descentralizada ha estado demasiado expuesta a los ciclos económicos y a la percepción de ser una política secundaria, lo que ha debilitado su sostenibilidad. La reducción drástica de recursos durante la crisis marcó un punto de inflexión del que la cooperación descentralizada no acaba de recuperarse plenamente. Prueba de ello es que, aunque desde 2015 se registraron avances, la falta de continuidad y los altibajos han impedido consolidar un crecimiento sostenido.

Como se viene señalando, el porcentaje que representa la cooperación descentralizada dentro del total de la AOD española ha mostrado una evolución muy irregular. Alcanzó su valor más alto en 2004 y su mínimo en 2016 (si se exceptúa el primer año del análisis, 1994). Su

peso en el conjunto de la AOD española parece depender más de la dinámica de la cooperación estatal —si crecía o disminuía— que de las cantidades aportadas por las entidades descentralizadas, teniendo esta su importancia.

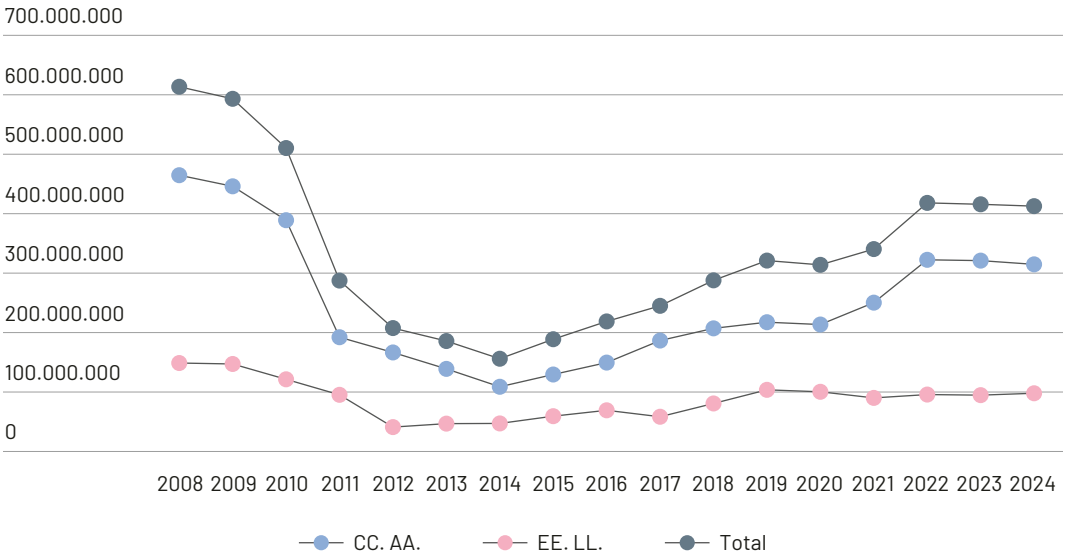
Este hecho pudiera explicar el hecho de que a partir de 2019, la cooperación descentralizada creciera en cifras absolutas, pero que su peso relativo dentro de la cooperación española disminuyera, ya que su ritmo de crecimiento fue más lento que el de la cooperación estatal. No obstante, puede afirmarse que en los últimos seis años la AOD descentralizada se ha mantenido en una horquilla estable entre el 10 % y el 12 %, un dato que debe ser valorado positivamente, pues confirma su relevancia estructural dentro del sistema español de cooperación.

El análisis desagregado de la cooperación autonómica y local (gráfico 3.7) muestra que existen diferencias en su evolución.

- La cooperación autonómica ha mantenido un crecimiento sostenido desde 2014, interrumpido solo de manera puntual en 2020, aunque la tendencia parece que cambia a partir de 2023.
- La cooperación de las entidades locales responde a un patrón más errático, en forma de dientes de sierra, con pequeñas fluctuaciones como la que se da en 2024, con un crecimiento del 3 % respecto del año anterior.

Este análisis permite destacar algunas cuestiones importantes. Aunque el peso de la cooperación descentralizada ha oscilado históricamente, en los últimos años se ha consolidado en torno al 10-12 %, lo que demuestra su resiliencia, a pesar de los tiempos que corren. No obstante, su peso relativo depende en gran medida de la evolución de la cooperación estatal. Por otro lado, mientras las comunidades autónomas muestran una tendencia más estable y sostenida, las entidades locales presentan un comportamiento más irregular, lo que puede parecer lógico si consideramos que ambas cooperaciones se mueven en niveles de institucionalización diferente.

GRÁFICO 3.7. Evolución de la AOD de CC. AA. y EE. LL., 2008-2024



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

La tabla 3.10 muestra la procedencia de los 314.758.224 euros destinados por los Gobiernos autonómicos a cooperación en 2024. En su conjunto, la cooperación autonómica representa el 76,2 % del total de la cooperación descentralizada, un punto porcentual menos que en 2023. Como en años anteriores, todas las comunidades autónomas han destinado fondos a cooperación, aunque de manera muy heterogénea.

En cifras absolutas, Cataluña vuelve a ser la comunidad que más recursos aporta, con 90,5 millones de euros, aunque registra una nueva reducción de 2,5 millones respecto al año anterior, manteniendo la tendencia descendente observada desde 2022. Le siguen Comunidad Valenciana, con 66,2 millones, prácticamente igual que en 2023; País Vasco, con 61,3 millones, que destaca por un incremento de 4,2 millones; Andalucía, con 20,1 millones, 255.000 euros menos que en 2023; Navarra, con 19,3 millones, que crece en 2 millones respecto al año anterior.

Cinco comunidades autónomas concentran el 81,7 %; es decir, más de cuatro quintas partes de la cooperación autonómica, lo que evidencia un liderazgo claro y una fuerte desigualdad territorial

en el compromiso con la cooperación. Ahora bien, mientras Cataluña y Andalucía mantiene una senda descendente, País Vasco y Navarra muestran incrementos significativos, lo que refleja distintos niveles de prioridad política en cada territorio.

La heterogeneidad entre las comunidades autónomas es un argumento recurrente que se repite cada año y que explica buena parte de su comportamiento en materia de cooperación. En 2024, diez comunidades recortaron su presupuesto en cooperación mientras que siete lo incrementaron, lo que en conjunto supuso una reducción de más de 6,2 millones de euros en la cooperación autonómica. Aunque la caída es moderada (-1,95 %), confirma la tendencia descendente iniciada en 2023 tras el buen comportamiento que tuvo en 2022.

Destacar en este análisis los incrementos notables de Baleares (+3,5 millones), Canarias (+2,5 millones), País Vasco (+4,3 millones) y Navarra (+2 millones), junto a otros más modestos como es el caso de La Rioja (+0,76 millones), Madrid (+0,4 millones) y Murcia (+0,85 millones). Por el contrario, entre los descensos más fuertes destaca Extremadura, una comunidad autónoma que

TABLA 3.10. AOD total autonómica 2020-2024

CC. AA.	AOD 2020	AOD 2021	AOD 2022	AOD 2023	AOD 2024	Diferencia 2024-2023
Andalucía	30.789.020	30.260.440	21.642.239	20.355.174	20.100.028	-255.145
Aragón	4.177.323	6.038.023	5.826.192	5.809.559	1.475.823	-4.333.736
Asturias	4.129.794	4.727.749	6.557.523	11.311.241	6.553.352	-4.757.889
Baleares	5.316.891	6.428.807	6.259.307	6.178.584	9.681.164	3.502.580
Canarias	2.209.442	2.688.727	3.652.626	655.118	3.206.354	2.551.236
Cantabria	1.608.717	2.593.217	3.264.141	3.665.406	3.254.669	-410.737
Castilla y León	4.384.650	5.037.110	4.438.105	7.055.502	5.639.518	-1.415.984
Castilla-La Mancha	517.612	3.199.661	3.001.867	3.452.537	3.353.855	-98.683
Cataluña	45.420.681	48.040.651	104.645.248	93.065.663	90.573.710	-2.491.954
C. Valenciana	32.093.436	46.929.238	61.979.949	66.852.207	66.245.636	-606.572
Extremadura	8.343.899	11.606.945	11.936.696	11.206.377	5.979.841	-5.226.536
Galicia	6.978.818	8.079.526	8.388.378	9.335.461	8.300.491	-1.034.969
La Rioja	2.055.866	2.973.838	3.099.341	2.608.787	3.368.368	759.581
Madrid	4.567.238	4.685.194	4.817.392	4.913.380	5.321.047	407.667
Murcia	475.000	431.144	803.042	236.000	1.087.556	851.556
Navarra	13.234.922	13.620.562	15.224.280	17.305.574	19.295.635	1.990.061
País Vasco	47.234.466	52.997.561	56.863.087	57.028.711	61.321.178	4.292.467
TOTAL	213.537.775	250.338.391	322.399.413	321.035.282	314.758.224	-6.277.058

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

hace apenas tres años era una referencia por esfuerzo y compromiso con la política de cooperación. En 2024, el gobierno extremeño aplica unos recortes de 5,2 millones, siendo la campeona en este apartado. Destacan también en este apartado Asturias (-4,7 millones) y Aragón (-4,3 millones). Estas tres comunidades no solo sobresalen por la magnitud absoluta de sus recortes, sino también por su impacto porcentual. Aragón reduce cerca de tres cuartas partes de su cooperación, un ajuste de enorme severidad; Extremadura recorta casi la mitad (46 %) de su aportación en un solo año y Asturias disminuye en torno al 42 %.

Porcentualmente destaca Canarias, que recupera niveles de financiación interesantes tras el desplome de 2023, pero sigue mostrando gran inestabilidad, y Murcia, aunque con cifras de origen muy por debajo de sus posibilidades, multiplica por cuatro su aportación respecto a 2023, no incide de forma relevante en el presupuesto de AOD del conjunto de las CC. AA.

Este comportamiento evidencia la fragilidad política de la cooperación autonómica. El he-

cho de que comunidades que fueron referentes (como Extremadura) reduzcan de manera tan drástica sus aportaciones refleja la falta de estabilidad y de compromiso político sostenido. Además, la coexistencia de comunidades que aumentan y otras que recortan de forma severa genera un panorama desigual y poco previsible, distorsionando la buena imagen de grupo que se ve pixelada cuando aumentamos el angular.

Por otro lado, como venimos mencionando en anteriores años, no existe una relación directa entre la riqueza económica de una comunidad y su aportación en cooperación, lo que confirma que se trata, sobre todo, de una cuestión de solidaridad y voluntad política. Las comunidades autónomas muestran un comportamiento poco homogéneo a lo largo del tiempo: las que más crecieron o retrocedieron en 2024 no fueron las mismas que en 2023, lo que refleja la falta de estabilidad en sus compromisos.

Al calcular el porcentaje que las comunidades autónomas destinan a cooperación al desarrollo respecto a su presupuesto total, se observa un leve descenso: en 2024 se sitúa en 0,118 %, frente

al 0,125 % de 2023. Este dato, sin embargo, oculta la gran heterogeneidad territorial existente. Mientras el País Vasco (0,4 %) y Navarra (0,30 %) continúan reforzando su apuesta por la cooperación, situándose incluso por encima de la media de la Administración General del Estado (0,25 %), otras comunidades muestran porcentajes muy bajos: Murcia (0,014 %), la Comunidad de Madrid (0,017 %), pese a contar con el cuarto mayor presupuesto autonómico, o Aragón (0,018 %).

Si analizamos el esfuerzo relativo (porcentaje sobre presupuesto y aportación per cápita), un indicador que consideramos más revelador que las cifras absolutas, ya que muestra la voluntad política y el compromiso solidario de cada comunidad, observamos que en términos per cápita, la media nacional se sitúa en 6,43 euros por habitante. Destacan nuevamente Navarra (28,23 €/hab.) y País Vasco (27,37 €/hab.), seguidos por Comunidad Valenciana (12,23 €/hab.), Cataluña (11,15 €/hab.), La Rioja (10,30 €/hab.), Baleares (7,78 €/hab.) y Asturias (6,46 €/hab.), todas por encima de la media. El resto de las comunidades están por debajo de la media, destacado por su

importancia la Comunidad de Madrid, que con 0,79 euros por habitante está solamente por encima de Murcia, que destina apenas 0,69 euros por habitante.

La brecha territorial es muy marcada y no se puede explicar únicamente por el tamaño del presupuesto o la riqueza relativa, sino también por la prioridad política que cada gobierno otorga a la cooperación internacional. El esfuerzo relativo en cooperación suele estar más vinculado a la orientación ideológica del gobierno autonómico que a su capacidad económica. Así vemos que Comunidades gobernadas por opciones conservadoras, son menos proclives a priorizar la cooperación y tienden a destinar porcentajes mínimos (Madrid, Murcia, Aragón), pese a contar con presupuestos significativos. Además, en varias comunidades se observa que los giros en la aportación a cooperación coinciden con cambios políticos, lo que refuerza la idea de que la cooperación descentralizada tiene un sesgo político lo que la convierte en una política pública muy dependiente de la voluntad del partido en el poder, más que de factores estructurales.

TABLA 3.11. % AOD Comunidades Autónomas y AOD por habitante 2024

CC. AA.	AOD 2024	Presupuesto CC. AA.	% AOD	Población 2024	AOD x hab
Andalucía	20.100.028	42.026.092.290	0,048	8.674.251	2,32
Aragón	1.475.823	8.095.119.100	0,018	1.353.379	1,09
Asturias	6.553.352	6.284.088.930	0,104	1.014.191	6,46
Baleares	9.681.164	7.320.653.450	0,132	1.244.757	7,78
Canarias	3.206.354	11.970.645.240	0,027	2.257.957	1,42
Cantabria	3.254.669	3.547.667.850	0,092	593.365	5,49
Castilla y León	5.639.518	13.480.865.050	0,042	2.399.487	2,35
Castilla-La Mancha	3.353.855	11.555.202.170	0,029	2.122.070	1,58
Cataluña	90.573.710	47.176.286.930	0,192	8.120.596	11,15
C. Valenciana	66.245.636	30.245.304.110	0,219	5.415.735	12,23
Extremadura	5.979.841	7.508.147.250	0,080	1.053.072	5,68
Galicia	8.300.491	14.802.926.970	0,056	2.715.606	3,06
La Rioja	3.368.368	1.967.216.470	0,171	327.062	10,30
Madrid	5.321.047	30.584.355.910	0,017	7.122.734	0,75
Murcia	1.087.556	7.819.336.860	0,014	1.585.291	0,69
Navarra	19.295.635	6.355.410.180	0,304	683.404	28,23
País Vasco	61.321.178	15.080.502.610	0,407	2.240.145	27,37
TOTAL	314.758.224	265.819.821.370	0,118	48.923.102	6,43

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A TRAVÉS DE LOS DATOS DE [HTTPS://SERVICIOSTEMATICOSEXT.HACIENDA.GOB.ES/SGCIEF/PUBLICACIONPRESUPUESTOS/ASPX/MENUREP.ASPX](https://serviciostelematicosext.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](https://datosmacro.expansion.com/demografia/poblacion/espana-comunidades-autonomas?anio=2023) PARA LOS DATOS DE POBLACIÓN

4.2. La AOD descentralizada en salud

En 2024, la salud pierde peso dentro de la cooperación descentralizada, representando el 10,54 % del total de la AOD descentralizada, que ascendió a 412,6 millones de euros. En cifras absolutas, las comunidades autónomas y entidades locales destinaron 43.490.269 euros a este sector, lo que supone un recorte del 10,2 % (unos 5 millones menos) respecto a 2023.

A pesar de esta reducción, el peso que la salud tiene dentro de la cooperación sigue siendo muy superior al de la cooperación estatal (6,88 %) y al promedio de los países del CAD (8,9 %), porcentajes claramente insuficientes para responder a los principales retos de la salud global. Los estándares internacionales recomiendan que la ayuda en salud se sitúe entre el 12 % y el 15 % del total de la AOD, lo que evidencia la necesidad de reforzar este ámbito.

Por comunidades autónomas, las instituciones catalanas vuelven a destacar como la comunidad que más fondos destina a salud, 13,6 millones de euros, que representan el 31,29 % del

total de la AOD descentralizada en salud, aunque recorta 2,1 millones respecto a 2023. La Comunidad Valenciana mantiene el segundo lugar, con 7,3 millones, también con una reducción de 1,1 millones. El conjunto de las instituciones navarras mantiene estable su aportación en 5,9 millones y se mantienen en tercer lugar. País Vasco con 3,6 millones, incrementando su contribución en 1,2 millones, se sitúa en cuarto lugar y avanza un puesto respecto a 2023. Andalucía, en quinto lugar, con 2,4 millones, tras un recorte de 1,3 millones.

La reducción del 10,2 % en salud refleja una pérdida de prioridad en un sector clave para la cooperación, justo cuando los desafíos globales en salud requieren mayor inversión. Aunque la cooperación descentralizada supera a la estatal y al promedio del CAD, sigue por debajo de los niveles recomendados. En cuanto al origen de los fondos destinados a salud, Cataluña y Comunidad Valenciana concentran casi la mitad de los fondos, lo que evidencia la heterogeneidad que venimos comentando.

TABLA 3.12. AOD descentralizada total en salud, 2020-2024

CC. AA.+EE. LL.	AOD salud 2020	AOD salud 2021	AOD salud 2022	AOD salud 2023	AOD salud 2024
Andalucía	4.752.483	7.878.774	3.243.632	3.752.008	2.425.998
Aragón	1.252.482	1.391.783	789.891	759.294	949.717
Asturias	859.813	841.334	1.192.329	1.167.212	1.229.894
Baleares	880.667	1.212.856	1.021.523	1.199.155	1.053.511
Canarias	3.071.963	1.787.226	978.280	2.352.072	1.164.843
Cantabria	139.257	473.267	465.440	677.745	504.467
Castilla y León	760.541	659.772	678.347	1.736.925	1.299.312
Castilla-La Mancha	381.468	1.314.985	856.188	596.782	558.638
Cataluña	6.361.865	5.649.874	13.114.749	15.810.775	13.618.047
C. Valenciana	4.348.987	7.313.747	8.392.324	8.478.359	7.324.444
Extremadura	1.181.736	1.290.204	2.447.007	955.644	871.175
Galicia	1.224.558	1.401.464	1.521.471	1.599.920	992.172
La Rioja	100.000	462.449	302.752	225.768	177.245
Madrid	1.220.725	715.515	746.266	734.712	1.342.534
Murcia	56.390	158.463	331.942	46.500	388.425
Navarra	3.818.184	4.187.804	4.836.886	5.949.074	5.904.052
País Vasco	1.041.815	2.218.793	2.483.956	2.434.672	3.685.796
TOTAL	31.452.935	38.958.312	43.402.981	48.476.616	43.490.269

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

Atendiendo a su evolución global, la cooperación descentralizada en salud muestra una tendencia creciente hasta 2023, alcanzando un máximo de 48.476.616 euros. En 2024 se produce un retroceso del 10,2 %, situando la cooperación sanitaria en 43.490.269 euros. La evolución muestra altibajos importantes en comunidades como Canarias, Extremadura o Castilla-La Mancha, lo que refleja falta de continuidad y previsibilidad en la cooperación sanitaria descentralizada. Además, la excesiva dependencia de los fondos destinados a salud de unas pocas comunidades con fuerte compromiso genera vulnerabilidad si estas reducen sus aportaciones. Sería importante fomentar que más comunidades aumenten sus aportaciones a salud, ampliando las opciones y reduciendo la dependencia de unas pocas comunidades.

En cuanto a la distribución subsectorial de la cooperación descentralizada en salud, 2024 presenta diferencias notables respecto a la cooperación estatal, principalmente por el efecto distorsionador del incremento artificial de la partida de salud general explicada en apartados anteriores.

- Salud básica continúa siendo el subsector más financiado, con el 56,14 % del total, aunque retrocede 6,1 puntos porcentuales respecto a 2023. Aun así, se mantiene muy por encima del 29,14 % que destina la cooperación española en su conjunto, lo que confirma la prioridad que las comunidades autónomas y entidades locales otorgan a la atención primaria y a los servicios esenciales.
- Salud general ocupa la segunda posición, con 8,9 millones de euros (22,9 %), pese a una reducción de 2,2 millones respecto al año anterior. Este porcentaje es 37,3 puntos inferior al 57,8 % de la cooperación estatal, lo que refleja una menor concentración en partidas genéricas y una mayor diversificación en la cooperación descentralizada.
- Salud sexual y reproductiva se consolida en tercer lugar, con 7,9 millones de euros (18,2 %), registrando un incremento de 1,8

millones respecto a 2023. Este crecimiento muestra una apuesta clara por un subsector clave para la equidad y los derechos de las mujeres y adolescentes.

- Enfermedades no transmisibles (ENT) alcanzan el 5 % del total, una presencia superior a la que se observa en la cooperación estatal, lo que indica una mayor sensibilidad hacia problemáticas emergentes como la diabetes, enfermedades cardiovasculares o cáncer, que requieren respuestas sostenidas.

Este análisis permite destacar la apuesta de la cooperación descentralizada en salud por la atención primaria y los servicios esenciales, en contraste con la estatal, más volcada en partidas generales. Además, distribuye mejor sus recursos entre distintos subsectores, evitando la concentración excesiva en salud general, y refleja un compromiso con la equidad de género y la salud de poblaciones vulnerables al apostar claramente por el crecimiento de la salud sexual y reproductiva.

Si el análisis lo hacemos en base a los códigos CRS, observamos un comportamiento similar al de años anteriores, marcando diferencias con la cooperación estatal.

- La salud básica (CRS 122) concentra el 56,14 % del total (24,4 millones de euros). Dentro de este subsector, la atención sanitaria básica (CRS 12220) es el componente más relevante, con 37,97 % del total, lo que confirma la prioridad de la cooperación descentralizada en fortalecer la atención primaria y los servicios esenciales. Otros componentes como nutrición básica (8,51 %) y educación sanitaria (2,16 %) muestran un compromiso con determinantes sociales de la salud.
- Salud general representa el 20,57 % del total (8,9 millones), con un reparto equilibrado entre políticas sanitarias y gestión administrativa (7,96 %), servicios médicos (6,48 %), e investigación y formación médica (6,11 % combinados). Aunque relevante, su peso es

- mucho menor que en la cooperación estatal, lo que refleja una menor concentración en partidas genéricas.
- Salud sexual y reproductiva ocupa el tercer lugar con el 18,24 % del total (7,9 millones), consolidándose como un subsector estratégico. Destaca la atención en salud reproductiva (13,57 %), seguida de la formación de recursos humanos (2,88 %), lo que evidencia un enfoque en derechos y equidad de género.
 - Finalmente, el componente de Enfermedades no transmisibles (ENT) alcanza el 5,05 % del total (2,2 millones), con un peso superior al de la cooperación estatal.

En conjunto, estos cuatro componentes concentran casi el 68 % de la cooperación sanitaria descentralizada, mientras que los otros 21 códigos CRS suman el 32 % restante. Esta concentración sectorial, que además se mantiene estable en el tiempo, puede considerarse positiva en términos de impacto, ya que permite focalizar recursos en áreas estratégicas de salud con mayor capacidad transformadora. La AOD descentralizada en salud en 2024 presenta un patrón geográfico distinto al de la cooperación estatal. La partida no especificada geográficamente se mantiene estable en torno a 4 millones de euros, cifra similar a la de 2023.

TABLA 3.13. AOD descentralizada en salud según subsectores y componentes CRS, 2024

CAD	CRS		AOD 2024	Porcentaje
121		Salud general	8.944.622	20,57
	12110	Pol. sanitaria y Gestión admva	3.463.339	7,96
	12181	Enseñanza y Formación médicas	1.306.260	3,00
	12182	Investigación médica	1.354.694	3,11
	12191	Servicios médicos	2.820.329	6,48
122		Salud básica	24.417.434	56,14
	12.220	Atención sanitaria Básica	16.515.325	37,97
	12.230	Infraestructura sanitaria básica	1.693.116	3,89
	12.240	Nutrición básica	3.699.978	8,51
	12.250	Control enfermedades infecciosas	559.282	1,29
	12.261	Educación sanitaria	939.210	2,16
	12.262	Control de la malaria	6.078	0,01
	12.263	Control de la Tuberculosis	-	0,00
	12.264	Control COVID	500.000	1,15
	12.281	Formación personal sanitario	504.446	1,16
123		Enfermedades no transmisibles	2.197.174	5,05
	12310	Control ENT general	38.175	0,09
	12320	Control consumo de tabaco	107.538	0,25
	12330	Control del uso dañino de alcohol y drogas	1.826.885	4,20
	12340	Promoción de la salud mental		0,00
	12350	Otra prevención y tratamiento ENT	217.076	0,50
	12382	Investigación en prevención y control ENT	7.500	0,02
130		Salud sexual y reproductiva	7.931.039	18,24
	13010	Pol. Población y gestión admva	50.307	0,12
	13020	Atención en S.R.	5.901.950	13,57
	13030	Planificación Familiar	289.258	0,67
	13040	Lucha ETS, incluido VIH	438.079	1,01
	13081	Formación RRHH en población y SR	1.251.445	2,88
	13096	Estadísticas y datos de población	-	0,00
TOTAL			43.490.269	100

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

TABLA 3.14. AOD descentralizada en salud por áreas geográficas, 2024

ÁREAS GEOGRÁFICAS	AOD SALUD 2024	%
ÁFRICA	14.939.144	34,35 %
Norte de África	2.381.076	
África Subsahariana	12.519.268	
No especificado	38.800	
AMÉRICA	17.442.380	40,11 %
América Central y Caribe	6.430.441	
América del Sur	10.961.939	
No especificado	50.000	
ASIA	776.644	1,79 %
Asia Oriental	6.300	
Asia Central	30.278	
Sur de Asia	408.874	
No especificado	331.192	
OCEANÍA		0,00 %
ORIENTE MEDIO	5.563.398	12,79 %
EUROPA	704.972	1,62 %
PVD No Esp.	4.063.731	9,34 %
TOTAL	43.490.269	100 %

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

- América recibe 17,4 millones de euros (40,11 %), aunque pierde 2,8 puntos porcentuales respecto al año anterior.
 - América del Sur concentra 10,9 millones, una reducción de 3,5 millones, pero sigue absorbiendo una cuarta parte de todos los fondos sanitarios descentralizados.
 - América del Norte y Central mantiene estabilidad con 6,4 millones, prácticamente igual que en 2023.
 - África recibe 14,9 millones (34,35 %), consolidándose como la segunda gran región prioritaria.
 - Dentro de ella, el África Subsahariana destaca como la subregión más financiada de todas, con 12,5 millones (28,79 % del total), confirmando su centralidad en la cooperación sanitaria descentralizada.
 - Asia apenas alcanza el 1,79 % del total, la mitad que en 2023, con el Sur de Asia como principal beneficiario (408.874 euros).
 - Oriente Medio experimenta un crecimiento significativo, sumando 600.000 euros adicionales y alcanzando el 12,79 % del total (5,5 millones).
 - Europa recibe 704.972 euros, una cifra muy similar a la destinada a Asia, confirmando su papel marginal en la distribución sanitaria descentralizada.
- América Latina y África concentran más del 74 % de la AOD sanitaria descentralizada, con especial peso de América del Sur y África Subsahariana. La reducción de 3,5 millones en América del Sur refleja una pérdida de prioridad relativa, aunque sigue siendo la subregión con mayor peso en América Latina. El incremento en Oriente Medio de su financiación hasta casi el 13 % muestra una mayor atención a esta región en 2024.

4.2.1. LA COOPERACIÓN AUTONÓMICA EN SALUD

En 2024, la cooperación autonómica financió 2.024 acciones de cooperación, 118 menos que el año anterior. De ellas, 226 acciones (11,06 %) correspondieron al ámbito de la salud, un porcentaje ligeramente superior al registrado en los tres años previos. El coste medio de los proyectos sanitarios fue de 160.328 euros, unos 16.000 euros menos que en 2023.

Los 36.234.345 euros desembolsados por las CC. AA. en cooperación sanitaria, representan el 83,3 % de toda la AOD en salud descentralizada, apenas 0,1 puntos porcentual más que el año anterior.

Sin embargo, en 2024 se rompe la tendencia de crecimiento sostenido de los últimos años: la cooperación autonómica en salud se reduce en 4,4 millones de euros, un 10,9 % menos que en 2023. Esta disminución también se refleja en el peso relativo de la salud dentro del conjunto de sectores, que baja 1,2 puntos porcentuales, hasta situarse en el 11,5 %. Aunque esta cifra está ligeramente por debajo de lo que se considera óptimo, sigue siendo superior a la de otros actores estatales e internacionales, lo que confirma que la salud continúa siendo un sector prioritario dentro de la cooperación autonómica.

Si se desglosa esta cooperación autonómica en salud, se confirma que se mantiene la gran heterogeneidad que existe entre las diferentes comunidades, no solo en su comportamiento en 2024, sino en su evolución histórica, tal y como se puede comprobar en la tabla 3.15. En 2024,

8 de las 17 comunidades destinaron más de un millón de euros a salud, concentrando el 86,9 % del total.

Destaca de nuevo Cataluña que se mantiene como la principal aportadora, con 12,6 millones de euros (34,9 % del total autonómico en salud), aunque reduce de forma significativa sus aportaciones respecto a 2023 (-2,2 puntos porcentuales). Mantiene el segundo lugar la Comunidad Valenciana con 6,9 millones, pero también recortando las cantidades destinadas en 2023. Navarra mantiene sus 5,5 millones de euros y su tercer lugar. País Vasco asciende a la cuarta posición con 1,8 millones de euros. Andalucía, que había sido hace pocos años un referente dentro de la cooperación autonómica, sigue reduciendo enormemente los montos que destinan a salud y queda por debajo de los 1,2 millones de euros, lo que supone 5,5 veces menos que lo que destinó en 2021. Baleares, Castilla y León y Madrid completan el grupo de comunidades que superan el millón de euros. Destaca Madrid, que casi duplica sus aportaciones respecto al año anterior.

TABLA 3.15. AOD en salud de las CC. AA., 2020-2024

CC. AA.	AOD salud 2020	AOD salud 2021	AOD salud 2022	AOD salud 2023	AOD salud 2024	% AOD a salud 2024
Andalucía	3.293.646	6.721.701	2.087.440	2.993.979	1.198.925	5,96
Aragón	590.828	670.009	737.789	284.936	188.467	12,77
Asturias	530.884	691.617	667.258	604.286	926.258	14,13
Baleares	817.106	1.017.211	975.701	907.360	1.024.650	10,58
Canarias	1.354.914	768.511	844.442	179.869	911.843	28,44
Cantabria	139.257	446.117	414.947	629.562	498.467	15,32
Castilla y León	271.324	181.589	268.025	1.501.661	1.066.357	18,91
Castilla-La Mancha	87.000	827.943	451.460	250.000	235.326	7,02
Cataluña	5.192.702	4.895.905	12.475.930	15.125.680	12.669.939	13,99
C. Valenciana	3.998.893	7.073.253	7.591.523	7.888.632	6.981.994	10,54
Extremadura	910.228	1.114.407	2.349.995	833.632	599.639	10,03
Galicia	1.212.558	1.374.816	1.478.971	1.546.895	948.770	11,43
La Rioja	100.000	462.449	302.752	225.768	177.245	5,26
Madrid	962.308	490.733	409.324	664.712	1.174.534	22,07
Murcia	21.900	30.000	293.942		269.937	24,82
Navarra	3.397.405	3.694.796	4.468.503	5.541.809	5.506.844	28,54
País Vasco	613.633	913.125	1.383.037	1.513.610	1.855.151	3,03
TOTAL	23.494.586	31.374.181	37.201.039	40.692.391	36.234.346	11,51

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

En 2024, la variabilidad y heterogeneidad siguen siendo la norma en la cooperación autonómica en salud, aunque se observa una tendencia mayoritaria al recorte. En total, 11 comunidades autónomas reducen sus presupuestos sanitarios, destacando en negativo Cataluña, con una reducción de 2,4 millones de euros, Andalucía, que recorta 1,7 millones y Comunidad Valenciana, con algo más de 900.000 euros menos. Galicia y Castilla y León, disminuyen sus aportaciones en más de 400.000 euros cada una, y otras comunidades como Aragón, Cantabria, La Rioja, Castilla-La Mancha y Navarra también reducen sus fondos, aunque en cifras inferiores a 250.000 euros.

Tal como se ha señalado en informes anteriores, estas fluctuaciones bruscas en la asignación de recursos dificultan la planificación de los países receptores, que no pueden prever con certeza cuándo ni cuánto apoyo recibirán. La continuidad en la financiación es clave para implementar políticas y programas de forma coherente, y además fortalece la confianza entre donantes y receptores, mejorando la efectividad de la ayuda.

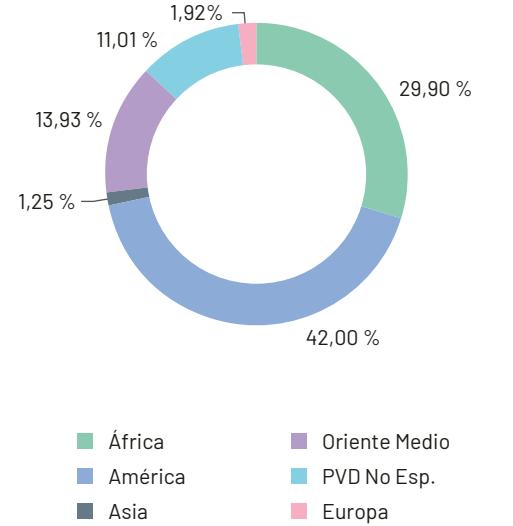
Por otro lado, son 9 comunidades autónomas las que superan la media nacional del 11,5 % de su cooperación destinada a salud. Navarra (28 %) y Canarias (28 %) lideran el grupo. Les siguen Murcia (24,8 %), Madrid (22,1 %), Castilla y León (18,9 %), Cantabria (15,3 %), Asturias (14,1 %), Cataluña (13,99 %) y Aragón (12,77 %). Galicia, con el 11,4 %, se sitúa muy cerca de la media, aunque ligeramente por debajo.

Resulta llamativo el escaso peso que tradicionalmente tiene el sector salud en la cooperación del País Vasco, una comunidad que se ha caracterizado por su fuerte compromiso con la cooperación internacional y que, además, dispone del tercer mayor presupuesto autonómico en este ámbito. Este hecho contrasta con la relevancia que la propia sociedad vasca otorga a su sistema público de salud, Osakidetza, considerado un elemento diferenciador de calidad y equidad. La paradoja es evidente: mientras la

salud ocupa un lugar central en las políticas internas y en la identidad social de la comunidad, apenas representa un 3 % del total de su AOD autonómica, un porcentaje muy alejado del peso que debería tener en coherencia con esa prioridad interna. Es cierto que la cooperación vasca responde a prioridades sectoriales que afectan directamente al análisis de su cooperación sanitaria, y que explica en parte ese porcentaje, seguimos sin entender que la cooperación en salud vasca suponga solamente un 3 % del total de su AOD, un porcentaje muy alejado del peso que se da a la salud dentro de la propia comunidad vasca, tanto por sus instituciones como por su población. El País Vasco podría aprovechar su experiencia y prestigio en salud pública para posicionarse como referente descentralizado en cooperación internacional sanitaria.

El gráfico 3.8 muestra la distribución geográfica de la cooperación autonómica en salud, que refleja patrones similares a los del conjunto de la cooperación descentralizada, dado el peso que la AOD autonómica tiene en ella. La AOD sanitaria sin asignación geográfica se mantiene en

GRÁFICO 3.8. AOD autonómica en salud por áreas geográficas, 2024



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

torno al 11 %, una cifra muy inferior a la registrada en la cooperación estatal, lo que convierte este análisis en un reflejo más preciso de la realidad de la cooperación española. Por regiones, América Latina continúa siendo el principal destino, con el 42 % del total, aunque pierde 4,2 puntos porcentuales respecto a 2023. África ocupa el segundo lugar con el 29,9 %, incrementando su peso en 1,72 puntos porcentuales, lo que confirma su creciente importancia en la agenda sanitaria autonómica. Oriente Medio asciende al tercer puesto con el 13,93 %, tras un aumento de 3,1 puntos porcentuales, consolidando su papel como región emergente en la cooperación sanitaria. Europa supera los 600.000 euros,

alcanzando el 1,92 % del total, lo que supone un ligero crecimiento. Asia cierra la distribución con apenas el 1,25 %, confirmando su papel marginal en la cooperación autonómica en salud.

Los cambios porcentuales respecto a 2023 evidencian que las prioridades autonómicas no son estáticas, sino que responden a coyunturas políticas y estratégicas.

A nivel sectorial, la salud básica continúa siendo el subsector más financiado, con 21,2 millones de euros (58,7 % del total), aunque esta cifra supone 4,1 millones menos que en 2023. En segundo lugar, se sitúa la salud general, con 7,8 millones (21,68 %), seguida de la salud sexual y reproductiva, que pese a aumentar en 1,2 millones,

mantiene la tercera posición. Finalmente, las enfermedades no transmisibles (ENT), aunque representan solo el 2,31 % del total, muestran un crecimiento muy intenso: pasan de 261.614 euros en 2023 a 835.355 euros en 2024, multiplicando por tres su financiación.

El análisis por componentes CRS confirma la elevada concentración en pocos ámbitos, que además se repiten de forma estable en el tiempo. En 2024, 4 componentes de los 24 existentes absorben el 72,2 % de toda la inversión en salud autonómica (4,2 puntos menos que en 2023): Atención sanitaria básica (41,72 %), que sigue siendo el componente más relevante; Atención sanitaria en salud reproductiva (13,82 %), que asciende a la segunda posición; Políticas sanitarias (8,87 %), que descienden al tercer lugar; y Nutrición básica (7,93 %), muy cerca del anterior. El resto de los 20 componentes CRS apenas suman el 27,8 % del total, y solo los servicios médicos superan el 5 % de la cooperación sanitaria.

La estabilidad en torno a unos pocos componentes clave favorece la continuidad de las intervenciones y, por tanto, su impacto. La salud básica sigue siendo el eje central, lo que refuerza la capacidad de respuesta en atención primaria. Por otro lado, el ascenso al segundo lugar de la salud reproductiva refleja una mayor sensibilidad hacia la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos.

4.2.2. LA AOD DE EE. LL. EN SALUD

En 2024, el conjunto de las entidades locales (EE. LL.) financió 2.723 acciones de cooperación, 89 más que en 2023. De ellas, 336 se destinaron a salud, 40 más que el año anterior. El coste medio de las intervenciones sanitarias fue de 21.711 euros, lo que supone un descenso de 4.587 euros (-17,4 %) respecto a 2023.

De los 97.909.691,99 euros que las EE. LL. destinaron a cooperación para el desarrollo, 7.294.099,66 euros, (7,4 %) se destinaron a salud. Curiosamente, mientras la AOD local general aumentó en 3,1 millones, la cooperación sanitaria

retrocedió en 490.126 euros, confirmando una pérdida relativa de peso. En el conjunto de la cooperación descentralizada, las EE. LL. aportaron 16,7 % de la AOD sanitaria (48,4 millones), un porcentaje similar al de 2023.

En 2024 se ha producido un avance metodológico relevante. Los datos recogidos por DGPOLDES ya no presentan el problema de desagregación de aportaciones de municipios menores de 100.000 habitantes, lo que permite un análisis más preciso. No obstante, persisten partidas no desagregadas vinculadas a los Fondos catalán, valenciano, mallorquín y de las Pitiusas, que coordinan acciones de instituciones locales. Estas suman 6.099.605 euros (6,2 % de la AOD local), la mitad de lo no desagregado en años anteriores, favoreciendo así este análisis de la AOD de las EE. LL.

Si consideramos únicamente las cantidades desagregadas, el peso de la salud en la AOD local baja al 7,9 %, 1,4 puntos menos que en 2023. Este porcentaje queda por debajo de lo que destinan los gobiernos autonómicos y fuera del rango recomendado internacionalmente de 12–15 %, lo que evidencia un déficit estructural en la cooperación sanitaria local.

La ayuda de las EE. LL. en salud sigue siendo muy heterogénea, orientada principalmente a iniciativas pequeñas y puntuales, con escasa continuidad. Aunque estas acciones cubren vacíos que no atienden las grandes políticas internacionales, su falta de planificación a medio plazo limita el impacto en términos de transformación social. Entre sus ventajas, destacan la proximidad a la ciudadanía y la capacidad de generar intercambio directo con realidades locales, aportando un valor añadido frente a políticas estatales más alejadas del día a día.

En 2024 repiten cinco de las diez EE. LL. más comprometidas con la salud, aunque con cambios significativos. El más relevante es la desaparición del Cabildo Insular de Gran Canaria, que en 2023 había destinado más de 2 millones de euros. Se mantienen los Ayuntamientos de Barcelona, Pamplona y Zaragoza, y las Diputaciones

TABLA 3.16. AOD autonómica en salud según subsectores CRS, 2024

CAD	CRS	AOD 2024
121	Salud general	7.854.543
	12110 Pol. sanitaria y Gestión administrativa	3.215.445
	12181 Enseñanza y Formación médicas	1.131.122
	12182 Investigación médica	1.354.694
	12191 Servicios médicos	2.153.281
122	Salud básica	21.287.148
	12220 Atención sanitaria Básica	15.115.418
	12230 Infraestructura sanitaria básica	1.244.034
	12240 Nutrición básica	2.874.426
	12250 Control enfermedades infecciosas	469.977
	12261 Educación sanitaria	680.118
	12262 Control de la malaria	-
	12263 Control de la Tuberculosis	500.000
	12264 Control del COVID 19	365.000
	12281 Formación personal sanitario	38.175
123	Enfermedades no transmisibles	835.355
	12310 Control ENT general	38.175
	12320 Control consumo de tabaco	45.360
	12330 Control del uso dañino de alcohol y drogas	577.092
	12340 Promoción de la salud mental	167.228
	12350 Otra prevención y tratamiento ENT	7.500
	12382 Investigación en prevención y control ENT	-
130	Salud sexual y reproductiva	6.257.299
	13010 Pol. Población y gestión admva	-
	13020 Atención en SR	5.008.046
	13030 Planificación Familiar	289.258
	13040 Lucha ETS, incluido VIH	59.995
	13081 Formación RRHH en población y SR	900.000
TOTAL		36.234.345

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

TABLA 3.17. EE. LL. que más AOD destinaron a salud en 2024

EE. LL.	AOD salud 2024
Dip. Foral Bizkaia	722.949
Dip. Foral Gipuzkoa	626.591
Ayto. Barcelona	400.535
Ayto. Pamplona	327.495
Dip. Zaragoza	326.767
Ayto. Zaragoza	305.333
Dip. Sevilla	259.670
Dip. Cáceres	219.400
Ayto. Donostia	212.429
Consejo Insular Tenerife	210.000

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

de Gipuzkoa y Bizkaia, a los que se suman el Ayuntamiento de Donostia, las Diputaciones de Zaragoza, Sevilla y Cáceres, y el Cabildo Insular de Tenerife.

La diversificación aumenta en 2024 respecto a 2023. Las 10 EE. LL. que más fondos destinan concentran el 49,5 % de la cooperación sanitaria local (3,6 millones), unos 900.000 euros menos que en 2023, cuando acaparaban el 58,5 %. El 50,5 % restante proviene de 86 EE. LL., 19 más que el año anterior. Aunque esta atomización limita la capacidad de impacto, resulta positivo que más entidades locales apuesten por la cooperación sanitaria, ampliando la cobertura de necesidades que suelen quedar fuera del foco global.

La cooperación local aporta cercanía y capacidad de respuesta a necesidades específicas, un rasgo diferenciador frente a la cooperación estatal o autonómica. Para mejorar impacto y

previsibilidad, las EE. LL. deberían promover marcos temporales más largos, que permitan consolidar proyectos y fortalecer la confianza con las entidades socias.

A pesar de algunos retrocesos evidentes, conviene subrayar que la cooperación descentralizada, tanto autonómica como local, sigue siendo un activo positivo dentro de la cooperación española. Su principal valor radica en que permite desarrollar una cooperación de proximidad, más cercana a la ciudadanía, capaz de atender necesidades olvidadas por las grandes políticas internacionales, pero que son igualmente reales y significativas.

En el ámbito de la salud, resulta imprescindible no solo incrementar los recursos, sino también apostar por un valor añadido que contribuya a mejorar las políticas sanitarias en muchos países. Entre estos elementos destacan la implantación y priorización del primer nivel de atención, como base de sistemas de salud más equitativos y sostenibles; y los procesos de descentralización, que han acercado las políticas de salud a la ciudadanía, con sus luces y sombras, pero que constituyen una experiencia valiosa para fortalecer la gobernanza sanitaria.

De cara a la planificación estratégica de la cooperación en salud, es fundamental que en los próximos cinco años se incorpore de manera explícita el ODS 3 (Salud y Bienestar) como eje prioritario. Esto permitiría alinear la cooperación descentralizada con los compromisos internacionales, reforzar su coherencia y garantizar que la salud se consolide como un pilar central de la acción exterior española.

5 Los ODS en España

España ha mostrado interés en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) desde su implantación en 2015, aunque no fue hasta 2017 cuando se consolidó institucionalmente con la creación del Grupo de Alto Nivel para la Agenda 2030. En 2018, el Consejo de Ministros aprobó el Plan de Acción para la Implementación de la Agenda 2030, con la participación de todos los ministerios, comunidades autónomas, entidades locales y organizaciones sociales.

El primer “informe de progreso para alcanzar los objetivos de desarrollo” no se publicó hasta 2020, y desde entonces se han venido elaborando informes anuales. En 2024, España presentó su tercer examen voluntario⁶, reafirmando su compromiso con los ODS y mostrando avances en políticas orientadas a su cumplimiento

En ese sentido, los indicadores de progreso de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible⁷ en España muestran una tasa de cobertura del 77 % sobre el total de indicadores de los ODS, consiguiéndose una cobertura total del 100 % en los ODS 7 (energía asequible y no contaminante), 13 (acción por el clima) y 15 (vida de ecosistemas terrestres), teniendo en cuenta que hay indicadores no aplicables a España y que, por tanto, no se computan. Por el contrario, los ODS con menor cobertura en España son los ODS 6 (agua limpia y saneamiento), con 7 indicadores disponibles de 11 y una cobertura del 64 %, el ODS 10 (reducción de las desigualdades) con 7 indicadores disponibles de 16 y cobertura del 57 %, y el ODS 14 (Vida submarina) con tres indicadores disponibles de 10, y una cobertura de solo el 30 %.

El grado de cumplimiento de los 47 indicadores del ODS 3 de salud en España, muestra luces y sombras. 15 indicadores progresan de forma favorable; 10 indicadores presentan un progreso moderado; 7 indicadores registran un leve retroceso; 5 indicadores muestran un retroceso importante; y 10 indicadores no pueden valorarse, como el relativo al número de personas que requieren intervenciones contra enfermedades tropicales desatendidas.

Algunos resultados están condicionados por el momento de recogida de datos durante la pandemia, lo que explica ciertos retrocesos coyunturales. Un ejemplo es la esperanza de vida al nacer, que en 2021 se situó en 62,8 años, frente a los 64 años de 2015.

En cuanto a la cobertura sanitaria, se observa una evolución desigual. Aumenta la población con necesidad insatisfecha de atención médica y también la percepción de mala salud entre 2015 y 2022. Sin embargo, mejora la proporción de hogares con grandes gastos sanitarios respecto al total de ingresos, lo que refleja un avance en la protección financiera frente a costes de salud.

Respecto a la asistencia oficial para el desarrollo (AOD) destinada a salud, se aprecia un crecimiento neto en los sectores de investigación médica y atención sanitaria básica, aunque las cantidades brutas disminuyen, lo que sugiere una mayor eficiencia relativa pero un esfuerzo financiero limitado.

El primer análisis de la tabla 3.18 muestra cómo se distribuyen los desembolsos de la AOD

6 https://www.dsca.gob.es/sites/default/files/derechos-sociales/Resumen_ejecutivo_ENV2024_0.pdf

7 https://www.ine.es/ods/publicacion_ods_2024.pdf

2024 que, aunque provienen de sectores distintos a la salud, se clasifican dentro de las metas del ODS 3. El monto clasificado asciende a 260 millones de euros, lo que supone 24 millones menos que en 2023 y un 6 % inferior a las cifras brutas obtenidas siguiendo el método tradicional de los códigos CRS (276 millones).

Estas divergencias reflejan la interconexión entre sectores y la complejidad metodológica de clasificar la ayuda sanitaria bajo dos enfoques distintos. Todavía queda recorrido para que ambas formas de clasificación —CRS y ODS— converjan en cifras similares, lo que permitiría confirmar con mayor precisión la exactitud de los datos desglosados en salud.

En cuanto a la distribución por metas del ODS 3, se mantienen patrones similares a los del año anterior:

- Meta 3.8 (Cobertura sanitaria universal): sigue siendo la más financiada, con 158,7 millones de euros (60,9 %), rompiendo la tendencia de reducción de los últimos años al aumentar en 13,6 millones.

- Meta 3.3 (Lucha contra enfermedades transmisibles: sida, malaria y tuberculosis): se mantiene en segunda posición y crece en 16,3 millones, alcanzando 43 millones.
- Meta 3.2 (Fin de las muertes evitables de recién nacidos y menores de 5 años): ocupa el tercer lugar con 17 millones de euros.
- Meta 3.b (Investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos): se sitúa en cuarto lugar con 12 millones.
- Meta 3.4 (Lucha contra enfermedades no transmisibles): cae al quinto puesto con 9,6 millones, tras un recorte de más de 17 millones respecto a 2023.

En conjunto, las tres primeras metas concentran casi el 84 % de los recursos, confirmando una fuerte concentración en prioridades específicas.

Del análisis realizado se concluye que se refuerza la centralidad del acceso equitativo a servicios, reforzando la cobertura universal como prioridad. También se deduce el crecimiento en la meta 3.3, lo que muestra un compromiso renovado con retos globales aún vigentes. Hay un retroce-

TABLA 3.18. Desembolsos brutos de AOD 2024 clasificados en los metas del ODS 3 de salud

Total AOD asignada al ODS 3	260.603.134
Meta 3.1: Reducir la tasa mundial de mortalidad materna	1.717.495
Meta 3.2: Poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años	17.078.493
Meta 3.3: Poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas y combatir otras enfermedades transmisibles	43.046.642
Meta 3.4: Reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles	9.679.098
Meta 3.5: Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas	530.260
Meta 3.6: Reducir a la mitad el número de muertes y lesiones causadas por accidentes de tráfico	97.180
Meta 3.7: Garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva	11.411.496
Meta 3.8: Lograr la cobertura sanitaria universal	158.706.633
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	162.529
Meta 3.a: Fortalecer la aplicación del Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control del Tabaco	111.654
Meta 3.b: Apoyar la investigación y desarrollo de vacunas y medicamentos y facilitar el acceso a medicamentos y vacunas esenciales	12.536.223
Meta 3.c: Aumentar la financiación de la salud y la contratación, el perfeccionamiento, la capacitación y la retención del personal sanitario	1.529.659
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	3.995.773

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

so en enfermedades no transmisibles (ENT), lo que es preocupante dado el peso creciente de las ENT en la carga global de enfermedad.

En cualquier política de cooperación sanitaria resulta imprescindible priorizar la cobertura sanitaria universal (CSU), siempre que ello implique un fortalecimiento de los sistemas públicos de salud. Sin embargo, la forma de clasificación actual plantea dudas: la CSU corre el riesgo de convertirse en un “fondo de saco” donde se incluyen acciones difíciles de clasificar, ya que en ella pueden encajar casi todas las metas del ODS 3. Esto puede generar un sesgo en el análisis final, inflando artificialmente las cifras asignadas a esta meta y dificultando la lectura precisa de las prioridades reales.

Otro análisis que se debe realizar, más a lo interno del sector salud, consiste en computar los desembolsos asignados directamente al sector salud en relación con cualquiera de los 17 ODS, tal como se refleja en la tabla 3.19. Los resultados son muy similares a los obtenidos mediante los códigos CRS:

- El 94,1 % del sector salud se vincula directamente con el ODS 3 (Salud y Bienestar), lo que equivale a 260,6 millones de euros, 0,6 puntos porcentuales más que en 2023.
- Solo otros dos ODS reciben financiación significativa:
 - ODS 2 (Hambre cero, nutrición básica): 5,4 millones de euros, cifra prácticamente idéntica a la del año anterior.
 - ODS 5 (Igualdad de género, salud sexual y reproductiva): 6,9 millones de euros, el 2,5 % del total.

Estos datos confirman el elevado componente sanitario de la cooperación española, complementado por un pequeño componente multisectorial en áreas específicas como nutrición y género. Sin embargo, si los ODS —y la salud en particular— se conciben como un marco multisectorial e integrado, la cooperación sanitaria española debería avanzar hacia un enfoque

que incluya de manera sistemática los determinantes sociales de la salud, más allá del sector estrictamente sanitario.

La relación entre cambio climático y salud constituye un ejemplo paradigmático de cómo los ODS deben abordarse de manera integrada. La OMS ha señalado la necesidad de priorizar la adaptación de los sistemas sanitarios al cambio climático y la mitigación de sus consecuencias en salud, bajo el prisma de la justicia climática. Sin embargo, los recursos destinados en 2024 al ODS 13 (Acción por el clima) son claramente insuficientes: apenas 125.000 euros, una cifra insignificante frente a la magnitud del problema, que afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables del planeta, las menos responsables de generar emisiones y de agravar los efectos adversos del clima.

Igualmente preocupante es la escasa financiación del ODS 17 (Alianzas para lograr los objetivos), que en 2024 recibió solo 77.938 euros. En un contexto marcado por la crisis del

TABLA 3.19. Desembolsos brutos de AOD en el sector salud en 2024 clasificados en los diferentes ODS

ODS	
ODS 1: Fin de la pobreza	1.151.792
ODS 2: Hambre cero	5.389.137
ODS 3: Salud y bienestar	260.603.134
ODS 4: Educación de calidad	473.574
ODS 5: Igualdad de género	6.943.918
ODS 6: Agua limpia y saneamiento	545.284
ODS 7: Energía asequible y no contaminante	17.992
ODS 8: Trabajo decente y crecimiento económico	320.000
ODS 9: Industria, innovación e infraestructuras	152.000
ODS 10: Reducción de desigualdades	706.900
ODS 11: Ciudades y comunidades sostenibles	2.734
ODS 12: Producción y consumo responsables	7.500
ODS 13: Acción por el clima	125.000
ODS 14: Vida submarina	-
ODS 15: Vida de ecosistemas terrestres	-
ODS 16: Paz, justicia e instituciones sólidas	180.191
ODS 17: Alianzas	77.938
TOTAL	276.697.094

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

multilateralismo y los ataques a instituciones como la OMS, esta cifra resulta muy mejorable. Se necesitan alianzas sólidas y sostenidas que permitan afrontar los grandes desafíos globales, desde las pandemias hasta el cambio climático, pasando por las crecientes desigualdades.

Quedan apenas cinco años para alcanzar 2030, fecha en la que se realizará el examen final de los ODS. Como ya se señaló en el capítulo 1, sabemos que no se lograrán plenamente. Sin embargo, aún existe margen para desarrollar herramientas y políticas innovadoras que permitan afrontar de manera diferente los problemas globales de salud. Para ello será imprescindible un incremento de recursos económicos, humanos y de gestión, que refuercen la capacidad de respuesta de los sistemas sanitarios.

Es importante recordar que 2030 es solo una fecha de referencia: después habrá que seguir trabajando para mantener los progresos alcanzados y reducir los fracasos acumulados. Nos enfrentamos a dos caminos:

- Continuar como hasta ahora, con el riesgo de seguir fallando en aspectos clave como la equidad en salud, el trabajo multisectorial o la participación de la población en las decisiones sobre su salud.
- Buscar nuevas formas de afrontar los retos globales, incorporando herramientas innovadoras como la digitalización, que puede tanto reducir como ampliar la brecha sanitaria entre poblaciones, dependiendo de cómo se gestione.

Por ello, no basta con consensuar qué hacemos, sino también cómo lo hacemos y qué procesos nos conducen a ello, asegurando un compromiso real que trascienda los acuerdos formales y evite que queden en el papel. La salud es más compleja de lo que solemos pensar: no puede entenderse únicamente desde la perspectiva individual, sino como un fenómeno colectivo e interdependiente, ligado al entorno y al equilibrio del planeta.

4

Acción Humanitaria



Foto de @Czuko Williams.
Ciclón Idai, Mozambique, 2019.

- El año 2024 ha evidenciado un agravamiento sin precedentes de las crisis humanitarias, marcado por el aumento de la violencia contra la población civil, las trabas al acceso humanitario y los ataques sistemáticos contra el personal y las infraestructuras sanitarias. La magnitud de las necesidades —más de 323 millones de personas requiriendo asistencia— contrasta con una reducción significativa de la financiación internacional, que ha dejado sin cobertura a millones de personas en situación crítica.
- La combinación de fenómenos climáticos extremos, violencia generalizada y ataques contra la población civil y el personal humanitario, ha reducido la resiliencia de las comunidades y multiplicado los desplazamientos masivos. Regiones como África Oriental y Meridional, Oriente Medio y Asia concentran las mayores necesidades, reflejando cómo la crisis climática y los conflictos prolongados están profundizando la vulnerabilidad y poniendo en riesgo la supervivencia de millones de personas.
- Las previsiones para 2025 muestran un panorama crítico: más de 305 millones de personas necesitarán asistencia humanitaria,

mientras que la inseguridad alimentaria sigue creciendo y la hambruna reaparece por primera vez desde 2020. Los conflictos, la violencia, los fenómenos climáticos extremos y las crisis económicas se refuerzan mutuamente, agravando la vulnerabilidad y reduciendo la resiliencia de millones de personas en todo el mundo.

- La reducción abrupta de fondos —especialmente tras el cierre de USAID y los recortes de otros donantes— ha dejado al sector humanitario con una brecha de financiación alarmante: hasta mediados de noviembre de 2025, solo se había recibido el 25,1 % de los fondos solicitados para responder a las necesidades humanitarias, el 21,9 % de lo solicitado para seguridad alimentaria y el 17,5 % para nutrición. Esta insuficiencia amenaza con profundizar la desnutrición infantil, incrementar la mortalidad y dejar sin protección a los grupos más vulnerables en países como Sudán, Yemen, Afganistán y la Franja de Gaza.
- El “reinicio humanitario” impulsado por OCHA surge como respuesta a los recortes, pero se centra más en la hiperpriorización de recursos que en una reforma estratégica del sistema. Esto está dejando a millones

de personas sin cobertura y refleja un debilitamiento del espacio humanitario, cada vez más condicionado por intereses políticos y geopolíticos de los donantes.

- En 2024, la financiación humanitaria internacional alcanzó los 36.367 millones de dólares, lo que supone un descenso respecto a 2023 en un contexto de crisis cada vez más complejas. Aunque Estados Unidos incrementó significativamente su aportación y se consolidó como principal donante (38,9 % del total), la mayoría de los grandes donantes redujeron sus contribuciones, consolidando una tendencia de caída que afecta gravemente a la capacidad de respuesta del sector.
- El sector salud en la acción humanitaria atravesó una crisis crítica de financiación en un momento en que las necesidades sanitarias se han intensificado por conflictos, desastres naturales y brotes epidémicos. En 2024, los fondos destinados a salud por la comunidad internacional se redujeron en 651 millones de dólares respecto a 2023, dejando sin cobertura a millones de personas.
- En lo que respecta a España, la Acción Humanitaria (AH) experimentó un retroceso significativo, con una reducción del 20 % respecto a 2023, situándose en 174,1 millones de euros.

- La cooperación descentralizada española (CC. AA. y EE. LL.) ha mostrado en 2024 una tendencia positiva, destinando el 10,63 % de su AOD a la acción humanitaria, ligeramente por encima del objetivo del 10 %. En términos absolutos, el incremento ha sido modesto (1,4 millones de euros más que en 2023), pero refleja un compromiso sostenido en un contexto de recortes globales. Sin embargo, esta imagen general oculta grandes disparidades territoriales: mientras comunidades como País Vasco, Baleares, Andalucía y Canarias refuerzan su financiación, otras como Cataluña, Extremadura, Asturias y Comunidad Valenciana registran recortes significativos. El País Vasco se consolida como el pilar fundamental de la cooperación autonómica, aportando entre el 34 % y el 46 % del total, mientras que Canarias sorprende con una aportación récord tras años de ausencia.
- En el ámbito local, las EE. LL. incrementan ligeramente su financiación, aunque aún no compensan el fuerte descenso de 2023. Destacan el Ayuntamiento de Madrid, la Diputación de Barcelona y el Cabildo de Gran Canaria como principales financiadores, aunque persisten importantes recortes en el conjunto de las EE. LL. de territorios como Cataluña, Aragón y Baleares.

1 Introducción

El año 2024 ha estado marcado por una intensificación sin precedentes de las crisis humanitarias a nivel global. Se estima que 323,4 millones de personas necesitaron asistencia humanitaria y protección, una cifra que refleja el agravamiento de las emergencias provocadas por los conflictos armados, el impacto del cambio climático, el desplazamiento forzado y la creciente inseguridad alimentaria.

A pesar de la magnitud de las necesidades, la financiación internacional no estuvo a la altura: de los 49.398 millones de dólares solicitados por Naciones Unidas, solo se recibieron 24.933 millones, generando una brecha que ha tenido consecuencias devastadoras para millones de personas cuya supervivencia depende de la ayuda humanitaria.

Según datos de OCHA¹, los efectos de esta brecha de financiación son visibles en muchos países. En la República Democrática del Congo, Chad, Afganistán, Haití, Siria y Etiopía, los recortes en la asistencia alimentaria y nutricional han empujado a millones de personas hacia el hambre extrema. En Yemen, el cierre de centros de tratamiento de cólera y diarrea ha puesto en riesgo directo la vida de miles de personas. Además, la propagación de enfermedades prevenibles como la hepatitis E en lugares como Chad o la República Centroafricana refleja el colapso de los servicios básicos, especialmente en materia de agua y saneamiento.

El panorama se presenta ciertamente desafiante con el cierre de USAID, la agencia de cooperación norteamericana y la cancelación del 80 % de la ayuda de los Estados Unidos, lo que ha reducido a la mitad el presupuesto humanitario

mundial. De cara a 2026, las perspectivas siguen siendo inciertas, aunque diversos actores internacionales buscan alternativas para sostener la respuesta y evitar un retroceso aún mayor.

Las consecuencias para las poblaciones más afectadas por las crisis humanitarias serán enormes. Según OCHA, en contextos humanitarios, la esperanza de vida es seis años menos que el promedio mundial, más del 25 % de la población sufre desnutrición y la cobertura de vacunación infantil apenas alcanza el 64 %, frente al 84 % en el resto del mundo. Los recortes en la financiación no harán sino agravar estos indicadores, profundizando la vulnerabilidad de millones de personas.

La violencia generalizada y los ataques a la población civil han alcanzado niveles no vistos desde hace décadas. 2024 ha sido también el año más letal para el personal humanitario: 281 trabajadores fueron asesinados y 525 sufrieron ataques graves.

El impacto de los conflictos y la violencia provocó el desplazamiento de 123 millones de personas dentro y fuera de sus fronteras, mientras que más de 295 millones enfrentaron inseguridad alimentaria, agravada por la destrucción de medios de vida y la obstrucción del acceso a mercados y servicios esenciales.

El impacto de la crisis climática ha sido igualmente devastador, inundaciones en Asia, el Sahel, África Oriental y Europa; sequías prolongadas en el sur de África y las Américas; y olas de calor en numerosos países. Estos fenómenos han generado crisis más prolongadas y profundas, reduciendo la capacidad de resiliencia de las comunidades.

1 <https://fts.unocha.org/global-funding/overview/2024>

África Oriental y Meridional concentran el mayor número de personas en situación de necesidad, con 85 millones. Le siguen Oriente Medio y el Norte de África con 59 millones, y África Occidental y Central con 57 millones. En Asia y el Pacífico, 55 millones de personas requieren asistencia, mientras que en América Latina y el Caribe la cifra alcanza los 39 millones. En Europa, aún marcada por la guerra en Ucrania, 15 millones de personas siguen necesitando ayuda humanitaria.

Si hacemos un recorrido por las distintas regiones, Asia es la región más vulnerable a desastres naturales. Más de 140 eventos climáticos extremos afectaron a 87 millones de personas entre enero y octubre de 2024. El impacto de ciclones, inundaciones y conflictos prolongados ha dejado a países como Afganistán, Bangladesh, Myanmar, Filipinas y Vietnam en situación crítica. En **Afganistán**, 17,3 millones de personas necesitaron asistencia en un contexto de crisis estructural, inestabilidad económica y desastres naturales recurrentes, mientras que **Myanmar** continúa siendo escenario de desplazamientos masivos, alcanzando los 3,5 millones de personas desplazadas internas en medio de una escalada de violencia y catástrofes naturales. 2024 ha sido un año especialmente difícil para Filipinas, Vietnam y Bangladesh que han sufrido una temporada de ciclones y monzones muy intensa. Especialmente grave ha sido la situación en **Bangladesh** donde más de 15 millones de personas se vieron directamente afectadas. El aumento de la frecuencia y la gravedad de estos fenómenos ha empeorado aún más las condiciones ya precarias de millones de personas.

En Europa, la guerra en **Ucrania** sigue generando graves consecuencias humanitarias. Más del 30 % de la población ucraniana necesita ayuda, mientras que el sistema sanitario se ha visto gravemente dañado por los ataques a instalaciones médicas. Desde el inicio de la invasión en 2022, más de 6,7 millones de personas han

abandonado el país y 3,6 millones han sido desplazadas internamente.

América Latina y el Caribe han experimentado un deterioro continuado de las condiciones humanitarias: en 2024, 39 millones de personas requirieron asistencia. La inseguridad alimentaria, las migraciones forzadas, los efectos del cambio climático y los brotes epidémicos están en el centro de las crisis. **Colombia** enfrenta un repunte de las necesidades, con más de 13 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria y 6,9 millones de personas desplazadas internas, además de albergar a 3 millones de personas refugiadas y migrantes venezolanas. En **Centroamérica**, la crisis alimentaria afecta a millones de personas en Guatemala, El Salvador y Honduras, donde las sequías están agravando la malnutrición. **Haití** atraviesa una de las crisis más profundas de la región, marcada por una espiral de violencia, desplazamiento forzado y colapso institucional. A finales de 2024, casi 703.000 personas habían sido desplazadas, reflejo de la inseguridad generalizada y la falta de protección. Paralelamente, la inseguridad alimentaria se ha agravado de forma alarmante: el 48 % de la población requiere ayuda alimentaria, lo que supone un incremento de 4 puntos porcentuales respecto a 2023. Por su parte, **Venezuela** sigue enfrentando un colapso multisectorial con 7,6 millones de personas que precisan asistencia humanitaria, sobre todo en el ámbito de la salud, seguridad alimentaria, nutrición, y sistemas de agua y saneamiento.

En Oriente Medio y el Norte de África, la situación sigue siendo extremadamente grave. La crisis en **Gaza** ha alcanzado niveles catastróficos, con más de 69.000 personas muertas, el desplazamiento forzado de prácticamente toda su población y una hambruna declarada en agosto de 2025² que afectaba en ese momento a más de medio millón de personas, un 25 % de su población. En el **Líbano**, los bombardeos han causado más de 3.700 muertes y desplazado a 1,3 millones

de personas. **Siria** continúa siendo el país con mayor número de personas que requieren asistencia humanitaria en la región, 16,7 millones, mientras que **Yemen** se enfrenta a su décimo año de conflicto, con casi la mitad de la población en situación de inseguridad alimentaria aguda.

En África Oriental y Meridional, **Sudán** representa el epicentro de una de las peores crisis humanitarias del mundo, casi dos tercios de la población necesita ayuda, 26 millones, algo más del 50 % de su población, enfrentan hambre aguda y más de 14 millones de personas han tenido que abandonar sus hogares. **Sudán del Sur** ha recibido más de 850.000 personas refugiadas desde el estallido del conflicto en abril de 2023, agravando su ya precaria situación. A esto hay que sumar las consecuencias de las inundaciones de 2024 que han afectado a 1,4 millones de personas, lo que contribuirá a que 7,7 millones de personas se encuentren en situación de inseguridad alimentaria.

En **Etiopía**, los efectos persistentes del conflicto de Tigray, junto con la inseguridad en algunas regiones del país, han provocado que 3,3 millones de personas se hayan visto forzadas a huir de sus hogares, convirtiendo a Etiopía en uno de los países con mayor número de personas desplazadas internas de la región.

Por último, **Somalia** sigue siendo una de las crisis humanitarias más complejas, marcada por ciclos de conflictos internos y crisis climáticas que han llevado a que 6,9 millones de personas necesiten asistencia humanitaria en 2024.

La crisis climática también está afectando de manera directa a África Subsahariana. Etiopía, Somalia, Mozambique, Malawi y Zambia han sufrido los efectos de sequías e inundaciones, brotes de cólera, y un deterioro constante de la seguridad alimentaria, todo ello en un contexto de infrafinanciación crónica que imposibilita una respuesta adecuada a las emergencias a las que se enfrentan. En 2024, África del Sur sufrió la peor sequía en 100 años. Seis países —Botsuana, Lesoto, Namibia, Malawi, Zambia y Zimbabue— declararon el estado de catástrofe debido al

impacto de la sequía provocada por El Niño, con más de 60 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria, y más de 26 millones en situación de hambre (IPC 3+), de éstos, 1,8 millones en **Mozambique**.

En **Malawi**, 6,1 millones de personas necesitan asistencia humanitaria agravándose la situación desde mediados de 2024 por brotes de cólera y sarampión. Mientras en **Zimbabue** hay 7,1 millones de personas en riesgo de inseguridad alimentaria, **Zambia** sufre una de las peores sequías de los últimos años que ha desencadenado una hambruna y malnutrición generalizadas, con 9,8 millones de personas necesitadas de ayuda humanitaria. El acceso limitado a fuentes de agua potable ha provocado problemas de saneamiento y un aumento del riesgo de enfermedades, incluidos brotes de cólera en algunas zonas.

Finalmente, en África Occidental y Central, más de 57 millones de personas necesitan asistencia humanitaria. La crisis climática ha intensificado inundaciones que afectaron a más de 7 millones de personas, mientras que los brotes de enfermedades como el cólera, sarampión o la Mpox se expanden en contextos con servicios de salud extremadamente frágiles. Países como Chad, República Centroafricana, República Democrática del Congo, Nigeria, Níger, Camerún, Malí o Burkina Faso se enfrentan a crisis complejas desde hace años, marcadas por la violencia armada, el desplazamiento forzoso masivo, la desnutrición y la ausencia de acceso a servicios básicos, que requieren también de apoyo a largo plazo.

En **Burkina Faso**, más de 2 millones de personas, aproximadamente el 10 % de la población, se encuentran desplazadas internamente, y un 25 % de la población necesita asistencia humanitaria.

Chad se enfrenta a una crisis humanitaria prolongada, provocada por los conflictos y la violencia, las inundaciones y las sequías, que agravan la inseguridad alimentaria y nutricional y las emergencias sanitarias, lo que ha llevado

2 <https://www.who.int/news/item/22-08-2025-famine-confirmed-for-first-time-in-gaza>

casi al 40 % de su población a requerir asistencia humanitaria.

La **República Democrática del Congo** es el segundo país de África con el mayor número de personas desplazadas internas, 6,3 millones a causa de los sucesivos conflictos que vive el país desde hace décadas vinculados al control de los recursos minerales y las tierras cultivables. La situación se ve agravada por el impacto de la crisis climática, con fuertes inundaciones en 2024 y recurrentes brotes epidémicos, como el cólera, el sarampión o la Mpox.

Por último, la violencia, la inseguridad y los eventos climáticos extremos como las inundaciones y el calor extremo, han aumentado las necesidades humanitarias en países como **Malí**, con un tercio de su población en necesidad de ayuda humanitaria, **Níger** con 1,4 millones de personas afectadas por la crisis humanitaria y **Nigeria**, con 33 millones de personas en situación de inseguridad alimentaria.

Perspectivas para 2025

Las previsiones para 2025 indican que al menos 305 millones de personas necesitarán asistencia humanitaria y protección.

Como ya ha mencionado, el cierre de USAID y la cancelación del 80 % de sus programas, ha reducido a la mitad el presupuesto humanitario mundial. Pero no es el único donante en reducir los fondos destinados a cooperación y AH, donantes como Alemania, Suiza, Reino Unido, Francia, Países Bajos y Bélgica, también están anunciando recortes en su AOD y redirigiendo los fondos hacia gastos militares o prioridades nacionales.

Como consecuencia, cientos de programas se han cerrado de forma inmediata, lo que ha reducido el número de personas con necesidades humanitarias que reciben apoyo. Esta situación, de mantenerse, incrementará inevitablemente la inseguridad alimentaria, la propagación de enfermedades y los riesgos de violencia y desprotección para los grupos más vulnerables.

Sigue creciendo la inseguridad alimentaria y reaparece la hambruna por primera vez desde 2020

Clasificación integrada de la seguridad alimentaria en fases³ (IPC por sus siglas en inglés)

- **Fase 1 de la CIF Ninguna/Mínima:** Los hogares pueden satisfacer necesidades alimentarias y no alimentarias esenciales.
- **Fase 2 de la CIF Acentuada:** Los hogares disponen de alimentos mínimamente adecuados, pero no pueden costear algunos gastos no alimentarios esenciales.
- **Fase 3 de la CIF Crisis:** El consumo de alimentos por parte de los hogares es irregular lo que lleva a la aparición de la desnutrición aguda elevada.
- **Fase 4 de la CIF Emergencia:** Los hogares pueden consumir alimentos de manera irregular lo que lleva a índices de desnutrición aguda muy elevados y mayor mortalidad.
- **Fase 5 de la CIF Catástrofe/ Hambruna:** Al menos uno de cada cinco hogares tiene una carencia extrema de alimentos, enfrentando inanición, lo que resulta en niveles críticamente altos de desnutrición aguda y mortalidad.

Tras 6 años de incrementos consecutivos de la inseguridad alimentaria en el mundo, en 2024, 295 millones de personas, se enfrentaban a niveles elevados de inseguridad alimentaria aguda en 53 países, 13,7 millones de personas más que en 2023. De éstos, 196,5 millones de personas residen en 10 países, Afganistán (15,8 millones), Bangladesh (23,6 millones), Etiopía (22 millones), Myanmar (14,4 millones), Nigeria (31,8 millones), Pakistán (11,8 millones), República Democrática del Congo (25,6 millones), Siria (9,2 millones), Sudán (25,6 millones) y Yemen (16,7 millones).

Según la clasificación del IPC, el número total de personas que se enfrentaban a una hambruna (fase 5) creció más del doble entre 2023 y 2024, impulsado por los conflictos. El 95 % de estas personas en situación de hambruna están en la Franja de Gaza y Sudán, mientras que el 5 % restante se encuentra en Sudán del Sur, Haití y Malí.

Más de 35 millones de personas en 36 países/territorios se enfrentaron a una situación de emergencia (fase 4), casi una cuarta parte de ellas se encontraban en Sudán y nueve países tenían más de un millón de personas en esta fase.

Finalmente, alrededor de 190 millones de personas en 40 países y territorios se enfrentaron a una crisis de seguridad alimentaria (fase 3).

En los 26 países/territorios con crisis nutricionales, se estima que 37,7 millones de niños y niñas de entre 6 y 59 meses sufren desnutrición aguda. De nuevo, Sudán, Yemen, Malí y la Franja de Gaza presentaban las crisis nutricionales más graves.

Los conflictos y la inseguridad, los fenómenos meteorológicos extremos y las crisis económicas, que son los principales factores que provocan la inseguridad alimentaria aguda y la desnutrición, se interrelacionan y se refuerzan mutuamente en muchas crisis, lo que agrava las vulnerabilidades, socava la resiliencia y revierte los avances en materia de desarrollo.

Según el informe 2025 sobre crisis alimentarias de NN. UU.⁴, los conflictos y la inseguridad siguieron siendo los principales factores en 20 países y territorios, con 139,8 millones de personas enfrentándose a altos niveles de inseguridad alimentaria aguda. Además, existe una relación directa entre desplazamiento forzoso, provocado en su mayoría por los conflictos y la violencia y la inseguridad alimentaria. De hecho, la mayoría de las personas desplazadas por la fuerza se encuentran en contextos de crisis alimentaria, como por ejemplo Sudán y la Franja de Gaza.

Los fenómenos meteorológicos extremos, como las inundaciones en varios países de Asia o la sequía prolongada en la región de África del Sur, han sido la causa principal de la inseguridad alimentaria en 18 países, con más de 96,1 millones de personas enfrentándose a altos niveles de inseguridad alimentaria aguda.

La perspectiva para 2025 no es alentadora, ya que los conflictos y la inseguridad se han agravado y la crisis climática sigue provocando fenómenos meteorológicos extremos que son cada vez más frecuentes y severos. A esto se suma el incremento de las tensiones económicas y políticas a nivel mundial que están afectando especialmente a los países más empobrecidos inmersos desde la pandemia de la COVID-19 en un contexto de enorme fragilidad.

Tampoco podemos olvidar que la interrupción abrupta de la financiación en 2025 por parte de la cooperación estadounidense, el principal donante del sector de la seguridad alimentaria que aportó 4.662 millones de dólares en 2024⁵, casi el 50 % de todo lo destinado a ese sector, y la reducción de la financiación de otros donantes ha incrementado la vulnerabilidad de las poblaciones en países como Afganistán, la República Democrática del Congo, Etiopía, Haití, Sudán del Sur, Sudán y Yemen.

Según datos de OCHA, de los 13.912 millones de dólares solicitados por NN. UU. para el

3 <https://www.ipcinfo.org/ipcinfo-website/ipc-overview-and-classification-system/en/>

4 <https://openknowledge.fao.org/items/e98e2938-1905-497c-85bc-f4cf51872bd1>

5 <https://fts.unocha.org/global-sectors/6/summary/2024>

sector de la seguridad alimentaria para 2025, a mediados de noviembre tan sólo se habían recibido 3.047 millones, el 21,9 % de lo solicitado. El sector de la nutrición ha recibido todavía me-

nos fondos, tan solo el 17,5 % de lo solicitado lo que deja a las poblaciones más vulnerables, especialmente a las y los menores en mayor riesgo de desnutrición aguda.

El número de personas desplazadas internas se duplica en una década y alcanza un máximo histórico

Según el Informe Mundial sobre Desplazamiento Interno⁶ del Observatorio de Desplazamiento Interno (IDMC por sus siglas en inglés), a finales de 2024 había 83,4 millones de personas desplazadas internas, más del doble que hace una década. De éstas, 73,5 millones estaban desplazadas como consecuencia de conflictos y violencia en 61 países y territorios, lo que supone un 10 % más que en 2023, y 9,8 millones debido a desastres climáticos en 94 países y territorios, un aumento del 29 % con respecto a 2023. El contexto actual de conflictos, crisis climática e inacción de la comunidad internacional indican que este número seguirá creciendo.

Por regiones, África Subsahariana es la que registró más desplazamientos internos en 2024, 19,3 millones, lo que elevó la cifra total a finales de año a 38,8 millones, alrededor del 46 % del total mundial. Algunos de los países con el mayor número de personas desplazadas como consecuencia de conflictos y violencia, como la República Democrática del Congo, Mozambique, Nigeria y Sudán, también registraron un número significativo de desplazamientos por desastres naturales. Sus efectos a menudo se solapaban, agravando las condiciones de vida de las personas desplazadas internas.

Como señala el IDMC, el incremento constante en el número de personas desplazadas se debe, en parte, al insuficiente apoyo que reciben para poner fin a su desplazamiento, ya sea regresando a sus hogares o estableciendo un nuevo hogar en otro lugar y al fracaso colectivo

a la hora de abordar las causas subyacentes del desplazamiento. Todo esto hace que cada año aumente el número de personas desplazadas, y que muchas personas que ya vivían desplazadas se vean obligadas a huir de nuevo, lo que aumenta su vulnerabilidad con cada nueva huida. Por ejemplo, en el Territorio palestino ocupado, casi toda la población de la Franja de Gaza ha sido desplazada varias veces a lo largo de 2024 a medida que se intensificaban los ataques por parte del ejército de Israel.

Varios países que se enfrentan a crisis que duran años o incluso décadas, como la República Democrática del Congo y Yemen, registraron en 2024 el mayor número de personas desplazadas internas de su historia, mientras que otras como Sudán, se está convirtiendo en una de las crisis humanitarias más olvidadas del mundo, con algo más del 20 % de su población desplazada interna a finales de 2024. Esto implica que hay personas que llevan años, e incluso décadas, desplazadas en países como Afganistán, Colombia, la República Democrática del Congo, Siria y Yemen.

Por todo ello, el abordaje del desplazamiento interno requiere de un enfoque integral que aborde los retos más estructurales y de una inversión a largo plazo en la prevención y resolución de conflictos, la consolidación de la paz y el desarrollo socioeconómico.

En cuanto a la población refugiada, en 2024 había 42,7 millones de personas refugiadas⁷ en el mundo, que incluyen 36,8 millones de personas

refugiadas bajo el mandato de ACNUR, 4 millones en situación similar a la de las personas refugiadas, 5,9 millones de personas que necesitan protección internacional y 5,9 millones de personas palestinas refugiadas bajo el mandato de la UNRWA.

Un año más hay que recordar que la mayoría de las personas refugiadas permanece cerca de su país de origen; de hecho, a finales de 2024, el 67 % de ellas había sido acogido por países vecinos.

⁶ <https://www.internal-displacement.org/global-report/grid2025/>

⁷ ACNUR Tendencias Globales 2025

GRÁFICO 4.1. Mapa crisis humanitarias



ELABORACIÓN PROPIA CON DATOS DE ACAPS

2 La Acción Humanitaria en la Agenda Internacional

1.2. La salud como objetivo de guerra

En los últimos tres años, los ataques contra la atención sanitaria⁸ en contextos de conflicto han aumentado de forma alarmante, tanto en frecuencia como en gravedad, con un número récord de incidentes violentos contra la atención sanitaria en 2024, **3.623 incidentes**⁹, lo que representa un aumento del 15 % respecto a 2023 y del 62 % respecto a 2022. Estos ataques se produjeron en 36 países y territorios, siendo los más afectados La Franja de Gaza y Cisjordania, seguidos por Ucrania, Myanmar, Sudán y Líbano. En todos ellos se produjeron ataques sistemáticos contra hospitales, centros de salud, ambulancias y el personal sanitario.

Estos ataques ocurren precisamente cuando las necesidades de salud son más urgentes, privando a las comunidades del acceso a servicios esenciales. La protección de la atención sanitaria en conflictos está consagrada en el derecho internacional humanitario, que establece principios fundamentales como la distinción entre civiles y combatientes, la proporcionalidad del daño y el respeto a la ética médica. Sin embargo, estos principios se violan con regularidad, lo que representa una grave amenaza para los derechos humanos y la salud pública.

Impacto sobre el personal sanitario y las infraestructuras

Según la coalición Safeguarding Health in Conflict¹⁰, los ataques incluyeron bombardeos aéreos, misiles, drones, tiroteos, incendios, saqueos, ocupación de instalaciones médicas y detenciones de personal sanitario. Gaza fue el epicentro de la violencia, con más de 1.300 ataques, el mayor número registrado en un solo conflicto en un año.

Más de 1.100 instalaciones —hospitales, centros de salud, farmacias y otros servicios— fueron dañadas o destruidas, casi el doble que en 2023. Los ataques contra el personal sanitario también se intensificaron: más de 900 profesionales, en su mayoría locales, fueron asesinados en 27 países, lo que representa un aumento del 21 % respecto al año anterior. Además, 470 trabajadores y trabajadoras fueron arrestadas o detenidas en 15 países.

El mayor número de muertes en 2024 se reportó en el Líbano, con 408 muertes, principalmente durante la operación “Northern Arrow” del ejército de Israel; mientras que en el Territorio palestino ocupado se registraron 226 muertes (218 en Gaza y 8 en Cisjordania). También se

reportaron aumentos significativos en Etiopía, Pakistán, Siria, Ucrania, Myanmar y Sudán.

En cuanto a las detenciones de personal sanitario, estas se produjeron en diversos contextos. En Gaza, el ejército israelí detuvo a personal médico durante redadas, en puestos de control y tras órdenes de evacuación. En otros países, como Myanmar, Sudán y Yemen, las detenciones se vincularon a acusaciones de colaboración con fuerzas opositoras o por publicaciones en redes sociales.

Colapso de los sistemas sanitarios

Aunque Gaza es el territorio más golpeado por los ataques contra las infraestructuras sanitarias, 20 de sus 36 hospitales quedaron fuera de servicio y apenas funcionan el 40 % de los centros de salud, países como Sudán, Ucrania, Líbano y Mozambique también se han visto gravemente afectados. Sudán y Mozambique, ambos con sistemas sanitarios muy precarios y frágiles, se encuentran en una situación límite, en Sudán menos del 25 % de las instalaciones sanitarias siguen operativas, mientras que, en Mozambique, solo uno de cada siete centros de salud sigue activo¹¹. En el Líbano, más de 100 centros han tenido que cerrar y Ucrania tiene cada vez más problemas para mantener los hospitales operativos, debido a los cortes de electricidad que se producen por los ataques a la red eléctrica. Estos ataques ponen en peligro la salud de las y los pacientes al interrumpir o retrasar las cirugías, obligar a realizar operaciones en la oscuridad o iluminados únicamente por linternas frontales e inutilizar los equipos de diagnóstico y tratamiento¹².

Estos ataques tienen consecuencias devastadoras para la población, no solo causan muertes y lesiones directas entre pacientes y personal sanitario, sino que también interrumpen la capacidad

de los sistemas de salud para responder a emergencias, tratar enfermedades crónicas y mantener servicios básicos como vacunaciones y salud materna.

A esto se suma que la violencia y los ataques deliberados impiden que las y los pacientes accedan a los servicios sanitarios que necesitan. En países como Siria y Nigeria, la población evita ir a los centros sanitarios por miedo, mientras en Cisjordania, los toques de queda, el incremento en el número de puestos de control, el cierre de carreteras y la destrucción de infraestructura dificultan el acceso a servicios de salud esenciales¹³.

El impacto en las poblaciones, especialmente en los grupos más vulnerables como mujeres embarazadas, menores, personas mayores, personas con enfermedades crónicas y personas con discapacidad, es enorme. Como señala la organización Physicians for Human Rights¹⁴, las enfermedades comunes se vuelven mortales; las tasas de cáncer aumentan, ya que las y los pacientes tienen un acceso limitado a tratamientos que podrían salvarles la vida. Los y las pacientes deben sopesar la necesidad de buscar la atención médica que precisan frente al riesgo de sufrir un ataque en el lugar donde reciben tratamiento. Las complicaciones durante el embarazo y el parto se vuelven más comunes y graves. Las enfermedades crónicas se tornan inmanejables y las enfermedades transmisibles se propagan con rapidez. Cuanto más se prolongan los ataques, más graves son sus efectos: las campañas de ataques sistemáticos contra infraestructuras sanitarias pueden hacer retroceder la salud de una población en décadas, provocando un exceso de muertes y una drástica reducción de la calidad de vida durante años.

En agosto de 2024 se detectó en Gaza el primer caso de poliomielitis en 25 años,

8 La OMS define un ataque contra la atención sanitaria como cualquier acto de violencia verbal o física, u obstrucción o amenaza de violencia, que interfiera en la disponibilidad, el acceso y la prestación de servicios de salud curativos y/o preventivos durante situaciones de emergencia. Los tipos de ataques varían según el contexto y pueden ir desde la violencia con armas pesadas hasta las amenazas psicosociales y la intimidación.
<https://www.who.int/activities/stopping-attacks-on-health-care>

9 <https://insecurityinsight.org/wp-content/uploads/2025/04/2024-SHCC-Annual-Report.pdf>

10 <https://safeguarding-health.com/about-the-coalition/>

11 <https://safeguarding-health.com/about-the-coalition/>

12 https://phr.org/wp-content/uploads/2024/12/REPORT-PHR-TRUTHHOUNDS-UKRAINE-Health-Care-in-the-Dark-2024_Updated-12-20-24.pdf

13 <https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/2024/06/SP-Digital-Al-Walaja-Report-4.6.2024.pdf>

14 https://phr.org/wp-content/uploads/2024/12/REPORT-PHR-TRUTHHOUNDS-UKRAINE-Health-Care-in-the-Dark-2024_Updated-12-20-24.pdf

consecuencia directa de la interrupción de la vacunación infantil desde octubre de 2023. Aunque se puso en marcha una campaña de vacunación reactiva, la tasa de vacunación está por debajo del 90 % por lo que persiste el riesgo de nuevos brotes.

En aquellos contextos donde, además, se obstaculiza o se impide el acceso humanitario las consecuencias pueden ser todavía más graves, ya que a los problemas mencionados hay que sumar la falta de material y productos sanitarios, incluidos medicamentos, lo que puede llevar, como en el caso de Gaza a situaciones extremas en las que operar sin anestesia y reutilizar material que, en condiciones normales habría que desechar, se convierte en algo habitual. También se pueden ver afectadas las evacuaciones de pacientes, de nuevo en Gaza solo se pudieron realizar 121 evacuaciones de pacientes, frente a las 11.000 evacuaciones urgentes que se requerían. El impacto en la salud de esos pacientes es inimaginable.

La impunidad ante los ataques

A pesar de que la protección de la atención sanitaria está consagrada en el derecho internacional humanitario, los ataques y la violencia contra los sistemas sanitarios se realizan con total impunidad.

Se ignoran sistemáticamente los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977, que obligan a todas las partes en conflicto a respetar y proteger la atención médica o las resoluciones 2573¹⁵ y la 2286¹⁶ del Consejo de Seguridad de NN. UU., sobre el respeto del DIH y la protección de la atención sanitaria en conflictos armados.

La Resolución 2286, centrada en la protección de la misión médica, establece medidas concretas para proteger la atención sanitaria en conflictos armados, exigiendo a los Estados que incorporen medidas de protección en el ámbito

militar, desarrollen marcos legales nacionales, recopilen datos sobre ataques y amenazas, y compartan buenas prácticas. También subraya la necesidad de acabar con la impunidad y de realizar investigaciones independientes, completas y eficaces sobre las violaciones del derecho internacional humanitario relacionadas con la atención sanitaria.

Sin embargo, casi 10 años después de su aprobación, los compromisos siguen sin cumplirse. Por eso hay que exigir a la comunidad internacional que ponga en marcha todas las medidas necesarias para garantizar el cumplimiento efectivo tanto de los convenios de Ginebra, como de las dos resoluciones de NN. UU.

Desde la OMS se han propuesto una serie de recomendaciones para mejorar la protección de los sistemas sanitarios en contextos de conflicto armado¹⁷ que, si se pusieran en marcha, podrían suponer un avance importante en la protección de la misión médica.

1. Establecer una Alianza mundial, formada por gobiernos, NN. UU. y organizaciones de la sociedad civil, para la protección de la asistencia sanitaria en contextos de conflicto armado.
2. Crear una Relatoría especial de Naciones Unidas sobre la protección de la salud en conflictos armados, que supervise, informe y promueva la protección de la asistencia sanitaria en los conflictos.
3. Mejorar la documentación sobre los ataques a la asistencia sanitaria, incluido su impacto en la salud pública, tanto las fuentes de datos como los sistemas de verificación y trabajar hacia un sistema más coordinado que permita compartir los datos.
4. Intensificar la diplomacia para la protección de la asistencia sanitaria en los conflictos armados.

Los gobiernos, las organizaciones internacionales, NN. UU. y los organismos de derechos humanos deben incrementar los esfuerzos diplomáticos con los actores estatales y no estatales sobre los que se tenga certeza o se sospeche que realizan ataques contra la asistencia sanitaria. Cuando estos esfuerzos no den resultado, habría que considerar medidas legales relativas a las restricciones comerciales, las sanciones y la denuncia pública.

Pero poco se podrá avanzar sin la necesaria voluntad política de los gobiernos, que a pesar de la gravedad de las vulneraciones de derechos humanos y del DIH siguen resistiéndose a tomar medidas. Por eso, hay que recordarles de nuevo, que en virtud del artículo 1 del Cuarto Convenio

de Ginebra, los terceros Estados tienen la obligación jurídica no solo de respetar, sino también de garantizar el respeto de las disposiciones del convenio. En un momento y en un contexto en el que las normas internacionales están siendo sistemáticamente vulneradas, los terceros Estados no pueden limitarse a la reiteración de declaraciones públicas en las que muestran su preocupación por las vulneraciones del DIH, incluidos los ataques a la misión médica, sino que deben adoptar medidas concretas y proactivas para hacer cumplir el DIH, de lo contrario entraremos en una espiral de impunidad frente a la vulneración del DIH y del sistema internacional basado en normas que puede llevar al colapso del sistema humanitario.

2.2. Reinicio Humanitario, la propuesta de OCHA para reformar el sistema humanitario en tiempos de crisis

El sector humanitario se enfrenta a una dramática crisis financiera. Como dijo Tom Fletcher, el Secretario General Adjunto de Asuntos Humanitarios y Coordinador de Ayuda de Emergencia de NN. UU. “La comunidad humanitaria ya estaba infrafinanciada, sobrecargada y, literalmente, bajo ataque. Ahora nos enfrentamos a una ola de recortes brutales.”¹⁸

A mediados de noviembre de 2025¹⁹, solo se había financiado el 25,1 % de las necesidades financieras recogidas en los llamamientos de NN. UU. lo que dejará a millones de personas sin recibir la ayuda vital que necesitan. Esta brecha entre necesidades y financiación se produce en un momento en que el mundo se enfrenta a la cifra récord de 298 millones de personas que viven en contextos de crisis humanitarias.

Para responder a la profunda crisis de financiación que ha supuesto el desmantelamiento

de USAID y los recortes de los Estados Unidos, así como algunos Estados miembros de la UE, el Secretario general de Asuntos Humanitarios propuso en febrero un “reinicio humanitario”²⁰ (humanitarian reset). La propuesta se basa en tres prioridades estratégicas:

1. Ofrecer la mejor respuesta posible a las crisis actuales con los recursos disponibles;
2. Trabajar urgentemente para reformar y repensar la forma de trabajar; y
3. Transferir el poder a las y los líderes humanitarios a nivel país y a las personas a las que va dirigida la ayuda.

Para ello, desde OCHA se han propuesto una batería de medidas, entre ellas:

1. Canalizar tantos fondos como sea posible hacia organizaciones locales y nacionales.

15 [https://docs.un.org/es/S/RES/2573\(2021\)](https://docs.un.org/es/S/RES/2573(2021))

16 [https://docs.un.org/es/S/RES/2286\(2016\)](https://docs.un.org/es/S/RES/2286(2016))

17 <https://www.who.int/publications/m/item/in-the-line-of-fire--protecting-health-in-armed-conflict>

18 Extracts from USG Fletcher’s message to staff on the OCHA reset (10 April 2025) | OCHA

19 <https://fts.unocha.org/plans/overview/2025>

20 Humanitarian reset | OCHA

2. Reducir y simplificar las estructuras de coordinación.
3. Poner en marcha un plan de priorización, focalizándose solo en las poblaciones y crisis con mayores necesidades. Priorización que se centra en los niveles 4 (extremo) y 5 (catastrófico) del sistema de severidad intersectorial²¹.
4. Reducir del número de planes de respuesta y de Coordinaciones humanitarias.
5. Simplificar los clusters²² (grupos de coordinación temáticos) y reducir su número, de 15 a 8.
6. Reducir y focalizar el trabajo del Comité Permanente entre Organismos (IASC por sus siglas en inglés).

Desde marzo 2025 los países con planes de respuesta humanitaria han iniciado un proceso de revisión de los planes y llamamientos e “hiper priorización” de las necesidades humanitarias.

En este ejercicio de “hiper priorización” se han identificado 114 millones de personas que se enfrentan a las necesidades más urgentes y que requieren asistencia y protección inmediata. Pero este número representa solo el 38,3 % de las personas que necesitan asistencia humanitaria en todo el mundo y solo el 64 % de los 178 millones de personas más necesitadas de asistencia humanitaria a las que inicialmente se había previsto llegar en 2025.

De los 33 planes de respuesta preparados para 2025, solo se financiarán 21: Afganistán, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Chad, Colombia, República Democrática del Congo, Haití, Malí, Mozambique, Myanmar, Níger,

Nigeria, Territorio palestino ocupado, Somalia, Sudán del Sur, Sudán, Siria, Ucrania, Venezuela y Yemen.

Se quedan fuera: Bangladesh, El Salvador, Guatemala, Honduras, Filipinas, Vietnam, Libano, Malawi, Mozambique, Zambia y Zimbabue²³.

Para esta priorización se ha aplicado el sistema de severidad intersectorial del IASC, concentrando la ayuda en las personas y lugares clasificados en los niveles 4 y 5, los más críticos. El resto de la población quedará sin cobertura, lo que implica una ausencia total de protección.

- Nivel 4 – Extremo. Se caracteriza por una elevada mortalidad o riesgo de mortalidad, violaciones generalizadas de los derechos humanos y una marcada incapacidad para satisfacer las necesidades básicas de supervivencia.
- Nivel 5 – Catastrófico. Implica mortalidad o riesgo de mortalidad generalizada, violaciones sistemáticas de los derechos humanos, el colapso de los servicios esenciales y una incapacidad absoluta para cubrir las necesidades básicas de supervivencia

Para responder a estas necesidades humanitarias prioritarias, se requieren 29.100 millones de dólares, sin embargo, a finales de septiembre solo se habían recibido 9.550 millones, lo que supone el 32,6 % de la financiación que se necesita para responder a las necesidades más urgentes.

En cuanto a los planes de respuesta regionales, que tienen como foco las personas migrantes y refugiadas en terceros países, la priorización también se ha focalizado en las necesidades

inmediatas para salvar vidas, pero incluyendo el apoyo a medio y largo plazo, clave para reducir las necesidades futuras. En este caso se priorizan los 9 planes regionales, aunque se reduce el número de personas a las que se da asistencia y protección, 27,8 millones de personas de los 35 millones de personas identificadas inicialmente en los planes, para lo que se precisan 8.700 millones de dólares.

Desde VOICE, la plataforma de ONG europeas se han propuesto 5 medidas clave que la UE y sus Estados miembros deben adoptar para hacer posible una verdadera reforma humanitaria²⁴:

1. Mantener sus compromisos de financiar la acción humanitaria basada en los principios humanitarios. La UE y sus Estados miembros deben cumplir su promesa de destinar el 0,7 % de la RNB a la Ayuda Oficial al Desarrollo, incluyendo al menos un 10 % para la acción humanitaria.
2. Defender una reforma de todo el sistema basada en principios y en el liderazgo local. La acción humanitaria debe seguir basándose en el imperativo de salvar vidas y defender la dignidad. Las voces y las necesidades de las poblaciones afectadas deben estar en el centro del sistema.
3. Proteger la calidad, la dignidad y la inclusión.
4. Invertir en resiliencia: preparación, acción anticipatoria y el nexo entre ayuda humanitaria, desarrollo y paz. Estas inversiones son fundamentales para una acción humanitaria eficaz y para crear resiliencia. Reducir la programación a largo plazo en nombre de la priorización de salvar vidas es una estrategia miope que aumenta el daño a largo plazo, los

costes y la dependencia sin romper el ciclo del sufrimiento.

5. Cumplir los compromisos de reforma a largo plazo y apoyo a las organizaciones humanitarias, es fundamental para una reforma eficaz. La necesidad de un sistema humanitario más eficaz y ágil no es nueva. Cualquier reforma debería centrarse en traducir en acciones los compromisos existentes, en particular los contraídos en el marco del Grand Bargain. Esto incluye un cambio de paradigma hacia la simplificación y armonización de los requisitos administrativos.

Necesitamos un sistema humanitario que sea más inclusivo, justo y que rinda cuentas a las personas que viven en contextos humanitarios.

El problema es que el reinicio humanitario se ha puesto en marcha como respuesta a los fuertes recortes en la financiación destinada a la AH, y no por una visión estratégica para mejorar el sistema humanitario. Como consecuencia, la atención se ha centrado en qué recortar y dónde, mientras que la reflexión tan necesaria sobre cómo mejorar el sistema y sus organismos ha quedado en gran medida en un segundo plano.

A esto se suma un contexto cada vez más hostil para la acción humanitaria y para los principios humanitarios, con un espacio humanitario cada vez más reducido y unos gobiernos donantes que quieren alinear la financiación con sus prioridades políticas e intereses geopolíticos en lugar de dirigirla a las zonas con las necesidades más urgentes. En este contexto es difícil creer que el reinicio humanitario pueda llegar a buen puerto.

21 La severidad intersectorial, tal y como se define en el Marco de Análisis Conjunto e Intersectorial (JIAF), representa el grado de necesidades humanitarias y riesgos de protección a los que se enfrentan las poblaciones, clasificado en cinco niveles. IASC_JointIntersectoral_AnalysisFramework

22 El enfoque por grupos temáticos o “clusters” es un mecanismo de coordinación humanitaria que organiza a las organizaciones humanitarias en sectores temáticos, como salud, vivienda y agua, para mejorar la eficiencia y la eficacia de las respuestas a las crisis humanitarias.

23 A hyper-prioritized Global Humanitarian Overview: the cruel math of aid cuts | A hyper-prioritized Global Humanitarian Overview 2025: the cruel math of aid cuts | Humanitarian Action

24 <https://voiceeu.org/news/reforming-the-humanitarian-system-5-key-actions-the-eu-must-take>

3 La Acción Humanitaria internacional

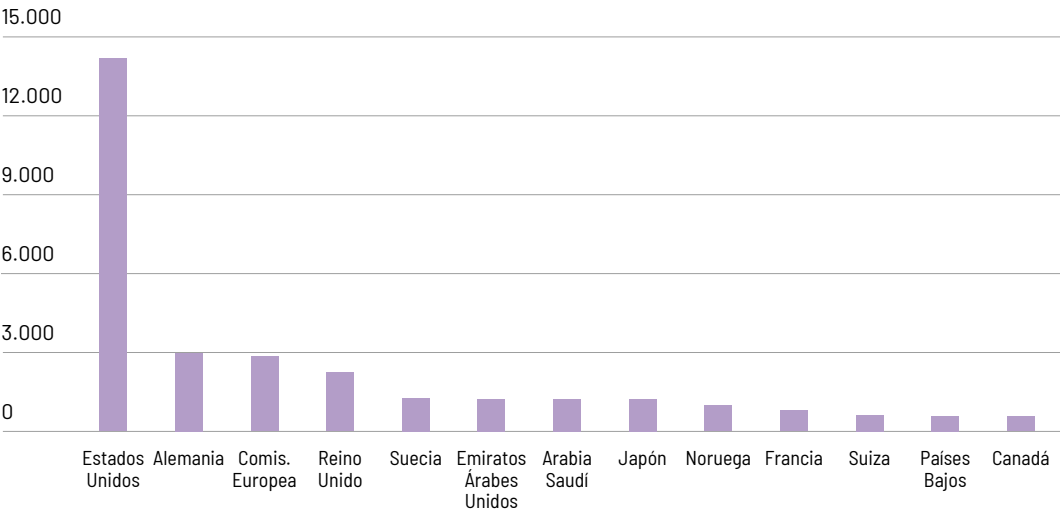
Según los datos recogidos por el sistema de seguimiento financiero (FTS, por sus siglas en inglés) de OCHA, en 2024 la ayuda humanitaria internacional ascendió a 36.367 millones de dólares, 1.057 millones menos que en 2023. Aunque se trata de una reducción inferior a la de 2023, sigue siendo importante, sobre todo en un contexto de crecimiento del número y complejidad de las crisis humanitarias.

Este descenso en la financiación respecto a 2023 se da tanto dentro como fuera del sistema de NN. UU, en ambos casos se trata de ligeros descensos, del 2 % en los fondos destinados a los llamamientos de NN. UU. (320 millones de dólares menos) y del 7 % en el caso de la financiación fuera del sistema de NN. UU. (737 millones de dólares menos).

En términos globales, Estados Unidos es, un año más, el principal donante²⁵, aportando 14.179 millones de dólares, y uno de los pocos países que incrementa su financiación, 2.245 millones más que en 2023. Este aumento se produce tanto en el monto total como en el porcentaje, ya que pasa de aportar el 35 % de todos los fondos destinados a AH en 2023 al 38,9 % en 2024. Alemania, con 2.982 millones de dólares, vuelve a ser el segundo donante que más aporta a la AH, seguido por las Instituciones europeas con 2.846 millones y Reino Unido con 2.237 millones, duplicando este último lo fondos destinados en 2023.

El análisis de los datos con una mirada temporal muestra la consolidación de la tendencia al descenso en los fondos destinados a la Acción humanitaria en la mayoría de los principales

GRÁFICO 4.2. Principales donantes en 2024 (en millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

25 Según los datos reportados en el FTS de OCHA.

donantes: Alemania (885 millones menos), las Instituciones europeas (260 millones menos), Japón (225 millones menos), Canadá (147 millones menos), Arabia Saudí (8 millones menos), Noruega (125 millones menos), Francia (27 millones menos), Suiza (203 millones menos) y Países Bajos (199 millones menos). Tan solo cuatro países, Estados Unidos, Reino Unido, Suecia y Emiratos Árabes Unidos incrementan su financiación, los dos últimos de manera moderada.

Los datos preliminares que se tienen para 2025 indican una fuerte reducción en la financiación de varios donantes, especialmente de Estados Unidos, que según los datos de OCHA, a mediados de noviembre de 2025 sólo había aportado 3.057 millones de dólares²⁶, frente a los 14.179 millones de 2024, un desplome de la financiación global destinada a la Acción humanitaria de consecuencias imprevisibles.

Volviendo al análisis de los principales donantes en 2024, los trece donantes más importantes aportan el 87,8 % de toda la financiación, por lo que los recortes por parte de estos donantes tienen un enorme impacto en la financiación de la AH.

En cuanto a los principales países receptores de fondos, diez países concentran el 54,4 % de toda la financiación: Territorio Palestino Ocupado, Ucrania, Siria, Yemen, Sudán, Afganistán, República Democrática del Congo, Sudán del Sur, Líbano y Etiopía. El Territorio Palestino Ocupado es el mayor beneficiario, con 3.653 millones de dólares (10 % del total), seguido de Ucrania, que recibe 2.741 millones (7,5 %). El resto de los países de este grupo obtiene entre el 6 % y el 3,5 % de los fondos destinados a acción humanitaria.

En el otro extremo, 28 países, entre ellos Malí, República Centroafricana, Mozambique, Irak, Venezuela, Camerún, Madagascar, Zimbabue,

26 <https://fts.unocha.org/>

TABLA 4.1. Canalización de la financiación internacional en 2024

Agencia/organización humanitaria	Total millones de dólares
Organizaciones multilaterales	21.818
ONG	8.214
Sistema Cruz Roja y Media Luna Roja - CICR	2.652
Gobierno	1.748
Fondos Comunes de NN. UU	205
Organizaciones privadas	1.047
Sin especificar	605
Otros	109

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

Honduras y Libia, reciben en conjunto apenas el 10,6 % de la financiación total.

La canalización de fondos mantiene patrones previos, siendo las agencias de NN. UU. con el 60 % de los fondos, la principal receptora, seguida de las ONG internacionales con el 20 % y el movimiento internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja con el 7,2 %.

Las agencias de NN. UU. reciben un 9 % más (1.829 millones) que en 2023, aunque este incremento no compensa el fuerte descenso de 2023, cuando recibió un 30 % menos que el año anterior. En cuanto a las ONG internacionales y la Cruz Roja y la Media Luna Roja, ambas ven reducida su financiación, las ONG en un 5 % y la CR/MLR un 25 %, un descenso muy significativo.

En cuanto a los fondos destinados a gobiernos, crecen ligeramente, 139 millones más que en 2023, cuando casi duplicó los fondos recibidos con relación a 2022.

Por último, no se ha especificado la vía de canalización de 714 millones de dólares, por lo que una vez se detalle el destino de estos fondos se podría modificar de forma relevante el total de algunas vías de canalización.

4 La Acción Humanitaria del sistema de Naciones Unidas

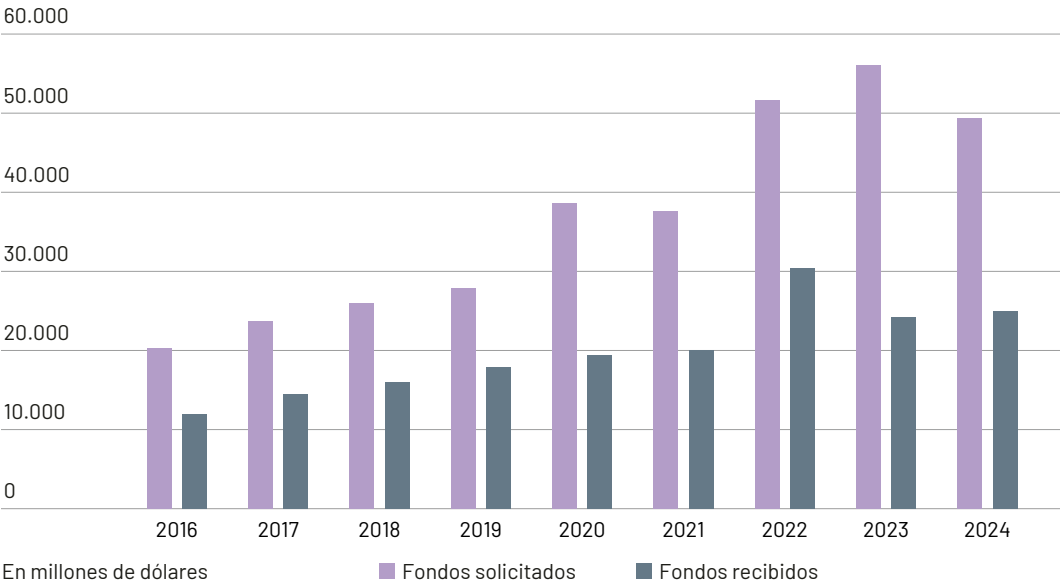
OCHA gestiona la financiación recibida a través de los fondos coordinados, que sirven para financiar los Fondos Comunes, que gestiona

TABLA 4.2. Ayuda humanitaria del sistema de NN. UU. en 2024

Fuente de los fondos	Total en millones de dólares
Planes Estratégicos de Respuesta	24.933
Fondos Comunes	1.660
TOTAL	26.593

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA DE SEPTIEMBRE 2025

GRÁFICO 4.3. Financiación llamamientos de NN. UU. 2016-2024



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA DE SEPTIEMBRE 2025

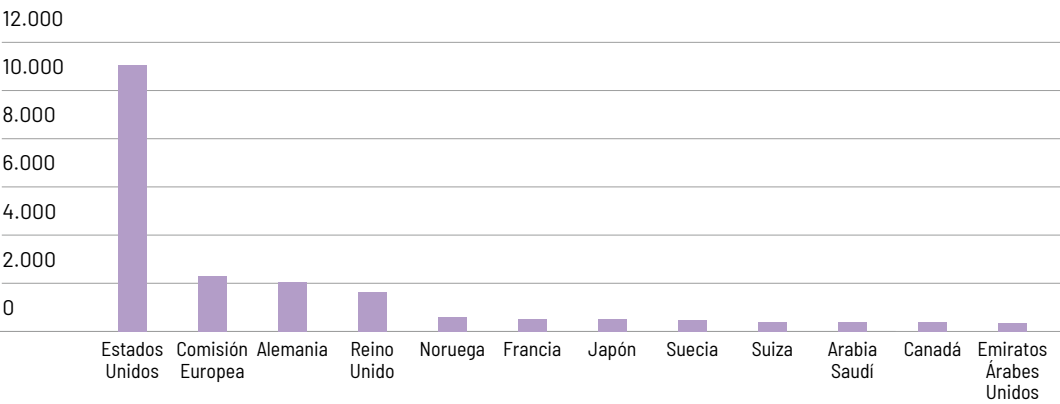
27 El Humanitarian Country Team de NN. UU. elabora los Planes Estratégicos de Respuesta para aquellas crisis humanitarias que requieren apoyo de más de una agencia de NN. UU. Es, por tanto, una herramienta de coordinación y de financiación. Los datos incluidos corresponden a lo publicado en el FTS de OCHA a mediados de septiembre de 2025. Estos datos se actualizan de manera regular a lo largo del año, por lo que puede haber pequeñas variaciones entre los datos publicados aquí y los que aparezcan en la web de FTS.

directamente, y los Planes Estratégicos de Respuesta²⁷. En 2024 dicha financiación ha sido de 26.593 millones de dólares²⁸, un descenso de 681 millones con respecto a 2023.

Los planes estratégicos de respuesta han reducido su financiación en 295 millones, frente a los 386 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.

GRÁFICO 4.4. Principales donantes de los planes coordinados 2024 (en millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA DE SEPTIEMBRE 2025

En 2024 el llamamiento para los Fondos Coordinados de NN. UU. realizado por OCHA para financiar los Planes Estratégicos de Respuesta fue de 49.398 millones de dólares, 6.682 millones menos que en 2023. Es importante recordar que la reducción en los fondos solicitados no se debe a una reducción en el número y gravedad de las crisis humanitarias, que como se ha visto anteriormente crecieron en 2024, sino a una revisión y ajuste de las necesidades humanitarias por parte de OCHA y las organizaciones humanitarias.

Como dice el secretario general adjunto para Asuntos Humanitarios, Tom Fletcher, por mucho que se adopten medidas de eficiencia, éstas no pueden reemplazar la necesidad de una financiación completa y flexible de las respuestas humanitarias²⁹.

Esta reducción en los fondos solicitados ha hecho que, a pesar de la ligera reducción de los fondos recibidos, el porcentaje de financiación cubierta haya sido del 50,48 %, 24.900 millones, 6 puntos porcentuales más que en 2023. Situándose de nuevo ligeramente por encima de la barrera del 50 %, aunque, un año más, muy alejado de la petición del Secretario General de NN. UU. de cubrir al menos el 75 % de los fondos

solicitados. Un objetivo que difícilmente se alcanzará dada la falta de voluntad política de los gobiernos para con la AH, porque existen recursos suficientes para cubrir las necesidades humanitarias, que se destinan a otros fines como el militar que en 2024 alcanzó más de 2.700 billones de dólares³⁰, más de 100 veces los fondos destinados a los llamamientos humanitarios.

En 2024, tal y como ocurrió en 2023, Estados Unidos, la Comisión Europea, Alemania y Reino Unido vuelven a ser los principales donantes de los llamamientos humanitarios, aportando el 68,4 % de todos los fondos. Estados Unidos es, con diferencia el principal financiador, aportando el 44,4 % de todos los fondos destinados al conjunto de los llamamientos humanitarios. Esto significa que los llamamientos tienen una gran dependencia de la financiación estadounidense y que cualquier altibajo en dicha financiación tiene un impacto importante en los mismos.

Esto es lo que ha sucedido en 2025, cuando en marzo, Estados Unidos decidió suspender y, finalmente rescindir una parte importante de los proyectos de AH que financiaba, provocando una crisis financiera nunca vista en el sistema humanitario. Según los datos de OCHA de noviembre

29 <https://www.unocha.org/events/global-humanitarian-overview-2025>
30 <https://www.sipri.org/yearbook/2025>

2025, Estados Unidos solo ha aportado 2.096 millones de dólares, lo que equivale al 18 % de los fondos solicitados por el conjunto de los llamamientos humanitarios. Como se ha mencionado anteriormente, este desplome en la financiación de los mismos ha llevado a OCHA a poner en marcha el “reinicio humanitario”.

Volviendo al análisis de los datos de 2024, los fondos recibidos se canalizaron a través de 49 llamamientos, cuatro más que en 2023, de los que 9 son de ámbito regional.

Los llamamientos humanitarios con menor nivel de financiación corresponden a los Planes regionales para población refugiada de Afganistán, Sudán del Sur, Ucrania, Venezuela, Sudán y Siria, que han recibido únicamente entre el 22 % y el 29 % de los fondos solicitados. En particular, el Plan de Respuesta Humanitaria para Venezuela ha alcanzado solo el 28 % de la financiación requerida.

Por su parte, otros 12 llamamientos —Granada, Etiopía, Honduras, El Salvador, Siria, Zimbabue, Malí, Myanmar, Mozambique, Haití, Camerún y Burkina Faso— han recibido entre el 30 % y el 50 % de los recursos solicitados

Entre los llamamientos humanitarios con mayor nivel de financiación, destacan 10 planes que han recibido entre el 60 % y el 90 % de los recursos solicitados: Colombia, Filipinas, Nigeria, República Centroafricana, Sudán, Sudán del Sur,

Ucrania, el Territorio Palestino Ocupado, Líbano y el plan regional para la población Rohingya. Mientras que solo 4 llamamientos han recibido más del 100 % de los fondos solicitados: Burundi, Libia, Madagascar y Nepal, todos ellos para responder a las inundaciones causadas por El Niño.

Por volumen de financiación, los principales Planes de Respuesta Humanitaria han sido los del Territorio Palestino Ocupado y Ucrania, ambos con más de 2.000 millones de dólares, lo que refleja tanto la grave situación humanitaria en el Territorio Palestino Ocupado como la relevancia estratégica de Ucrania para los donantes. Les siguen los planes de Afganistán, Etiopía, República Democrática del Congo, Siria, el plan regional para personas refugiadas sirias, Sudán, Sudán del Sur y Yemen, cada uno de los cuales ha recibido más de 1.000 millones de dólares en financiación humanitaria.

Aunque se trata de cifras muy importantes, hay grandes diferencias entre el porcentaje de fondos solicitados cubiertos. Mientras el Territorio palestino ocupado y Ucrania reciben más del 75 % de los fondos, RD del Congo y Somalia reciben el 57 %, y Siria apenas el 36 % de lo solicitado.

Según datos de OCHA, a mediados de noviembre de 2025, la financiación de los Planes de respuesta humanitaria para todos los países y territorios apenas ha recibido 11.363 millones de dólares de los 45.367 millones solicitados, lo

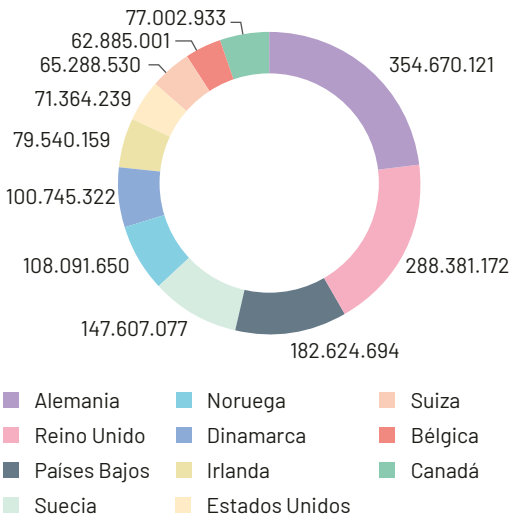
que equivale al 25 %. El desplome de la financiación destinada a la AH, hace temer que en 2025 el porcentaje de financiación se quede por debajo del 40 % de los fondos solicitados. Nunca antes la brecha entre los fondos solicitados y los recibidos ha sido tan grande, lo que nos lleva a un contexto de consecuencias imprevisibles.

Con relación a los Fondos Comunes gestionados por OCHA, en 2024 se han recibido 1.660 millones de dólares, 562 millones para el Fondo Central de Respuesta a Emergencias —CERF, por sus siglas en inglés— y 923 millones para los Fondos Comunes a Nivel País —CBPF, en sus siglas en inglés— una cifra ligeramente inferior a la de 2023, pero que, en términos generales, viene manteniéndose estable desde hace unos años.

Dada la importancia que tienen estos fondos para responder de forma flexible a las crisis humanitarias y dar un mayor peso a las organizaciones nacionales y locales, que en muchos casos son las primeras en responder, estos fondos deberían incrementarse de forma significativa en el futuro tal y como se acordó en el Grand Bargain.

En cuanto a los donantes, tras los fuertes recortes de 2023, Alemania y Reino Unido, los principales contribuyentes de los Fondos comunes, incrementan su financiación de forma importante: Alemania un 24 % y Reino Unido un 50 %.

GRÁFICO 4.5. Principales donantes de fondos comunes 2024



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

También incrementan los fondos Canadá, Dinamarca, Irlanda y Suecia, mientras que los reducen Estados Unidos, Bélgica, Países Bajos, Noruega y Suiza.

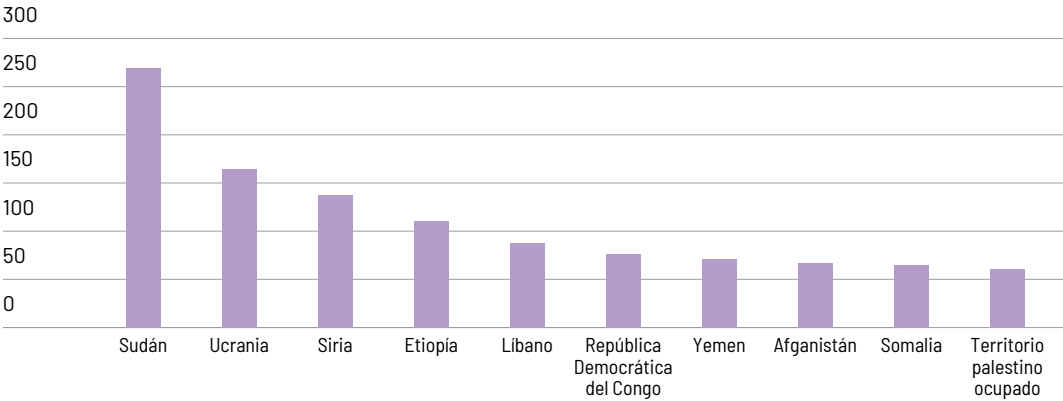
Respecto a la distribución geográfica de los Fondos Comunes, las crisis humanitarias de Afganistán, RD del Congo, Etiopía, Territorio palestino

TABLA 4.3. Principales países receptores de los planes estratégicos de respuesta humanitaria en 2024

País receptor	Total 2024	% de fondos recibidos de lo solicitado
Territorio palestino ocupado	2.856.906.694	83,50 %
Ucrania	2.419.283.181	77,80 %
Sudán	1.861.552.799	69,10 %
Afganistán	1.622.334.112	53,00 %
Yemen	1.566.384.973	57,90 %
Siria	1.471.813.333	36,10 %
Plan respuesta regional Siria	1.437.799.171	29,50 %
República Democrática del Congo	1.366.821.648	53,00 %
Sudán del Sur	1.251.542.432	70,00 %
Etiopía	1.002.151.536	31,00 %
Somalia	903.517.932	57,00 %
Chad	641.645.884	57,10 %

FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

GRÁFICO 4.6. Principales países receptores de fondos comunes (en millones de dólares) en 2024



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

ocupado, Siria, Somalia, Sudán, Ucrania y Yemen, vuelven a estar entre las que más fondos reciben. Como ya hemos visto en secciones anteriores, todos son países que se enfrentan a crisis humanitarias complejas, prolongadas en el tiempo por la superposición de múltiples crisis ya

sean de carácter político, económico, conflictos, violencia o fenómenos climáticos extremos que incrementan la vulnerabilidad de las comunidades, dificultando su capacidad para hacer frente a las mismas y haciéndoles más dependientes de la ayuda exterior para afrontarlas.

5 El sector salud en la Acción Humanitaria

En contextos de gran fragilidad, millones de personas enfrentan graves amenazas sanitarias, como brotes de enfermedades, malnutrición y falta de acceso a servicios esenciales de salud. A ello se suma el aumento de ataques contra infraestructuras y personal sanitario, lo que dificulta aún más la prestación de servicios y limita la capacidad de respuesta.

Un ejemplo reciente es la epidemia de dengue en Honduras, agravada por fenómenos meteorológicos adversos vinculados a la crisis climática. Esta situación llevó a la declaración de emergencia sanitaria nacional, con 162.092 casos y 192 muertes registradas hasta octubre de 2024. Paralelamente, la creciente amenaza de la malaria complica la respuesta y subraya la urgente necesidad de recursos sanitarios adicionales y medidas preventivas para contener la crisis.

En Yemen, el sistema sanitario se encuentra sometido a una gran presión, lo que deja a millones de personas sin la atención adecuada en medio de múltiples brotes de enfermedades, como el cólera. El acceso limitado a los servicios básicos de agua, saneamiento e higiene, uno de los principales factores que han provocado el brote de cólera, agrava aún más estos problemas.

África Subsahariana sigue enfrentándose a enfermedades graves como el cólera, la malaria

y el sarampión. En Sudán, el acceso a los servicios esenciales se ha reducido drásticamente debido al conflicto. Al menos dos tercios de los 18 estados se enfrentan a múltiples brotes de enfermedades, entre ellas el cólera, la malaria y el sarampión, lo que agrava la crisis humanitaria. La falta de acceso a los servicios de salud en todo el país pone en riesgo la vida de 5 millones de personas, entre ellos menores de cinco años y mujeres embarazadas.

Además, desastres naturales, como las sequías y las inundaciones, han reducido el acceso al agua potable limpia y segura, lo que ha provocado importantes brotes de cólera en países como Burundi, Malauí, Nigeria, Somalia, Zambia y Zimbabwe. Burundi también ha declarado brotes de malaria, sarampión y Mpox.

En 2024, el Chad se enfrentó a brotes de dengue, hepatitis E, cólera y sarampión. El riesgo de propagación de estas epidemias se ve agravado por los conflictos en los países vecinos, Sudán, República Centroafricana y Nigeria, lo que podría afectar a más personas en 2025.

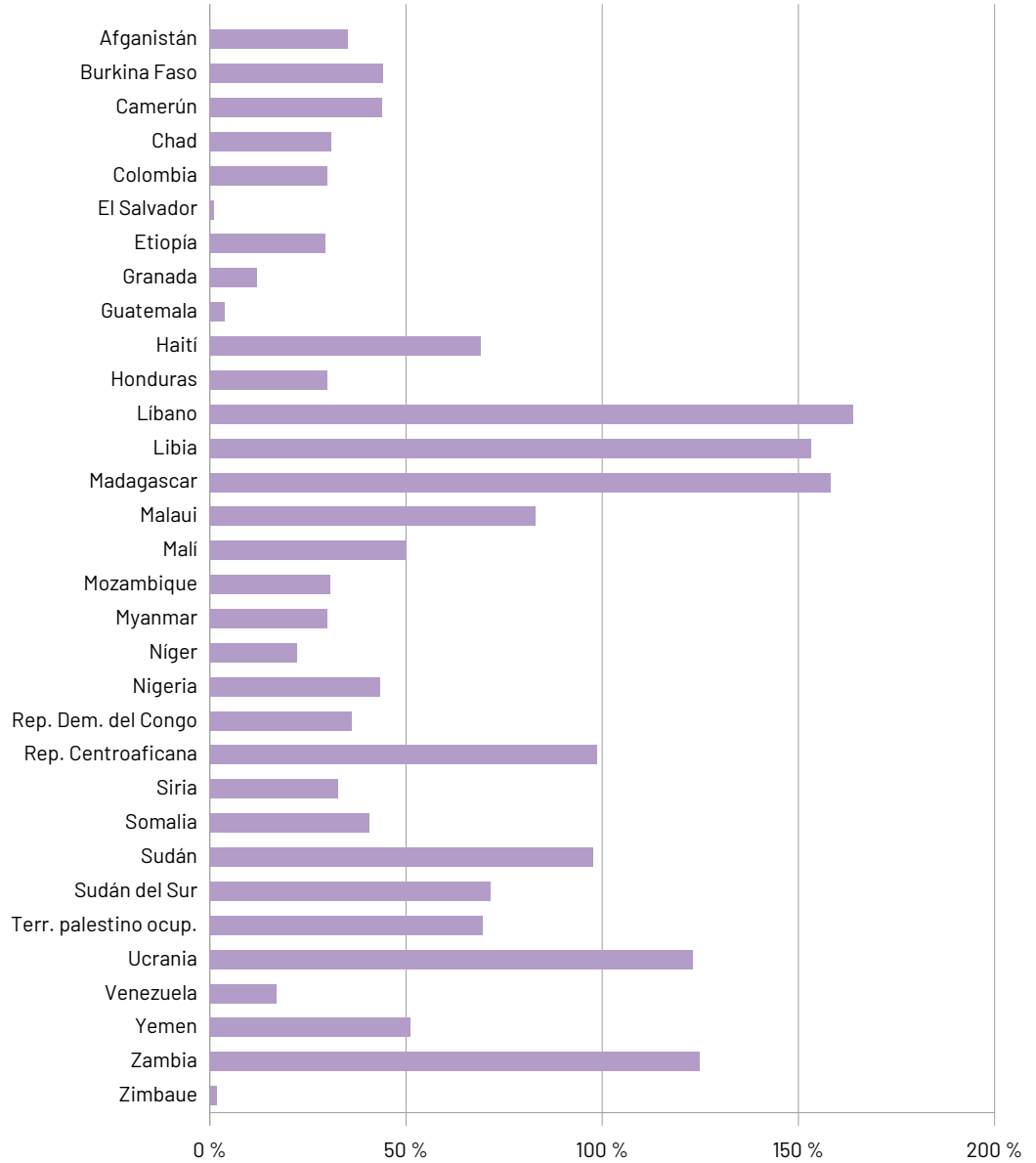
Este incremento de necesidades en el ámbito de la salud, tanto por la destrucción de instalaciones sanitarias y la reducción del acceso a los servicios sanitarios, como por la persistencia de brotes epidémicos y de la malnutrición, no se ha

visto reflejado en un incremento de la financiación destinada a la salud, bien al contrario, se ha seguido reduciendo lo destinado a este sector, los 3.255 millones de dólares destinados en 2024 suponen un recorte de 651 millones con respecto a 2023. Esta reducción se ha producido tanto en los llamamientos de NN. UU., 172

millones menos que en 2023 como en los fondos destinados fuera del sistema de NN. UU., 479 millones menos.

Con relación a los llamamientos de NN. UU. se han recibido 2.049 millones de dólares, lo que supone el 42,9 % de los fondos solicitados, un porcentaje ligeramente superior al 41,9 % de

GRÁFICO 4.7. Porcentaje de financiación del sector salud por país en 2024



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

2023, aunque totalmente insuficiente para cubrir mínimamente las necesidades de salud.

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 4.7, de los 32 planes humanitarios que destinan fondos al sector salud, cinco reciben más del 100 % de lo solicitado, Ucrania, Líbano, Libia, Madagascar y Zambia, seis países reciben entre el 69 y el 98 % de lo solicitado, 12 países reciben entre el 30 y el 51 % de lo solicitado y 9 países reciben menos del 29 % de los fondos solicitados. En este último grupo hay tres países que apenas han recibido financiación, El Salvador el 1,10 % de lo solicitado, Zimbabue el 1,70 % y Guatemala el 3,80 %.

Las crisis humanitarias que más financiación reciben para el sector salud son prácticamente las mismas que en 2023, el Territorio palestino ocupado, con una de las peores crisis humanitarias de 2024, ha sido el principal receptor de fondos, con 355 millones de dólares, seguida de Siria con 196 millones, apenas el 50 % de lo recibido en 2023, Ucrania con 178 millones, Sudán 174 millones, Afganistán 129 millones, Yemen con 127 millones, RD del Congo 95 millones y Sudán del Sur con 83 millones de dólares.

No obstante, para poder valorar adecuadamente estas cifras, es importante saber qué porcentaje de los fondos solicitados se han recibido. Como en años anteriores, los porcentajes varían mucho entre crisis humanitarias, así mientras Ucrania (123 %) y Sudán (97 %) reciben los fondos solicitados, Sudán del Sur y el Territorio palestino ocupado reciben entorno al 70 % de lo solicitado, y Yemen el 51 %. Los tres países que están en una situación más crítica son Afganistán, RD del Congo y Siria, que apenas reciben el 36 % de los fondos solicitados.

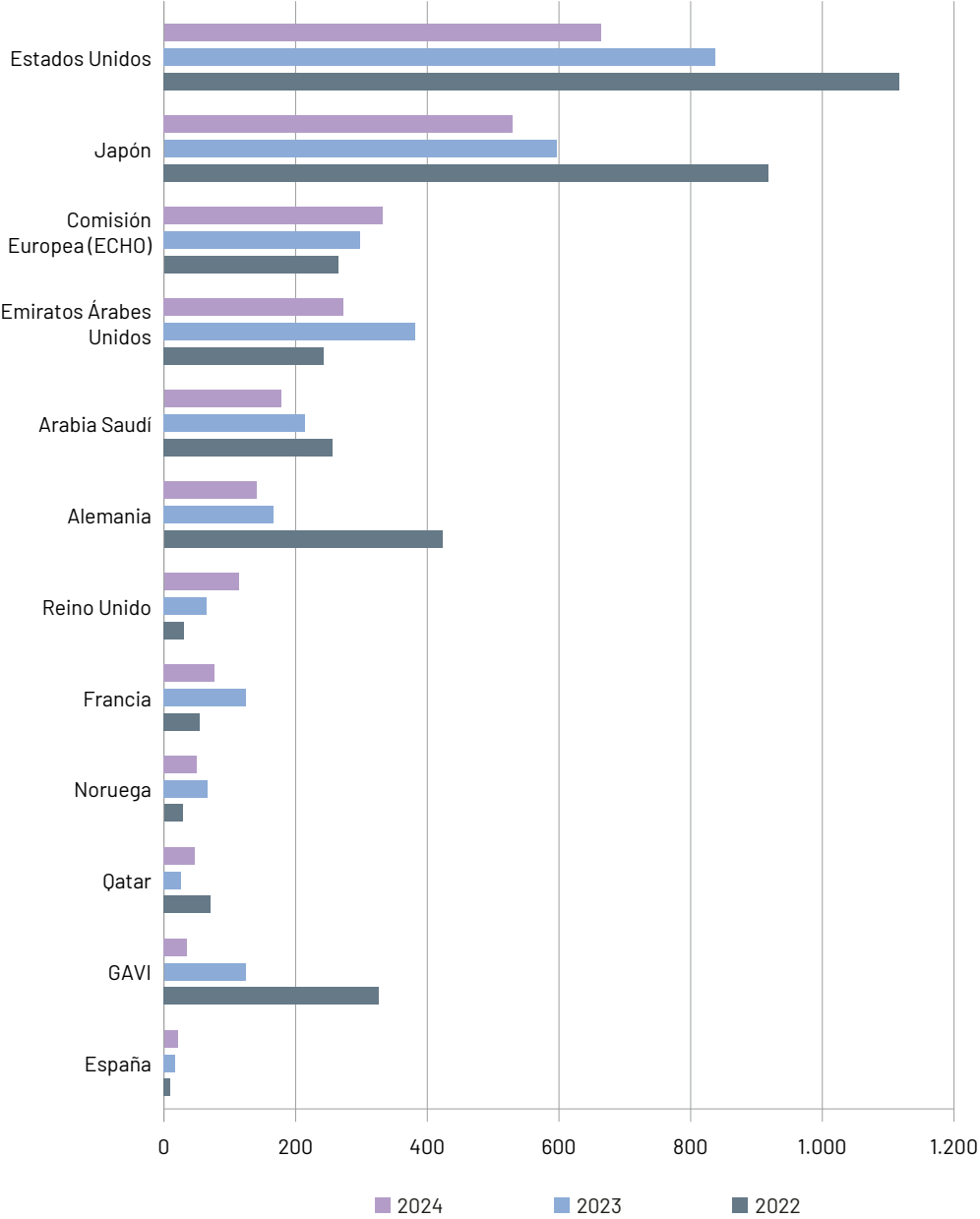
En cuanto a los planes de respuesta humanitaria regionales que aportan fondos al sector salud, un año más se encuentran infrafinanciados, cuatro planes reciben entre el 22 % y el 26,9 % y los otros cuatro reciben entre el 13 % y el 17,9 % unos porcentajes totalmente insuficientes para poner en marcha una respuesta mínima.

En cuanto a los donantes del sector salud a nivel global, se mantienen prácticamente los mismos, aunque continua la tendencia al descenso en la financiación destinada a salud por parte de algunos de los principales donantes, como Estados Unidos, Japón o Alemania, que, si comparamos lo destinado en 2024 con 2022, se observa una reducción de 40 % en los dos primeros y del 67 % en el último. Afortunadamente, otros donantes, aunque con altibajos, han incrementado los fondos destinados a salud, como Reino Unido, Noruega, España o la Comisión Europea, aunque en general se trata de incrementos pequeños que no pueden compensar los recortes de los principales donantes.

Por último, y en línea con lo observado en otros sectores, los datos preliminares de OCHA apuntan a una fuerte caída en los fondos destinados a salud en 2025. El caso más significativo es el de Estados Unidos, que según los datos de noviembre había aportado únicamente 80 millones de dólares, frente a los 663 millones de 2024. Otros donantes tradicionales, como Alemania, Francia, Japón y Reino Unido, también muestran una tendencia a la baja en su financiación. En contraste, los Emiratos Árabes Unidos, Arabia Saudí y la Comisión Europea han incrementado sus aportaciones al sector salud, siendo especialmente relevantes los aumentos de los dos primeros.

Habrà que esperar a 2026, cuando se disponga de los datos definitivos, para confirmar la magnitud de los recortes y evaluar hasta qué punto los incrementos de algunos donantes pueden compensar la reducción generalizada.

GRÁFICO 4.8. Principales donantes del sector salud 2022-2024 (millones de dólares)



FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA A PARTIR DE DATOS DEL FTS DE OCHA

6 La Acción Humanitaria en España

6.1. Principales datos de la Ayuda Oficial al Desarrollo destinada a Acción Humanitaria en 2024

En 2024 el total de la AH de la Cooperación Española (AGE, CC. AA., EE. LL. y universidades) se redujo un 20 % respecto a 2023, pasando de 213.777.954 euros a 174.175.615 euros. Se trata de una disminución difícil de justificar en un año marcado por el agravamiento de las crisis humanitarias a nivel global.

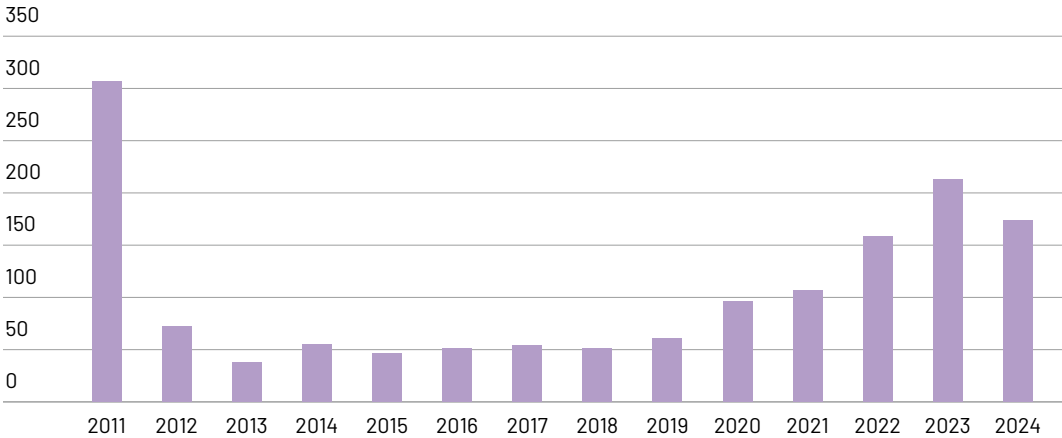
El recorte se debe casi en su totalidad a la Administración General del Estado, que redujo su aportación en un 24 %, lo que supone 40.980.120 euros menos que en 2023. También las universidades disminuyeron su financiación, aunque su

contribución es meramente testimonial y su impacto resulta poco significativo.

Como consecuencia, el porcentaje de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) destinada a AH vuelve a situarse por debajo del 5 %, concretamente en el 4,33 %, lo que representa una reducción de 1,6 puntos porcentuales respecto a 2023.

Esto supone un retroceso respecto al objetivo del 10 % fijado por la propia cooperación española en la nueva Ley de Cooperación, en la Estrategia de Ayuda Humanitaria (AH) y en el nuevo Plan Director.

GRÁFICO 4.9. 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 2024 se han canalizado 115.606.615 euros por vía bilateral, lo que supone un incremento de 17.182.065 euros con respecto a 2023, mientras se ha producido un recorte importante, tanto en la vía multilateral, un 47 % menos, como la multilateral, un 67 % menos. A través de la vía multilateral se canalizan 54.019.000 euros, frente a los 101.553.404 euros de 2023 y la vía multilateral recibe 4.550.000 euros frente a los 13.800.000 euros del año pasado.

El análisis de la vía bilateral confirma que, un año más, las ONGD españolas son las principales receptoras de financiación, con 90.999.205 euros, lo que supone un incremento del 60 % respecto a 2023. Este aumento consolida su posición como destinatarias mayoritarias, al concentrar el 78,7 % de todos los fondos canalizados por esta vía. En segundo lugar, se sitúan las ONGD internacionales, cuya financiación se ha reducido a la mitad, pasando de 29.079.496 euros en 2023 a 15.515.865 euros en 2024.

También se reduce la financiación canalizada a través de las entidades públicas de España, 2.864.921 euros, lo que supone una reducción del 40 % con respecto a 2023 recibiendo apenas el 2,48 % de todos los fondos 2,2 puntos porcentuales menos que en 2023.

Tras varios años sin recibir financiación bilateral, las entidades públicas de los países socios vuelven a recibirla, 1.475.576 euros, lo que equivale al 1,28 % del todos los fondos. Aunque se trata de un porcentaje pequeño es el mayor desde 2015, cuando se destinó el 1,98 % de los fondos bilaterales. En el lado opuesto se encuentran las ONG de los países socios, que pasan de recibir 3.587.870 euros en 2023, a recibir tan solo 430.000 euros, aunque este descenso se ve compensado, en parte, por la canalización de fondos a través de otras entidades sin ánimo de lucro (ENL) de los países socios, que pasan de no recibir nada en 2023, a recibir 2.666.271 euros.

TABLA 4.4. AOD española bilateral para AH por vía de canalización en 2023 y 2024

	2023		2024	
	AOD	%	AOD	%
Entidades públicas del país donante	4.630.558,75	4,70	2.864.921,19	2,48
Entidades públicas de otro país donante (coop.delegada)	0	0,00		
Entidades públicas del país socio		0,00	1.475.576,29	1,28
ONGD Internacionales	29.079.496,37	29,54	15.515.865,00	13,42
ONGD del país donante	59.137.836,34	60,08	90.999.204,66	78,71
ONGD del país socio	3.587.870,17	3,65	430.000,00	0,37
Otras ENL del país donante		0,00	782.674,77	0,68
Otras ENL del país socio		0,00	2.666.271,46	2,31
Universidades públicas del país donante	74.007,14	0,08	11.240,00	0,01
Partenariados Público-privados		0,00		
Redes		0,00		
Otras entidades	125.000,00	0,13	762.285,63	0,66
Entidades con ánimo de lucro en el país socio	780.000,00	0,79		
Entidades con ánimo de lucro en el país donante	1.009.780,65	1,03		
Universidad privada u otro centro de enseñanza, centro de investigación privado			98.575,80	0,09
TOTAL	98.424.549		115.606.615	

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

Por último, en 2024, no se canalizan fondos a través de entidades con ánimo de lucro ni españolas ni de países socios.

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos canalizados por la vía bilateral, de nuevo, el Territorio palestino ocupado, es el principal receptor de fondos, 23,6 millones de euros, seguido por la población saharauí, Líbano y Venezuela, con algo más de 6 millones de euros cada uno.

Como se ha mencionado antes, se ha producido un fuerte recorte de la vía multilateral (los fondos canalizados a organismos multilaterales, pero en los que el donante decide a qué se destinan), tras 6 años de crecimiento sostenido. Los principales recortes se dan en los fondos canalizados a través de Naciones Unidas y la UE.

Naciones Unidas pasa de recibir 86.058.405 euros en 2023, a 42.769.000 euros en 2024, un 50 % menos, aunque sigue siendo la principal receptora de fondos, con el 79 % de los mismos. Todas las agencias ven reducidos los fondos que reciben excepto OCHA, que mantiene prácticamente los mismos fondos que en 2023, 11.124.000 euros. Los principales recortes se dan en el ACNUR que pasa de recibir 15 millones a 2,2 millones de euros, el PMA que pasa de 22,2 a 16,1 millones de euros, UNFPA de 7,9 a 4,4 millones

de euros, la OIM de 2,9 millones a 850.000 euros, la OMS de 2,2 millones a 500.000 euros y el CERF de 950.000 euros a 545.000 euros.

La UE reduce de forma significativa los fondos que recibe, los 11.290.000 euros de 2023, se reducen a un millón de euros. Se mantienen los fondos destinados a ECHO, pero no se asignan fondos a la Facilidad de la UE para personas refugiadas en Turquía, que en 2023 recibió 10.290.000 euros.

Por otra parte, se incrementan de forma importante los fondos canalizados vía ONGD internacionales, en concreto el CICR, que pasa de recibir 4 millones en 2023 a 9.550.000 euros en 2024, dirigidos a llamamientos humanitarios en Oriente Medio, Asia, América Latina y Europa.

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos canalizados por la vía multilateral, Ucrania es la principal receptora, con algo más de 7 millones de euros, seguida de la población saharauí, con 6,5 millones de euros y el Territorio palestino ocupado con 5,3 millones.

Aunque de nuevo se canalizan fondos por la vía multilateral³¹, se produce un recorte del 60 % de los fondos, volviendo a niveles similares a los de 2022. Los 4.550.000 euros canalizados por esta vía lo hacen a través de OCHA.

6.3. Distribución geográfica de la Acción Humanitaria

En 2024, todas las regiones —excepto América Central y Caribe— han visto reducida su financiación. Los principales recortes se registran en Europa, que recibe 12.223.937 euros, un 45 % menos que en 2023, año en el que ya había experimentado una disminución significativa. La segunda gran reducción corresponde a Oriente Medio, que, aunque continúa siendo la región con mayor volumen de fondos, con 42.887.642 euros, supone un 36 % menos que en 2023. Si se compara con lo destinado en 2022, antes de la crisis actual, la región ha recibido más del doble; sin embargo, el agravamiento de la crisis en Gaza, Cisjordania, Líbano y Siria hacía necesario, como mínimo, mantener el nivel de financiación alcanzado en 2023.

África Subsahariana y África del Norte reciben un 14 % menos de financiación que en 2023. Aunque se trata de recortes más modestos que los aplicados a otras regiones, preocupa especialmente que África Subsahariana, la región más infrafinanciada y con las necesidades humanitarias más importantes, vea reducida su financiación. Es de esperar que este recorte, tras seis años de crecimiento sostenido, sea algo circunstancial que no se repita en 2025.

América del Norte, Central y Caribe no solo es la única región que incrementa su financiación, sino que también lo hace de manera importante, un 89 % más pasando de 11,9 millones en 2023 a 22,5 millones de euros en 2024, con una financiación muy repartida en toda la región.

Por último, los fondos no especificados siguen siendo muy elevados 21,7 millones de euros, aunque vuelven a reducirse por segundo año consecutivo, un 14 % menos que en 2023, y un 35 % menos que en 2022, año en el que se destinaron más fondos a la línea sin especificar.

El análisis por país muestra que en 2024 la mayoría de los principales receptores de fondos son los mismos que en 2023: el Territorio palestino ocupado, Campamentos de pobla-

TABLA 4.5. AOD española destinada a AH por regiones

Región	2024	%
África del Norte	15.498.413	8,9
África Subsahariana	31.504.202	18,09
África, no especificado	16.990	0,01
América del Norte, Central y Caribe	22.578.044	12,96
América Latina no especificado	3.232.716	1,86
América del Sur	18.532.087	10,64
Asia Central	5.790.000	3,32
Asia Oriental	149.669	0,09
Europa	12.223.937	7,02
Orient Medio	42.887.642	24,62
PVD no especificado	21.761.914	12,49

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

ción refugiada saharahuí, Malí, Siria, Venezuela, Colombia, Ucrania y Níger, todas ellas crisis humanitarias complejas y prolongadas. Si en 2023, casi todos los países incrementaban su financiación, en 2024 todos sufren fuertes recortes, excepto Ucrania y Venezuela que la incrementan.

El Territorio palestino ocupado, cuya población en Gaza se enfrenta a una hambruna y a su destrucción total, es el territorio que más fondos recibe, 28.958.122 euros, aunque es un 42 % menos de lo recibido en 2023, a pesar de que la crisis humanitaria se ha agravado de manera exponencial. Siria también sufre un recorte del 40 %, cuatro millones menos que en 2023. Níger recibe un 19 % menos, Etiopía un 16 %, Colombia un 14 % menos y Malí un 13 % menos, aunque afortunadamente, en estos países los recortes son muy inferiores a los incrementos de 2023.

Como ya se ha indicado, Ucrania y Venezuela, el tercer y cuarto país, respectivamente, que más fondos reciben, incrementan ligeramente su financiación. Ucrania un 12 %, un incremento que no compensa el fuerte recorte de 2023, cuando cayó un 70 %. En cuanto a Venezuela la reducción es más testimonial, apenas el 3 %, y sigue recibiendo algo más de 10 millones de euros.

31 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 4.6. Principales receptores de AH española en 2024

Países	2024
Palestina	28.958.122
Población saharauí	13.010.244
Ucrania	11.360.437
Venezuela	10.494.435
Níger	7.455.212
Malí	6.935.892
Líbano	6.850.051
Colombia	6.776.539
Siria	6.204.469
Afganistán	5.790.000

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

Estos 10 países reciben el 59 % de la financiación destinada a AH por la cooperación española, 103.835.401 euros, mientras que los 10 países que menos financiación reciben (desde

6.4. La Acción Humanitaria por sectores

Los recortes en la AH de la cooperación española se dejan sentir sobre todo en los sectores de Ayuda a emergencias, Salud y Educación, siendo el sector salud el más afectado con un recorte del 56 % de los fondos (13.555.533 euros frente a los 30.676.238 euros de 2023), seguido por Ayuda a emergencias con un 48 % menos (casi 39 millones menos que en 2023) y educación con un 23 % menos. El sector Preparación para respuesta ante múltiples peligros también ve reducida su financiación, aunque solo en un 9 %).

Los sectores que incrementan su financiación son Coordinación de servicios de protección (un 26 %), Ayuda alimentaria (un 14 %) y Reconstrucción (un 30 %).

A diferencia de lo que ha sucedido en años anteriores, la distribución sectorial de la ayuda ha priorizado el sector Coordinación de los servicios de protección de la ayuda, que recibe 68.068.912 euros, el 39 % de todos los fondos, un incremento de casi 14 millones de euros con respecto a 2023, siendo tres agencias de NN. UU.

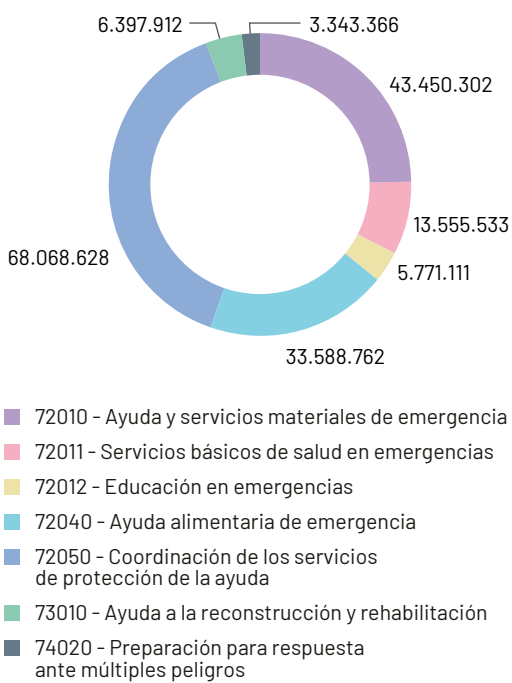
los 900 euros de Libia hasta los 60.000 euros de la República Centroafricana), han recibido 158.278 euros, lo que equivale al 0,09 % de los fondos destinados a la AH en 2024.

Por último, el análisis del volcado de DGPOLDES indica que se han financiado 573 proyectos por el conjunto de la cooperación española (AGE, CC. AA. y EE. LL.), en 54 países (uno más que en 2023) que van desde dos proyectos de 5 millones cada uno para el Territorio palestino ocupado hasta una aportación de 250 euros para los campamentos de personas refugiadas saharauís. 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.

y el CICR, las principales receptoras, OCHA con 14.679.000 euros, es quien más fondos recibe, seguido del CICR con 11.050.000 euros, ACNUR con 10.925.000 euros y UNRWA, con 10 millones.

En cuanto al sector de la Seguridad alimentaria, un sector directamente relacionado con la salud incrementa su financiación un 14 %, hasta los 33,5 millones de euros en un contexto de agravamiento de la inseguridad alimentaria tanto en África Subsahariana como en Oriente Medio y Centro América. Las crisis humanitarias que más fondos han recibido se encuentran entre las más complejas, ya sea por el recrudecimiento de la violencia, el cierre del acceso humanitario o el impacto de la crisis climática, como es el caso de la población saharauí y el Territorio palestino ocupado los dos principales receptores de fondos con algo más de 7 millones de euros cada una, Malí, Níger, Burkina Faso y Etiopía, con 3,8 millones de euros los dos primeros y algo más de un millón los dos últimos y Haití, que recibe 2 millones de euros.

GRÁFICO 4.10. Asignación de fondos por sectores CRS 2024



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

En cuanto a los sectores que ven recortados su financiación, el sector Ayuda y servicios materiales de emergencia, que recibe el 25 % de los fondos, ve reducida su financiación en casi un 50 % con respecto a 2023 y deja de ser el sector que más financiación recibe. En este caso, los fondos están más repartidos entre ONG y agencias de NN. UU, siendo la Federación internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja (FCIR) la principal receptora, con 11,6 millones de euros, seguida por el ACNUR con 3,5 y la Cruz Roja Española con 2,2 millones. Con más de un millón de euros están Acción contra el Hambre,

ACCP, Médicos del Mundo, UNICEF y Farmacéuticos Mundi.

El sector Servicios básicos de salud en emergencias recibe el 7,78 % de los fondos, lo que supone casi 7 puntos menos que en 2023 y un recorte de más del 50 %, lo que la sitúa en el nivel de 2021, cuando se destinaron 13,3 millones de euros al sector salud, a pesar de que las necesidades son mucho más elevadas ahora.

En cuanto a la canalización de fondos al sector salud, UNFPA es la principal receptora, con 3 millones de euros, seguida por ACNUR con 1,9 millones, UNICEF con 1,5 millones y UNRWA con 1,3 millones, mientras que la iniciativa Equipos Médicos de Emergencias de la OMS recibe 500.000 euros y la OPS 250.000 euros para la misma iniciativa. En cuanto a las organizaciones humanitarias, Cáritas con 985.865 euros y ACh con 820.487 son las que más fondos reciben.

En cuanto a la distribución geográfica de los fondos destinados al sector salud, el principal receptor de fondos es Ucrania que incrementa su financiación en un 62 % con respecto a 2023, hasta los 3.161.000 euros, seguido de la población saharauí con 2.065.890 euros, un 40 % menos que en 2023, Líbano, que recibe 1.535.865 euros a consecuencia del conflicto con Israel, el Territorio palestino ocupado, una de las peores crisis en 2024 ve su financiación recortada en un 88 %, pasando de 12.611.832 euros en 2023 a 1.448.188 euros en 2024. Cierra este grupo Venezuela que incrementa su financiación un 54 %, hasta situarse en 1.175.000 euros.

Por último, mencionar a Siria, que ve reducida su financiación de forma drástica, pasando de 2.774.093 en 2023 a tan solo 300.000 euros en 2024 a pesar de que la situación humanitaria sigue siendo tan grave como hace un año.

6.5. La Acción Humanitaria por agentes

La Administración General del Estado (AGE) continúa siendo el principal financiador de la AH en 2024, aportando el 75 % de los fondos, aunque recorta en algo más de 40 millones, un 24 %, su financiación, hasta situarse en los 130,3 millones de euros, rompiendo así la tendencia al alza de los últimos años y vuelve casi a los niveles de financiación de 2022, cuando destinó 120 millones de euros.

El Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación, que recorta en casi 30 millones los fondos destinados la AH con respecto a 2023, es quien aporta el 100 % de los fondos de la AGE, siendo la AECID quien gestiona la casi totalidad de la financiación, 129.311.084 euros, de los que 118.730134 euros se canalizan a través de la Dirección de Acción Humanitaria.

TABLA 4.7. AOD española para AH por agentes en 2024

Agentes		%
AGE	130.311.084	75
CC. AA.	34.350.687	20
EE. LL.	9.502.603	5
Universidades	11.240	
TOTAL	174.175.615	

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

En el caso de los demás agentes financieros, tanto las comunidades autónomas como las entidades locales incrementan ligeramente los fondos destinados a AH, las primeras un 2 % (810.040 euros más que el año anterior) y las segundas un 7 %, (630.507 más).

Finalmente, las universidades, reducen su aportación un 85 % rozando su desaparición en el sector humanitario.

Por último, si se analiza el porcentaje de AOD que asigna cada agente a AH, no todos realizan el mismo esfuerzo. Mientras que las CC. AA. en su conjunto incrementan ligeramente el porcentaje de AOD que destinan a acción humanitaria, pasando del 10,45 % al 10,91 % superando de nuevo el objetivo de destinar el 10 % de su AOD a AH, la AGE la reduce en casi dos puntos porcentuales, destinando 3,62 % de su AOD a AH, alejándose todavía más de dicho objetivo. Las EE. LL. incrementan muy ligeramente lo destinado a AH, hasta quedarse en el 9,71 %, muy cerca del objetivo del 10 %. Por último, las universidades destinan el 0,10 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 que pueden darse, 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 10,63 % de su AOD a la AH en 2024, 0,43 puntos porcentuales más que en 2023, consolidando así la tendencia al crecimiento de los últimos años y manteniéndola ligeramente por encima del objetivo de destinar el 10 % de la AOD a AH. En términos absolutos, ha pasado de 42.412.743 euros en 2023 a 43.853.291 euros, un incremento que, aunque pequeño, consolida su compromiso con la acción humanitaria.

Como ya se ha mencionado, el análisis de los datos relativos a las CC. AA. y a las EE. LL. indica que el crecimiento de la cooperación descentralizada se debe tanto a las comunidades autónomas como a las EE. LL. Mientras las primeras incrementan los fondos destinados a AH en 810.040 euros, las segundas los incrementan en 630.507 euros con respecto a 2023. Aunque se trata de incrementos modestos es importante seguir consolidándolos en un contexto de incremento de las necesidades y los recortes por parte de los principales donantes.

Esta imagen general de crecimiento de la cooperación descentralizada destinada a la AH oculta grandes diferencias entre comunidades autónomas, tanto a nivel de gobiernos

autonómicos como de entidades locales. Nueve gobiernos autonómicos reducen su financiación mientras ocho la incrementan, de igual manera, el conjunto de las entidades locales (ayuntamientos y diputaciones) de nueve comunidades autónomas reducen lo destinado a AH mientras que ocho lo incrementan.

De las 9 CC. AA. que reducen su aportación a la AH, Cataluña, Extremadura, Asturias y la Comunidad Valencia son las que más la recortan, 4.021.565 euros menos entre las cuatro lo que supone el 83 % de la reducción del conjunto de las CC. AA. Cataluña recorta 1.352.092 euros, un 21,4 % menos que en 2023, Extremadura lo recorta en 1.019.279 euros, un 68 % menos, Asturias 939.900 euros, un 84,3 % menos y la Comunidad Valencia en 710.294 euros, un 8,3 % menos que en 2023, y es la que menos recorta de este grupo, tanto en volumen como en términos de porcentaje.

En cuanto a las 8 CC. AA. que incrementan su aportación, de nuevo, cuatro comunidades aportan el 82 % de dicho crecimiento (4.635.864 euros), País Vasco, la principal financiadora de la AH, incrementa su aportación un 15 %, 1.496.938 euros más, le sigue Canarias, que pasa de no destinar nada a la AH a destinar 1.310.000 euros, Baleares que aporta 953.926 euros más, doblan-

do lo aportado en 2023 y Andalucía, que, tras varios años de recortes, crece de manera muy importante, aportando 875.000 euros más, lo que equivale a un incremento del 125 % con relación a 2023.

País Vasco, Comunidad Valencia y Cataluña son, desde hace años, las principales financiadoras de la AH, aportando el 71 % de la financiación del conjunto de las CC. AA. destinada a AH, porcentaje que se mantiene en torno al 70 % desde 2020, lo que indica la importancia de estas tres comunidades autónomas para la AH.

No obstante, hay que señalar que, como ha sucedido en años anteriores, de las tres principales financiadoras, solo País Vasco incrementa su financiación, lo que la convierte en la cooperación más estable y comprometida con la AH, especialmente a partir de 2020, cuando pasó de destinar 2,8 millones de euros en 2019 a 7,3 millones de euros. Desde entonces, ha mantenido

la tendencia alcista, hasta situarse en los 11, 5 millones de 2024, y aportando entre el 34 y el 46 % de todos los fondos destinados a AH por el conjunto de las CC. AA. convirtiéndose en un pilar fundamental de la misma.

La Comunidad Valenciana se mantiene como la segunda Comunidad autónoma que más aporta, 7.827.473 euros, aunque supone una reducción del 8,3 % con respecto a 2023. Aunque se trata de un recorte pequeño, su importancia radica en que rompe la tendencia al crecimiento de la AH desde 2017. Dado el contexto de recortes en muchas comunidades autónomas, preocupa que se trate de un cambio de tendencia y no de un recorte puntual.

En el caso de Cataluña, la tercera comunidad por volumen de financiación, el recorte es más importante, un 21,4 % y por lo tanto más preocupante, dado que estaba también en una senda de crecimiento desde 2020.

TABLA 4.8. AH por CC. AA.

CC. AA.	2023	%	2024	%
Andalucía	700.000	2,09	1.575.000	4,59
Aragón	651.245	1,94	275.000	0,80
Asturias	1.114.900	3,32	175.000	0,51
Baleares	878.713	2,62	1.832.639	5,34
Canarias	-	0	1.310.000	3,81
Cantabria	283.268	0,84	415.445	1,21
Castilla y León	244.000	0,73	797.745	2,32
Castilla-La Mancha	416.390	1,24	502.390	1,46
Cataluña	6.312.092	18,82	4.960.000	14,44
Comunidad Valenciana	8.537.767	25,45	7.827.473	22,79
Extremadura	1.548.279	4,62	529.000	1,54
Galicia	796.011	2,37	903.288	2,63
La Rioja	50.000	0,15	200.000	0,58
Madrid	1.132.458	3,38	803.244	2,34
Murcia	225.000	0,67	187.000	0,54
Navarra	600.000	1,79	510.000	1,48
País Vasco	10.050.525	29,97	11.547.463	33,62
TOTAL	33.540.648	100	34.350.687	100

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

Andalucía, Baleares y Canarias forman el grupo de CC. AA. que destinan entre 1 y 2 millones de euros a la AH. Tanto Andalucía como Baleares incrementan los fondos que destinan a la AH, la primera en 875.000 euros y la segunda en 953.926 euros. Sin embargo, una mirada a largo plazo muestra que ambas comunidades, han tenido fuertes altibajos en los últimos años, lo que cuestiona su compromiso con la AH.

En cuanto a Canarias, sorprende que aporte más de un millón de euros, a un sector al que no aportaba fondos desde 2017, cuando aportó 30.000 euros, la cantidad media que había aportado en años anteriores. Por eso, hay que valorar muy positivamente los 1,3 millones de euros que aporta en 2024, que la sitúan como la 6 comunidad autónoma que más fondos aporta a la AH. Es de esperar que sea el principio de una apuesta por la AH, y no algo puntual.

Por otra parte, preocupa que cooperaciones comprometidas desde hace años con la AH como la de Extremadura recorte un 65 % su AH, 1.019.279 euros menos que en 2023, un nivel de financiación, en torno al medio millón de euros que no tenía desde 2018.

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 10,91 % ligeramente por encima del 10,45 %, de 2023. Se valora muy positivamente que ya son 11 las CC. AA. que cumplen el objetivo del 10 %, frente a 8 en 2023 (y 6 CC. AA. en 2022). De las seis restantes, Andalucía destina el 7,8 %, 4 puntos porcentuales más que en 2023, Extremadura el 8,8 % (4 puntos menos que en 2023), Cataluña y La Rioja incrementan el porcentaje de su AOD que destinan a la AH, acercándose ambas al 6 % y solo dos CC. AA., Navarra y Asturias, destinan menos que la Administración general del Estado (ambas destinan el 2,6 %).

Canarias es la comunidad que más porcentaje de su AOD asigna a acción humanitaria, el 40,86 %, un porcentaje sorprendente si tenemos en cuenta que destinaba fondos desde 2017. Entre las CC. AA. que cumplen el objetivo de des-

tinar al menos el 10 % de su AOD a la AH, y por lo tanto las más comprometidas con la AH, están Aragón, Baleares y el País Vasco, que destinan el 18 % de su AOD a AH, seguidos de Murcia con el 17 %, Madrid con el 15 %, Castilla-La Mancha y Castilla y León con el 14 % de su AOD, Cantabria con el 12 %, Comunidad Valenciana con el 11 % y Galicia con el 10 %.

Según los datos del volcado de DGPOLDES, tras el fuerte descenso en 2023 de la AH de las EE. LL. en su conjunto, éstas la incrementan ligeramente en 2024, pasando de 8.872.096 euros a 9.502.603 euros. Dicho incremento no compensa el recorte de 2,4 millones de euros de 2023, por lo que es importante que se mantenga la recuperación de la financiación.

En 2024, crece el número de comunidades autónomas cuyas entidades locales aportan más de un millón de euros a la AH, además de Cataluña, Madrid y País Vasco que habitualmente aportan más de un millón de euros, las entidades locales de Canarias incrementan de manera muy importante su financiación hasta situarla en 1.143.000 euros.

Tal y como sucedió en 2023, las entidades locales de Cataluña en su conjunto son las principales financiadoras de la AH con 2.426.613 euros, a pesar de recortar su financiación un 14 %, seguidas de las EE. LL. de Madrid con 2.207.300 euros que la incrementan un 20 %, País Vasco con 1.671.132 euros, un 4 % menos que en 2023 y Canarias que, como ya se ha mencionado, casi triplican lo aportado en 2023.

El análisis de las EE. LL. por comunidad autónoma indica que las entidades locales de nueve comunidades reducen su financiación, mientras que el resto la incrementa. Los recortes más importantes son los de las entidades locales de Cataluña, 404.745 euros menos, Aragón 359.431 euros menos y Baleares 203.650 euros menos. Aunque por porcentaje, las entidades locales que más recortan su AH son Baleares un 93 %, Asturias un 87 %, Aragón un 56 % y Comunidad Valenciana un 52 %, mientras que las entidades locales de Cantabria y la Rioja dejan de

financiar la AH, aunque en ambos casos se trataba de aportaciones testimoniales, en torno a los 11.000 euros.

Entre las 8 comunidades cuyas EE. LL. incrementan su financiación a la AH, destacan Canarias, que aporta 820.000 euros más que en 2023, Andalucía 451.292 euros más, multiplicando por 4,6 lo aportado en 2023, Madrid 364.638 euros más, lo que supone un incremento del 20 %, Extremadura triplica lo aportado el año anterior y Navarra la incrementa en un 164 %.

El análisis de la financiación por entidad local muestra que, tal y como sucedió en 2023, solo los ayuntamientos de Madrid y Barcelona y la Diputación de Barcelona destinan más de un millón de euros a la AH, 2.157.300 euros el Ayuntamiento de Madrid, 1.048.302 euros el de Barcelona y 1.150.000 euros la diputación. La cuarta entidad local por volumen de financiación es el Cabildo insular de Gran Canaria, con 890.000 euros, seguido de la Diputación foral de Vizcaya con 639.997 euros y el Ayuntamiento de Vitoria-

TABLA 4.9. AH por EE. LL.

EE. LL.	2022	2023	2024
Andalucía	535.789	124.468	575.760
Aragón	315.184	643.431	284.000
Asturias	485.124	189.000	25.000
Baleares	106.896	219.150	15.500
Canarias	176.204	322.976	1.143.000
Cantabria	-	11.200	-
Castilla y León	135.889	180.654	203.391
Castilla-La Mancha	151.000	172.000	160.499
Cataluña	1.196.022	2.831.358	2.426.613
Comunidad Valenciana	1.363.981	355.738	172.500
Extremadura	-	80.000	245.000
Galicia	-	46.834	61.814
La Rioja	-	11.940	-
Madrid	5.198.050	1.842.662	2.207.300
Murcia	159.421	9.000	80.000
Navarra	60.000	87.444	231.094
País Vasco	1.358.205	1.744.240	1.671.132
TOTAL	11.241.766	8.872.096	9.502.603

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

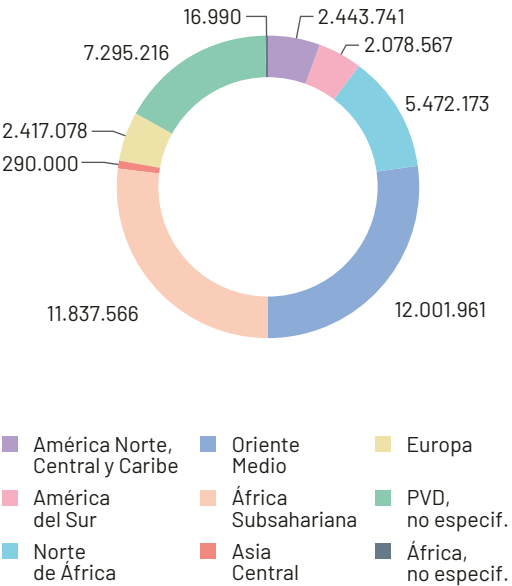
Gasteiz con 386.316 euros. Aunque son cantidades importantes, solo tres entidades incrementan su financiación, el Ayuntamiento de Madrid, una buena noticia tras el importante recorte de 2023, la Diputación foral de Vizcaya, que también creció en 2023 con respecto al año anterior y el Cabildo insular de Gran Canaria, que pasó de destinar 20.000 euros en 2023 a 890.000 euros, un crecimiento exponencial que esperamos se mantenga el próximo año.

Una mirada temporal indica que los ayuntamientos de Madrid, Barcelona y Vitoria-Gasteiz y las diputaciones de Barcelona y Vizcaya son las principales financiadoras desde hace varios años aportando más de la mitad de todos los fondos destinados por las entidades locales a la AH, el 57 % (6.271.915 euros) en 2024, algo menos del porcentaje destinado en 2023, el 60 %, lo que pone de relieve el compromiso y la importancia de estas cinco entidades locales para la AH.

En 2024, 63 EE. LL. destinan fondos a la AH, 4 menos que en 2023, y como viene siendo habitual existen grandes diferencias en las aportaciones que realizan, así, 16 entidades aportan entre 8.999 euros y 430 euros, 17 entidades entre 30.000 y 10.000 euros, 20 entre 31.834 y 185.000 euros, 7 entre 890.000 y 210.000 euros y 3 EE. LL. aportan más de un millón de euros.

Se cierra este análisis de la cooperación descentralizada en su conjunto, CC. AA. y EE. LL., dirigida a la AH, con el examen de la distribución geográfica. África Subsahariana y Oriente Medio son las dos regiones que más fondos reciben, 9.886.852 euros la primera, el 29 % de los fondos, y 9.491.153 euros la segunda, el 28 %. Aunque mientras África Subsahariana incrementa en casi un millón de euros los fondos que recibe, manteniendo así la tendencia alcista de los últimos años, Oriente Medio los reduce en 2,3 millones, aunque sigue estando muy por encima de lo recibido en 2022. África del Norte se mantiene como la tercera región que más fondos recibe, 4.642.782 euros un incremento del 23 % con respecto a 2023.

GRÁFICO 4.11. AH por regiones de la cooperación descentralizada



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

En cuanto a las regiones de América del Norte, Central y del Caribe y de América del Sur, ambas mantienen niveles de financiación con ligeros altibajos en los últimos años, la primera recibe 2.170.368 euros, un 9 % más que en 2023 y la segunda 1.524.999 euros, un 18 % menos.

Como ya sucedió en 2023, vuelven a recortarse los fondos destinados a Europa, que tan solo

recibe 781.288 euros en 2024, lo que supone un 35 % menos que el año anterior y 5 veces menos de lo asignado en 2022, cuando se incrementaron de forma exponencial los fondos destinados a la región por el inicio la guerra de Ucrania.

Por último, hay que mencionar que, en 2024 se mantiene la tendencia al alza de los fondos no asignados, 7.295.216 euros, lo que supone 3,7 millones más que en 2023.

47 países y territorios reciben financiación de la cooperación descentralizada, aunque hay grandes diferencias entre los montos que recibe cada uno, 10 países concentran el 59 % de dicha financiación, 25.909.916 euros, repartidos en su mayoría entre las crisis humanitarias más graves de Oriente Medio y África. El Territorio palestino ocupado es el principal receptor de fondos, con 6.718.015 euros, el 15 % del total, seguido por la población saharauí que recibe 4.693.644 euros, el 11 % del total, Líbano con 3.190.341 euros, el 7 %, Ucrania con 2.413.579 euros, el 5 % de los fondos, les siguen Malí con 1.700.027 euros, Chad con 1.720.053 euros, Níger con 1.670.053 euros, Etiopía con 1.438.695 euros, Siria con 1.218.604, y Uganda con 1.211.747 euros.

Para terminar, 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.

La salud mental y el apoyo psicosocial en las crisis humanitarias. Cuando el mundo colapsa, también se quiebra lo invisible

Las crisis humanitarias no solo destruyen infraestructuras y medios de vida, también erosionan certezas, vínculos e identidades, dejando una huella invisible que se manifiesta en el cuerpo, en los recuerdos y en la vida comunitaria.

Cuando la vida cotidiana queda marcada por la violencia, la pérdida o el desplazamiento, lo que está en juego no es solo la integridad física, sino también la manera en que los individuos y las comunidades se perciben a sí mismos y al mundo. La confianza en los otros, la capacidad de proyectar un futuro y hasta los marcos de justicia o dignidad pueden verse alterados.

En Ucrania, por ejemplo, más allá de los edificios reducidos a escombros, miles de personas siguen viviendo con un sistema nervioso en permanente estado de alerta acompañado de un sentimiento de inestabilidad crónica. Incluso cuando se reconstruyen los hogares, la posibilidad de perderlo todo nuevamente impide restablecer la confianza en el futuro. Allí el dolor invisible aparece en el insomnio, en el cuerpo que tiembla sin razón aparente, en la imposibilidad de concentrarse o en la sensación persistente de no estar en casa en ningún lugar.

Es por ello por lo que, la salud mental no puede entenderse como un aspecto secundario ni solamente del individuo, sino como un derecho humano fundamental que atraviesa todas las dimensiones de la respuesta humanitaria. Sin embargo, en la práctica, suele tratarse como un privilegio y desplazarse hacia la responsabilidad personal, invisibilizando el papel de los contextos y de las estructuras en la producción de malestar.

Salud mental, bienestar y trauma

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, Aunque criticada por su carácter idealizado, esta definición abrió la puerta a comprender la salud mental como parte inseparable de la salud general. Más tarde, la organización precisó que la salud mental es “un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y contribuir a su comunidad” (OMS, 2013).

En contextos humanitarios, esta noción adquiere una relevancia crítica. Las crisis suponen un doble golpe: destruyen las condiciones materiales de vida y, al mismo tiempo, debilitan los cimientos emocionales y comunitarios que sostienen el bienestar. El Comité Permanente entre Organismos (IASC, por sus siglas en inglés) recuerda que los problemas de salud mental no deben entenderse únicamente como diagnósticos clínicos, sino como respuestas humanas esperables frente a condiciones extremas y estresantes³². Estas respuestas no se manifiestan solo en malestar emocional inmediato, sino que transforman de manera más profunda la experiencia de seguridad, los vínculos y el sentido de pertenencia.

La OMS³³ reconoce que la exposición a violencia, desplazamiento, catástrofes o pérdidas significativas es un determinante central del sufrimiento emocional y de trastornos comunes

como la depresión y la ansiedad. Sin embargo, reducir este fenómeno a la sintomatología individual invisibiliza su dimensión relacional y colectiva. Desde el enfoque psicosocial, el trauma se entiende como una experiencia que desborda los recursos disponibles para afrontarla y que transforma la manera en que las personas y las comunidades se perciben a sí mismas y al mundo.

Identidad, vulnerabilidad y transmisión del daño

Esa ruptura afecta de lleno a la identidad, que no es solo individual, sino también histórica y comunitaria. Las crisis prolongadas erosionan la sensación de pertenencia, modifican los roles sociales y transmiten narrativas de inseguridad o desvaloración. Con el tiempo, las comunidades pueden interiorizar marcos que perpetúan la vulnerabilidad: vivir en alerta, desconfiar del otro, creer que no se merece bienestar o justicia.

En Palestina, los bombardeos en Gaza y las restricciones en Cisjordania no solo destruyen casas o limitan la movilidad. Penetran en la vida íntima de las personas y en la forma en que las comunidades entienden quiénes son. Vivir con la amenaza constante de perder a un ser querido o de que tu hogar sea demolido significa que nunca hay verdadera calma: incluso en los momentos de silencio, el miedo permanece. Los puestos de control diarios, las detenciones arbitrarias o la posibilidad de perder tierras heredadas de generaciones anteriores no solo interrumpen rutinas, sino que fragmentan familias, alteran los roles entre generaciones, y generan un duelo continuo: por lo que ya se perdió y por lo que puede perderse mañana.

En términos de salud mental, esto implica que las personas viven en alerta permanente, con el cuerpo preparado para huir o defenderse, incapaces de descansar o confiar en que el futuro será distinto. Y a nivel comunitario, signi-

fica crecer en un entorno donde la angustia, la pérdida y la resistencia forman parte de la identidad compartida. Los duelos no se limitan a la muerte de un ser querido: también abarcan la pérdida de estabilidad, de territorios, de proyectos de vida. Así, el dolor se vuelve tanto personal como histórico, transmitiéndose de una generación a otra y dejando una huella profunda en la forma en que las familias y comunidades imaginan su futuro.

En este marco, la vulnerabilidad no debe entenderse como algo inherente a las personas, sino como el resultado de procesos sociales e históricos que exponen de manera desigual a ciertos grupos al daño. Los factores de riesgo y protección dependen en gran medida de la desigualdad, las condiciones de vida y la fortaleza de las redes comunitarias³⁴. Por eso, organizaciones como Médicos del Mundo³⁵ defienden un abordaje integral que no solo alivie el sufrimiento individual, sino que actúe sobre las condiciones colectivas que lo generan y lo perpetúan.

Esto implica reconocer las fracturas identitarias producidas por la violencia o el desplazamiento, facilitar procesos de memoria y resignificación que restituyan dignidad, reforzar los vínculos sociales como protección y evitar la patologización de reacciones humanas esperables en situaciones extremas.

Intervenciones en salud mental y apoyo psicosocial

Aunque la ayuda humanitaria suele priorizar lo tangible como proveer refugio, alimentos o atención médica, organismos como la OMS y el IASC han insistido en que el sufrimiento emocional es una dimensión central que atraviesa todos esos ámbitos (OMS, 2013; IASC, 2007, 2021). No basta con salvar vidas en lo inmediato: para que la recuperación sea sostenible, es necesario integrar la salud mental y el apoyo psicosocial en la respuesta.

32 IASC, *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. IASC. 2007

33 Organización Mundial de la Salud. *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/366375>. 2022

34 Inter-Agency Standing Committee. *El paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial*. 2022

35 Médicos del Mundo, *Marco de salud mental y apoyo psicosocial orientado a los resultados*. Médicos del Mundo. 2023

Pirámide de intervenciones

Con ese fin, el IASC desarrolló una Pirámide de Intervenciones³⁶, un modelo que organiza los distintos niveles de atención en crisis humanitarias:

- **Nivel 1. Servicios básicos y de seguridad:** Lo primero en una emergencia es asegurar condiciones dignas de vida: refugio seguro, acceso a agua, alimentos y protección frente a nuevas amenazas. Pero esto también es salud mental. Tener un lugar estable para dormir o saber que se recibirá comida al día siguiente reduce la ansiedad, baja el nivel de alerta y devuelve a las personas una sensación mínima de control.
- **Nivel 2. Apoyo comunitario y familiar:** El siguiente nivel consiste en reforzar los lazos sociales: la vida comunitaria, la familia, las prácticas culturales. A menudo son los vínculos los que sostienen a las personas en momentos de mayor dolor. Actividades colectivas devuelven rutinas, generan cohesión y permiten compartir recursos.
- **Nivel 3. Apoyo psicosocial focalizado:** Algunos grupos o personas requieren apoyos más específicos. Pueden ser adolescentes expuestos a violencia, cuidadores sobrecargados o familias que han perdido a varios miembros. Aquí entran actividades grupales o espacios de escucha que ayudan a procesar emociones y prevenir que el sufrimiento se cronifique.
- **Nivel 4. Servicios especializados:** Finalmente, un pequeño porcentaje de personas necesitará atención clínica especializada: aquellas con trastornos mentales graves o reacciones intensas que no se resuelven con el apoyo comunitario. En emergencias, esto significa integrar profesionales de salud mental en hospitales o clínicas, capacitar al personal de primera línea y establecer sistemas de derivación.

Más que escalones aislados, estas intervenciones forman un entramado complementario que conecta lo básico con lo especializado y que, en la práctica, determina la eficacia de toda acción humanitaria, ya que no basta con levantar albergues si no se cuidan los vínculos sociales: una familia puede estar a salvo físicamente y, al mismo tiempo, sentirse desarraigada y sola. Tampoco sirve disponer de servicios clínicos si las personas no acceden a ellos por miedo al estigma o por falta de confianza en las instituciones. Incluso multiplicar la oferta de atención psicológica resulta insuficiente si la vida cotidiana sigue marcada por la inseguridad, la pobreza o la exclusión.

En definitiva, cada capa de la intervención cobra sentido solo cuando se articula con las demás, porque el bienestar no se reconstruye en piezas aisladas, sino en un entramado que une cuerpo, vínculos y entorno.

Enfoque psicosocial

El enfoque psicosocial parte precisamente de esta visión integrada. Cuidar en contextos humanitarios no significa limitarse a atender a individuos de forma aislada, sino reconocer que el trauma se vive y se procesa también en lo social, que las condiciones de vida determinan el bienestar y que las comunidades no son receptoras pasivas, sino agentes de su propia recuperación.

Por eso, este enfoque es esencial para garantizar la pertinencia cultural y la sostenibilidad de las intervenciones: apoyarse en las prácticas locales de cuidado, reconocer liderazgos comunitarios y fortalecer las capacidades colectivas para afrontar y transformar el sufrimiento. Lo que en la práctica se ha traducido en intervenciones que atraviesan todos los sectores de la acción humanitaria. En salud, implica integrar la atención psicosocial en los servicios médicos básicos, mediante la formación y supervisión

del personal y el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud y protección social para garantizar continuidad. A nivel comunitario, supone promover la participación activa de comunidades y sociedad civil como agentes de cuidado y resiliencia, así como reforzar el tejido social, indispensable para sostener los procesos de recuperación a largo plazo.

Un ejemplo claro de esta visión es Siria. Tras más de una década de guerra, muchas personas no solo han perdido familiares y hogares, sino también la confianza en el futuro. Para responder a este deterioro prolongado de la salud mental, Médicos del Mundo ha formado y acompañado a personal sanitario local para que puedan identificar y atender problemas emocionales comunes, como la ansiedad o la depresión, en los mismos centros donde se ofrece atención médica general. Al mismo tiempo, se han impulsado actividades comunitarias que refuerzan la cohesión social y brindan espacios de apoyo mutuo, fundamentales en un contexto donde el aislamiento y el miedo han fragmentado la vida colectiva. Este tipo de intervenciones muestran cómo, cuando la salud mental se integra en los sistemas de salud y se conecta con el trabajo comunitario, se abren posibilidades reales de recuperación que van más allá de lo inmediato y ayudan a sostener la vida en medio de la crisis.

Salud mental y apoyo psicosocial como potenciador de la respuesta humanitaria

Lejos de competir con otros sectores de la intervención humanitaria, la inclusión del componente de Salud Mental y Apoyo Psicosocial los potencia. Garantizar agua o refugio salva vidas de inmediato; pero si las personas continúan en un estado de inseguridad emocional o aislamiento, esos esfuerzos serán frágiles y difícilmente sostenibles.

Trabajar desde un enfoque psicosocial significa asegurar que cada intervención tenga mayor alcance y continuidad en el tiempo. Restablecer la seguridad emocional y reconstruir el tejido

social no son aspectos secundarios sino las condiciones que permiten que el resto de los apoyos realmente funcionen.

- **En salud**, una persona que vive con estrés crónico o hipervigilancia tiene menos capacidad de recuperación, mayor riesgo de complicaciones físicas y menor adherencia a tratamientos médicos.
- **En educación**, niños y niñas expuestos a trauma prolongado tienen dificultades para concentrarse, recordar y aprender, lo que limita el impacto de programas educativos incluso cuando hay recursos disponibles.
- **En medios de vida**, quienes no logran confiar en su comunidad o en las instituciones difícilmente pueden emprender proyectos colectivos o sostener procesos productivos.
- **En cohesión social y protección**, una comunidad fragmentada por el miedo o el estigma tiene menos capacidad de organización, defensa de derechos y resistencia frente a nuevas crisis

Ignorar la salud mental compromete la eficacia del resto de la ayuda humanitaria ya que se corre el riesgo de invertir en estructuras o servicios que no son utilizados, abandonados o que no alcanzan su objetivo, porque las personas y comunidades carecen de las condiciones emocionales y relacionales necesarias para sostenerlos.

Desde una perspectiva de derechos humanos, garantizar el bienestar psicosocial no es un añadido ni un lujo. Es un requisito para que derechos fundamentales como la salud, la educación, el trabajo o la participación puedan hacerse efectivos.

En definitiva, reconstruir lo invisible, como la confianza, la seguridad y los vínculos es lo que da estabilidad a lo visible. La salud mental y el apoyo psicosocial son, en este sentido, el fundamento silencioso que sostiene la vida, la dignidad y la posibilidad de futuro. Y eso, también, es acción humanitaria.

36 IASC, *Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en situaciones de emergencia*. 2007

La ayuda humanitaria en Siria: sostener la vida y construir futuro

En un mundo marcado por crisis encadenadas, la ayuda humanitaria es mucho más que una respuesta a emergencias. Es una inversión en paz, desarrollo y dignidad. En lugares como el noreste de Siria, tras más de una década de conflicto, esta realidad se hace evidente. Aunque los combates más visibles hayan cesado, las necesidades humanitarias siguen siendo inmensas. Las infraestructuras permanecen destruidas, los servicios básicos debilitados y miles de personas luchan por reconstruir su vida, su comunidad y su esperanza.

La paz, en contextos como Raqqa o Hasaka, no es un punto final, sino un proceso frágil que requiere apoyo continuo. Cada pequeño avance —un centro de salud que vuelve a funcionar, una red de agua reparada, un grupo de jóvenes que participa en actividades comunitarias— es un paso hacia una estabilidad que todavía pende de un hilo. En este escenario, la ayuda humanitaria no es un gesto de caridad, sino una condición de supervivencia y un motor esencial para avanzar hacia los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que buscan erradicar la pobreza, reducir desigualdades y garantizar salud y bienestar para todas las personas.

La salud como pilar de la recuperación

El sistema sanitario del noreste de Siria quedó profundamente dañado por la guerra. Muchos hospitales fueron destruidos, las cadenas de suministro de medicamentos se interrumpieron y gran parte del personal sanitario tuvo que desplazarse. La guerra destruyó hospitales, interrumpió cadenas de suministro de medicamentos y debilitó la capacidad del sistema sanitario para responder a enfermedades comunes. Hoy, muchas patologías evitables se convierten en amenazas mortales simplemente por la falta de atención. Enfermedades como la sarna o la leishmaniasis se propagan con facilidad entre personas desplazadas que viven en condiciones precarias

Las organizaciones humanitarias locales e internacionales trabajan para restablecer los servicios básicos de salud. Apoyan centros médicos, distribuyen medicamentos, capacitan al personal y promueven la prevención sanitaria a través de campañas comunitarias. En aldeas rurales, los equipos recorren las comunidades para informar sobre higiene, vacunación o salud sexual y reproductiva, contribuyendo a evitar brotes que podrían colapsar el sistema.

El trabajo de las organizaciones humanitarias va mucho más allá de la atención médica inmediata. Amir y Dalal, por ejemplo, recorren aldeas con megáfonos para explicar a la población cómo prevenir enfermedades y dónde encontrar atención gratuita. Esta labor, aparentemente sencilla, **salva vidas y previene crisis sanitarias que podrían desbordar a toda la comunidad**. En cada folleto repartido, en cada visita a un barrio olvidado, hay una afirmación clara que la salud es un derecho, incluso en los lugares donde las cámaras y los titulares ya no llegan.

Este trabajo, muchas veces invisible, salva vidas cada día y sostiene la base misma de la recuperación.

Sanar las heridas invisibles

Pero la salud física no es el único frente. La guerra ha dejado profundas huellas psicológicas y sociales. Pérdidas familiares, desplazamientos, violencia y pobreza prolongada generan un impacto emocional duradero. Por eso, **el apoyo psicosocial se ha convertido en una parte indispensable de la respuesta humanitaria**.

En los centros de salud y espacios comunitarios, los equipos especializados ofrecen acompañamiento psicológico, sesiones grupales y actividades de bienestar. Estas intervenciones no sólo ayudan a las personas a manejar el trauma, también fortalecen los vínculos familiares y la convivencia en comunidades fragmentadas. Mujeres que antes se sentían solas o incapaces de cuidar de sus hijos re-

cuperan confianza y estabilidad; jóvenes que crecieron en guerra aprenden a identificar y expresar sus emociones; hombres mayores encuentran un sentido a su vida a través del trabajo y la participación comunitaria.

Psicólogas como Amal Issa Sheikho atienden a personas que cargan con pérdidas irreparables y con la ansiedad de un futuro incierto. «*La gente no sabe cuál será su futuro. No sabe si tendrá que enfrentarse a otro desplazamiento*», explica la psicóloga. Las sesiones individuales y grupales, la atención a mujeres víctimas de violencia y los programas de radio comunitarios que transmiten mensajes de bienestar emocional son parte de una estrategia integral que busca **restituir el poder a las personas, no sólo curar síntomas**.

El bienestar mental, aunque intangible, se traduce en cohesión social y en capacidad colectiva para avanzar. Sin salud mental no hay reconstrucción posible.

Historias que sostienen la esperanza

Detrás de cada programa de salud o de apoyo psicosocial hay historias de superación que demuestran el poder de la ayuda humanitaria. Personas mayores que vuelven a caminar gracias a una prótesis, mujeres desplazadas que encuentran empleo en centros de salud, o familias que logran enviar a sus hijos a la escuela después de años de inestabilidad.

Fátima Mustafa, que huyó después de que Estado Islámico secuestrara a su marido, encontró en un centro de salud el lugar para reconstruir su vida. «*A veces nos quedábamos sin comida*», recuerda. Hoy trabaja en el servicio de limpieza del centro, sus hijos van a la escuela y ella sostiene el hogar con orgullo. Estas historias demuestran que con recursos las personas no sólo sobreviven, sino que se convierten en agentes de su propio cambio.

Son pequeños logros cotidianos que, sumados, transforman comunidades enteras. En un entorno donde la atención internacional se ha reducido, cada historia de recuperación es un recordatorio de lo que la cooperación global puede lograr cuando se sostiene en el tiempo.

El precio de la indiferencia

Sin embargo, el apoyo internacional a Siria ha disminuido notablemente en los últimos años. Con la atención mundial centrada en otras crisis, los recortes en financiación ponen en riesgo la continuidad de programas esenciales. Menos fondos significan menos medicamentos, menos personal sanitario, menos servicios de salud mental. Y detrás de cada reducción presupuestaria hay vidas que quedan sin atención, familias que pierden su única fuente de apoyo y comunidades que retroceden hacia la precariedad.

La retirada de la ayuda no sólo tiene consecuencias inmediatas. También incrementa las tensiones, profundiza la pobreza y puede alimentar nuevos ciclos de violencia. Ignorar estas realidades supone abandonar los compromisos asumidos en los ODS y debilitar los esfuerzos por construir sociedades más justas y estables.

Una responsabilidad compartida

Invertir en ayuda humanitaria es invertir en paz y desarrollo. Cada euro destinado a salud, educación, agua o apoyo psicosocial no sólo salva vidas, también fortalece instituciones, previene conflictos y genera oportunidades de futuro. La cooperación internacional no puede detenerse en los lugares donde la atención mediática se ha agotado: allí es donde la solidaridad resulta más necesaria.

Garantizar salud y bienestar (ODS 3), reducir desigualdades (ODS 10), promover la igualdad de género (ODS 5) y construir instituciones sólidas (ODS 16) son metas que sólo pueden alcanzarse si la comunidad internacional mantiene su compromiso con las poblaciones más vulnerables.

La frágil paz del noreste de Siria recuerda que el fin de una guerra no significa el fin del sufrimiento. Cada avance necesita respaldo, recursos y voluntad política. La ayuda humanitaria es ese puente que mantiene la vida mientras se construye el futuro, y sin ella, el riesgo no es perder vidas, es perder la esperanza.

GAZA: la mayor catástrofe humanitaria de nuestra era

La constante vulneración del Derecho Internacional Humanitario, el asedio y bloqueo impuesto sobre Gaza, la obstrucción sistemática de la ayuda, los ataques deliberados contra instalaciones médicas y el asesinato de civiles, personal humanitario y sanitario han transformado la Franja en la peor catástrofe humanitaria de la historia.

A esta realidad se suman datos que reflejan la magnitud del deterioro: más de 69.000 personas palestinas han perdido la vida en apenas dos años. El 22 de agosto de 2025, Naciones Unidas declaró la hambruna en Gaza, señalando que medio millón de personas se encontraban al borde de la inanición. Poco después, el 16 de septiembre, la Comisión de Investigación del Consejo de Derechos Humanos concluyó en su informe que Israel está cometiendo un acto de genocidio en Gaza.

El sistema humanitario bajo ataque

El anuncio del alto el fuego de octubre fue acogido como un momento crucial de alivio para la población palestina, pero las noticias sobre violaciones del mismo ponen de relieve su fragilidad. El continuo rechazo a la entrada de ayuda, especialmente por parte de organizaciones humanitarias, es profundamente alarmante. Tras más de dos años de bombardeos implacables y la consiguiente privación, desplazamiento forzoso y hambruna, bloquear a estas organizaciones socava el esfuerzo colectivo por salvar vidas.

El acceso humanitario es una obligación legal en virtud del derecho internacional, no una concesión del alto el fuego. Este debe garantizar el fin definitivo de las hostilidades y asegurar el flujo libre, seguro, basado en principios humanitarios y sostenido de la ayuda, en consonancia con los derechos de la población palestina a la seguridad y la dignidad.

El 22 de octubre de 2025, la Corte Internacional de Justicia (CIJ) emitió su opinión consultiva sobre las obligaciones de Israel en relación con

la presencia y las actividades de las Naciones Unidas, otras organizaciones internacionales y terceros Estados en el Territorio palestino ocupado (TPO), incluida Jerusalén Este. La Corte determinó que, como potencia ocupante, Israel está obligado a levantar las restricciones a las operaciones de la UNRWA y a aceptar y facilitar la ayuda prestada por el Organismo.

Determinó además que «una potencia ocupante debe hacer algo más que simplemente permitir el paso de artículos esenciales al territorio ocupado. También debe utilizar todos los medios a su alcance para que estos artículos se distribuyan de manera regular, justa y no discriminatoria, entre otras cosas facilitando el acceso a ellos y absteniéndose de amenazar o utilizar la violencia o la fuerza letal contra la población civil que trate de acceder a dicha ayuda humanitaria». (párr. 101, ICJ AO 22 de octubre de 2025)

Desde que comenzó el alto el fuego, las autoridades israelíes han seguido rechazando arbitrariamente los envíos de ayuda vital a Gaza, mientras que un nuevo y restrictivo proceso de registro de las ONG internacionales retrasa aún más la urgente labor humanitaria. Por ello, hay que exigir a las autoridades israelíes que vuelvan al sistema anterior de registro y pongan fin al uso de criterios politizados y arbitrarios, en consonancia con su obligación de permitir que la ayuda humanitaria imparcial, independiente y neutral llegue a la población palestina en todo el territorio palestino ocupado.

El deterioro del sistema humanitario —atacado, restringido y politizado— se traduce directamente en una capacidad cada vez más limitada de atender a la población palestina. Esta dinámica de bloqueo y obstrucción es la que ha permitido que la crisis alimentaria se agrave hasta niveles sin precedentes, y constituye el marco general que explica la situación de hambruna que vive Gaza.

Se sigue obstaculizando el acceso humanitario

Hasta ahora, solo un número limitado de agencias de Naciones Unidas y organizaciones asociadas tienen permiso para llevar ayuda a Gaza. A las principales organizaciones humanitarias se les sigue negando el acceso como consecuencia del nuevo sistema de registro de ONG internacionales impuesto por Israel desde marzo de 2025. La exclusión de las ONG internacionales del espacio humanitario es una clara indicación de que las autoridades israelíes siguen restringiendo y politizando la ayuda, en violación del DIH.

La Comisión de Investigación del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas concluyó en su informe del 16 de septiembre de 2025 que Israel impidió que agencias de ayuda humanitaria (incluida la UNRWA) proporcionaran ayuda esencial y vital, con el fin de provocar «la destrucción física de la población palestina en Gaza mediante condiciones de vida insostenibles en la Franja de Gaza», lo que constituye un acto de genocidio.

Hasta la fecha, el gobierno de Israel ha denegado sistemáticamente o ha obstaculizado gravemente el acceso humanitario. A pesar de la existencia de un mecanismo coordinado por las Naciones Unidas que ha conseguido llevar la ayuda a las comunidades, a pesar de innumerables obstrucciones, la ayuda se ha visto restringida por un modelo de distribución militarizado e inseguro, impuesto por el gobierno de Israel en abril de 2025, que ha provocado la muerte de más de 3.000 civiles.

Estas restricciones y obstáculos, persistentes y deliberados, han reducido drásticamente el volumen de asistencia que llega a la población palestina, contribuyendo a un deterioro progresivo de las condiciones de vida y creando un escenario propicio para que la inseguridad alimentaria se transforme en hambruna generalizada.

La hambruna como arma de guerra

Tras meses de acceso humanitario muy restringido y el restablecimiento del bloqueo total de la ayuda por parte de Israel el 2 de marzo de 2025, el colapso del alto el fuego el 18 de marzo agravó la malnutrición en la Franja de Gaza, especialmente en el norte. La situación empeoró hasta tal punto que el IPC declaró una hambruna en agosto, indicando que en las semanas siguientes se extendería desde la gobernación de Gaza hasta las de Deir Al Balah y Khan Younis.

Esta hambruna provocada es el resultado del uso del hambre como arma de guerra por parte del Gobierno de Israel. El bloqueo sostenido a la entrada de alimentos, medicinas y combustible estaba destinado a provocar esta catástrofe. La comunidad internacional sabía que esto iba a ocurrir: tanto las organizaciones humanitarias como entidades de derechos humanos lo advirtieron una y otra vez, pero no se quisieron tomar las medidas políticas necesarias para establecer un alto el fuego y levantar el asedio que permitiese la entrada masiva de ayuda.

El 9 de octubre de 2025, el presidente Trump anunció la aprobación del acuerdo de alto el fuego en Gaza, basado en su plan de 20 puntos. Aunque frágil, ha permitido incrementar la entrada de alimentos, medicamentos, combustible y material para reparaciones, productos críticos para frenar la hambruna y mejorar unas condiciones de vida que siguen siendo terribles. Sin embargo, muchos efectos de la hambruna no pueden revertirse, especialmente en los niños y niñas, y durarán toda la vida.

Lo que se necesita es un alto el fuego real y permanente y que las autoridades israelíes permitan el acceso pleno, seguro y sin obstáculos a la entrada masiva de ayuda humanitaria en toda Gaza, entregada por organizaciones imparciales. Desgraciadamente, esto no es lo que está pasando.

Reconstruir un sistema sanitario colapsado

A pesar de que el alto el fuego ha permitido que se incremente ligeramente el número de centros de salud y hospitales en funcionamiento, la situación sigue siendo crítica. Tan solo hay 76 centros de salud operativos y 18 hospitales que funcionan parcialmente. Estas instalaciones junto a los puntos médicos y los hospitales de campaña solo representan el 36 % del número total de instalaciones que había antes de octubre 2023. Instalaciones sanitarias que deben ofrecer atención sanitaria a 2 millones de personas con una salud muy deteriorada, con menos personal sanitario, una grave escasez de medicamentos (falta el 55 % de los medicamentos esenciales) y de material médico que hace casi imposible atender adecuadamente a la población que lo necesita, especialmente aquellas personas con enfermedades como diabetes o cáncer, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y muerte. Según las autoridades sanitarias, actualmente hay más de 11.000 pacientes con cáncer en la Franja de Gaza que necesitan ser evacuados fuera del territorio debido a la falta de los tratamientos necesarios.

Hay que recordar, que la mayor parte de la población de Gaza ha sido desplazada por la fuerza varias veces, y una parte importante vive en tiendas de campaña improvisadas, sin acceso a agua corriente ni electricidad, rodeada de montones de basura y alcantarillas desbordadas. Estas condiciones tan precarias impactan negativamente en la salud de la población, provocando infecciones respiratorias, cutáneas y gastrointestinales, entre otras. La llegada del frío, las fuertes lluvias e inundaciones que se están produciendo en noviembre, no harán sino empeorar la situación.

Qué podemos esperar del plan de paz para Gaza

El plan de paz de 20 puntos propuesto por el presidente Trump y cuya primera fase ha sido aceptada por el gobierno de Israel y Hamás, ha permitido un nuevo alto el fuego, aunque frágil,

el incremento en la entrada de ayuda en Gaza y la puesta en marcha de un nuevo mecanismo de coordinación. La Resolución 2803 (2025) del 17 de noviembre respalda el plan y el despliegue de una fuerza internacional temporal en la Franja.

El plan propone varias iniciativas que necesitan concretarse, como la creación de una Junta de paz, organismo internacional de transición que supervisaría al comité responsable de la gestión diaria de los servicios públicos y los municipios para la población de Gaza, y la fuerza internacional de estabilización (ISF por sus siglas en inglés) que se desplegaría en Gaza.

Otras propuestas ya se han puesto en marcha, como el Centro de Coordinación Civil-Militar (CMCC por sus siglas en inglés). El objetivo del CMCC, desde la perspectiva de Estados Unidos, es coordinar la ampliación de la respuesta humanitaria y aplicar el plan de paz, pero su mandato no está claro, al igual que su poder de decisión, por lo que quedan muchas dudas por despejar.

Sin embargo, la población palestina no puede esperar a que se pongan en marcha estas iniciativas. La ayuda humanitaria debe desplegarse con urgencia, sin condiciones y de forma segura, respetando el DIH y los principios humanitarios. La coordinación humanitaria debe garantizarse a través de los mecanismos de coordinación existentes de Naciones Unidas, en colaboración con sus socios, las ONG internacionales y locales.

Las soluciones duraderas dependen de que se garantice la justicia y la rendición de cuentas al pueblo palestino, la no repetición de la violencia y la reparación a las víctimas por los graves daños que han sufrido. Los Estados miembros de NN. UU. deben cumplir sus obligaciones jurídicas internacionales y hacer cumplir el derecho internacional.

Acrónimos y siglas

ACNUR	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados
ADPIC	Acuerdos sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AGE	Administración General del Estado
AH	Acción Humanitaria
AIM	Alianza Internacional de Microbidas
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APS	Atención primaria de salud
BAfD	Banco Africano de Desarrollo
BAfD	Banco Asiático de Desarrollo
BDR	Bancos regionales de desarrollo
BEI	Banco Europeo de Inversiones
BM	Banco Mundial
BM AIF	Asociación Internacional de Fomento Banco Mundial
BRIC	Brasil, Rusia, India y China
BRICS	Brasil, Rusia, India, China y Sudáfrica
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CBPF	Fondos Comunes a Nivel de País
CC. AA.	Comunidades Autónomas
CE	Cooperación Española
CDC	Centro de Control de Enfermedades
CEDEAO	Comunidad Económica de Estados del África Occidental
CERF	Fondo Central de Respuesta de Emergencia
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CHS	Norma Humanitaria Esencial
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CMCT	Convenio Marco para el Control del Tabaco
COVAX	Mecanismo de Acceso Mundial a las Vacunas contra la COVID-19
CRS	Creditor Reporting System
CSU	Cobertura sanitaria universal
DD. HH.	Derechos humanos
DG	Dirección general
DGPOLDES	Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible
DIH	Derecho Internacional Humanitario
DSM	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
EE. LL.	Entidades Locales

ECHO	Dirección General de Protección Civil y Operaciones de Ayuda Humanitaria Europeas
EHF	Foro Humanitario Europeo
ENT	Enfermedades no transmisibles
ETD	Enfermedades tropicales desatendidas
ETS	Enfermedades de transmisión sexual
FCA	Índice de Crisis Olvidadas
FED	Fondo Europeo de Desarrollo
Ff4D	IV Financiación para el Desarrollo
FIDA	Fondo Internacional para el Desarrollo Agrícola
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONPRODE	Fondo de Promoción para el Desarrollo
FpD	Financiación para el Desarrollo
FTS	Financial Tracking Service / sistema de seguimiento financiero
GAVI	Alianza Mundial para Vacunas e Inmunización
GE	Grant Equivalent
GFATM	Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
HiAP	Salud en todas las políticas
IARC	Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
IAVI	Iniciativa Internacional para la Vacuna del SIDA
ICD	Clasificación internacional de enfermedades
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IFFIm	Facilidad financiera internacional para la inmunización
IFRC	Federación Internacional de la Cruz Roja
INB	Ingreso Nacional Bruto
IPPF	Federación Internacional de Planificación Familiar
ITS	Infecciones de transmisión sexual
MAEUEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
NDICI	Instrumento de Vecindad, Desarrollo y Cooperación Internacional
NN. UU.	Naciones Unidas
OAH	Oficina de Ayuda Humanitaria
OCE	Oficinas de Cooperación Española
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
OCHA	Oficina para la Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OEA	Organización de Estados Americanos
OEI	Organización de Estados Iberoamericanos
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