

LA SALUD GLOBAL INFANTIL EN LA AOD ESPAÑOLA

Estudio completo



SALUD GLOBAL E INFANCIA: UN ANTES Y UN DESPUÉS DE LA COVID-19

Edita

UNICEF España
C/Mauricio Legendre, 36. 28046 Madrid
Tel. 913789555

Autor

Political Watch

Equipo investigador

POLITICALWATCH

Belén Aguero, Alba Couso y Javier Pérez

Coordinación UNICEF España

Rebecka Jonsson, María Lafuente Funes
y Cristina Junquera Abaitua

Agradecimientos

Salud Mármol Sancho (UNICEF España), María Blanco Alba (UNICEF España), el equipo de Programas (UNICEF España), el equipo de Alianzas (UNICEF España) y el equipo de Advocacy del Comité Nacional del Reino Unido UNICEF, María Cruz Ciria (AECID), Ligia Flores Escobar (AECID), Miguel Casado (DGPOLDES), Virginia Rodríguez (ISGlobal), Félix Fuentesbro (Medicus Mundi), Irene Bernal (Salud Por Derecho), Carlos García (Coordinadora ONGD) y Raquel González (Médicos Sin Fronteras)

Agradecemos a todas las organizaciones que trabajan por la salud infantil, desde España hasta la última milla en cada país, porque cada niño tiene derecho a crecer sano y fuerte

Diseño gráfico

Rex Media SL

Julio 2022

Imagen de la portada: Estudiantes de Infantil en Bishop Boegbah Institute en Monrovia, Liberia, mostrando orgullosos a un fotógrafo de UNICEF sus dedos marcados después de recibir su vacuna oral contra la polio en marzo 2021.

SIGLAS

AGE	Administración General del Estado
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
CEPI	Coalición para la Promoción de Innovaciones en pro de la Preparación ante Epidemias
CPDS	Coherencia de Políticas para el Desarrollo Sostenible
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
AMC	Compromiso de Mercado Avanzado
CCAA	Comunidades Autónomas
NCDs	Enfermedades no transmisibles
EELL	Entidades Locales
FEMP	Federación Española de Municipios y Provincias
COVAX	Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19
I+D+i	Investigación, Desarrollo e Investigación
GAVI	La Alianza para la Vacunación
MAP	Marco de Asociación País
MAEC	Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OCHA	Oficina de las Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGD	Organización No Gubernamental de Desarrollo
HPV	Papiloma Humano
RSI	Regulación Sanitaria Internacional
ROTAC	Vacuna contra el Rotavirus
MCV	Vacuna contra el Sarampión
DTP	Vacuna contra el Tétanos, Difteria y Tos ferina
YFV	Vacuna contra la Fiebre Amarilla
IPV	Vacuna contra la Polio
RCV	Vacuna contra la Rubéola
BCG	Vacuna contra la Tuberculosis
HiB3	Vacuna Haemophilus influenzae tipo B
PCV	Vacunas antineumocócicas

Introducción	5
1. La salud infantil en el marco de la salud global: análisis de la salud global con especial atención a la infancia	6
1.1. Principales titulares del análisis de indicadores de “Situación general pre-pandemia” y análisis pormenorizado por indicador.	7
1.2. Principales titulares del análisis de indicadores de “Situación de los Sistemas de Salud” y análisis pormenorizado por indicador.	14
1.3. Principales titulares del análisis de indicadores de “I+D+i” y análisis pormenorizado por indicador.	16
1.4. Principales titulares del análisis de indicadores sobre “Respuesta a la COVID-19 y situación Post-Pandemia” y análisis pormenorizado de indicadores.	18
1.5. Respuesta de los documentos de planificación de la Cooperación Española a los principales hallazgos obtenidos del análisis de indicadores.	20
2. Los compromisos de España en materia de salud global: análisis del marco normativo e institucional de la cooperación española en lo relativo a la salud, con especial atención a la infancia	21
2.1. Análisis a nivel estatal.	22
2.2. Análisis de los Marcos de Asociación País.	25
2.3. Análisis a nivel autonómico.	27
2.4. Análisis a nivel municipal.	33
2.5. Alineación con estándares internacionales.	34
3. Aportación de España a la salud global: análisis evolutivo de lo invertido en materia de salud por la cooperación española desde 2007 hasta la actualidad, con especial atención a la salud infantil	35
3.1. Análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo de la Cooperación Española en salud entre los años 2007 y 2020.	36
3.2. Análisis de las intervenciones en salud e infancia de la cooperación española entre los años 2016 y 2020.	46
4. España en el mundo: análisis comparativo sobre lo invertido en salud global por España y por los países OCDE	55
4.1. Análisis de la AOD y de las aportaciones a fondos multilaterales realizadas por diversos donantes a sectores de la cooperación vinculados con la salud global y la lucha contra la COVID-19.	56
5. Principales hallazgos obtenidos en las distintas entrevistas realizadas a personas expertas	61
Reflexiones finales	64
Anexo I. Metodología análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo de la Cooperación Española en salud entre los años 2007 y 2020.	66
Anexo II. Metodología análisis de las intervenciones en salud e infancia de la cooperación española entre los años 2016 y 2020.	67
Anexo III. Entrevistas realizadas.	69
Anexo IV. Aportaciones a COVAX por CC.AA	70

Por qué hacer el estudio y por qué ahora

La respuesta ante la pandemia por COVID-19 ha requerido un esfuerzo global y coordinado, con base en el refuerzo del multilateralismo y la cooperación internacional. Se han hecho llamamientos que han dejado claro que para acabar con la pandemia era y sigue siendo imprescindible un compromiso renovado con una solidaridad global eficaz. Esto, en primer lugar, es una cuestión de derechos humanos. Y a la vez, resulta una cuestión ineludible: la pandemia sólo terminará si cada uno de los países y comunidades tienen los medios y sistemas necesarios para controlar su impacto y expansión. La capacidad de respuesta a nivel internacional dependerá de la capacidad de respuesta del sistema de salud más frágil. Se ha evidenciado que este es un mundo interconectado en el que no existe la opción de dejar a nadie atrás.

La respuesta ante la pandemia, en particular el desarrollo y distribución de la vacuna, y el refuerzo de los sistemas de salud, ha evidenciado muchos desafíos y oportunidades para la salud infantil. La inmunización nunca había ocupado un lugar tan alto en las agendas políticas nacionales y mundiales, generando conversaciones sin precedentes sobre la **importancia de la vacunación como herramienta de salud pública global y sobre la necesidad de asegurar sistemas de salud fuertes y resilientes para que las vacunas se conviertan realmente en vacunaciones.**

Sin embargo, las discusiones y los compromisos continúan centrándose mayoritariamente en la respuesta ante la COVID-19, a pesar de que las campañas nacionales de vacunación contra esta enfermedad en los países de bajos y medianos ingresos han generado continuas interrupciones en los programas críticos de vacunación infantil, y la evidencia emergente del impacto negativo que esto ha generado, dejando a los niños vulnerables más expuestos a **enfermedades que se pueden prevenir con vacunas, pero que son mortales** si no se cuenta con sistemas de salud con la capacidad de vacunar, y de prevenir, diagnosticar y tratar cuando no se consigue realizar esas vacunaciones.

En estos momentos el sistema de Cooperación Española se encuentra en una fase de reforma, que tiene como eje central y punto de partida fundamental el impulso de una nueva Ley de cooperación a nivel estatal. En este mismo contexto, está pendiente el diseño y aprobación de un nuevo Plan Director (2022-2025), y el relanzamiento de una nueva Estrategia de Salud Global.

Por esta razón UNICEF España encargó un estudio a Political Watch para analizar la actuación de la Cooperación Española en la lucha contra la mortalidad infantil. Este informe analiza la situación actual, la importancia del apoyo a los mecanismos de salud a nivel global y el rol que tiene España como actor global a través de la AOD que invierte en salud infantil. Un actor que apoya a las instituciones de los países menos adelantados en el fortalecimiento de sus sistemas y servicios de salud a nivel local, mediante el apoyo a la implementación de sus Planes y estrategias nacionales, así como en su uso de los mecanismos multilaterales en esta lucha.

Ahora, más que nunca, la cooperación al desarrollo tiene un papel clave como catalizador de respuestas globales, multisectoriales y dirigidas a quienes más lo necesitan.

Introducción¹

La pandemia ocasionada por la COVID-19 sacudió el mundo desde mediados del año 2020. Casi dos años más tarde, los efectos de la pandemia y las respuestas que los gobiernos han dado comienzan a reflejarse en distintas fuentes estadísticas. El presente estudio se ha sumergido en estos primeros datos disponibles para realizar un primer análisis del impacto que la COVID-19 ha podido generar en la intersección entre salud e infancia y de la respuesta que la comunidad internacional ha dado desde distintos ámbitos de acción. Del mismo modo, se ha realizado un análisis retrospectivo y de más largo plazo, para tratar de comprender cuál era la situación en el momento del inicio de la pandemia en algunos indicadores clave y cuál ha sido el compromiso histórico de los donantes internacionales en los sectores más estrechamente vinculados con la salud global y la infancia.

El hilo conductor del informe vincula la evolución de la salud infantil global a lo largo de los años (con especial atención al impacto de la pandemia) con el análisis de los principales compromisos de la comunidad internacional de donantes y de la realidad de la cooperación española. La conexión de ambos enfoques no es otra que el esfuerzo por detectar las principales problemáticas que la pandemia ha generado sobre la infancia en los países socios de la cooperación española y la respuesta que ésta está proporcionando.

La estructura de este informe es la siguiente. En primer lugar, se analizan distintos indicadores de salud global a lo largo del tiempo para diagnosticar la situación previa a la COVID-19 e identificar, cuando los datos disponibles lo permiten, los principales retrocesos que la pandemia ha provocado en la salud global infantil. En segundo lugar, se han estudiado los compromisos de la cooperación española en salud global a través de los principales documentos normativos y de planificación a nivel estatal, autonómico y local, tratando de detectar los compromisos existentes en materia de salud infantil. En tercer lugar, se ha analizado la AOD bruta desembolsada por España en salud a lo largo de los últimos años, realizándose un diagnóstico específico de las intervenciones de la cooperación española en salud infantil entre el año 2016 y el 2020. En cuarto lugar, se ha realizado un estudio comparativo de la cooperación en salud entre España y el resto de países CAD, con un apartado específico para las contribuciones a los fondos multilaterales de lucha contra la COVID-19 y para la donación de vacunas. Las conclusiones de estas cuatro primeras secciones han sido contrastadas con 12 entrevistas semi estructuradas a distintas personas expertas en salud global y cooperación.

Se espera que este informe sea útil como primera aproximación al análisis de los impactos de la pandemia en la salud global infantil y para diagnosticar la AOD española frente a la comunidad internacional de donantes de cara a futuras revisiones del enfoque estratégico de la cooperación española.

1. Todos los datos sobre los que se sustenta el análisis están disponibles en este enlace.



La salud infantil en el marco de la salud global: análisis de la salud global con especial atención a la infancia

El presente apartado está dedicado al análisis del contexto de la salud global. El análisis se ha realizado, siempre que la disponibilidad de datos lo ha permitido, atendiendo a dos momentos temporales diferenciados (antes y después de la pandemia) y para una selección de 20 países (13 de ellos desarrollados y 7 en desarrollo)². Para ello, se han escogido y analizado una serie de indicadores que son relevantes para la salud global y la salud infantil desde varias perspectivas distintas: la situación sanitaria general y la situación de los sistemas sanitarios previa a la pandemia; la inversión en I+D+i en sectores relacionados; las políticas puestas en marcha para responder a la pandemia; y el impacto inicial de la pandemia sobre algunos indicadores clave para la salud y la salud infantil. El marco temporal del análisis va de 2006 a 2020, aunque para cada indicador se han escogido los años para los que tuviera más sentido en clave del análisis realizado y dentro de la disponibilidad de datos existentes.

2. Los países de la muestra son (en orden alfabético): Alemania, Bolivia, Canadá, España, Estados Unidos, Etiopía, Finlandia, Francia, Guatemala, Italia, Mali, México, Mozambique, Nueva Zelanda, Países Bajos, Perú, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza.



1.1. Principales titulares del análisis de indicadores de “Situación general pre-pandemia” y análisis pormenorizado por indicador

Titulares

1. En términos generales, los 8 indicadores analizados (que reflejan un amplio compendio de cuestiones relacionadas y relevantes para la salud, especialmente para la salud infantil) han mejorado muy significativamente en los últimos 10-15 años, previos a la pandemia. En algunos de los indicadores se percibe un leve empeoramiento en los datos del 2020, pero resulta demasiado pronto para poder sacar conclusiones fiables en cuanto a la confirmación de una tendencia o en cuanto a posibles indicios del impacto de la pandemia. Para ello habrá que esperar a la próxima actualización de datos, que recojan ya el año 2021.

2. También es una constante en todos los indicadores analizados que el ritmo de mejora es mucho mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados, aunque aunque estos últimos presentan una situación mucho más favorable”. Algunos países desarrollados presentan en alguno de los indicadores ritmos de mejora similares a los de los países en desarrollo, como puede ser el caso de la reducción de la tasa de mortalidad en Finlandia o Italia (ambas por encima del 33% entre 2006 y 2020) o de Países Bajos y Reino Unido con tasas de mejora en la mortalidad materna extraordinariamente altas (por encima del 44% entre 2006 y 2017).

3 Existen algunos casos, aislados pero significativos, en los que la evolución del indicador es negativa a lo largo del tiempo para países desarrollados. Es el caso de Francia con la mortalidad neonatal (entre 2006 y 2020) y de Estados Unidos y Alemania con la tasa de mortinatalidad³ (entre 2006 y 2019) y de la mortalidad materna (entre 2006 y 2017).

4. También se han analizado bajo la categoría de “Situación general pre-pandemia”, 16 indicadores relacionados con el porcentaje de cobertura de inmunización ante diversas enfermedades. Aunque es difícil extraer conclusiones generales que apliquen a la cobertura de las 16 vacunas analizadas, sí se puede indicar que sólo en 4 de ellas la tendencia general del porcentaje de cobertura entre 2006 y 2020 es decreciente. En el resto la cobertura media para el conjunto de los países aumenta o se mantiene estable y, en algún caso particular, no existen suficientes datos como para trazar tendencias a largo plazo. A nivel estatal, destacan Perú y Bolivia, por haber descendido su cobertura de inmunización en 8 y 9 de los 16 indicadores analizados, respectivamente.

5. Aunque las conclusiones obtenidas en cuanto a las tendencias en las tasas de cobertura de inmunización son bastante robustas, al haberse analizado un largo periodo de tiempo (2006-2020), hay que interpretar los resultados con precaución. En primer lugar, porque en algunas ocasiones el descenso de cobertura puede deberse a una decisión consciente y voluntaria por parte de los países, que consideren que una determinada enfermedad (Tuberculosis, por ejemplo) no tiene una prevalencia suficiente como para vacunar sistemáticamente a la población. En segundo lugar, porque la

3. La OMS define la mortinatalidad o muerte prenatal aquella en la que el bebé muere después de 28 semanas de embarazo, pero antes del parto o durante éste. Fuente: https://www.who.int/es/health-topics/stillbirth#tab=tab_1

OMS advierte de que los datos de 2020 pueden no ser aún completos, por lo que no resulta posible extraer ninguna conclusión en relación con el posible efecto de la pandemia en la cobertura de inmunización.

Análisis por indicador

- En la totalidad de los 20 países analizados, la **tasa de mortalidad infantil** había mejorado entre 2006 y 2020 (un año a caballo entre la pre-pandemia y la pandemia). Tan sólo en 5 países se percibe en 2020 un muy leve repunte (España, Nueva Zelanda, Países Bajos y Suecia), aunque es tan leve que puede deberse incluso a una cuestión metodológica (dado que en 2020 se ha empleado una fuente distinta de información y la continuidad de la serie no está garantizada). Se detecta, por otro lado, una mayor reducción de la tasa de mortalidad en los países en vías de desarrollo frente a los desarrollados (un 41% frente a un 22% de media). Así, mientras la tasa se reduce en menos de un 20% en países como Alemania, Canadá, Francia o Países Bajos, la reducción es superior al 45% en el caso de Bolivia, Etiopía o Perú y superior al 35% en Guatemala, México o Mozambique. Llama la atención la reducción de la tasa de mortalidad de algunos países desarrollados, tales como Finlandia o Italia (ambas por encima del 33%).

- Una situación prácticamente idéntica se detecta en el caso de la “**tasa de mortalidad infantil para menores de 5 años**”. En este caso son 7 los países donde en 2020 se detecta un levísimo repunte de esta tasa (Canadá, España, Nueva Zelanda, Países Bajos, Perú, Suecia y Suiza). El ritmo de evolución de esta tasa entre 2006 y 2020 también es más favorable en los países en vías de desarrollo (el doble de reducción respecto al de los países desarrollados). En este aspecto destacan Bolivia, Etiopía y Perú, que han reducido sus tasas iniciales a cerca de la mitad (51.86%, 52.62% y 48,92% respectivamente en el plazo analizado). También en este indicador hay varios países desarrollados (de nuevo Finlandia e Italia) con una reducción de la tasa de mortalidad muy superior a la del resto de sus pares.

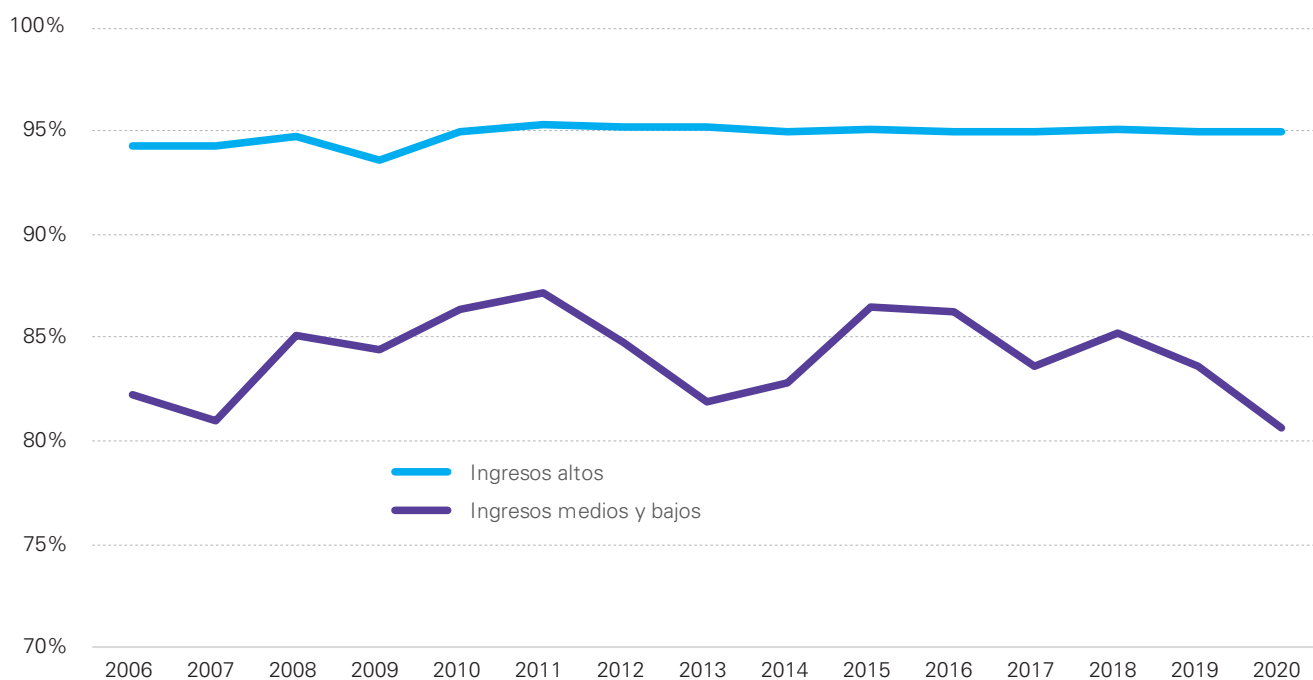
- La misma tendencia positiva se observa en cuanto a la tasa de **mortalidad neonatal** entre 2006 y 2020, con la única excepción de Francia, en donde en 2014 se retrocede a la tasa de 2006 y desde ese año continúa empeorando hasta 2019, cuando mejora levemente, pero no lo suficiente como para recuperar la tasa de 2006. En el caso de la mortalidad neonatal son 5 los países (Nueva Zelanda, Países Bajos, Perú, Suecia y Suiza) en los que se detecta un leve empeoramiento de la tasa entre 2019 y 2020, pero haría falta disponer de los datos de 2021 para poder anticipar si puede ser debido a la pandemia o no. Si esta cuestión se mide en cambio a través de la **tasa de mortinatalidad**, hay dos países (Alemania y EEUU) cuyas tasas han empeorado entre 2006 y 2019 (año con los últimos datos disponibles). En ambos indicadores los países en desarrollo presentan mejoras más significativas que los países desarrollados, aunque en ambos se observan unos porcentajes de mejora bastante inferiores respecto a los indicadores anteriores. Vuelven a darse algunos países desarrollados con tasas de reducción de mortalidad muy superiores al resto (en este caso, España, Finlandia, Italia, Países Bajos y Reino Unido).

- En el caso de la **tasa de mortalidad para menores de entre 5 y 14 años**, mejoró desde 2006 a 2020 para todos los países de la muestra, sin que se hayan detectado

retrocesos recientes en ninguno de ellos. En el caso de los países desarrollados es el indicador con la mejor tasa de mejora. Salvo Alemania, Canadá, Estados Unidos y Francia, el resto de países desarrollados, han experimentado reducciones de mortalidad superiores al 30% desde 2006.

- La misma situación se observa respecto al **“índice socio-demográfico” del Global Burden of Disease**. Los 20 países de la muestra han mejorado sus valores desde 2006 a 2019 (año de los últimos datos disponibles). Este indicador compuesto está relacionado con tres variables del estatus de desarrollo de las personas vinculadas con la salud (tasa de fertilidad en menores de 25 años, nivel de educación para mayores de 15 años e ingreso per cápita).
- La **tasa de mortalidad materna** mejoró entre 2006 y 2017 (último año con datos disponibles) para 16 de los 20 países analizados. Sorprendentemente, de los cuatro restantes ninguno es un país en desarrollo: empeoró en el caso de Alemania y Estados Unidos y se mantuvo para España e Italia. La tasa de mejora fue 3 veces más alta para los países en desarrollo que para los países desarrollados (34,48% de reducción de mortalidad, frente a un 11,65%). Países Bajos y Reino Unido presentaron tasas de mejora extraordinariamente altas (por encima del 44%).
- El indicador de **“pruebas diagnósticas para la malaria”** sólo está disponible para 3 de los 20 países de la muestra (Mozambique, Malí y Etiopía) y para pocos años. En Etiopía el porcentaje de menores de cinco años a los que se les sometió a un test de malaria teniendo fiebre ha disminuido a lo largo del tiempo (entre 2011 y 2015). En los otros dos países, este indicador mejoró entre 2011 y 2018.

Gráfico 1: Porcentaje de cobertura por tipología de vacunas e ingresos del país



Fuente: <https://www.unicef.es/publicacion/la-salud-global-infantil-en-la-aod-espanola-2022>

Análisis por indicador de cobertura de inmunización

Cobertura de inmunización contra la BCG (Tuberculosis)

Sólo existen datos sobre la cobertura de inmunización contra la Tuberculosis para todo el plazo temporal analizado en los 7 países en desarrollo de la muestra, más Portugal y Suecia. La tendencia del porcentaje medio de cobertura para todos esos países es decreciente entre 2006 y 2020, habiendo pasado del 83% al 59% en este periodo. A nivel nacional, de los nueve países para los que se dispone de datos, en 6 de ellos (Bolivia, Guatemala, Mali, México, Perú y Portugal) la cobertura ha disminuido entre 2006 y 2020, siendo este descenso drástico en el caso de México (del 99% al 28%) y Portugal (del 99% al 31,1%). Aunque la tendencia a la baja en todos estos países es indudable, hay que interpretar los resultados con precaución. En primer lugar, porque la OMS advierte de que los datos de 2020 pueden no ser aún completos (lo cual permitiría explicar el acusado descenso de México, que en 2019 aún mantenía una cobertura del 76%). En segundo lugar, porque en algunas ocasiones el descenso de cobertura puede ser resultado de una decisión consciente y voluntaria por parte de los países, que consideren que la Tuberculosis no se trata de una enfermedad con una prevalencia suficiente como para vacunar sistemáticamente a la población. Esta podría ser la razón detrás del descenso de la cobertura en Portugal. Suecia, por ejemplo, sin haber disminuido su cobertura a lo largo de los años analizados, se ha mantenido en porcentajes de cobertura muy bajos (entre el 21% y el 26%). En relación con el posible efecto de la pandemia en la cobertura de inmunización, no resulta posible extraer ninguna conclusión, tanto por la provisionalidad de los datos de 2020 como por la aparente no afectación de las cifras de cobertura respecto del año 2019.

Cobertura de inmunización contra la DTP (Tétanos, difteria y tos ferina) (primera y tercera dosis)

Los porcentajes de cobertura contra la DTP muestran una tendencia decreciente en la media del conjunto de la muestra de los 20 países analizados entre 2006 y 2020 (del 94,2% al 91,9% el caso de la primera dosis y del 90,4% al 87,2% en el caso de la tercera). A nivel país, las tasas de cobertura para la primera dosis de la vacuna descienden, aunque ligeramente, en 9 de los 20 países (Alemania, Canadá, Estados Unidos, Finlandia, Guatemala, Italia, Mozambique, Perú y Suecia), aumentan en 3 (Etiopía, Nueva Zelanda y Suiza) y descienden abruptamente en otros tres (Bolivia, Malí y México). En cuanto a la tercera dosis, las cifras de cobertura son prácticamente las mismas, con la principal diferencia de Perú, que desciende del 94% en 2006 al 72% en 2020 (con un descenso de 16 puntos porcentuales entre 2019 y 2020). Este descenso ya fue vaticinado a través del análisis del indicador de “retraso en otros procesos de vacunación infantil no directamente relacionados con la COVID-19,” expuesto anteriormente.

Cobertura de inmunización contra la Hepatitis B en recién nacidos

Este indicador sólo está disponible para 7 países de la muestra (Estados Unidos, Guatemala, México, Nueva Zelanda, Países Bajos, Perú y Portugal). La tasa media de cobertura de inmunización para el conjunto de los 7 países ha aumentado desde el 66,6% (del primer año con datos disponibles, que es 2006 o 2008) hasta el 74,6% en 2020. En 5 de los países la tasa de cobertura ha aumentado a lo largo de este periodo. En México la tasa aumentó hasta alcanzar el 98,12% de cobertura en 2015 pero ha

descendido hasta el 60% desde entonces. En el caso de Nueva Zelanda los datos aportados por la OMS varían enormemente de un año a otro (del 42% en 2019 a 0,01% en 2020) lo cual genera dudas acerca de la fiabilidad de los mismos.

Cobertura de inmunización contra la Hepatitis B (tercera dosis)

Para este indicador hay datos para 19 de los 20 países de la muestra (salvo Finlandia) aunque para otros tres de ellos (Reino Unido, Suecia y Suiza) sólo existen datos para los años más recientes. La cobertura media de inmunización alcanzada en 2020 para el conjunto de los países es muy alta (85,2%) y la tendencia es ascendente, desde el 72,5% registrado en 2006. A nivel país, la cobertura de inmunización se ha incrementado en este periodo en 10 de los países analizados (Alemania, Canadá, España, Etiopía, Francia, Mozambique, Nueva Zelanda, Países Bajos, Suecia y Suiza). En Estados Unidos e Italia la cobertura desciende durante ese periodo muy ligeramente y en Bolivia, Mali, México y Perú el descenso es muy acusado, especialmente durante los últimos años (pasando del 88% al 72% en Perú, sólo del 2019 al 2020).

Cobertura de inmunización contra la Haemophilus influenzae tipo b (HiB3)

Para este indicador hay datos para los 20 países de la muestra. El porcentaje medio de cobertura de inmunización para el conjunto de los países en 2020 (87,25%) se mantiene prácticamente inalterado desde 2006 (cuando era del 86,35%). A nivel individual, la tasa de cobertura ha disminuido durante ese periodo en 11 países (todos los países de la muestra salvo en Etiopía, Malí, Mozambique, Nueva Zelanda, Portugal, Reino Unido y Suiza, donde la cobertura aumentó; y en España y Guatemala, donde la cobertura se mantiene).

Cobertura de inmunización contra el Papiloma humano (HPV)

Para este indicador hay datos para 18 de los países de la muestra, aunque para 11 de ellos (Alemania, Bolivia, Canadá, Estados Unidos, Etiopía, Finlandia, Guatemala, Nueva Zelanda, Perú, Portugal y Suecia) los datos sólo están disponibles desde 2018 o 2019 y para 2 más (Francia e Italia) sólo existen datos para un año. Por ello, en este caso no es posible ofrecer datos de tendencias a lo largo del tiempo. El porcentaje medio de cobertura en el año 2020 para el conjunto de los países de la muestra fue del 56,8%. A pesar de la escasez de datos disponibles sí es posible observar a nivel estatal el acusado descenso en la cobertura de inmunización en países como Bolivia (del 54% al 23,4% entre 2018 y 2020), México (del 81,6% en 2012 al 50% en 2020) y Perú (del 97% en 2018 al 20,1% en 2020). En los casos de Perú y México habría que corroborar este descenso cuando estén disponibles los datos definitivos del 2020. No así en Bolivia, ya que los datos de 2019 ya reflejan el comienzo del descenso.

Cobertura de inmunización contra la Polio (IPV1)

Para este indicador hay datos para los 20 países de la muestra, pero sólo desde 2015 a 2020, por lo que tampoco aquí es posible ofrecer tendencias de evolución a largo plazo. Los porcentajes medios de cobertura de inmunización se han mantenido prácticamente estables a lo largo de dicho periodo, reflejándose un ligero descenso (del 91,2% de cobertura en 2015 al 90,6% de cobertura en 2020). A nivel país, la cobertura ha descendido en 11 países de la muestra. El descenso fue abrupto en 4 de ellos (Bolivia, Guatemala, México y Perú) y muy leve en los 7 restantes (Canadá, España, Estados Unidos, Finlandia, Italia, Reino Unido, Suecia). La cobertura, en cambio, ha aumentado en Etiopía, Malí, Mozambique, Nueva Zelanda y Suiza.

Cobertura de inmunización contra el Sarampión (MCV) (primera y tercera dosis)

Para estos dos indicadores hay datos disponibles para los 20 países de la muestra, aunque en el caso de la 2ª dosis, algunos países sólo ofrecen datos desde muy recientemente, por lo que para ellos no es posible ofrecer el diagnóstico de la trayectoria de largo plazo. Los porcentajes de cobertura de inmunización para la media del conjunto de los países de la muestra se han mantenido prácticamente inalterados entre 2006 y 2020. Así, el porcentaje de cobertura para la primera dosis pasó del 87,8% en 2006 al 87,7% en 2020; y el de la segunda dosis, del 79,8% al 78,3%. A nivel individual y relación con la cobertura de la primera dosis, los porcentajes se mantienen relativamente estables entre el 2006 y 2020 para la mayoría de los países, salvo para Bolivia, Guatemala, México, Perú, que registran un pronunciado descenso y para Etiopía, Mozambique, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suiza, en donde la cobertura aumenta. En cuanto a la segunda dosis, lo más destacado es el pronunciado aumento de cobertura en EEUU, Malí, Mozambique, Perú y Suiza y el descenso en México.

Cobertura de inmunización al nacer contra el Tétanos neonatal

Este indicador sólo está disponible en los 7 países en desarrollo de la muestra. Se observa un pronunciado aumento en la cobertura media de los siete países entre 2006 (78%) y 2020 (90,6%). Esta tendencia se cumple en todos los países, salvo en Malí que presenta un ligero descenso.

Cobertura de inmunización por las vacunas antineumocócicas (PCV) (primera y tercera dosis)

Para el indicador correspondiente a la primera dosis sólo hay datos disponibles para 14 países y no en todos ellos para el mismo marco temporal (no existen datos para España, Italia, Países Bajos, Portugal, Reino Unido y Suecia y los datos son sólo para años aislados en Canadá, Francia y Finlandia). Con los datos disponibles se puede observar un importante aumento de la cobertura media entre el primer año con datos disponibles de cada país (82,3%) y 2020 (91,13%). Esta tendencia alcista se cumple en todos los países, excepto en Bolivia y Malí. En Guatemala, si los datos son correctos, se ha pasado de un 2,7% de cobertura en 2012 a un 90% de cobertura en 2020.

En relación con la tercera dosis de esta vacuna, la tendencia media del conjunto de los países es aún más positiva en cuanto al aumento de la cobertura (de un 58% en los primeros años de la serie a un 87% en 2020). Aunque existen datos para los 20 países de la serie, para algunos sólo existen datos recientes, por lo que para el cálculo de la cobertura media del inicio de la serie sólo se han podido emplear los datos de 14 países. A nivel estatal, la tendencia alcista se cumple para todos los países, excepto para Estados Unidos, Finlandia y Países Bajos. En algunos países los incrementos de cobertura entre el primer y último año disponibles son especialmente destacados, como es el caso de Alemania, Canadá, Etiopía, Guatemala, Italia, México, Mozambique, Portugal y Suiza.

Cobertura de inmunización contra la Rubéola (RCV)

Para este indicador existen datos completos para 18 países de la muestra (todos salvo Etiopía y Malí) y para Mozambique sólo existen desde 2018 a 2020. La tendencia de la cobertura media para el conjunto de los países ha sido ligeramente decreciente, habiendo disminuido de un 92,24% registrado en 2006 a un 90,67% registrado en 2020. A nivel estatal, los mayores descensos en la cobertura de inmunización contra la Rubéola se observan en Bolivia, Guatemala, México y Perú.

Cobertura de inmunización contra el Rotavirus (ROTAC)

Para este indicador existen datos para 14 países, aunque no todos ellos con datos para la serie temporal 2006-2020 completa. No existen datos para España, Francia, Países Bajos, Portugal, Suecia y Suiza. El porcentaje medio de cobertura de inmunización contra el Rotavirus para el conjunto de los países ha aumentado muy sensiblemente en los últimos años, desde un 49,5% en el primer año disponible para cada país a un 76% en 2020. A nivel estatal, los incrementos han sido especialmente significativos en países como Bolivia, Estados Unidos, Etiopía, Guatemala, Malí, Mozambique y Perú. A pesar del incremento generalizado de la cobertura, en los dos o tres últimos años se ha observado un descenso desde las tasas de cobertura logradas hasta ese momento. Sería éste el caso de Bolivia, Mozambique y Perú.

Cobertura de inmunización contra la Fiebre Amarilla (YFV)

Para este indicador existen datos exclusivamente para tres países (Bolivia, Malí y Perú) y para los tres hay datos durante toda la serie temporal 2006-2020. La tasa de cobertura de inmunización contra la Fiebre Amarilla para la media de los tres países ha disminuido drásticamente entre 2006 (83,33%) y 2020 (60,00%). Aunque este descenso ha sido constante a lo largo de este periodo, se ha incrementado en los últimos dos o tres años, para los tres países de la muestra. Sería conveniente saber si los descensos registrados son debidos a una decisión de salud pública, voluntaria y consciente, o si es debida a cualquier otra causa no deseada.

1.2. Principales titulares del análisis de indicadores de “Situación de los Sistemas de Salud” y análisis pormenorizado por indicador

Titulares

1. En base a los indicadores analizados relacionados con la situación de los sistemas de salud no es posible emitir un dictámen unívoco en cuanto a la evolución temporal de los mismos. En variables relacionadas con las capacidades de preparación sanitaria (RSI) y cobertura sanitaria universal, la mejora es generalizada y muy pronunciada en todos los países de la muestra, siendo mayor en el caso de los países en desarrollo.

2 En cuanto a la seguridad sanitaria, sólo 6 de los 20 países analizados (3 desarrollados y 3 en desarrollo) mejoran su situación, aunque la capacidad de sacar conclusiones de estos datos es limitada, dado que la muestra sólo recoge los años 2019 y 2020. El análisis sí permite observar que la mayoría de los países no han invertido lo suficiente en fortalecer su preparación ante pandemias o epidemias y no han logrado avances significativos hacia un sistema sanitario robusto y accesible, capaz de detectar y responder ante futuras crisis. En casi todos los países han empeorado los riesgos políticos y de seguridad y se sigue sin atender las necesidades especiales de las poblaciones más vulnerables, ampliando el potencial impacto de las emergencias sanitarias.

3. Como era previsible, la priorización de la sanidad dentro del esfuerzo presupuestario total de los países difiere ampliamente entre los países desarrollados (15,85% del gasto sanitario en el gasto público total) y en desarrollo (10,55%). Aún así, uno de los tres países de la muestra con menor porcentaje de inversión pública en sanidad es Suiza, junto a Mozambique y Malí.

Análisis por indicador

- En cuanto a las **capacidades de preparación del sistema sanitario** nacional ante posibles peligros para la salud pública de dimensión internacional, 5 de los 20 países de la muestra empeoraron entre 2010 y 2019. Tres de ellos son países en desarrollo (Guatemala, Malí y Perú) y dos países desarrollados (Finlandia y Portugal). Este indicador se ha medido en base al porcentaje de adhesión de los países a 13 normativas clave de la Regulación Sanitaria Internacional (RSI) relacionadas con la vigilancia y la preparación.
- La totalidad de los 20 países analizados han mejorado entre 2010 y 2019 sus valores relativos a la cobertura sanitaria universal (medida en base al **Índice de Cobertura Sanitaria Universal Efectiva** del Global Burden of Disease). La tasa de mejora ha sido mucho mayor en los países en desarrollo (19,06%) que en los países desarrollados (2,60%).
- En cuanto a la **seguridad sanitaria**, sólo 6 de los 20 países analizados (Canadá, España, Etiopía, Mozambique, Nueva Zelanda y Perú) mejoran entre 2019 y 2021. Esta cuestión se ha medido a través del Global Health Security Index (sólo disponible para

2019 y 2021), que analiza la seguridad sanitaria de los países en el marco de otros factores que resultan esenciales a la hora de luchar contra crisis sanitarias (como pueden ser los riesgos políticos y de seguridad, la fortaleza del sistema sanitario en su conjunto o la adhesión del país a estándares y reglas internacionales).

- El **gasto público en sanidad**, como porcentaje del total del gasto público mide el grado de priorización política dada a la sanidad en dicho país. Esta priorización es sensiblemente mayor en los países desarrollados que en los ricos, siendo el peso del gasto público en salud de un 15,85% en los primeros frente a un 10,55% en los segundos. Destacan, por ser los tres valores más bajos de la muestra, Mozambique (8,22%), Suiza (6,44%) y Malí (4,97%).



1.3. Principales titulares del análisis de indicadores de “I+D+i” y análisis pormenorizado por indicador.

Titulares

1. Mientras que la inversión industrial privada en I+D en dos sectores clave para la presente investigación (industria farmacéutica y biotecnología y servicios y equipos relacionados con la sanidad) aumentó entre los años 2013 y 2019 en 11 de los 13 países de la muestra para la que hay datos (los países desarrollados), la inversión pública en I+D+i para enfermedades olvidadas, disminuyó en casi la mitad de los países desarrollados de la muestra (6 de 14 países).

2. Las diferencias de la inversión per cápita entre los países de la muestra son muy pronunciadas. En la inversión privada destaca Suiza, con una inversión per cápita que es 77 veces mayor que la media del resto de países desarrollados de la muestra. En la inversión pública para enfermedades olvidadas, EEUU dispone de una inversión per cápita que es 50 veces mayor que la de países como Finlandia, México o Portugal.

3 En cuanto al panorama favorable a la innovación, 5 de los 7 países en desarrollo de la muestra (Bolivia, Etiopía, Guatemala, Malí y Mozambique) empeoraron su puntuación entre 2010 y 2020. En cambio, todos los países desarrollados (salvo Canadá y Nueva Zelanda) mejoraron su valoración durante el mismo período.

Análisis por indicador

- La **inversión industrial privada en I+D** (en dos sectores clave: industria farmacéutica y biotecnología y servicios y equipos relacionados con la sanidad) ha aumentado entre los años 2013 y 2019 en 11 de los 13 países de la muestra para los que hay datos (los países desarrollados). Los dos países en los que la inversión no aumentó a lo largo de dicho periodo son Portugal y Suecia. Las magnitudes de esta inversión varían ampliamente (desde los 92.000 millones de dólares de EEUU en 2019 a los 45 millones de dólares de Portugal de ese mismo año). En términos per cápita, sin embargo, es Suiza quien más ha invertido (con 2.279 \$/per cápita) frente a los 5\$/per cápita de Portugal, los 8\$ de Italia o los 9\$ de España. Al acabarse los datos en 2019, no se recoge aún el posible aumento de la inversión privada relacionada con la COVID-19.

- En cuanto a **inversión pública en I+D+i para la investigación sobre enfermedades olvidadas**, sólo hay datos disponibles para 14 países de la muestra (los países desarrollados más México). La inversión media de los 14 países considerados conjuntamente aumentó un 20,7% entre 2017 y 2019 (último año con datos disponibles). A pesar de dicho aumento, en 7 de estos 14 países (Canadá, España, Finlandia, México, Nueva Zelanda, Países Bajos y Suecia) dicha inversión disminuyó a lo largo del mencionado período. Esta inversión, calculada en términos de esfuerzo per cápita, muestra también una gran disparidad entre los países analizados. En 2019 la inversión varió desde los 5,51\$ per cápita de EEUU hasta una inversión menor a los 0,10\$ per cápita en el caso de España, Finlandia, México y Portugal.

Para 7 de los 20 países analizados (Bolivia, Canadá, Etiopía, Guatemala, Malí, Mozambique y Nueva Zelanda) su valoración en el **Índice Mundial de Innovación** ha empeorado entre 2010 y 2020. De los 7 países en desarrollo de la muestra 5 se encuentran entre los que han empeorado su valoración en dicho índice durante la década 2010-2020. Al mismo tiempo, en todos los países salvo en 3 (España, Holanda y Suiza) la valoración en 2020 fue mejor que en el año anterior.



1.4. Principales titulares del análisis de indicadores sobre “Respuesta a la COVID-19 y situación Post-Pandemia” y análisis pormenorizado de indicadores

Titulares

1. Los países pusieron en marcha más políticas para hacer frente a los impactos de la pandemia en el sector de la protección social que en el de la violencia de género. Mientras que el número de políticas relacionadas con la violencia de género fue muy similar entre los países desarrollados y en desarrollo, los países desarrollados implementaron un 40% más de políticas de protección social que la media de los países en desarrollo.
2. Para un tercio de los países para los que hay datos que permitan la comparación, el porcentaje de población que sufre inseguridad alimentaria moderada o grave ha empeorado entre 2019 y 2020. Con independencia de la evolución, las cifras de los siete países en desarrollo de la muestra son alarmantes (todos ellos entre el 69,1% de Mozambique y el 47,1% de Perú).
3. Parecen existir evidencias de que la COVID-19 ha impactado en los procesos de vacunación infantil para enfermedades no relacionadas con la pandemia. Se observa una disminución de un 7% en la cobertura esperada de vacunación para 2020 tanto en el caso de la tercera dosis contra el tétanos, la difteria y la tos ferina, como en la primera dosis contra el sarampión. De entre todos los países de la muestra llama la atención Perú, por sus altas tasas de interrupción estimada de la vacunación infantil, así como las bajas tasas de interrupción estimada para países como Bolivia, Etiopía o Mozambique.

Análisis por indicador

- A pesar de lo imperfecto que es medir la respuesta política de un país a la COVID-19 por el **número de políticas puestas en marcha** en un determinado ámbito o sector, sí puede emplearse como aproximación de su proactividad y sensibilidad con la problemática abordada. Así, durante 2020 los países desarrollados pusieron en marcha de media prácticamente el mismo número de medidas políticas en el ámbito de la violencia de género en el contexto de la pandemia que los países en desarrollo (7 frente a 6,5 medidas). En cambio, en el ámbito de la protección social implementaron un 40% más de medidas que los países en desarrollo (16,7 frente a 12). A pesar de las cifras medias, los dos países que más medidas contra la violencia de género implementaron durante el 2020 fueron Bolivia y Perú (13 y 14 medidas respectivamente). En cuanto a medidas de protección social, los países más activos fueron Canadá y Estados Unidos (ambos con 31 medidas) seguidos por España (28 medidas).
- Existen datos sobre el **número de personas que padecen inseguridad alimentaria moderada o grave** para 17 de los 20 países de la muestra (no estando disponibles para Bolivia, Mali y México). El porcentaje de esta problemática en el conjunto de la



población va desde los 69,1% de Mozambique y los 54,9% de Etiopía, hasta los 3,5% en Alemania o los 2,3% en Suiza. El porcentaje medio en los países desarrollados es del 6,81%, frente a un 55,7% en los países en desarrollo. Si se comparan las cifras de 2019 con las de 2020 (para detectar el posible impacto del inicio de la pandemia sobre la inseguridad alimentaria) se observa que para los 12 países para los que hay información, sólo 4 empeoran sus cifras (España, Guatemala, Mozambique y Portugal).

- La pandemia ha generado un **retraso en otros procesos de vacunación infantil no directamente relacionados con la COVID-19**. Este impacto ha sido, en términos generales, muy similar en el caso de la vacuna DTP3 (tétanos, la difteria y la tos ferina) y MCV1 (sarampión), con una disminución de un 7% en la cobertura esperada de vacunación en ambos casos. Sí existe diferencia entre una y otra vacuna en cuanto al impacto entre países en desarrollo y países desarrollados. En el caso de la DTP3, la interrupción ha sido mayor en los países en desarrollo que en los desarrollados (9,7% frente a un 5,1%), debido sobre todo a la altísima tasa de interrupción presentada por Perú (un 32% de disminución de la vacunación). En el caso de la MCV1, la interrupción estimada es ligeramente superior en el caso de los países desarrollados (7,7% frente al 6,4%). Ello puede deberse tanto a la alta tasa de interrupción estimada en la vacunación en España (del 16%) como en las bajas tasas de interrupción estimada en países en desarrollo como Bolivia, Etiopía o Mozambique (1%, 1% y 3%, respectivamente).

1.5. Respuesta de los documentos de planificación de la Cooperación Española a los principales hallazgos obtenidos del análisis de indicadores

A la luz de los resultados del análisis de los indicadores de la presente investigación, la principal conclusión acerca de la adecuación de los documentos de planificación de los que dispone la Cooperación Española para hacer frente a los nuevos retos planteados por la COVID-19 en el ámbito de la salud y la infancia, es positiva. Y lo es debido, principalmente, a que los indicadores disponibles aún no reflejan grandes novedades respecto de las problemáticas existentes antes de la pandemia, por lo que las prioridades y estrategias que fueran adecuadas antes de la COVID-19 lo siguen siendo ahora, o al menos no hay evidencias que permitan demostrar lo contrario.

El abordaje por parte de la cooperación española de problemáticas que se encuentran en la base de la garantía de la salud infantil (como son la desnutrición, las principales causas de mortalidad infantil, el fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, la cobertura universal de inmunización, la protección social o el acceso equitativo y universal a los servicios de salud y de protección social) es una garantía de que sus estrategias van a seguir siendo relevantes y adecuadas en el contexto de pandemia y post-pandemia.

Incluso, la Estrategia de Respuesta Conjunta a la COVID-19 de la Cooperación Española hace mención a una de las pocas problemáticas que las previsiones existentes con los datos disponibles parecen destacar: la interrupción, a causa de la COVID-19, de la vacunación respecto de otras enfermedades y su grave afectación a la infancia.

La única cuestión que no parece haber quedado reflejada en ninguno de los documentos de planificación de la Cooperación Española y en la que, sin embargo, España aparece a la cola en la comparación con el resto de países de la muestra, es en la inversión pública para la I+D+i vinculada con enfermedades olvidadas. Recordemos que España invierte 545 veces menos que EEUU en este tipo de investigación (78 veces menos si se calcula en términos per cápita).





Los compromisos de España en materia de salud global: análisis del marco normativo e institucional de la cooperación española en lo relativo a la salud, con especial atención a la infancia

Los compromisos de España en materia de salud global: análisis del marco normativo e institucional de la cooperación española en lo relativo a la salud, con especial atención a la infancia.

Titulares

En el análisis de los compromisos a nivel estatal, llama la atención que la Estrategia de Infancia de la Cooperación Española no haya sido revisada ni evaluada desde el año 2015 en el que se publicó. Sobre todo, teniendo en cuenta lo difícil que resulta obtener información desagregada en infancia para las intervenciones de la cooperación española y lo que esto complica el análisis de impacto.

Respecto al análisis de los Marcos de Asociación País de los países analizados, cabe decir que en todos ellos existen compromisos con la salud infantil. Ahora bien, los de Guatemala y Mali destacan especialmente por conceder a la cuestión analizada especial relevancia.

En general, los textos analizados incorporan un enfoque transversal de derechos humanos que contempla la infancia como colectivo especialmente vulnerable.



2.1. Análisis a nivel estatal

Para la redacción de este apartado se ha efectuado una revisión de los principales documentos que orientan en la actualidad las actuaciones de la cooperación española a nivel estatal. Con el estudio de los textos se han detectado los principales compromisos que la cooperación española ha adquirido en relación con la salud y la infancia. De esta manera, el lector podrá realizar una lectura tanto en clave de presencias como de ausencias. Entendiendo como fundamental el enfoque multidimensional y transversal de los retos globales, siempre que ha sido posible se han recogido aquellos compromisos que de alguna manera interaccionan positivamente con la salud de la infancia como pueden ser cuestiones de género, alimentación, educación o acceso al agua.

La política española de cooperación internacional al desarrollo se encuentra regulada por la Ley 23/1998 de 7 de julio sobre Cooperación Internacional para el Desarrollo cuya última modificación fue realizada el 26 de marzo de 2014. Entre las muchas cuestiones que establece la Ley, están las prioridades sectoriales, entre las que encontramos una única referencia a la salud, vinculada al compromiso con los servicios sociales básicos. De otro lado, la infancia también aparece mencionada una sola vez y de nuevo en el apartado de las prioridades sectoriales, esta vez en relación al compromiso con la defensa de los grupos de población más vulnerables (menores y erradicación del trabajo infantil).

Actualmente, el marco normativo de la cooperación española está siendo objeto de revisión por considerarse antiguo y poco adaptado a la realidad de nuestro tiempo. Por este motivo, en febrero de 2021 se constituyó en el Congreso de los Diputados la Subcomisión para el Estudio del Marco Normativo y del Sistema de Cooperación al Desarrollo, la cuál emitió su informe final⁴ en verano del 2021. De su diagnóstico se extraen entre otras las siguientes necesidades: adecuación de la norma a la Agenda 2030 integrando el enfoque multidimensional y de retos globales; fortalecimiento de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID); integración del enfoque de Coherencia de Políticas para el Desarrollo Sostenible (CPDS); mejora de la coordinación entre los distintos actores de la cooperación; así como el perfeccionamiento de los mecanismos de seguimiento y evaluación.

El informe de la Subcomisión incorpora una serie de recomendaciones entre las cuales figura el establecimiento de la salud global como eje de actuación prioritario con especial atención al fortalecimiento de sistemas sanitarios, la mejora de la salud sexual y reproductiva y el acceso al agua y saneamiento, todo ello con especial atención a los grupos poblacionales más vulnerables. La reforma del marco normativo y el sistema de cooperación se sometió a consulta pública⁵ entre el 10 y el 25 de noviembre del año 2021 y a audiencia e información pública⁶ entre el 17 y el 26 de enero del 2022.

El documento de planificación de la cooperación española por excelencia es el Plan Director. El actual ha estado en vigor desde el 2017 y ha finalizado su vigencia a finales del 2021. Es posible afirmar que la salud de la infancia es una cuestión a la que la redacción del V Plan Director prestó especial atención. En primer lugar, entre los retos globales del desarrollo contempla la mortalidad por enfermedades prevenibles y la desnutrición crónica en menores de 5 años. Esta preocupación tiene su reflejo en los objetivos estratégicos y las líneas de actuación del Plan. Respecto de las líneas de

4. "Informe de la Subcomisión para el Estudio de la actualización del marco normativo y del Sistema de Cooperación Internacional para el Desarrollo". (2021). Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo:

https://www.congreso.es/public_oficiales/L14/CONG/BOCG/D/BOCG-14-D-306.PDF#page=29

5. "Consulta Pública Previa a la elaboración de un anteproyecto de nueva Ley de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global" (2021). Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación: <http://www.exteriores.gob.es/Portals/es/Documents/10-11-2021%20Consulta%20pu%CC%81blica%20previa%20Ley%20de%20Cooperaci%C3%B3n.pdf>

6. "Abierto el Plazo de Audiencia e Información Pública para el Anteproyecto de Ley de Cooperación" (2022). Cooperación Española:

https://www.cooperacionespanola.es/noticia/Abierto_el_plazo_de_Audiencia_e_Informaci%C3%B3n_P%C3%BAblica_para_el_anteproyecto_de_Ley_de_Cooperaci%C3%B3n

actuación en materia de salud se contempla: el fortalecimiento de los sistemas sanitarios (con especial interés en evitar la mortalidad infantil y materna), el derecho a la salud sexual y reproductiva (con especial interés en los impactos positivos en mujeres y niñas), el refuerzo de sistemas de preparación y respuesta a emergencias sanitarias y el acceso a productos sanitarios esenciales, como vacunas o medicamentos. Si se trasciende el ODS 3 y se adopta una visión multidimensional, algunas líneas de acción en relación con la seguridad alimentaria o con el acceso a agua y saneamiento también podrían contemplarse en este análisis pues están relacionadas (y el texto así lo expresa también) con causas de mortalidad infantil, ya sea por desnutrición o por enfermedades derivadas de la ingesta de aguas no potables.

El siguiente documento estudiado ha sido la Estrategia de Infancia de la Cooperación Española publicada en el año 2015. Conviene mencionar que la Estrategia de Infancia preveía una evaluación bienal que nunca tuvo lugar. Fruto de algunas de las entrevistas realizadas en la presente investigación se ha podido saber que los trabajos de evaluación ya han comenzado y una vez finalizados se valorará la revisión del texto de la Estrategia. En las entrevistas también se mencionó que seguramente los retos globales de la infancia no hayan cambiado mucho en los últimos 6 años, si bien sería necesaria una revisión de la Estrategia atendiendo a los retrocesos que la pandemia ha generado en cuestiones como la nutrición o los programas de vacunación, así como nuevas problemáticas como los impactos en la salud mental de la infancia. También fue señalado como clave para la revisión de la Estrategia la importancia de mantener la visión holística que esta ya incorpora en su actual redacción así como la relevancia de dotarla de impulso económico efectivo.

Retomando el análisis de los compromisos, la Estrategia recoge algunas cuestiones relevantes en materia de salud atendiendo al abordaje de la desnutrición y a las princi-



pales causas de mortalidad infantil, al fortalecimiento de los sistemas públicos de salud, a la cobertura universal de inmunización, al acceso equitativo y universal a los servicios de salud y de protección social, así como, a los derechos de participación. El aterrizaje de esos compromisos se realiza a través de actuaciones, como la formación de personal sanitario, los programas de atención médica, el acceso a tratamientos, el fortalecimiento de las instituciones de salud, el apoyo a programas de protección social o el alineamiento con otros países socios a través de iniciativas internacionales (entre otros).

La Estrategia de Respuesta Conjunta a la COVID-19 fue publicada en julio del año 2020 por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEC) y constituye la hoja de ruta que guía la respuesta de la cooperación española ante la pandemia. Se articula en torno a 3 grandes prioridades, dos de las cuales contienen referencias específicas a la infancia. La primera prioridad tiene que ver con *“salvar vidas y reforzar los sistemas de salud pública”*. En ella se contempla el acceso equitativo a la vacuna de la COVID-19, con especial atención a mujeres y niñas. Por otro lado, se pone de manifiesto la grave afectación que para la infancia tendría la interrupción, a causa de la COVID-19, de la vacunación respecto de otras enfermedades. La segunda prioridad está fijada en *“proteger y recuperar los derechos y reforzar las capacidades de las personas en situación de exclusión o vulnerabilidad”*. Respecto de la misma se recalcan los impactos que tiene (además de en la generación de capacidades) en la alimentación de los niños/as la interrupción de los servicios escolares. Si se amplía el enfoque, más allá de la salud infantil, esta segunda prioridad recoge de manera general la importancia de proteger y promover los derechos de la infancia, especialmente en situaciones de emergencia.

Para el seguimiento de la Estrategia de Respuesta Conjunta se preveían reuniones de seguimiento así como una plataforma web en la que la información relativa a finanzas y compromisos fuera actualizándose. No obstante, la única información que disponible respecto del seguimiento de la Estrategia ha sido una noticia publicada por la AECID el 30 de noviembre del año 2020 en la que se da cuenta de la primera reunión de seguimiento con más de 50 participantes de la Administración General del Estado, las CCAA, la FEMP y sociedad civil. Algunas de las personas entrevistadas destacaron que la Estrategia es (por el momento en que se redacta y la crisis que enfrenta) necesariamente general. Ahora bien, en sus posibles revisiones o actualizaciones, sería conveniente ir introduciendo análisis más específicos de necesidades e impactos concretos en grupos vulnerables como la infancia.

En último lugar, se ha analizado el Plan de Acceso Universal: Compartiendo vacunas contra la COVID-19, *“vacunación solidaria”*. Este Plan fue publicado en enero del año 2021 y en su elaboración participaron tanto el MAEC como el Ministerio de Sanidad. El documento recoge la articulación de las actuaciones españolas que buscan contribuir al acceso universal y equitativo a la vacuna del COVID-19 en otros países. En todo el documento, tan sólo hay una referencia a la infancia, en relación con la especial atención a mujeres y niñas en el acceso equitativo a la vacuna de la COVID-19, ya citada en la Estrategia de Respuesta Conjunta. Esta cuestión salió a relucir en alguna de las entrevistas, señalándose que pudiera deberse a que hasta hace relativamente poco la infancia no estaba siendo vacunada de la COVID-19, no obstante, ahora que sí está haciéndose quizá convendría actualizar el Plan para incluir alguna referencia.

2.2. Análisis de los Marcos de Asociación País

En este apartado se analizarán los Marcos de Asociación País (MAP) que la cooperación española ha firmado con seis países, con objeto de detectar en ellos compromisos relevantes en materia de salud e infancia⁷. Estos países son: Bolivia, Etiopía, Guatemala, Mali, Mozambique y Perú.

Marco de Asociación País entre España y Bolivia (2018-2021): El documento destaca algunas actuaciones estratégicas por las que la cooperación española había apostado en el MAP anterior (2011-2015). A continuación se enumeran aquellas que tienen que ver con la salud: la formación de personal sanitario especialista, el apoyo en cuestiones relacionadas con evaluación de medicamentos genéricos y procedimientos para ensayos clínicos, la mejora del derecho a la salud sexual y reproductiva o la lucha contra la enfermedad de chagas. El MAP actual fija nueve resultados de desarrollo pero sólo cuatro tienen que ver con salud (uno de manera directa y el resto si adoptamos la visión holística del enfoque ODS 3 plus⁸). El resultado de desarrollo que se relaciona de manera directa con la salud es aquel que prevé mejorar el *“acceso a la salud de la población boliviana, aumentando su esperanza de vida y disfrutando de bienestar a lo largo de la vida”*. Todo ello se pretende lograr a través de la formación de personal sanitario, gestión participativa y atención integral de calidad. Los otros resultados de desarrollo que fija el MAP relacionados indirectamente con la salud tienen que ver con cuestiones sobre violencia contra las mujeres y las niñas, agua y saneamiento y nutrición. Esto se pretende lograr, en el primero de los casos, a través de la atención psicológica y sanitaria para las mujeres víctimas de violencia. El MAP establece que el 68% de sus recursos vayan destinados a agua, educación y salud, el resto se reparte entre desarrollo local y crecimiento económico (20%), gobernabilidad y violencia de género (9%), cultura y desarrollo (1%) y seguridad alimentaria (2%). Salvo la mención a salud sexual y reproductiva no hay ninguna otra mención a lo largo de MAP que pueda vincularse con acciones concretas en salud infantil. Ahora bien, en la última parte de anexos, se expone un alineamiento entre el MAP y el Plan de Desarrollo Económico y Social de Bolivia (2016-2020). Éste Plan nacional sí contempla la importancia del trabajo en salud materno-infantil, por lo que tal vez las actuaciones de la cooperación española se concreten sobre el terreno con alguna acción más en esta materia.

Marco de Asociación País entre España y Etiopía (2011-2015)⁹: El documento analizado señala tres sectores prioritarios de actuación, uno de los cuales es relativo a la salud. Vinculados a dicho sector se exponen algunos resultados, como por ejemplo, la reducción de la mortalidad materno-infantil a través de un incremento en la calidad de servicios relacionados con la atención obstétrica, el acceso a vacunas, anticonceptivos o mosquiteras, así como la formación del personal sanitario especializado. Otro resultado mencionado tiene que ver con la mejora de la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios mediante asistencias técnicas y apoyo financiero para reforzar determinados hospitales en regiones específicas.

Marco de Asociación País entre España y Guatemala (2013-2017)¹⁰: El documento contempla dos programas a través de los cuales la cooperación española desarrollará sus actuaciones en el país. El primero tiene que ver con la desnutrición infantil y el segundo con la violencia contra la mujer. El programa sobre desnutrición infantil prevé resultados en materia de salud, tales como la reducción de niños/as que nacen con bajo peso o la

7. Los países seleccionados se encuentran en aquellas áreas geográficas que más AOD bruta desembolsada en salud han recibido a lo largo de los 14 años analizados por parte de la cooperación española: África Subsahariana, América del Norte, Central y Caribe y América del Sur. Además, figuran entre los 10 países que más AOD han recibido en los años 2019 y/o 2020 según los informes de Medicus Mundi.

8. Según Ramírez-Rubio O., Carrasco J.M., González-Rubio R. y Fanjul G. en el artículo *“ODS 3+: del concepto a la implementación de “la salud en todas las políticas” en España”* (2020), el ODS 3 plus hace referencia: *“a la permeabilidad de la salud y el bienestar como medio y fin en la Agenda 2030 más allá del ODS 3. Esta idea pretende servir de estímulo para ahondar en el análisis e implementación de los ODS desde una perspectiva caleidoscópica, multisectorial y multiactor, que incorpore el impacto en la salud de las personas de medidas tomadas en sectores, en principio, alejados del sanitario”*.

9. Se prevé su actualización durante el año 2022.

10. Se prevé su actualización durante el año 2022.

reducción de morbilidad infantil por diarreas o enfermedades respiratorias. Para el primero de los resultados se prevé trabajar en salud sexual y reproductiva, tanto para prevenir embarazos no deseados como para mejorar la asistencia a las embarazadas. En relación con el segundo de los resultados, se prevé por un lado la atención sanitaria a niños enfermos pero también el trabajo para mejorar hábitos de alimentación y de higiene así como el acceso al agua y saneamiento. El proyecto también prevé resultados y actuaciones en relación con la mejora de la seguridad alimentaria.

Marco de Asociación País entre España y Mali (2016-2018)¹¹: La cooperación española ha fijado dos sectores prioritarios de intervención en Mali: la seguridad alimentaria y la salud sexual y reproductiva. Las líneas generales de actuación que fija el documento se construyen en torno a tres de las orientaciones estratégicas del por entonces IV Plan Director, a las que se vinculan una serie de resultados. La orientación estratégica sobre *“Fomento de sistemas de cohesión social, enfatizando los servicios sociales básicos”* es la que incorpora la línea de acción en salud. Dentro de dicha materia, las fortalezas de la cooperación española tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, el fortalecimiento de sistemas públicos de salud, la nutrición o la mejora de la atención primaria y secundaria. Los resultados de desarrollo a los que la cooperación española prestará especial atención en salud están en relación con: salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, mejora de la cobertura geográfica del sistema sanitario y mejora de la rendición de cuentas y participación en cuestiones sanitarias. El MAP pone de manifiesto la importancia de la complementariedad que debe existir entre las actuaciones en salud y aquellas en materia de agua y saneamiento, medio ambiente y seguridad alimentaria. Por último, señalar que el documento subraya el importante papel de UNICEF en materia de salud infantil y malnutrición y califica la colaboración con dicha agencia de la ONU como prioritaria.

Marco de Asociación País entre España y Mozambique (2021-2024): Este documento ha sido firmado recientemente, concretamente el 14 de octubre del año 2021. Las actuaciones se dividen en 5 temáticas coincidentes con el ODS 2, ODS 3, ODS 4, ODS 5 y ODS 16. Entre los resultados esperados en relación con el ODS 3 se presta especial atención a cuestiones como la mejora de los servicios de salud sexual y reproductiva así como la prevención y la reducción de la desnutrición materno-infantil. Si adoptamos la visión holística del ODS 3 plus, podría mencionarse que dentro de los resultados del ODS 2 puede encontrarse uno relacionado con la mejora del acceso a agua y saneamiento para frenar la desnutrición prestando especial atención a aquellas familias con mujeres embarazadas, adolescentes y niños/as menores de 2 años.

Marco de Asociación País entre España y Perú (2019-2022): El documento actualizado ya no recoge la salud como sector relevante para la cooperación española en el país. No obstante, menciona la continuidad de actuaciones en materia de salud sexual y reproductiva, concretamente a través de la sensibilización y prevención sobre violencia sexual y embarazo en colectivos adolescentes. Las otras actuaciones que se mencionan en materia de salud tiene que ver con el fortalecimiento de la cobertura geográfica del sistema sanitario a través de la puesta en marcha de proyectos piloto en telemedicina. Por lo que respecta a otras intervenciones conectadas indirectamente con salud, es posible destacar aquellas en materia de seguridad alimentaria, diseñadas prestando especial atención a mujeres embarazadas e infancia, ya que la desnutrición y los casos de anemia en niños menores de 3 años preocupa en el país.

11. Se prevé su actualización durante el año 2022.

2.3. Análisis a nivel autonómico

El análisis a nivel autonómico se ha realizado para 6 Comunidades Autónomas: Andalucía, Islas Baleares, Cantabria, Cataluña, Galicia y Navarra. La elección de las mismas ha sido fruto del cruce de dos criterios: su contribución a través de UNICEF para COVAX y la contribución de su cooperación en materia de salud en los últimos 4 años¹². Para el análisis se han revisado las leyes autonómicas de cooperación así como los Planes Directores y otros documentos especialmente relevantes como pueden ser las memorias anuales del último año 2020 u otras estrategias específicas.

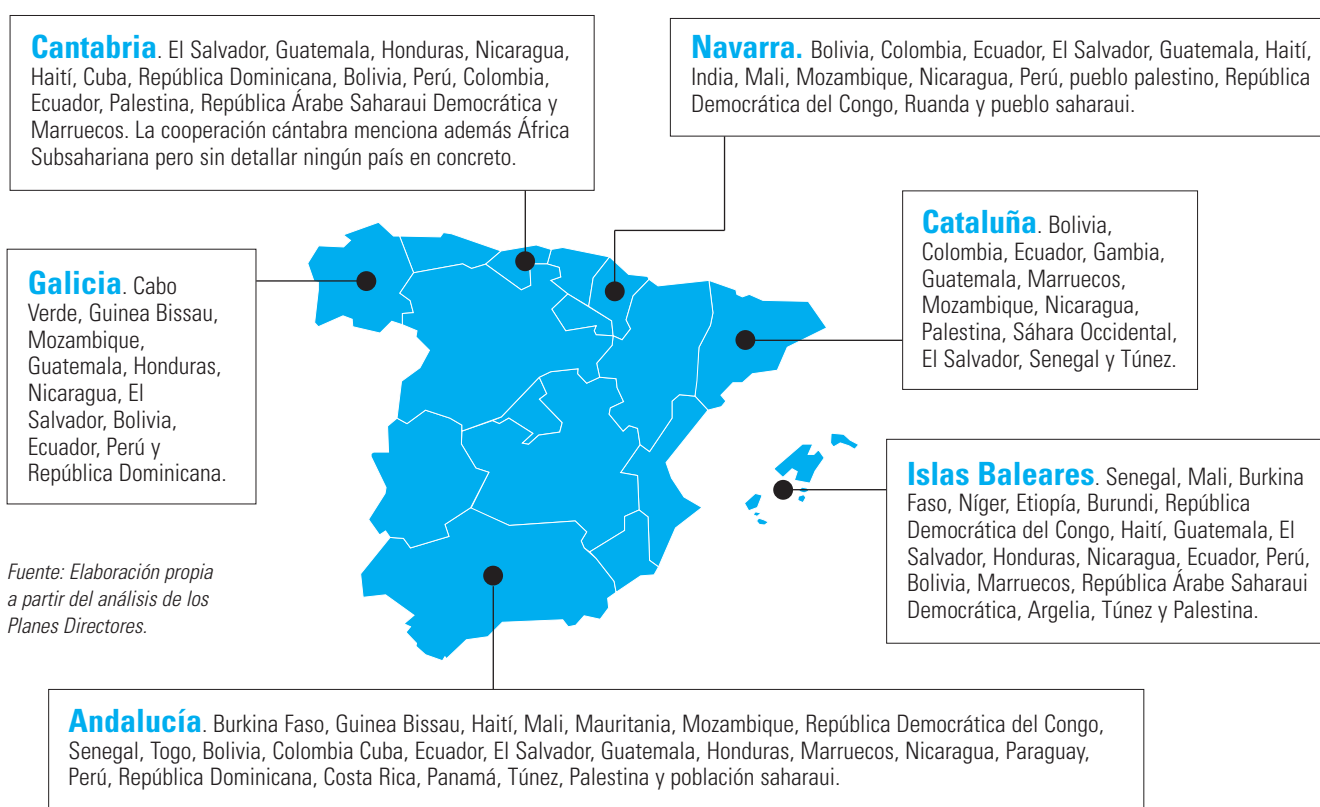
El marco normativo¹³ y estratégico establecido para la cooperación internacional al desarrollo es bastante similar entre las distintas comunidades autónomas, por construirse a imagen del marco nacional. No obstante, se irán señalando algunas diferencias encontradas en la normativa o a partir del análisis de los Planes Directores autonómicos.

- Por lo que respecta a las *prioridades geográficas*, se suelen fijar como principales referencias la lista de países elaborada por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE o aquellos que tengan los índices más elevados de pobreza. Normalmente esto se suele completar con aquellos otros países con los que el territorio en concreto tenga vínculos especiales, ya sean históricos, culturales o de otro tipo. Si por el contrario se hace referencia específica a las regiones estas suelen ser América Latina y Caribe, Norte de África, Oriente Medio y África Subsahariana.

12. La selección de las Comunidades Autónomas para este análisis se llevó a cabo en noviembre de 2021 en base al volumen de sus contribuciones a COVAX aprobadas en ese momento. Algunas de las principales contribuciones autonómicas del 2021 (como es el caso de la Comunidad de Madrid y de Extremadura) aún no se habían aprobado en esa fecha. En el Anexo IV se encuentra la tabla con las aportaciones a COVAX actualizadas a 31 de diciembre de 2021

13. Para el análisis de este apartado se han estudiado: la Ley 5/2001 de 9 de marzo de Cooperación al Desarrollo de Navarra, la Ley 14/2003 de 22 de diciembre de Cooperación Internacional para el Desarrollo de Andalucía, la Ley 4/2007 de 4 de abril de Cooperación Internacional al Desarrollo de Cantabria, la Ley 10/2021 de 9 de marzo reguladora de la acción exterior y la cooperación para el desarrollo de Galicia, la Ley 9/2005 de 21 de junio de Cooperación para el Desarrollo de las Islas Baleares y la Ley 26/2001 de 31 de diciembre de la Cooperación al Desarrollo de Cataluña. Sépase que actualmente se está tramitando la actualización de la Ley de Cooperación Balear.

Prioridades geográficas por Comunidades Autónomas



- Las CCAA que más países distintos consideran prioritarios son Andalucía e Islas Baleares (con 27 y 20 países respectivamente). Los países que las 6 CCAA comparten como prioritarios son: Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala y Nicaragua. Por otro lado, los países que sólo son prioritarios para una de las CCAA son: Argelia (Islas Baleares), Burundi (Islas Baleares), Cabo Verde (Galicia), Costa Rica (Andalucía), Etiopía (Islas Baleares), Gambia (Cataluña), India (Navarra), Mauritania (Andalucía), Níger (Islas Baleares), Panamá (Andalucía), Paraguay (Andalucía), Ruanda (Navarra) y Togo (Andalucía).
- En cuanto a las *prioridades sectoriales en los países en desarrollo*, muchas de ellas son coincidentes. Por lo general, se hace referencia al fortalecimiento de los servicios sociales básicos (entre los que se menciona salud), la protección del medio ambiente, el ejercicio de los derechos humanos, el refuerzo de las capacidades democráticas, la promoción de la cultura, la mejora de infraestructuras y base productiva, así como, cuestiones en relación con la prestación de ayuda en situaciones de emergencia. En relación con la defensa y promoción de los derechos humanos suele mencionarse la infancia como colectivo al que prestar una especial atención. En el caso de Andalucía y de Cataluña se menciona expresamente la salud reproductiva en relación a los servicios sociales básicos de salud.
- Los *agentes* también son bastante similares en todos los planteamientos normativos. Entre los más mencionados destacan, la administración de la propia CCAA, las ONGDs, Universidades, Entidades Locales, organizaciones sindicales, empresas y organizaciones empresariales y los fondos autonómicos para la cooperación. Algunas normativas incluyen otros actores como las confesiones religiosas (como es el caso de las Islas Baleares) o comunidades de personas con raíces autonómicas pero viviendo en el exterior (como es el caso de las Islas Baleares o Galicia).
- Las *modalidades* a las que suelen referirse las normativas por lo general son dos. Por un lado, la cooperación bilateral, entendida como colaboración directa entre la administración autonómica (pudiendo ser a través de los agentes de cooperación) y el país socio. Por el otro, la cooperación multilateral cuando se efectúa a través de un organismo multilateral.
- Respecto de los *instrumentos* tampoco se aprecian variaciones especialmente relevantes, mencionándose en casi todas las normativas la cooperación técnica, económica, financiera, la ayuda de emergencia y humanitaria, la Educación para el Desarrollo y la investigación para el desarrollo. En el caso de Galicia se menciona la 'cooperación en especie' entendiéndose como transferencia directa de bienes o servicios.
- El *marco institucional* puede ser el más complejo de diagnosticar pero de nuevo no encuentra grandes diferencias entre las distintas autonomías. En primer lugar, existen unos órganos rectores que son el Parlamento y el Gobierno autonómico. La labor del Parlamento pasa principalmente por aprobar los Planes Directores y la del Gobierno por dirigir y formular la política de cooperación. Al Parlamento se le suele dar cuenta de manera anual del seguimiento y evaluación de las acciones de cooperación. En segundo lugar están los órganos ejecutivos que son la Consejería o Departamento competente y la Dirección General. Mientras que la Consejería desarrolla la acción del gobierno en materia de cooperación, la Dirección General suele redactar los Planes

(tanto Directores como Anuales) y encargarse del seguimiento y evaluación de las acciones en materia de cooperación. El tercer lugar está reservado para los órganos consultivos o de coordinación que suelen ser la Comisión Interdepartamental, la Comisión de Coordinación Interterritorial y el Consejo de Cooperación. Los dos primeros responden a una necesidad de coordinación horizontal (entre departamentos) y vertical (entre territorios, normalmente entidades locales) de la administración. El Consejo de Cooperación por su parte tiene una labor consultiva y de participación. Suele emitir recomendaciones sobre cuestiones que afectan a la cooperación y en su seno acoge la representación de ONGDs, empresas, sindicatos, universidades, etc.

Consejería responsable de Cooperación de cada Comunidad Autónoma



Terminado el análisis normativo y estratégico, a continuación se da paso al análisis de los compromisos en materia de salud e infancia contenidos en los distintos Planes Directores autonómicos. Al igual que en el apartado equivalente en el nivel nacional, se mencionan los compromisos expresamente relacionados con salud global e infancia. Ahora bien, siempre que ha sido posible se han mencionado también cuestiones con sinergias positivas como las relacionadas con la seguridad alimentaria o el agua y saneamiento.

III Plan Director de la Cooperación Navarra (2021-2024): El Plan Director fija 5 prioridades sectoriales entre las que figura la salud, prestando especial atención a cuestiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, la desnutrición infantil o el acceso equitativo y de calidad a los servicios sanitarios. El Plan se articula en torno a 3 ejes estratégicos: “Eje I. Acompañamiento de procesos de desarrollo y acción humanitaria en países socios;” “Eje II. Educación para el desarrollo” y “Eje III. Fortalecimiento de las capacidades del sistema de cooperación.” Si bien es cierto

que la salud no está identificada como un eje estratégico propiamente dicho, sí está identificada como sector prioritario y así debe orientar (junto con las 4 prioridades sectoriales restantes) las actuaciones en los distintos ejes, en especial en el primero. Más allá de las referencias a la salud sexual y reproductiva y a la desnutrición infantil antes mencionadas no se encuentran en el texto más compromisos específicos en salud e infancia.

III Plan Andaluz de Cooperación para el Desarrollo (2020-2023): El Plan Director se vertebra en torno a 3 ámbitos estratégicos *“AE1. Alinear el modelo de desarrollo a la Agenda 2030”*; *“AE2. Contribuir a la lucha contra la pobreza, la desigualdad y la promoción del desarrollo humano sostenible”* y *“AE3. Promover una ciudadanía global informada, formada y comprometida con un mundo mejor”*. En el ámbito estratégico segundo es en el que podemos encontrar algunos objetivos en relación con la salud. Así se manifiesta un compromiso con el acceso a vacunas y medicamentos, con la salud sexual y reproductiva o con el acceso equitativo y de calidad a los servicios sanitarios (entre otros). Además, respecto de las crisis humanitarias, se hace especial referencia al tratamiento de enfermedades olvidadas y a la importancia de restablecer los servicios esenciales en salud. En este mismo ámbito estratégico se prevén también compromisos en relación con la seguridad alimentaria y con el agua y saneamiento aunque no específicamente vinculados en cuanto a la relación con la salud de las poblaciones. En definitiva, el Plan Director, no incorpora compromisos expresamente relacionados con la salud y la infancia salvo por la referencia a la salud sexual y reproductiva anteriormente mencionada.

II Plan Director de la Cooperación al Desarrollo de Cantabria (2018-2021): El Plan Director fija una serie de prioridades sectoriales articuladas a través de 4 ejes: *“Eje I. Personas”*; *“Eje II. Gobernanza democrática y derechos humanos”*; *“Eje III. Desarrollo económico, social y sostenible”* y *“Eje IV. Medio ambiente”*. Es en el primero de los ejes donde se encuentran algunos compromisos en relación a la salud y a la infancia. Por un lado se fija el objetivo de garantizar los derechos de la infancia de manera general pero, además, se prevé el apoyo a los servicios sanitarios con especial atención a la salud reproductiva y materno-infantil. No se aprecian más compromisos expresos en materia de salud infantil en el texto.

IV Plan Director de la Cooperación Gallega (2018-2021): El Plan Director fija 5 ámbitos estratégicos de actuación: *“Promover el ejercicio de los derechos sociales básicos por las personas y colectivos más vulnerables”*; *“Apoyar la agricultura, la pesca y la acuicultura sostenibles”*; *“Impulsar la equidad de género y el empoderamiento de los derechos de las mujeres y de la infancia”*; *“Paliar y reducir la vulnerabilidad respondiendo a las crisis humanitarias con eficiencia y calidad”* y *“Construir una ciudadanía global comprometida”*. Es en el primero de los ámbitos estratégicos citados (concretamente en su apartado de salud) en el que se recogen compromisos respecto de actuaciones específicas como el fortalecimiento de los sistemas sanitarios, el apoyo a la salud sexual y reproductiva, el apoyo a la salud materno-infantil, la lucha contra el VIH o el tratamiento de enfermedades olvidadas. Además, se presta también atención a aquellas enfermedades causadas por problemas en el acceso al agua y al saneamiento. En el tercero de los ámbitos estratégicos citados, el relativo al empoderamiento de los derechos de las mujeres y la infancia, reitera compromisos sobre salud sexual y reproductiva.

IV Plan Director de la Cooperación al Desarrollo de las Islas Baleares (2020-2023): El Plan Director fija 4 prioridades en relación con la cooperación al desarrollo: *“Derecho a los servicios sociales básicos”, “Desarrollo local y dinamización de economías comunitarias”, “Derechos humanos y equidad de género”* y *“Protección del medio ambiente, la biodiversidad y la lucha contra el cambio climático.”* Es en la redacción de la primera de las prioridades en la que podemos encontrar compromisos en salud pero sin más concreción que el propio título del ODS 3 y sin referencias específicas a la infancia.

Plan Director de la Cooperación al Desarrollo de Cataluña (2019-2022): El Plan Director fija 7 objetivos estratégicos en relación con las actuaciones de desarrollo. El primero de ellos tiene que ver con *“Contribuir a la defensa, la garantía y el ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y a la transformación de estructuras que perpetúan las desigualdades entre hombres y mujeres.”* Es entre sus prioridades donde se observa la referencia al compromiso con los derechos sexuales y reproductivos.

Como puede observarse, salvo en casos contados, hay escasos compromisos en materia de salud e infancia en los Planes Directores autonómicos analizados. Ahora bien, cabe destacar que en todos ellos la infancia es señalada como colectivo de especial atención dentro del enfoque de Derechos Humanos, que de alguna manera permea los documentos.



Para terminar el análisis sobre los compromisos en materia de salud e infancia, se ha revisado la existencia de Estrategias de Infancia en las cooperaciones autonómicas, pero no se ha encontrado ningún documento al respecto. Tan sólo en el caso de Galicia puede mencionarse la publicación reciente de una Estrategia de Respuesta a la COVID-19 de la Cooperación Gallega (2021). Esta Estrategia identifica la infancia como colectivo especialmente afectado por la pandemia y no sólo en cuestiones de salud física sino también en relación con la salud mental. Además, señala que las distintas actuaciones implementadas tendrán en cuenta la infancia (entre otros colectivos especialmente impactados) de manera transversal.

A continuación se muestra una tabla en la que se recogen algunos cambios en la cooperación autonómica a partir de la llegada de la pandemia que han sido identificados a través de la revisión de las Memorias Anuales de las cooperaciones autonómicas del año 2020 así como de informaciones contenidas en las páginas web institucionales.

Cambios consecuencia de la pandemia en cada Comunidad Autónoma



14. "Informe Anual de la Cooperación Andaluza" (2020) AACID: <https://www.juntadeandalucia.es/aacid/wp-content/uploads/2021/07/Informe-2020-WEB.pdf>

15. "Extratexia de resposta á COVID-19 da Cooperación Galega" (2021) Cooperación Galega: https://cooperacion.xunta.gal/sites/w_coopga/files/basica/estratexia_de_resposta_a_covid-19_da_cooperacion_galega_xaneiro2021_0.pdf

16. "Memoria de Cooperación al Desarrollo. Islas Baleares" (2020). Consellería Afers Socials i Esports": <http://www.caib.es/govern/rest/arxiu/4666023>

17. "Memòria d activitats" (2020) Agència Catalana de Cooperació al desenvolupament: <http://cooperaciacatalana.gencat.cat/web/.content/continguts/01accd/resultats/memories/memoria-accd-2020.pdf>

2.4. Análisis a nivel municipal

En este apartado se analizan brevemente los Planes de Cooperación Internacional de los Ayuntamientos de Barcelona y Madrid. Conviene mencionar que tanto el esquema institucional como el estratégico no difieren en mucho de los esquemas autonómicos ya analizados.

Plan Director de Cooperación para la Justicia Global de Barcelona (2018-2021): El documento fija diez objetivos de cooperación relacionados con las siguientes temáticas: economía, medio ambiente, igualdad de género, migraciones, derechos humanos, paz, gobernanza democrática, derechos en las ciudades, asistencia humanitaria y coherencia de políticas. Es en la redacción de dichos objetivos donde aparecen las únicas referencias a salud, por un lado, e infancia, por otro. La referencia a “salud” puede encontrarse relacionada con el objetivo acerca de *“Promover el derecho a la ciudad”* y tienen que ver con el acceso a servicios públicos básicos, entre ellos la salud. La referencia a “infancia” puede encontrarse en el objetivo sobre *“Promover el derecho a migrar, a desplazarse y al refugio”* en el que se menciona la importancia de proteger los derechos de este colectivo. El Ayuntamiento de Barcelona contempla dedicar un 0,7% de los recursos municipales a la cooperación internacional. Respecto a las prioridades geográficas se identifican ciudades prioritarias en el Mediterráneo y Oriente Medio (como Túnez o Amán), en África Subsahariana (como Maputo o Dakar), en Centroamérica y el Caribe (como La Habana), en América del Sur (señalando aquellas ciudades colombianas inmersas en el proceso de paz). Mención aparte reciben los *“pueblos sin Estado, como el palestino (...) o las diásporas como la siria”*. El principal espacio de participación es el Consejo Municipal de Cooperación Internacional para el Desarrollo (nuevamente en línea con las estructuras autonómicas).

Marco Estratégico para la Política de Ciudadanía Global y Cooperación Internacional de la Ciudad de Madrid (2018-2021): El documento establece cuatro ámbitos estratégicos de actuación relacionados con cuestiones de gobernanza; paz y derechos humanos; ciudades sostenibles; así como economía y sociedad. No existe en todo el documento ninguna referencia a la “salud” pero sí varias a la infancia. Estas últimas aparecen en relación con el ámbito estratégico sobre *“Promoción de la cultura de paz y solidaridad, prevención de las violencias y defensa de los derechos humanos”* poniendo de manifiesto la especial atención que debe prestarse a colectivos especialmente vulnerables como puede ser la infancia. El Marco Estratégico no detalla áreas geográficas prioritarias. Como espacio de participación puede destacarse el Foro Madrid Solidaria en el que se encuentran distintos actores como el Ayuntamiento, las ONGs, universidades, sindicatos y centros de investigación.

2.5. Alineación con estándares internacionales

En general, todos los documentos analizados contemplan un enfoque transversal de derechos humanos, destacando entre los colectivos vulnerables de especial atención la infancia. Es por ello que puede hablarse de la existencia de alineamiento con estándares internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño¹⁸ o la Carta Europea de Derechos del Niño¹⁹. En especial, los Marcos de Asociación País hacen hincapié en el alineamiento con las Estrategias de Salud de los países socios. Además, las actuaciones en materia de salud infantil se diseñan para, entre otras cuestiones, “reducir la mortalidad infantil”, “asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal” y “combatir las enfermedades y la malnutrición (...) mediante el suministro de alimentos nutritivos y agua potable”, “asegurar que todos los sectores de la sociedad (...) conozcan (...) las ventajas de la lactancia materna, la higiene, el saneamiento ambiental”. Todas ellas, son cuestiones recogidas en el artículo 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño.

18. “Convención sobre los Derechos del Niño” (1989): <https://www.un.org/es/events/chilrenday/pdf/derechos.pdf>

19. “Carta Europea de Derechos del Niño” (1992): https://www.bienestaryproteccioninfantil.es/imagenes/tablaContenidos03SubSec/carta_europ_derechos_inf.pdf



Aportación de España a la salud global: análisis evolutivo de lo invertido en materia de salud por la cooperación española desde 2007 hasta la actualidad, con especial atención a la salud infantil

Titulares del análisis general en salud

1. El total de AOD bruta desembolsada destinado a salud entre los años 2007 y 2020 ha sido de 1.916.563.060,87€. El sector CAD 122 ha sido el que más AOD ha recibido (852.208.656,02€), seguido del sector CAD 121 (633.413.702,88€), del sector CAD 130 (428.987.110,26€) y del sector CAD 123 (1.953.591,70€).
2. El porcentaje medio sobre el total de AOD bruta desembolsada durante dichos años es de 4,2%.
3. El principal modo de canalización es el bilateral y el principal actor la Administración General del Estado.
4. Las áreas geográficas que más AOD bruta desembolsada en salud han recibido han sido (sin tener en cuenta la categoría “no especificado”): África Subsahariana, América del Norte, Central y Caribe y América del Sur.
5. Las CCAA más comprometidas con la cooperación en salud han sido Cataluña (con un total de 77.515.071,30€) y Andalucía (con un total de 76.745.484,83€).

Titulares del análisis en salud infantil

1. El total de AOD bruta desembolsada destinado a salud infantil por la cooperación española entre los años 2016 y 2020 es de 47.425.624,50€. El sector CAD 130 ha sido el que más AOD ha recibido (21.531.758,04€) seguido del sector CAD 122 (19.169.828,98€), del sector CAD 121 (6.316.612,37€) y del sector CAD 123 (407.425,11€).
2. El porcentaje medio sobre el total de AOD bruta desembolsada destinada a salud es del 13,3%.
3. Los cinco países que más AOD bruta desembolsada en salud infantil han recibido a lo largo de estos años han sido: Malí, Guatemala, Palestina, Bolivia y Nicaragua.
4. Según las categorías de clasificación utilizadas las intervenciones se centran principalmente en salud materno-infantil y salud sexual y reproductiva.

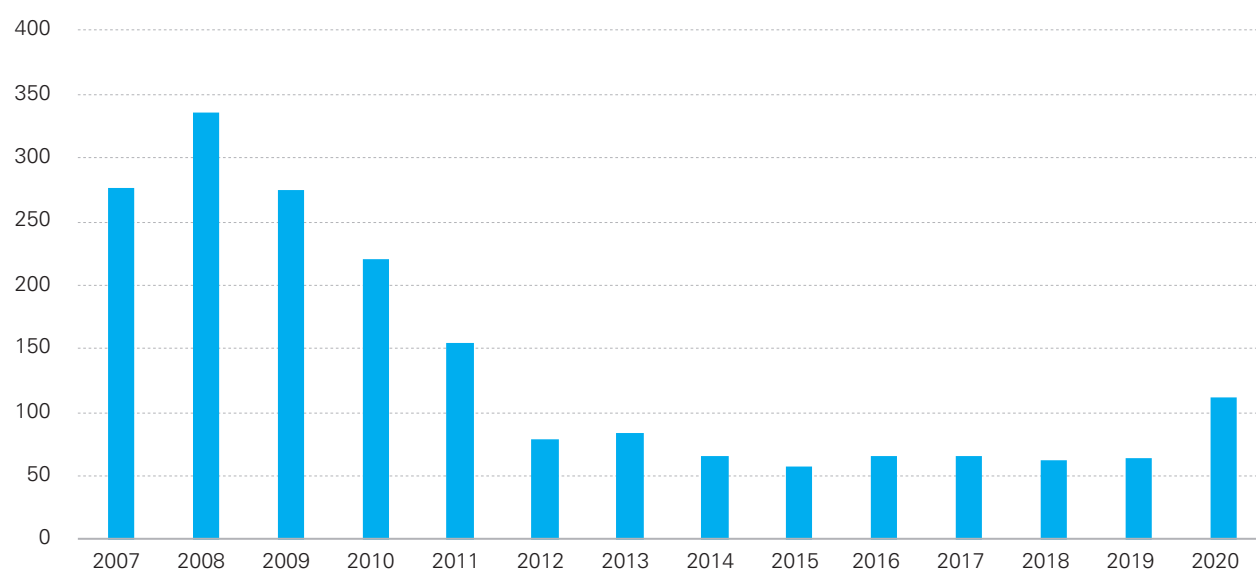
3.1. Análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo de la Cooperación Española en salud entre los años 2007 y 2020

El presente apartado busca analizar la cooperación española en salud en los últimos 14 años (2007-2020). Los datos han sido extraídos del sistema de información público de la cooperación española para la AOD, conocido como info@OD, salvo para los tres últimos años en los que se ha trabajado directamente con los volcados facilitados por el MAEC. Las cifras que se muestran están en euros y corresponden a la AOD bruta desembolsada. A pesar de que el CAD haya implantado un nuevo sistema de medición de la AOD (conocido como *grant equivalent*), por una cuestión de comparabilidad temporal se ha seguido utilizando el sistema anterior de “flujo de caja” (*cash flow*). En los casos en los que se hable de “AOD bruta desembolsada en salud”, se habrán analizado los sectores CAD: 121 “Salud general”, 122 “Salud básica”, 123 “Enfermedades no transmisibles” y 130 “Programas y políticas sobre población y salud reproductiva²⁰”. Se empezará analizando la AOD bruta desembolsada destinada a salud por la cooperación española entre los años 2007 y 2020 (**gráfico 2**).

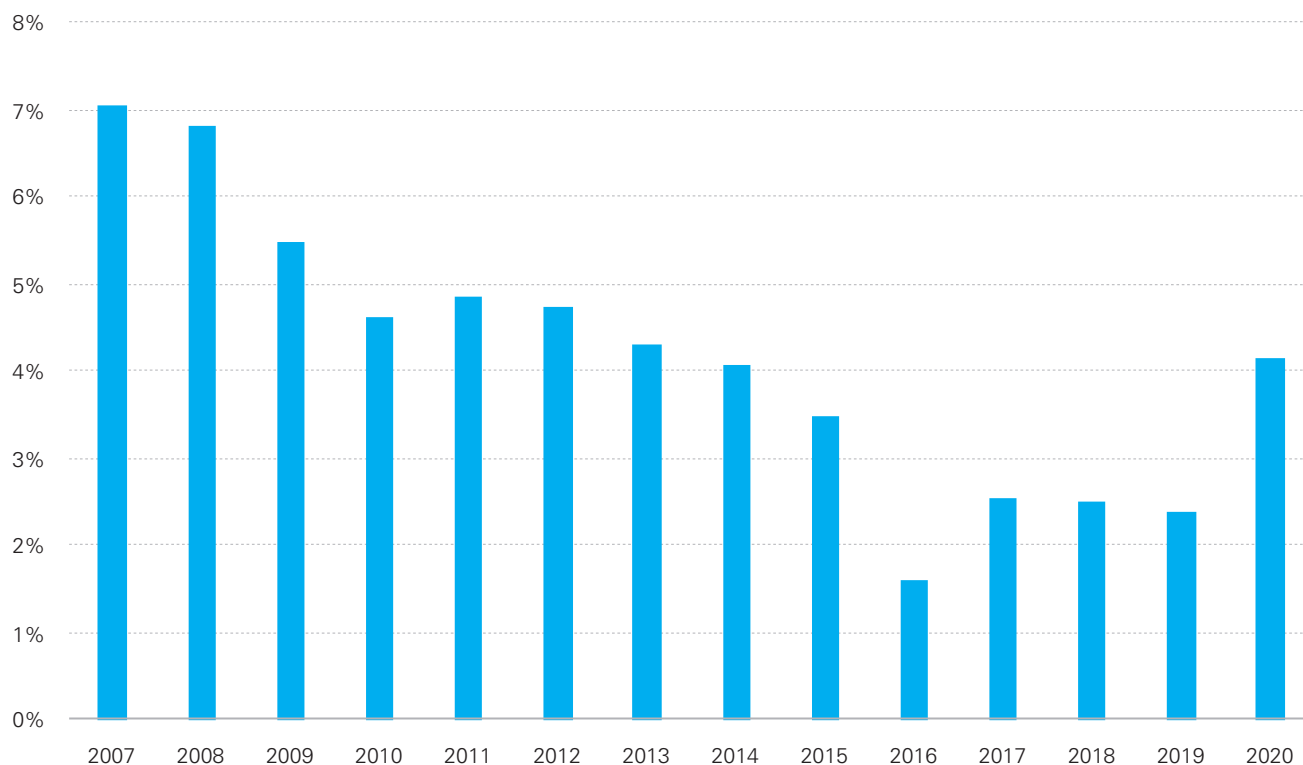
El máximo de AOD bruta desembolsada destinada a salud se observa en el año 2008 con 336.312.564,99€. Tras el máximo alcanzado en 2008, las cantidades comienzan a reducirse hasta el año 2013 en el que hay un ligero repunte (83.886.714,40€) seguido de otro apenas perceptible en 2017 (65.582.901,18€) y otro en 2020 (111.302.108,36€). Si se estudia el porcentaje de AOD bruta desembolsada destinada a salud sobre el total de AOD de la cooperación española cada año (**gráfico 3**, en página siguiente), las cifras oscilan entre el 7,05% el año más alto (2007) y 1,59% el más bajo (2016), situándose la media en torno al 4,19%. Se aprecia un aumento en el año 2020 (4,17%) respecto de los seis años anteriores.

20. La metodología utilizada puede consultarse en el Anexo I.

Gráfico 2: Total AOD bruta desembolsada destinada a salud (millones de euros)



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Gráfico 3: Porcentaje AOD destinada a Salud sobre el total de AOD


Fuente : Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

Si se analiza el total de la AOD destinada en los últimos 14 años a los distintos sectores CAD, los relacionados con salud ocupan las siguientes posiciones del total de 41 sectores:

- El 122 "Salud básica" ocuparía la 11ª posición (852.208.656,02€);
- El 121 "Salud general" la posición 14ª (633.413.702,88€);
- El 130 "Programas y políticas sobre población y salud reproductiva" la 19ª (428.987.110,26€) y
- El 123 "Enfermedades no transmisibles" la posición 39ª (1.953.591,70€)²¹.

Los tres sectores CAD que más AOD bruta desembolsada han recibido en total en los últimos 14 años han sido el 600 "Actividades relacionadas con la deuda" (3.436.427.668,35€), el 151 "Gobierno y sociedad civil general" (2.303.146.240,11€) y el 430 "Otros multisectorial" (2.156.285.436,88€).

Siguiendo con los totales de los 14 años analizados pero poniendo el foco en los sectores CAD CRS de salud, destacan el 12110 "Política sanitaria y gestión administrativa" (dentro del sector CAD 121) con 451.624.423,02€, el sector CAD CRS 12220 "Atención sanitaria básica" (dentro del sector CAD 122) con 290.200.448,77€, el sector CAD CRS 12330 "Control del uso nocivo del alcohol y las drogas" (dentro del sector CAD 123) con 642.028,60€ y el sector CAD CRS 13020 "Atención a la salud reproductiva" (dentro del sector CAD 130) con 216.202.553,60€. En el año 2020, el CAD ha incluido un nuevo sector CAD CRS relativo a la COVID-19 (el sector CAD CRS 12264) que computa para 2020 una cantidad de 29.750.279,96€.

21. Los datos para el sector 123 "enfermedades no transmisibles" empiezan a aparecer a partir del año 2018.

Si el mismo análisis se desglosa en función de los distintos años analizados (**gráfico 4**), es posible observar que el sector 121 se sitúa en la 1ª posición los años (2009, 2011, 2013, 2014 y 2016), el resto de los años es el 122 el que ocupa dicha posición. Para más concreción:

- La cantidad máxima asignada al sector 121 se registró en el año 2009 con 105.668.777,63€. La mínima en el año 2018 con 21.706.583,93€.
- La cantidad máxima asignada al sector 122 se registra en el año 2008 con 182.902.296,45€. La mínima en el año 2013 con 23.821.510,09€.
- La cantidad máxima asignada al sector 123 se registra en el año 2020 con 1.127.284,75€. La mínima en el año 2018 con 304.098,22€²².
- La cantidad máxima asignada al sector 130 se registra en el año 2007 con 89.332.098,00€. La mínima en el año 2015 con 7.636.820€.

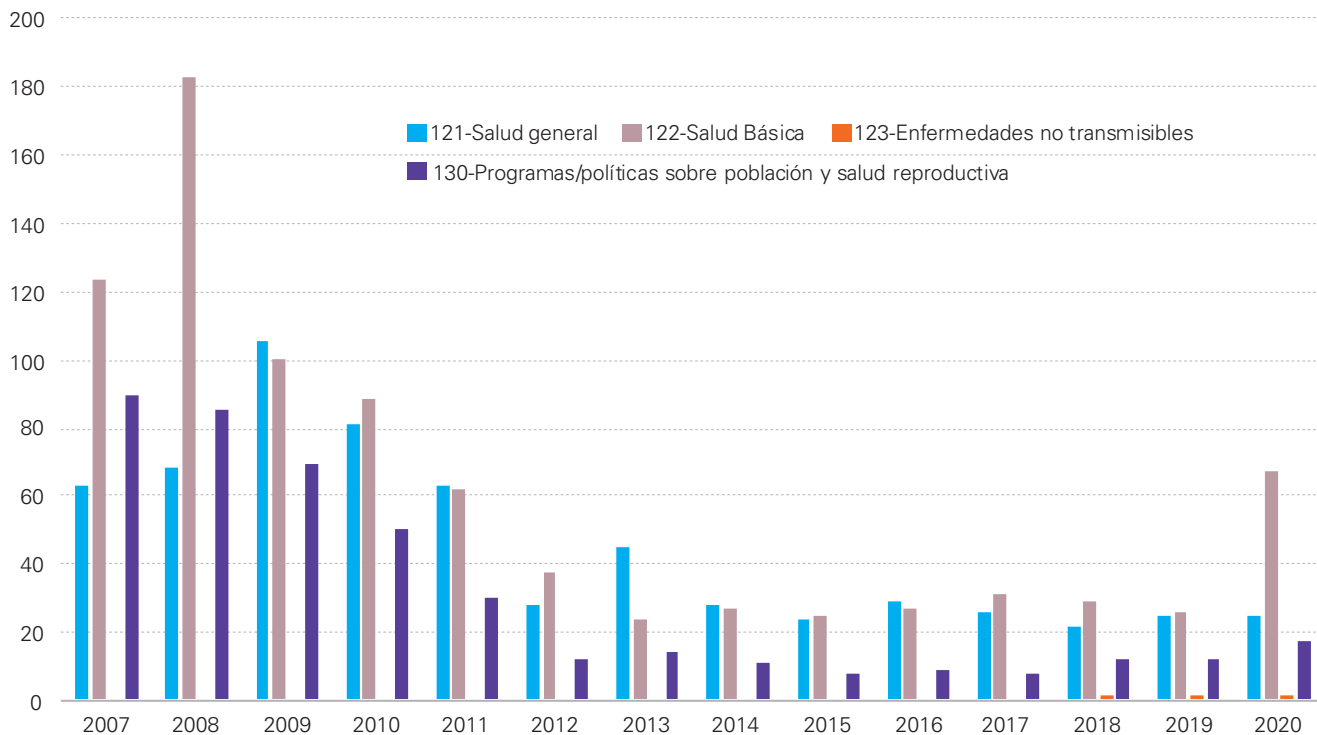
22. Las cantidades sólo están disponibles para los años 2018, 2019 y 2020.

23. La información por ODS y metas está disponible a partir del año 2016. Saber que para el análisis en clave de Agenda 2030 no se han tenido en cuenta los datos de la categoría "no especificado". Los datos completos pueden consultarse en el Excel que acompaña a esta investigación.

Respecto al modo de canalización (**gráfico 5**, en página siguiente), la AOD bruta desembolsada en salud se canaliza principalmente de manera bilateral. El modo multilateral ocupa normalmente la segunda posición pero a gran distancia, disputándose en ocasiones puntuales dicha segunda posición con el modo multilateral (años 2008, 2009 y 2010).

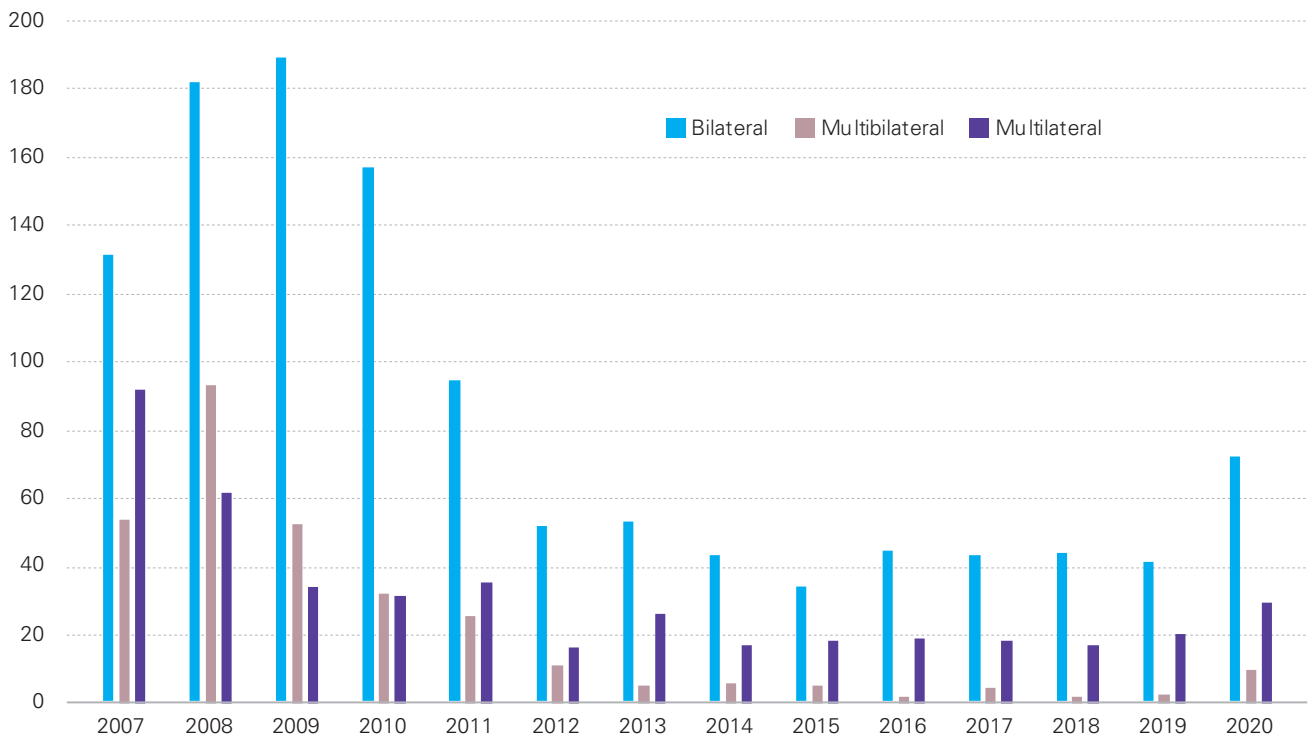
Respecto al análisis en clave de Agenda 2030²³, si se analizan los totales de los últimos 5 años, el ODS 17 "Alianzas para lograr los objetivos" es el que más dinero ha recibido (3.002.044.809,15€), seguido del ODS 10 "Reducción de las desigualda-

Gráfico 4: Total AOD bruta desembolsada destinada a salud por sectores CAD (millones de euros)



Fuente : Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

Gráfico 5: AOD bruta desembolsada en salud según el modo de canalización (millones de euros)



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

des" (779.408.060,64€), del ODS 1 "Fin de la pobreza" (643.049.253,66€) y del ODS 16 "Paz, justicia e instituciones sólidas" (508.924.126,51€). El ODS 3 "Salud y bienestar" ocuparía la posición 6ª con 374.380.671,45€. Si se desglosa el análisis por años, la posición media del ODS 3 desde 2016 sería la 7ª, ocupando en 2019 la posición más baja de todas (la 10ª con una cantidad de 61.417.047,87€) y en 2017 la más alta (la 3ª con una cantidad de 60.400.304,09€)²⁴. Ahora bien, 2020 es el año en el que la cantidad de AOD bruta desembolsada destinada al ODS 3 ha sido mayor (con 130.858.806,49€) y 2016 el año con la cantidad desembolsada menor (con 55.883.032,56€).

Si se realiza el mismo análisis pero en función de las metas del ODS 3, la meta que más AOD bruta desembolsada ha recibido en el conjunto de los 5 años analizados es la 3.8 "Lograr la cobertura sanitaria universal y el acceso a medicamentos" (174.123.111,26€), seguida de la meta 3.3 "Poner fin a las enfermedades transmisibles" (54.131.106,86€) y la meta 3.B "Apoyo a la I+D de vacunas y medicamentos esenciales" (52.734.799,45€). Para más concreción:

- La cantidad máxima asignada a la meta 3.8 se registró en el año 2020 con 54.499.648,47€. La mínima en el año 2016 con 23.227.416,81€.
- La cantidad máxima asignada a la meta 3.3 se registró en el año 2020 con 22.029.649,46€. La mínima en el año 2019 con 1.895.123,09€.
- La cantidad máxima asignada a la meta 3.B se registró en el año 2020 con 25.649.440,18€. La mínima en el año 2016 con 3.589.084,39€.

24. Aclarar que estas posiciones se calculan en función de las cantidades asignadas al resto de ODS en cada año. Es por eso que se explica que el año en el que el ODS 3 ocupa la 10ª posición la cantidad es más alta que el año en el que ocupa la 3ª posición. Todo depende de las cantidades asignadas al resto de ODS en cada año.

Si siguiendo el análisis con el tipo de actor, el principal en los 14 años analizados es la Administración General del Estado (AGE), seguido a gran distancia por las CCAA, las EELL y las universidades (**gráfico 6**).

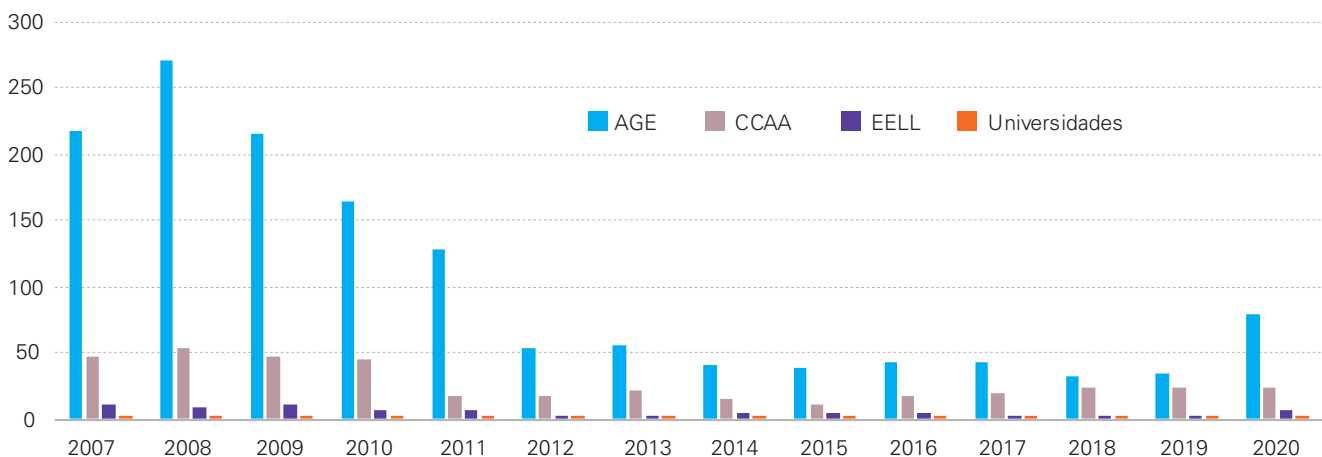
Centrando el estudio en el ámbito autonómico²⁵, si se analizan los totales de los últimos 14 años estas son, por orden descendente, las CCAA resultantes: Cataluña (77.515.071,30€), Andalucía (76.745.484,53€), Navarra (39.392.606,73€), Valencia (36.132.966,96€) y País Vasco (32.180.118,83€). Si se desglosa el análisis año a año, Andalucía, Cataluña, País Vasco y Navarra son las CCAA que más años se mantienen entre las primeras 5 posiciones del ranking²⁶.

25. Las tablas para EELL pueden encontrarse en el Excel que acompaña a dicha investigación.

26. Entiéndase que el ranking se construye (como siempre hasta ahora) de manera descendente y en función de las cantidades de AOD bruta desembolsada. El resto de los datos relativos al análisis autonómico puede consultarse en el Excel que acompaña a esta investigación.

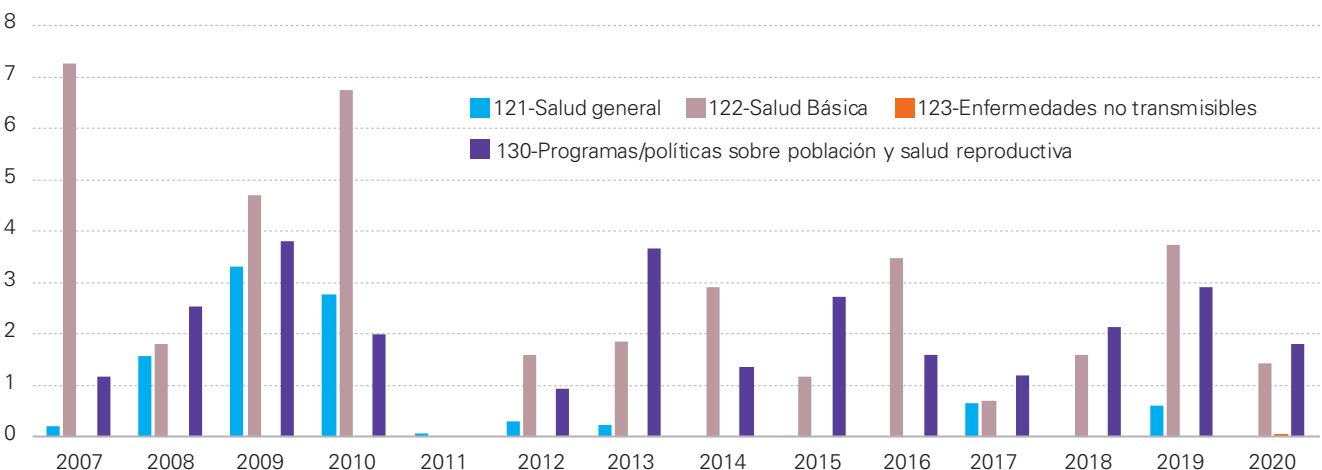
A continuación puede observarse la información en AOD bruta desembolsada en salud de Andalucía desglosada en sectores CAD (**gráfico 7**). Puede advertirse que los sectores CAD que adquieren más importancia son el 122 y el 130. Para el sector 123 sólo existen datos en 2020. En el año 2011 se aprecia un fuerte descenso de las cifras. La cifra más alta de la serie se registra el año 2007 en el sector CAD 122 (con 7.276.969,06€).

Gráfico 6: AOD bruta desembolsada en salud por tipo de actor (millones de euros)



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

Gráfico 7: AOD salud Andalucía (millones de euros)



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

A continuación puede observarse la información en AOD bruta desembolsada en salud de Cataluña desglosada en sectores CAD (**gráfico 8**). A diferencia de Andalucía, el sector CAD 121 adquiere más importancia que el 122 (aunque no en todos los años analizados). Para el sector 123 sólo existen datos en el año 2019. No existen datos para el año 2015. La cifra más alta de la serie se registra el año 2014 para el sector CAD 121 (con 5.375.471,34€).

A continuación puede observarse la información en AOD bruta desembolsada en salud de Navarra desglosada en sectores CAD (**gráfico 9**). Puede advertirse que el sector que adquiere más importancia es el 122 seguido del 121 (aunque en algunos años se alternan la posición). El año con cifras más bajas es 2013. No hay información para el sector 123 en ninguno de los años analizados. La cifra más alta de la serie se registra el año 2009 en el sector CAD 122 (con 2.948.100,05€).

Analizando los municipios, el conjunto de entidades locales andaluzas son las primeras en AOD en salud sobre el total de los 14 años analizados con 13,420.901,24€, seguidas de las vascas con 11.921.395,65€, de las madrileñas con 11.207.226,19€ y de las

Gráfico 8: AOD salud Cataluña (millones de euros)

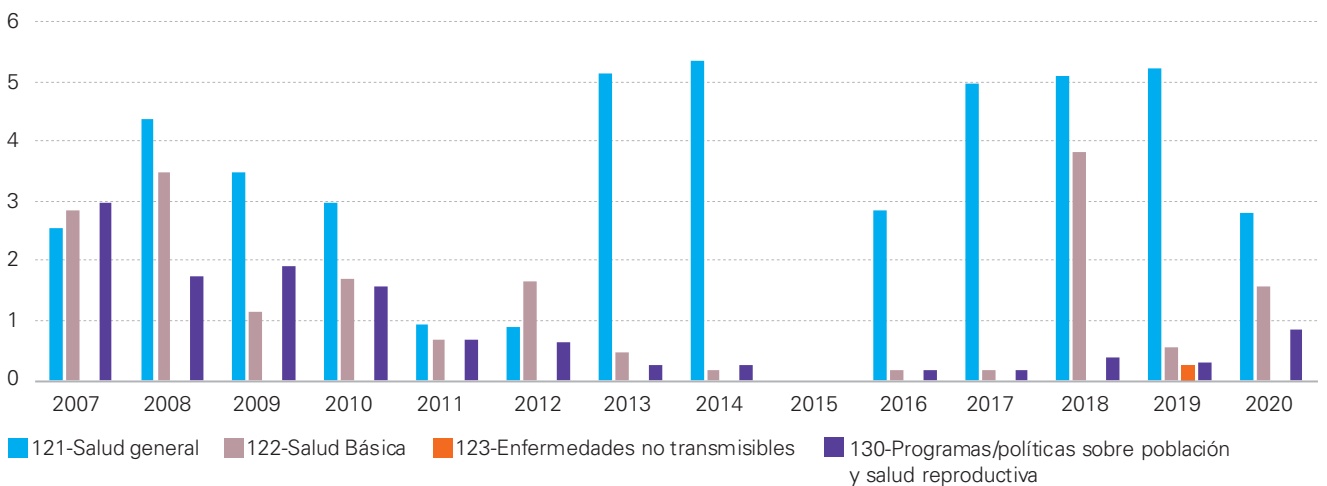
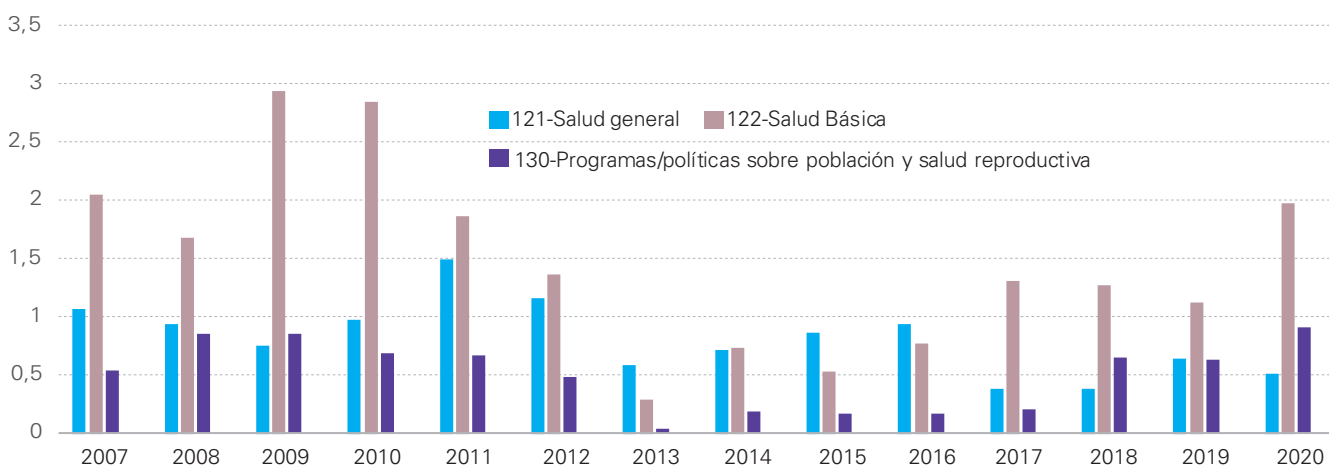


Gráfico 9: AOD salud Navarra (millones de euros)



catalanas con 10.817.791,01€. Si se realiza el mismo análisis desglosado años a año, el conjunto de las entidades locales andaluzas, las catalanas y las vascas son las que se mantienen a lo largo de los años más veces entre las seis primeras posiciones.

Respecto del análisis por área geográfica, en base a los totales de los 14 años analizados²⁷, “África Subsahariana” recibe la mayor cantidad de AOD en salud (522.021.746,59€), seguida de “América del Sur” (229.275.312,58€) y de “América del Norte, Central y Caribe” (209.961.282,90€). Si se desglosa el análisis año a año, puede observarse que “África Subsahariana” se mantiene siempre en primera posición, mientras que en la segunda y tercera se alternan “América del Sur” y “América del Norte, Central y Caribe”. Para más concreción:

- La cantidad máxima asignada a “África Subsahariana” se registró en el año 2008 con 97.961.725,37€. La mínima en el año 2017 con 16.474.896,59€.
- La cantidad máxima asignada a “América del Sur” se registró en el año 2008 con 44.577.027,42€. La mínima en el año 2019 con 4.519.080,48€.
- La cantidad máxima asignada a “América del Norte Central y Caribe” se registró en el año 2008 con 39.169.100,74€. La mínima en el año 2013 con 6.574.267,78€.

27. Para este análisis no se han tenido en cuenta los datos de “continente no especificado”. Los datos completos pueden consultarse en el Excel que acompaña a esta investigación.

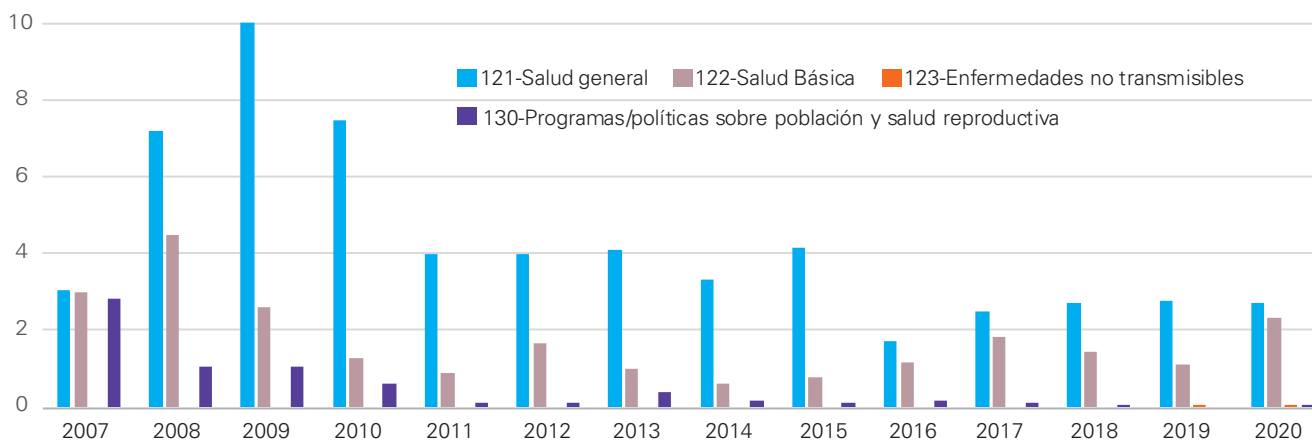
28. “La salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria”. (2020). Medicus Mundi: https://medicusmundi.es/storage/resources/attachments/5fd1ffcb2dd76_informe-medicus-mundi-2020.pdf

29. “La salud en la cooperación al desarrollo y la ayuda humanitaria”. (2021). Medicus Mundi: <http://www.medicusmundi.es/storage/uploads/Informe%20de%20Salud/informe%20de%20salud%202021.pdf>

A continuación se ofrece el análisis de la AOD española en salud destinada a 6 países socios (Bolivia, Etiopía, Guatemala, Mali, Mozambique y Perú). Estos países han sido escogidos por situarse entre las 10 posiciones del ranking de los países que más AOD en salud reciben según los informes de Medicus Mundi publicados en los años 2020²⁸ y 2021²⁹. Sus Marcos de Asociación País ya han sido analizados en el apartado anterior del presente informe.

A continuación se muestra la información en AOD bruta desembolsada en salud de Mozambique desglosada en sectores CAD (**gráfico 10**). Como puede observarse, el sector que adquiere más importancia es el 121 seguido del 122. El año con cifras más bajas es 2016. La cifra más alta de la serie se registra en 2009 en el sector CAD 121 con 10.035.645,20€. No hay información para el sector 123 salvo para los dos últimos años (aunque en 2019 las cifras son tan bajas, 6.000€, que apenas puede apreciarse en el gráfico).

Gráfico 10: AOD salud Mozambique (millones de euros)

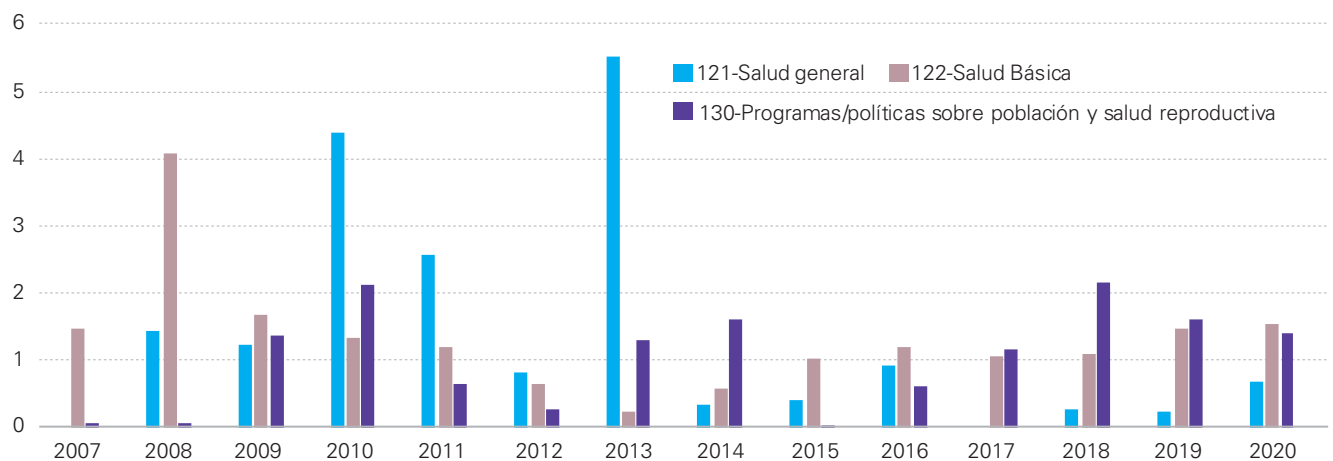


Fuente : Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

En cuanto a la información en AOD bruta desembolsada en salud de Mali desglosada en sectores CAD (**gráfico 11**), puede observarse que la importancia se alterna a lo largo del tiempo entre los sectores 121, 122 y 130. En el año 2013 se registra la cifra más alta de la serie en el sector CAD 121 con 5.513.269,69€. El año con cifras más bajas es 2015. No hay información para el sector 123 en ninguno de los años analizados.

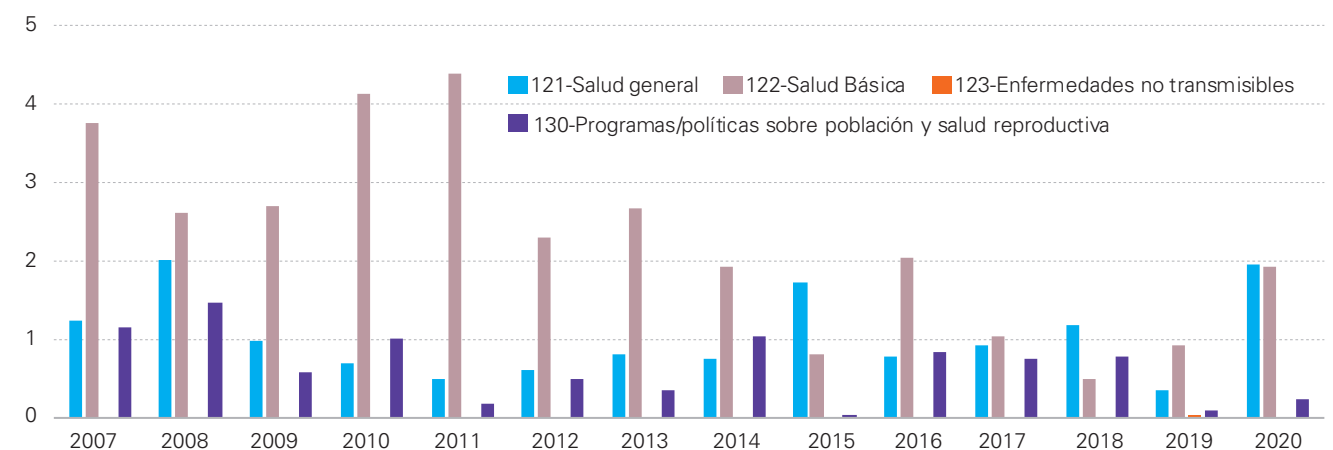
En cuanto a la AOD bruta desembolsada en salud de Bolivia desglosada en sectores CAD (**gráfico 12**), puede observarse cómo el sector 122 adquiere la mayor importancia (alternando la primera posición en algunos casos con el 121). En el año 2011 se registra la cifra más alta de la serie en el sector CAD 122 con 4.388.580,15€. El año con cifras más bajas es 2019. Tan sólo hay información para el sector 123 en 2019 pero es una cifra baja y apenas puede apreciarse en el gráfico (17.405,65€).

Gráfico 11: AOD salud Mali (millones de euros)



Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

Gráfico 12: AOD salud Bolivia (millones de euros)

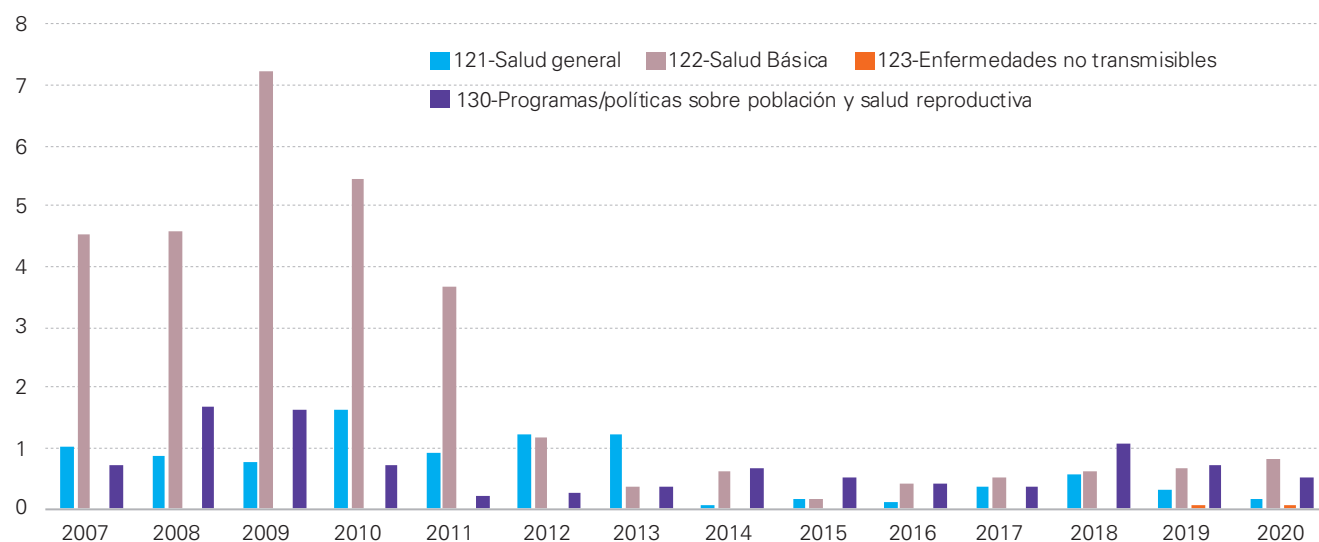


Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

A continuación se ofrece la información en AOD bruta desembolsada en salud de Perú desglosada en sectores CAD (**gráfico 13**). Puede advertirse que el sector 122 adquiere la mayor importancia los 5 primeros años, el sector 121 durante 2012 y 2013 y a partir de entonces la preeminencia se alterna entre el sector 130 y el 122. En el año 2009 se registra la cifra más alta de la serie en el sector CAD 122 con 7.237.270,68€. El año con cifras más bajas es 2015. Tan sólo hay información para el sector 123 en los años 2019 (10.437€) y 2020 (578€) pero son cifras tan bajas que apenas pueden apreciarse en el gráfico.

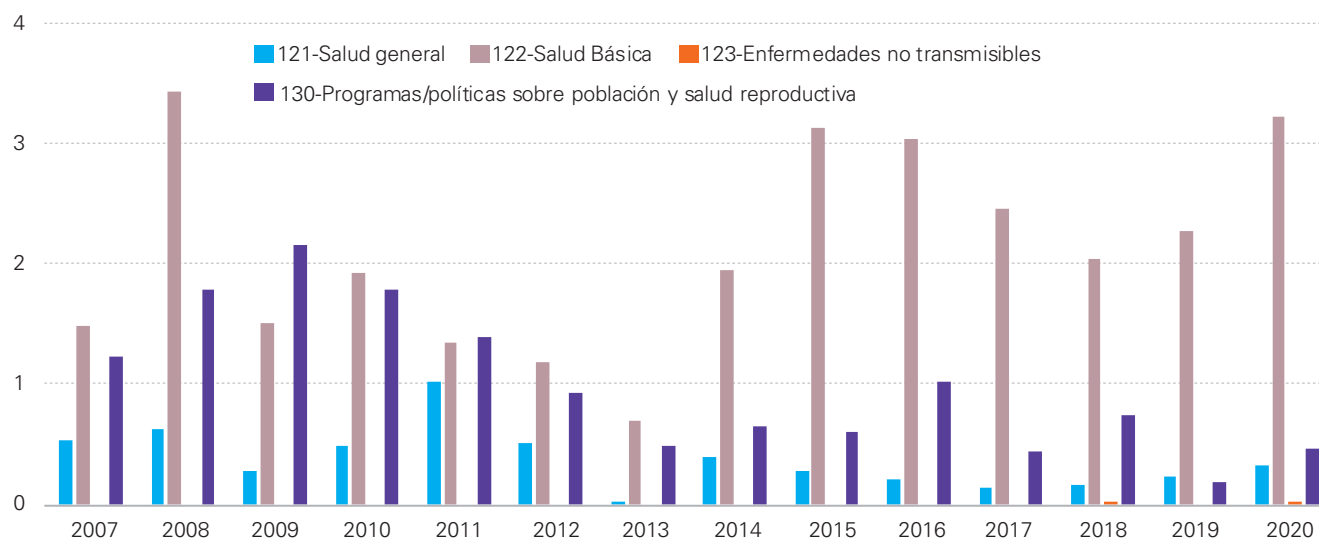
A continuación puede observarse la información en AOD bruta desembolsada en salud de Guatemala desglosada en sectores CAD (**gráfico 14**). El sector prioritario es el 122 (en algunos años superado por el 130). En el año 2008 se registra la cifra

Gráfico 13: AOD salud Perú (millones de euros)



Fuente : Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

Gráfico 14: AOD salud Guatemala (millones de euros)

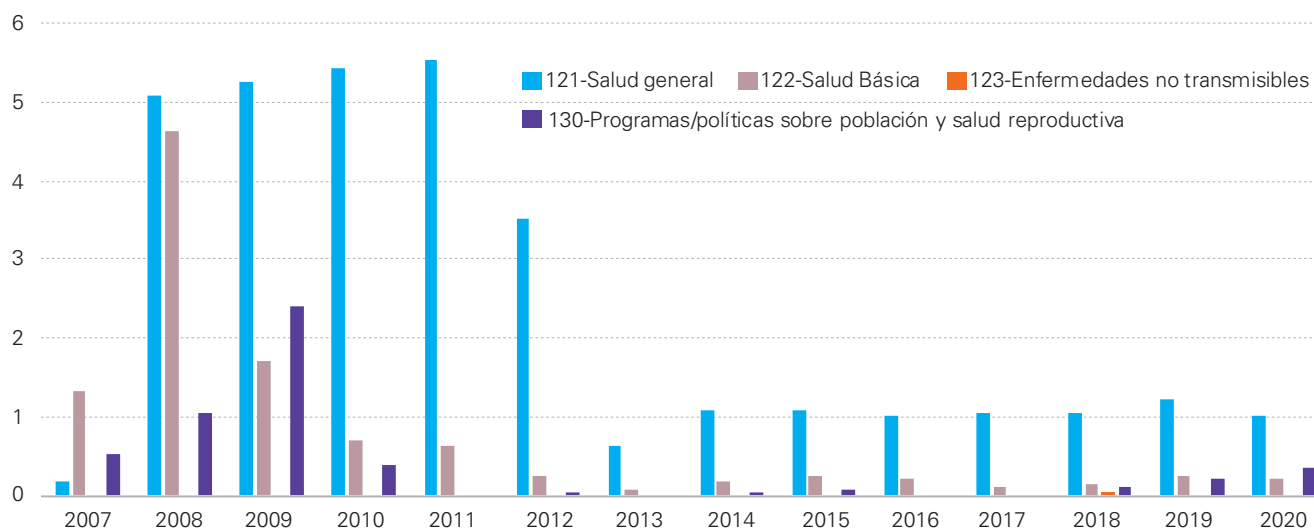


Fuente : Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

más alta de la serie en el sector CAD 122 con 3.436.499,77€. El año con cifras más bajas es 2013. Existe información para el sector 123 en los años 2018 (22.643,73€), 2019 (0€) y 2020 (1.139,69€) pero son cifras tan bajas que apenas pueden apreciarse en el gráfico.

A continuación se muestra la información en AOD bruta desembolsada en salud de Etiopía desglosada en sectores CAD (**gráfico 15**). El sector prioritario es el 121 (salvo en el año 2007 que es el 122). En el año 2011 se registra la cifra más alta de la serie en el sector CAD 121 con 5.553.662,27€. El año con cifras más bajas es 2013. Existe información para el sector 123 en el año 2018 (20.000€) pero la cifra es tan baja que apenas puede apreciarse en el gráfico.

Gráfico 15: AOD salud Etiopía (millones de euros)



Fuente : Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española

3.2. Análisis de las intervenciones en salud e infancia de la cooperación española entre los años 2016 y 2020

El presente apartado busca analizar las distintas intervenciones de la cooperación española en salud infantil desde el año 2016 al año 2020. En este análisis se han extraído de los volcados publicados por DGPOLDES aquellas intervenciones clasificadas en los sectores CAD de salud (121, 122, 123 y 130) y en el ODS 3.

Posteriormente se han seleccionado aquellas que por sus títulos o descripciones podrían vincularse a la salud infantil³⁰. Al tratarse de un análisis pormenorizado y, en cierto modo, experimental, se ha limitado el ámbito temporal a los últimos 5 años.

Aplicada la metodología diseñada para el análisis se obtienen un total de 1.036 intervenciones de la cooperación española en salud infantil entre los años 2016 y 2020, lo que supone una AOD bruta desembolsada de 47.425.624,50€. Si se desglosan estas cifras por años (**tabla 1**)³¹, se observa cierto incremento progresivo hasta 2019 pero con un ligero descenso en el año 2020. Las cifras se comportan de la misma manera si lo que se analiza es el porcentaje destinado a salud infantil sobre el total de lo destinado a salud en los distintos años. El pronunciado descenso porcentual en 2020 es debido en parte a que la cantidad total destinada a salud por la cooperación española ascendió en dicho año.

Si se analizan los datos en función del modo de canalización (**tabla 2**, en página siguiente), se observa que la mayor parte de AOD bruta desembolsada destinada a salud infantil se canaliza principalmente de manera bilateral (45.330.024,50€). La segunda de las vías utilizadas (aunque a gran distancia) es la multilateral (1.820.400,00€) seguida de la multilateral (200.000,00€). Ahora bien, hay que tener en cuenta que la metodología de esta parte de la investigación busca localizar aquellas intervenciones cuyos títulos o descripciones contengan términos relacionados con salud infantil, por lo que las contribuciones generales a fondos multilaterales no están viéndose reflejadas³².

30. La metodología utilizada puede consultarse en el Anexo II.

31. Se ha utilizado un semáforo de colores en los distintos gráficos para ordenar las cantidades de mayor a menor y facilitar la comparabilidad. Así la cantidad más alta es señalada con verde oscuro, la inmediata en orden descendente en verde claro, y así sucesivamente pasando primero por los tonos naranjas (primero el oscuro y luego el claro) y luego por los tonos rojos (primero el oscuro y luego el claro).

32. La única de las contribuciones obligatorias que podría sumarse adicionalmente pudiendo suponer que va destinada en su mayoría a infancia (al menos hasta el año 2020) es la que se hace a GAVI (La Alianza para la Vacunación) a través de IFFIM la cuál es todos los años analizados del mismo monto: 9.475.000€.

Tabla 1: AOD bruta desembolsada en intervenciones en salud infantil, total y %

Año	Total salud infantil en €	% de salud infantil sobre el total destinado a salud
2016	7.699.262,94	11,8
2017	8.034.990,57	12,3
2018	9.103.754,60	14,4
2019	11.520.929,14	18,1
2020	11.066.687,16	9,9

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Tabla 2: Total AOD bruta desembolsada en intervenciones en salud infantil por modo de canalización

Modo de canalización	Total en €
Bilateral	45.330.024,50
Bilateral (apoyo general ONG, PPP)	75.200,00
Multilateral	1.820.400,00
Multilateral	200.000,00

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Si se estudian los datos en función del tipo de agente (**tabla 3**), el principal son las comunidades autónomas (CCAA) con 26.008.777,65€, seguidas de la Administración General del Estado (AGE) con 14.831.262,81€, las entidades locales (EELL) con 6.061.022,66€ y, finalmente, las universidades con 524.561,38€. Este patrón se mantiene a lo largo de los años, salvo en 2016 que el puesto de actor principal se invierte entre las CCAA y la AGE.

Tabla 3: AOD bruta desembolsada en intervenciones en salud infantil por tipo de agente

Tipo de Agente	2016	2017	2018	2019	2020	Total en €
AGE	3.273.591,00	2.118.281,45	2.069.236,56	3.494.802,23	3.875.351,57	14.831.262,81
CCAA	2.870.243,49	5.426.431,78	5.424.396,78	6.988.383,33	5.299.322,27	26.008.777,65
EELL	1.479.612,24	394.575,93	1.542.319,19	959.695,11	1.684.820,19	6.061.022,66
Universidades	75.816,21	95.701,41	67.802,16	78.048,47	207.193,13	524.561,38

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.



33. La tabla 7 muestra exclusivamente los datos para las áreas geográficas que más AOD bruta desembolsada en salud infantil reciben, los datos completos pueden consultarse en el Excel que acompaña a esta investigación.

Respecto a la distribución geográfica de la AOD bruta desembolsada en salud infantil sobre el total de los cinco años analizados (**tabla 4**)³³, el primer destino de los fondos es África Subsahariana (19.977.200,41€), seguido de América del Norte, Central y Caribe (11.074.642,49€), América del Sur (6.657.851,79€), Norte de África (4.090.533,97€) y Oriente Medio (3.962.975,99€). Si el análisis se desglosa en función de los diferentes años, África Subsahariana se mantiene como primer destino geográfico y América del Norte, Central y Caribe como el segundo (salvo en 2018 que se alterna con América del Sur). En el resto de los casos, América del Sur y el Norte de África se suelen disputar la tercera y la cuarta posición, mientras que Oriente Medio y Asia del Sur suelen ocupar la quinta o la sexta posición (salvo en el año 2017 que Oriente Medio ocupa el tercer puesto con 1.426.968,76€).

Tabla 4: Distribución geográfica de la AOD bruta desembolsada en salud infantil

Área geográfica	2016	2017	2018	2019	2020	Total en €
África Subsahariana	2.843.783,34	2.668.238,82	3.815.000,98	5.281.763,58	5.368.413,69	19.977.200,41
América del Norte, Central y Caribe	2.401.029,44	2.560.319,44	1.860.500,46	2.144.807,97	2.107.985,18	11.074.642,49
América del Sur	1.145.149,48	1.139.901,62	2.013.057,46	1.619.517,41	740.225,82	6.657.851,79
Asia Sur	114.971,77	46.345,83	97.380,57	34.688,46	546.825,81	840.212,44
Norte de África	740.029,89	193.216,10	561.908,93	1.395.361,02	1.200.018,03	4.090.533,97
Oriente Medio	434.294,91	1.426.968,76	457.661,99	938.367,70	705.682,63	3.962.975,99

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Afinando un poco más el análisis geográfico, se han identificado los 5 países que más AOD bruta desembolsada en salud infantil han recibido en el total de los 5 años estudiados. Estos son en orden descendente: Mali (4.906.611,32€), Guatemala (4.403.181,44€), Palestina (3.588.750,88€), Bolivia (3.582.514,69€) y Nicaragua (2.369.998,18€).

El sector CAD que más AOD bruta desembolsada (**tabla 5**) recibe según este análisis de salud infantil es el 130 "Programas y políticas sobre población y salud reproductiva" (21.531.758,04€), seguido del 122 "Salud básica" (19.169.828,98€), 121 "Salud general" (6.316.612,37€) y, por último, el 123 "Enfermedades no transmisibles" (407.425,11€). Si se efectúa el mismo análisis pero desglosado en los distintos años, el orden del patrón se mantiene salvo en el año 2020 ya que el sector CAD 122 es el que más AOD bruta desembolsada recibe (5.407.026,04€) por encima del 130 (3.564.072,87€).

Si se realiza el mismo análisis pero teniendo en cuenta los sectores CAD CRS (**tabla 6**, en página siguiente):

- En "Salud general" (121) destacan "12191- Servicios médicos" con 3.084.259,24€ y "12110 - Política sanitaria y gestión administrativa" con 2.164.563,84€;
- En "Salud básica" (122) destaca por gran diferencia "12220- Atención sanitaria básica" con 10.178.631,01€;
- En "Enfermedades no transmisibles" el sector CRS que más AOD bruta desembolsada recibe es "12330 - Control del uso nocivo del alcohol y las drogas" con 300.900,00€;
- En "Programas y políticas sobre población y salud reproductiva" (130) destaca, de nuevo con gran diferencia respecto de los demás, "13020 - Atención a la salud reproductiva" con 18.875.175,44€.

Para el año 2020, el CAD ha incluido un nuevo sector CAD CRS "12264 - Control COVID-19," cuyas cifras son de 1.199.637,16€.

Tabla 5: AOD bruta desembolsada en intervenciones en salud infantil por los sectores CAD

Sectores CAD	2016	2017	2018	2019	2020	Total en €
121. Salud general	557.362,15	1.073.075,04	989.297,93	1.885.614,38	1.811.262,87	6.316.612,37
122. Salud básica	3.268.826,62	3.319.429,64	3.062.139,11	4.112.407,57	5.407.026,04	19.169.828,98
123. Enfermedades no transmisibles			99.973,73 €	23.126,00	284.325,38	407.425,11
130. Programas/Políticas sobre población y salud reproductiva	3.873.074,17	3.642.485,89	4.952.343,92	5.499.781,19	3.564.072,87	21.531.758,04

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Tabla 6: Total AOD bruta desembolsada en intervenciones en salud infantil por los sector CAD CRS

Sectores CAD	Total en €
121. SALUD, GENERAL	6.316.612,37
12110. Política sanitaria y gestión administrativa	2.164.563,84
12181. Enseñanza / formación médicas	793.077,92
12182. Investigación médica	274.711,37
12191. Servicios médicos	3.084.259,24
122. SALUD BÁSICA	19.169.828,98
12220. Atención sanitaria básica	10.178.631,01
12230. Infraestructura sanitaria básica	1.887.356,18
12240. Nutrición básica	1.632.044,67
12250. Control de enfermedades infecciosas	1.546.389,70
12261. Educación sanitaria	1.383.066,61
12262. Control de la malaria	10.000,00
12264. Control COVID-19	1.199.637,16
12281. Formación personal sanitario	1.332.703,65
123. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES	407.425,11
12310. Prevención y control de las enfermedades no transmisibles en general	22.643,73
12330. Control del uso nocivo del alcohol y las drogas	300.900,00
12340. Promoción de la salud mental y el bienestar	83.181,38
12350. Otras formas de prevención y tratamiento de las enfermedades no transmisibles	700,00
130. PROGRAMAS/POLÍTICAS SOBRE POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA	21.531.758,04
13010. Política sobre población y gestión administrativa	111.110,00
13020. Atención a la salud reproductiva	18.875.175,44
13030. Planificación familiar	854.092,70
13040. Lucha contra las ETS (Enfermedades de Transmisión Sexual), incluye SIDA	321.702,35
13081. Formación de personal para población y salud reproductiva	1.369.677,55

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Se ha querido profundizar en el análisis de la cooperación sanitaria infantil clasificando las 1.036 intervenciones de la cooperación española en función de una metodología y unas categorías diseñadas específicamente para el presente análisis³⁴. Sobre el total de los 5 años analizados (**tabla 7**), la cantidad de AOD bruta desembolsada destinada a salud materno infantil es 18.660.426,88€ lo que supone el 39,5% sobre el total, seguida por salud sexual y reproductiva con 10.647.842,27€ (22,6%), desnutrición con 3.185.038,95 € (6,7%), enfermedades no transmisibles con 2.883.550,68€ (6,1%), enfermedades transmisibles con 2.319.473,22 € (4,9%), COVID con 1.520.811,54 € (3,2%) y salud mental con 645.069,67€ (1,4%).

Dentro de la categoría de enfermedades no transmisibles, las enfermedades relacionadas con la vista son las que más dinero reciben, concretamente 1.473.199,93€ (un 51,8% sobre el total de la categoría analizada). Por su parte, en la categoría de enfermedades transmisibles las enfermedades que más dinero reciben son ébola con 900.000€ (38,8% sobre el total de la categoría) y meningitis con 544.400€ (23,47% sobre el total de la categoría). Ahora bien, mientras que la cantidad que se imputa al ébola proviene de una sola intervención, la cantidad que se imputa a meningitis proviene de varias intervenciones realizadas en años diferentes.

Tabla 7: Total AOD bruta desembolsada en salud infantil, por categorías

Etiqueta	Total en €	Porcentaje sobre total
Salud materno infantil	18.660.426,88	39,3%
COVID	1.520.811,54	3,2%
Desnutrición	3.185.038,95	6,7%
Genérico	2.048.137,51	4,3%
Enfermedades no transmisibles	2.883.550,68	6,0%
Salud mental	645.069,67	1,4%
Salud sexual y reproductiva	10.647.842,27	22,5%
Enfermedades transmisibles	2.319.473,22	4,9%
Varios	5.515.273,78	11,6%
TOTALES	47.425.624,50	100%

34. Las categorías son las siguientes: salud materno infantil, COVID, desnutrición, enfermedades no transmisibles, enfermedades transmisibles, salud mental y salud sexual y reproductiva. Las categorías "genérico" y "varios" estarán presentes en las tablas en la medida que sirvan para tener una foto general de los resultados totales.

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Si se desglosa el análisis anterior en los distintos años estudiados (**tabla 8**), la cantidad de AOD bruta desembolsada destinada a salud materno infantil sigue siendo la más alta en todos los años, observándose la cantidad máxima en el año 2019 (5.111.736,36€) y cierto descenso en el año 2020 respecto a los años anteriores. La cantidad destinada a salud sexual y reproductiva es la segunda cantidad más alta en todos los años (salvo en 2019 que deja paso a las enfermedades transmisibles). Por lo general, las cantidades destinadas a desnutrición y enfermedades no transmisibles suelen situarse entre las posiciones tercera y cuarta del ranking (señaladas en la tabla 12 en tonos naranjas) mientras que las cantidades destinadas a salud mental y enfermedades transmisibles suelen situarse entre las posiciones quinta y sexta (señaladas en la tabla x5 en tonos rojos). En el año 2020 aparece una nueva categoría relacionada con la COVID-19 con un monto total de 1.520.811,54€.

Tabla 8: Total AOD bruta desembolsada en salud infantil, por categorías y por año

Etiqueta	2016	2017	2018	2019	2020
Salud materno infantil	3.906.936,22	3.300.757,50	3.486.988,44	5.111.736,36	2.854.008,36
COVID					1.520.811,54
Desnutrición	590.323,23	960.909,74	439.291,45	309.098,71	885.415,82
Genérico	124.619,47	298.084,87	377.451,62	802.926,55	445.055,00
Enfermedades no transmisibles	190.562,97	864.343,55	455.513,58	560.466,42	812.664,16
Salud Mental	85.429,73	149.900,15	41.630,00	200.937,39	167.172,40
Salud sexual y reproductiva	1.800.158,88	1.579.230,98	2.989.313,47	1.458.938,66	2.820.200,28
Enfermedades transmisibles	78.708,72	16.392,05	126.269,88	1.741.482,00	356.620,57
Varios	922.523,72	865.371,73	1.187.296,25	1.335.343,05	1.204.739,03

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Si se estudian las cantidades de AOD bruta desembolsada por etiqueta para el conjunto de los 5 años en función del tipo de agente (**tabla 9**, en página siguiente)³⁵, para cinco de las siete categorías (salud materno infantil, COVID, desnutrición, salud sexual y reproductiva y enfermedades transmisibles) el principal agente son las comunidades autónomas (CCAA), seguidas por la Administración General del Estado (AGE), las entidades locales (EELL) y las universidades. En el caso de las enfermedades transmisibles el principal agente es la AGE, seguido de las CCAA, EELL y universidades. Por su parte, en salud mental, el agente principal vuelven a ser las CCAA, pero seguidas primero por las EELL y luego por la AGE y las universidades.

Si se analiza la distribución geográfica de la AOD bruta desembolsada por etiqueta para el conjunto de los 5 años (**tabla 10**)³⁶, el primer destino de los fondos de salud materno infantil y para enfermedades no transmisibles es África Subsahariana. Respecto de los fondos para COVID y desnutrición, el primer destino es América del Norte, Central y Caribe, en enfermedades no transmisibles es el Norte de África, en salud mental es Oriente Medio y en salud sexual y reproductiva es América del Sur.

35. La tabla 12 no muestra los datos de la categoría "genérico" ni "varios", los datos completos pueden consultarse en el Excel que acompaña a esta investigación.

36. La tabla 13 muestra exclusivamente los datos para las áreas geográficas que más AOD bruta desembolsada en salud infantil reciben. Los datos de la categoría "genérico" ni "varios" tampoco se muestran. Los datos completos pueden consultarse en el Excel que acompaña a esta investigación.

Tabla 9: Total AOD bruta desembolsada en salud infantil, por categorías y por tipo de agente

Tipo de Actor	Salud materno infantil	COVID	Desnutrición	Enfermedades no transmisibles	Salud mental	Salud Sexual y reproductiva	Enfermedades transmisibles
AGE	7.329.907,79	590.000,00	966.087,84	1.141.337,12	36.407,00	2.960.132,91	667.055,00
CCAA	9.439.091,40	744.616,25	1.832.288,02	1.119.606,00	430.902,79	6.854.120,73	1.354.547,00
EELL	1.827.517,41	186.195,29	221.778,20	458.481,73	153.549,73	820.389,86	287.097,76
Universidad	63.910,28		164.884,89	164.125,83	24.210,15	13.198,77	10.773,46

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Tabla 10: Total AOD bruta desembolsada en salud infantil, por categorías y por distribución geográfica

Área geográfica	Salud materno infantil	COVID	Desnutrición	Enfermedades no transmisibles	Salud mental	Salud Sexual y reproductiva	Enfermedades transmisibles
África Subsaharian	10.839.616,25	547.038,31	1.032.169,71	678.925,54	36.407,00	2.878.441,26	1.296.347,09
América del N., Central y Caribe	3.104.414,12	718.786,09	1.744.947,74	537.730,86	15.000,00	3.214.080,06	261.668,60
América del Sur	1.225.141,92	153.895,29	238.071,51	36.161,16	110.538,72	3.510.064,45	302.500,42
Asia Sur	195.478,00		47.999,99			469.790,25	14.902,11
Norte de África	1.057.465,60		121.850,00	1.164.337,12	5.800,00	191.466,25	444.055,00
Oriente Medio	2.224.474,99	94.791,85		456.396,00	477.323,95	84.000,00	

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Afinando un poco más el análisis geográfico, se han identificado los 5 países que más AOD bruta desembolsada por etiquetas han recibido en el total de los 5 años estudiados (**tabla 11**). A continuación puede consultarse la clasificación, teniendo en cuenta que los países más repetidos entre etiquetas son, por un lado, Guatemala y Bolivia (con presencia en 4 de las 7 categorías) y, por otro, Palestina y Níger (con presencia en 3 de las 7 categorías).

Tabla 11: Total AOD bruta desembolsada en salud infantil, por categorías y por los cinco países con más AOD bruta desembolsada

S. materno infantil		COVID		Desnutrición	
Mali	3.974.568,94	Honduras	400.000,00	Guatemala	1.616.487,24
Palestina	2.138.520,73	Senegal	216.038,31	Sierra Leona	203.686,32
Mauritania	1.507.237,20	Níger	190.000,00	Mali	200.000,00
Níger	1.250.000,00	Haití	176.400,00	Níger	168.287,84
Marruecos	1.037.803,97	Guatemala	142.386,09	Bolivia	161.397,89

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.

Salud mental		Salud sexual y reproductiva		E. transmisibles		E. no transmisibles	
Palestina	477.323,95	Bolivia	2.360.725,77	Liberia	900.000,00	Pobl. saharauí	944.337,12
Bolivia	90.000,00	Nicaragua	1.033.671,23	Marruecos	444.055,00	Mozambique	408.882,00
Mozambique	36.407,00	El Salvador	1.002.695,64	Bolivia	286.708,00	Palestina	406.396,00
Paraguay	20.538,72	Guatemala	923.577,94	Guatemala	225.668,60	Nicaragua	402.469,10
Nicaragua	15.000,00	R. Dem. Congo	884.382,04	Costa de Marfil	128.925,09	Guinea	131.351,62

Fuente: Elaboración propia a partir del análisis de los datos de la cooperación española.



España en el mundo: análisis comparativo sobre lo invertido en salud global por España y por los países OCDE

El presente apartado está dedicado al análisis de las aportaciones realizadas en los últimos años por los 13 países donantes del CAD analizados en el presente estudio³⁷ a los sectores de la cooperación más estrechamente vinculados con la salud global. A este análisis se le añade el diagnóstico de las contribuciones realizadas por estos mismos países a los principales fondos multilaterales vinculados con la salud global, tanto los que están orientados a la lucha contra la COVID-19 como los destinados a otras problemáticas. En ambos casos se procura proporcionar una visión global de las tendencias de la comunidad de donantes en su conjunto, así como un diagnóstico de los principales actores, para conocer quiénes son los donantes más destacados y quiénes se están quedando atrás en su apoyo a la salud global de los países socios. De forma puntual, se ha añadido el análisis de las aportaciones realizadas durante el año 2021 por las CCAA y el sector privado español a la iniciativa COVAX, a través de UNICEF.

37. Alemania, Canadá, España, Estados Unidos, Finlandia, Francia, Italia, Nueva Zelanda, Países Bajos, Portugal, Reino Unido, Suecia y Suiza.



4.1. Análisis de la AOD y de las aportaciones a fondos multilaterales realizadas por diversos donantes a sectores de la cooperación vinculados con la salud global y la lucha contra la COVID-19

Principales titulares

1. Para el conjunto de los 13 países donantes analizados, las aportaciones totales de AOD al sector de la salud aumentaron un 12,53% de media entre 2015 y 2019. Este aumento es el resultado de un incremento muy significativo (77,16%) en el sector de la “Salud general” y de un descenso del 3,94% en “Salud básica”. El incremento medio también oculta un comportamiento muy dispar entre los países donantes analizados. Frente a aumentos muy pronunciados en países como Francia (286,2%), Nueva Zelanda (197,4%) y Países Bajos (157,3%) se observan abultados descensos en Canadá (-50,8%) y Portugal (-49,2%).

2. Se observa un descenso del 25,43% entre 2015 y 2019 en las aportaciones totales de los 13 donantes analizados al sector de las “Políticas de Población y Salud Reproductiva”. Este descenso se debe, casi exclusivamente, a la disminución de un 35,4% de las aportaciones por parte de EEUU, ya que el resto de los 12 donantes en conjunto aumentaron en el mismo periodo sus aportaciones un 42% de media.

3. Las aportaciones conjuntas de los 13 países donantes analizados a la “Preparación y Prevención ante Desastres” aumentaron un 63,7% entre 2015 y 2019. Este aumento general es debido principalmente a los incrementos en la AOD de Francia (de 5 a 75 millones de dólares), EEUU (de 151 a 207 millones de dólares) y Reino Unido (de 78 a 119 millones de dólares).

4. Todos los países de la muestra, salvo España, han realizado contribuciones efectivas a COVAX AMC (a través de GAVI). La contribución de EEUU destaca sobremanera, dado que sólo ella supone casi el 60% del total de contribuciones hechas hasta el momento a COVAX AMC. Las aportaciones aprobadas por España (100 millones a través de GAVI y 75 millones a través de CEPI) aún no se han hecho efectivas, por lo que aún no han sido contabilizadas. Las CCAA y el sector privado español sí han realizado aportaciones a COVAX en 2021 a través de UNICEF, de 2,91 y poco más de 5 millones de euros, respectivamente.

5. En los periodos 2016-2020 y 2021-2025, hasta 10 de los países de la muestra han realizado aportaciones efectivas para los programas generales de GAVI o para CEPI (programas no vinculados a la lucha contra la COVID-19). Del total de contribuciones hechas a lo largo de este periodo, el 56% fueron realizadas por sólo dos países (Reino Unido y EEUU, con el 36,2% y el 20,2% de las contribuciones, respectivamente). También desde 2017 el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria ha recibido contribuciones de más de 15.5000 millones de dólares por parte de todos los países desarrollados analizados (salvo Finlandia). El principal donante a

este Fondo durante el periodo analizado fue EEUU (cuya contribución representa el 44,16% del total) seguido de Reino Unido, Alemania y Francia.

6. Respecto a las contribuciones hechas a los diversos llamamientos de los organismos internacionales por la COVID-19, las aportaciones de 14 países de la muestra han permitido a la OMS ejecutar más de 1.065 millones de dólares y OCHA ha recibido 271,72 millones de dólares para su Plan de Respuesta Humanitaria Global por la COVID-19. En ambos casos fueron Alemania y Reino Unido los principales donantes.

7. Durante el año 2021, los 13 países desarrollados de la muestra más México donaron un total de 940,49 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19, aunque tan sólo un 67,6% han sido efectivamente entregadas a los países destinatarios. Los principales países donantes de las vacunas han sido EEUU, Alemania y Francia. Los países con un mayor gap de cumplimiento en la entrega de las vacunas son Finlandia (con un gap de cumplimiento del 85,4%), seguida de Nueva Zelanda (gap del 80,4%), Canadá (49,6%) y España (46,9%).

Análisis detallado por indicador de la AOD destinada a sectores de la cooperación internacional relacionados con la salud global

Respecto a la evolución general entre 2015 y 2019 de la AOD-Salud

Para el conjunto de los 13 países donantes incluidos en la muestra, las aportaciones totales de AOD al sector de la salud (sector CAD 120) han aumentado una media de 12,53% entre 2015 y 2019. Este aumento global es, sin embargo, el resultado de un aumento muy significativo (77,16%) en el sector de la “salud general” (sector CAD 121) pero un descenso del 3,94% en salud básica (sector CAD 122). El incremento medio reportado oculta también un comportamiento muy dispar entre los países donantes analizados. Frente a aumentos muy pronunciados en países como Francia (286,2%), Nueva Zelanda (197,4%), Países Bajos (157,3%) o Reino Unido (61%), se observan abultados descensos en países como Canadá (-50,8%) o Portugal (-49,2%). Las aportaciones anuales de España al sector de la Salud prácticamente no cambiaron desde 2016 (65 millones de euros) con un pico en 2020 de 111 millones de euros.

Respecto a la AOD destinada a Enfermedades No Transmisibles (NCDs)

Para este indicador (sector CAD 123) apenas existen datos para los países donantes de la muestra, por lo que no es posible realizar diagnósticos sobre la tendencia de los últimos años. En los 7 países para los que existen datos en al menos dos años distintos entre 2015 y 2019, se observa que en 6 de ellos (todos excepto Finlandia) las cantidades aportadas han aumentado y lo han hecho de forma significativa. España aumenta un 56,8% sus aportaciones a este sector de 2018 a 2019, pero dentro de unos volúmenes muy reducidos (580.000 dólares en 2019) que es 39 veces menor que el de Alemania y 9 veces menor que el de Francia, para ese mismo año.

Respecto a la AOD destinada a la Políticas de Población y Salud Reproductiva

En el indicador correspondiente al sector de las “Políticas de Población y Salud Reproductiva” (sector CAD 130) se observa un descenso del 25,43% entre 2015 y 2019 en las aportaciones totales de los 13 donantes analizados. Este descenso es

debido, principalmente, a la disminución del 35,4% de las aportaciones a dicho sector entre 2015 y 2019 por parte de EEUU. El conjunto de donantes, sin contar con EEUU, aumentaron en el mismo periodo sus aportaciones un 42%. España, en línea con el resto de donantes, aumentó sus aportaciones al sector en un 33,5% a lo largo del mismo periodo.

Respecto a la AOD destinada a Preparación y Prevención ante Desastres

Las aportaciones conjuntas de los 13 países donantes analizados a la “Preparación y Prevención ante Desastres” (sector CAD 740) aumentaron un 63,7% entre 2015 y 2019. Este aumento general es debido a que 8 de los 13 donantes aumentaron sus aportaciones a este sector, siendo especialmente destacables, en términos absolutos, los aumentos en Francia (de 5 a 75 millones de dólares), EEUU (de 151 a 207 millones de dólares) y Reino Unido (de 78 a 119 millones de dólares). En términos porcentuales destacan, además, Portugal y Canadá (con unos aumentos porcentuales del 375% y 144%, respectivamente). España, por su parte, redujo sus aportaciones a este sector un 73,5% entre 2015 y 2019 (aunque alcanzó en 2018 un pico de 21,6 millones de dólares, lo que habría supuesto un aumento del 245% respecto del año 2015).

Análisis detallado por indicador de las contribuciones a fondos multilaterales relacionados con la salud global y la lucha contra la COVID-19

Respecto a las contribuciones a COVAX AMC a través de GAVI

Hasta diciembre 2021, todos los países de la muestra, salvo España, han realizado contribuciones efectivas a COVAX (a través de GAVI). La mayoría de estas contribuciones se han realizado a partir del año 2021, aunque tres países (Alemania, Nueva Zelanda y Países Bajos) hicieron ya contribuciones durante el año 2020. La contribución de EEUU destaca sobremanera por encima de todas las demás, dado que sólo ésta supone casi el 60% del total de contribuciones hechas hasta el momento a COVAX. Por detrás se sitúan Alemania (con un 19,1%), Italia (8,8%) y Canadá (6,4%). En el caso de España, ha aprobado la donación de 100 millones de euros a COVAX, 50 millones de euros a través de GAVI y 50 millones de euros más a través de IFFIM. También se ha aprobado otra contribución financiera por valor de 75 millones de euros a COVAX a través de la Coalición para las Innovaciones en Preparación para Epidemias (CEPI, por sus siglas en inglés) y de nuevo a través de IFFIM. Sin embargo, ninguna de estas contribuciones ha llegado a hacerse efectiva aún, por lo que no constan en las estadísticas publicadas por estas instituciones e iniciativas.

Respecto de las contribuciones de las CCAA a COVAX a través de UNICEF

Durante el año 2021, han realizado contribuciones dinerarias a COVAX a través de UNICEF 14 CCAA (todas excepto Comunidad Valenciana, País Vasco y La Rioja) por un total de 2.906.212,40€. El importe más alto es aportado por la CCAA de Madrid (con un 35,23% sobre el total), seguida de Andalucía (con un 18,50% del total) y Cataluña (con un 10,84% del total). Entre los principales países de destino se encuentran Senegal y Bolivia.

Respecto de las contribuciones del sector privado español a COVAX a través de UNICEF

Durante el año 2021, 22 empresas del sector privado español han realizado contribuciones dinerarias a COVAX a través de UNICEF por una cifra total de 5.006.726,01 €. El 82,91% del total de las contribuciones ha sido aportado por la Unión Española de Entidades Aseguradoras y Reaseguradoras (UNESPA). Le siguen Abertis Infraestructuras S.A. (con un 6,50% sobre el total) y Zurich España (con un 2,06% del total).

Respecto a las aportaciones a iniciativas internacionales de salud pública no relacionadas directamente con la COVID-19

En los periodos 2016-2020 y 2021-2025, hasta 10 de los países de la muestra han realizado aportaciones efectivas para los programas generales de GAVI o para CEPI, iniciativas ambas protagonistas en la lucha contra la COVID-19 pero que también realizan una importante labor en el campo de la salud global al margen de la actual pandemia. Del total de contribuciones hechas a lo largo de este periodo, el 56% fueron realizadas por sólo dos países (Reino Unido y EEUU, con el 36,2% y el 20,2% de las contribuciones, respectivamente). De la muestra de países analizados, los 3 países donantes que aún no han realizado aportaciones efectivas a estos fondos son España, Nueva Zelanda y Portugal. En cuanto a contribuciones a los programas generales de CEPI, de los países de la muestra sólo existen evidencias de que Italia haya realizado aportaciones.

Respecto a las contribuciones hechas a los diversos

llamamientos de organismos internacionales por la COVID-19

Desde el comienzo de la pandemia, organismos internacionales tales como la OMS u OCHA han realizado llamamientos a la comunidad internacional para financiar sus respuestas específicamente vinculadas con la COVID-19. De esta manera, la OMS ha empleado ya más de 1.065 millones de dólares de las contribuciones realizadas por 14 de los países de la muestra (entre los que, sorprendentemente, se encuentra Malí). El grueso de las aportaciones hechas con este motivo a la OMS corren a cargo de Alemania (con más del 74% del total). Le siguen de lejos Reino Unido (11,7%) y Canadá (6%). La contribución de España, realizada en 2020, supone un 0,3% de las contribuciones totales a los llamamientos de la OMS por la COVID-19.

En cuanto a los fondos proporcionados por los países analizados a OCHA para su Plan de Respuesta Humanitaria Global por la COVID-19, éstos ascienden a 271,72 millones de dólares. En este caso los contribuyentes son 11 de los países desarrollados (todos excepto Nueva Zelanda y Suiza). En el caso de OCHA, es Alemania el principal donante (con un 46,5% de las aportaciones), seguido de Reino Unido (24,6%) y EEUU (9,5%). Entre los 3 representan el 80,6% de las aportaciones proporcionadas a dicho Plan hasta la fecha. La contribución de España en 2020 supuso un 1,3% de las contribuciones totales al Plan COVID-19 de OCHA de dicho año.

Respecto a las contribuciones hechas al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria

Durante los periodos 2017-2019 y 2020-2021, todos los países desarrollados de la muestra (a excepción de Finlandia) realizaron contribuciones al Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria, por un total de más de 15.500 millones de dólares. El principal donante a este Fondo durante el periodo analizado fue EEUU, cuya contribución representa el 44,16% del total, seguido de Reino Unido (16,84%), Alemania (12,25%) y Francia (11,29%). España no realizó ninguna aportación durante el primer período (2017-2019) y ha realizado desde entonces una contribución de 44,12 millones de dólares (que representa el 0,63% del total de contribuciones realizadas desde el año 2020).

Respecto a las vacunas COVID-19 donadas y entregadas por los países

Durante el año 2021, 13 de los países analizados (los 13 donantes del CAD de la OCDE más México) donaron un total de 940,49 millones de dosis de vacunas contra la COVID-19. De estas vacunas, sólo un 67,6% han sido efectivamente entregadas a los países destinatarios. Los principales países donantes de las vacunas han sido EEUU (con un 59,42% del total), Alemania (11,06% del total) y Francia (7,63%). España ocupa en esta ocasión el 5º lugar, por detrás de Italia. En cuanto a los países que más dosis tienen pendientes de entregar respecto de las donadas, lidera el ranking Finlandia (con un gap de cumplimiento del 85,4%), seguida de Nueva Zelanda (gap del 80,4%), Canadá (49,6%) y España (46,9%). Los 635,76 millones de dosis que sí han sido efectivamente entregadas se deben principalmente a EEUU, Alemania y Francia, responsables conjuntamente del 80% de las dosis entregadas.

Principales hallazgos obtenidos en las distintas entrevistas realizadas a personas expertas

Esta investigación triangula el análisis de datos y de bibliografía con una serie de entrevistas personales semiestructuradas a expertos en materia de salud e infancia. Concretamente, se han realizado 12 entrevistas de duración aproximada de 30 minutos, en el Anexo III puede consultarse la lista de sujetos entrevistados. La variedad de la muestra ha permitido incorporar múltiples perspectivas al análisis, desde la perspectiva institucional a aquella que parte desde el terreno, pasando por cuestiones estadísticas o de incidencia e investigación. A continuación se exponen las principales conclusiones:

- Los sujetos entrevistados han señalado la mortalidad infantil evitable (especialmente entre los 0 y 5 años de edad) y la salud materno-infantil como los mayores retos de salud e infancia actualmente.
- Todos los análisis han estado impregnados de una idea de transversalidad, es decir, la salud infantil no solo debe entenderse desde el punto de vista del ODS 3 “salud y bienestar” sino en sus sinergias y compensaciones con el ODS 1 “Fin de la pobreza”, el ODS 2 “Hambre cero”, ODS 4 “Educación de calidad”, el ODS 5 “Igualdad de género”, el ODS 6 “Agua y saneamiento” y el ODS 10 “Reducción de las desigualdades”, entre los más citados.
- Respecto de los efectos de la COVID-19 sobre la infancia, las problemáticas más citadas fueron las siguientes: interrupciones en las pautas de vacunación (por ejemplo en el caso del sarampión), agravamiento de la desnutrición, impactos en la salud mental e interrupción de los servicios de planificación familiar y atención del embarazo. También se recalcó en numerosas ocasiones el impacto mayor que la pandemia está teniendo en los países de rentas medias y bajas, así como en los contextos de pobreza y desigualdad.
- Tres han sido las fortalezas de la cooperación española que han destacado los sujetos entrevistados en materia de salud: la especialización en género (especialmente en salud materno-infantil y en salud sexual y reproductiva), la experiencia en cuestiones de agua y saneamiento, así como las posibilidades exportables de nuestro propio sistema de salud. Si bien esta última lleva siendo la eterna promesa de la cooperación española en salud sin que parezca convertirse en una realidad.
- Desde la visión institucional se ha señalado que la salud es un sector clave en la cooperación española políticamente hablando, pero no así en cuanto a financiación. No se trabaja en muchos países que tienen la salud como sector prioritario, pudiendo destacar quizá el trabajo de fortalecimiento de sistemas sanitarios en algunos países de África (no tanto en los de América Latina). Tampoco son demasiados los programas de impacto directo en la salud infantil.

- Respecto a los datos, más de $\frac{2}{3}$ de los sujetos entrevistados señalaron la dificultad del acceso a datos desagregados para infancia en la cooperación española y, por tanto, la traba que esto supone para valorar el impacto de las intervenciones. Es cierto que existe un marcador específico de edad en los volcados de las intervenciones, pero este es de carácter voluntario y suele ser completado aproximadamente en el 10 o el 20% de los casos.
- Siguiendo con cuestiones de datos, pero esta vez de manera global, las entrevistas han puesto de manifiesto las dificultades de obtención de algunos datos en salud en países en los que no todas las poblaciones están censadas y la dificultad que esto supone respecto a contabilizar nacimientos y defunciones. En línea con lo anterior, se mencionó que la OMS, en su última Asamblea, apuntaba que tan solo el 16% de los países producen datos fiables en salud, lo que muestra un problema grave en relación con los sistemas de información sanitaria. El anterior dato no ha podido ser contrastado con la fuente original.
- En un par de casos, se ha señalado la necesidad de una mejor coordinación de la cooperación descentralizada, para no caer en contradicciones ni dobles esfuerzos y para garantizar el alineamiento con las necesidades en salud de los países socios. Por otro lado, en materia de salud infantil han sido varias las alusiones al buen trabajo de cooperación en Mozambique, especialmente en relación con la cooperación andaluza y catalana.
- Entre los actores sociales más citados por su implicación en salud infantil se encuentran UNICEF, ISGLOBAL, Plataforma de Infancia y Médicos Sin Fronteras.
- El papel de la sociedad civil española ha sido destacado en numerosas ocasiones, por su importancia para presionar a los gobiernos, colocar en la agenda política ciertas cuestiones relevantes en materia de salud e infancia, así como generar cambios profundos. Ha salido a colación el papel de las redes sociales en campañas como la de liberalización de las patentes. Entre las oportunidades de mejora, están cuestiones como la necesidad de una mejor coordinación general entre los diversos actores así como una mejor interlocución con la Administración española.
- En cuanto a los actores clave de la cooperación en materia de salud e infancia existen opiniones diversas. Por un lado, hay quien defiende que el músculo principal debe radicar en el Estado para garantizar proyectos grandes y continuados en el tiempo. De otro lado, está quien pone en valor el papel de las pequeñas ONGs especializadas trabajando en estrecha colaboración con los actores locales.
- Se ha recogido una sensación generalizada positiva respecto al papel de España en cuanto a la donación internacional de vacunas (situándose en el 5º puesto a nivel mundial en el momento del cierre de la presente investigación) y en cuanto al posicionamiento por la liberalización de las patentes. No obstante, que sea visto en positivo no significa que se aprecie como suficiente.
- De manera general se han mencionado los problemas de COVAX en cuanto a alcanzar los objetivos marcados para finales del año 2021 sobre el 20% de la población mundial vacunada. Entre las razones de la insuficiencia se citaron: que COVAX no está entre los negociantes prioritarios para las farmacéuticas o la prohibición de exportación de vacunas de la India en relación con AstraZeneca.

- Siguiendo con la donación de vacunas, las personas entrevistadas cuyo trabajo está más unido al terreno se muestran mucho más críticas, señalando que las donaciones de vacunas son meramente simbólicas. En varias ocasiones se ha manifestado que la donación de vacunas no es la solución a la inmunización global, sino que tiene que empezar a trabajarse de otra forma, apostando por la descentralización de la producción de las vacunas, la liberalización de las patentes, el refuerzo de los sistemas sanitarios y el apoyo a la innovación biomédica.
- Parece que las vacunas sí van a computar como AOD, siempre que no estén caducadas, haya tiempo para que sean administradas y finalmente sean puestas a tiempo. El debate está actualmente en el precio al que van a computar y aún no hay nada decidido. No obstante, parece que la apuesta más fuerte es la presentada por la OMS en torno a los 6,50\$ o 6,76\$, lo que equivaldría a unos 5,20€.
- En España es el Ministerio de Sanidad quién compra las vacunas y aquél que decide cuántas vacunas se donan, si bien es cierto que existe una buena interlocución con el MAEC.
- En cuanto a las vacunas COVID-19 y la infancia, se ha destacado que salvo para las enfermedades que afectan exclusivamente a la infancia, los ensayos clínicos se suelen realizar a partir de mayores de 18 años y posteriormente se ajustan las dosis a las medidas y los pesos de la infancia. De hecho, esto ha podido verse con la vacuna de la COVID-19. Otras cuestiones que han salido en las entrevistas tienen que ver con que, ahora que se aprueba la vacunación de niños, quizá sea el momento de incluir estas cuestiones en el Plan de Acceso Universal.
- Para las visiones más cercanas al terreno, la vacunación de la COVID-19 en infancia no es especialmente relevante ya que afortunadamente no es una enfermedad que afecte de manera directa a la mortalidad infantil. Ahora bien, lo que sí se destacó como fundamental fue que no se interrumpieran pautas de vacunación en enfermedades que sí producen muertes en niños en países en desarrollo como el sarampión, la polio o la neumonía.

Reflexiones finales

La presente investigación tenía por objetivo realizar un análisis de la situación de la salud global infantil y los impactos de la pandemia en sus diferentes aspectos, al mismo tiempo que analizar la respuesta de la cooperación internacional con especial atención al rol de la cooperación española en la materia.

Los hallazgos de la investigación demuestran cuantitativa y cualitativamente que la salud global y, sobre todo, la salud global de la infancia no son una prioridad para la cooperación española. Esto se refleja en los resultados del análisis de la normativa y de los datos de inversión de los últimos años. Reconocer esto es clave, puesto que el sistema de cooperación se encuentra en una fase de rediseño, con el proceso activo de elaboración de una nueva Ley de cooperación a nivel estatal. Es por tanto el momento justo para reflexionar acerca de si la salud debería ser uno de los pilares de nuestra cooperación y si ésta debería prestar más atención a la salud infantil, teniendo en cuenta que, a raíz de la pandemia, los retos a enfrentar se han ensanchando, afectando de manera especialmente intensa a los países en desarrollo y al colectivo de la infancia, que de por sí es uno de los más vulnerables.

Los datos cuantitativos dejan entrever que, a pesar de los esfuerzos de largo plazo de la comunidad internacional por mejorar los indicadores relativos a la mortalidad infantil (entre los cuales se pueden mencionar la desnutrición, la falta de acceso a vacunas, la situación de los sistemas sanitarios y los servicios relativos a la planificación familiar, entre otros) se empiezan a detectar evidencias de que la pandemia ha impactado de manera directa en los sistemas sanitarios de todo el mundo, llevándose por delante estos esfuerzos y poniendo en riesgo la mejora en estos indicadores. Esto queda reflejado en los datos relativos a la cobertura de la vacunación o la desnutrición infantil. Además han ganado terreno otras problemáticas, las cuales han sido recalçadas por las personas expertas entrevistadas, como la salud mental de la infancia y la seguridad alimentaria.

Pero también se puede leer aquello que los datos no muestran, que es precisamente la dificultad para la recolección de información. Esta dificultad se ha visto agudizada por la pandemia y se refleja en una falta generalizada de datos, ralentizando la producción de información estadística. Esta cuestión fue verificada por los expertos entrevistados, que constataron que los procesos de recolección y análisis de la información son aún más complejos en los países en desarrollo. Debe añadirse que la falta de datos se manifiesta también en el contexto estatal español, desde el punto de vista del impacto de la cooperación. En España es complicado valorar los resultados de las intervenciones de cooperación en materia de salud infantil porque no hay una clasificación adecuada que permita hacerlo de manera sistemática, sino que requiere de un trabajo manual en el cual el propio acceso a la información es complicado. A esto se suma la falta de procesos evaluativos de las estrategias de cooperación, como lo muestra el hecho de que la Estrategia de Infancia de la Cooperación Española, publicada en 2015, aún no ha sido evaluada.

Otra de las cuestiones que ha salido a relucir y que debería tenerse en cuenta en el proceso de reflexión en el que se encuentra la cooperación, es la relevancia de adoptar un enfoque transversal en el tratamiento de la salud global infantil. Esto, que se aborda ya en el concepto de ODS3+, implica abordar problemáticas como la mortalidad infantil desde un enfoque holístico, que tenga en cuenta simultáneamente factores sociales, económicos y medioambientales. En este sentido ya hay algunos avances desde la cooperación al analizar los desembolsos realizados desde la mirada de los ODS, pero queda aún mucho camino por recorrer, puesto que para poder avanzar en políticas de cooperación holísticas, es necesario conocer también el impacto que tiene la cooperación en terreno, lo cual es un ámbito en el que no se ha avanzado demasiado. Varias de las personas entrevistadas hicieron hincapié no solo en la importancia de los datos cuantitativos, sino también en la necesidad de reforzar las capacidades de análisis de dichos datos, para extraer conclusiones y aprendizajes que mejoren la calidad de la ayuda.

En cuanto a la respuesta de los países donantes a la COVID-19 surgen dos reflexiones interesantes. En primer lugar, la predominancia de EE.UU como donante principal en casi todos los indicadores. En segundo lugar la volatilidad del sistema, lo cual se muestra en las amplias variaciones en los montos destinados a las distintas categorías, lo que refuerza la idea de que la cooperación no se considera una política de Estado clave, ni por España ni por muchos otros países de su entorno.

Por otro lado, los resultados del análisis arrojan reflexiones relevantes desde la perspectiva de la calidad de la ayuda. Esta cuestión queda de manifiesto con los resultados de COVAX y de la campaña de vacunación global, con datos que muestran no sólo los problemas para conseguir las dosis prometidas, sino también las grandes brechas entre lo ya comprometido y lo efectivamente entregado. En este sentido, cabe reflexionar sobre si la donación es la mejor de las estrategias para hacer llegar las vacunas que han demostrado ser efectivas en la lucha contra la pandemia, o si deben plantearse otros canales como por ejemplo la liberación de las patentes o la transferencia de tecnología, ambas cuestiones que han sido señaladas como estratégicas por varias de las personas expertas entrevistadas. Respecto a esta última cuestión, las personas expertas entrevistadas reconocieron el rol de las redes sociales y sobre todo de la sociedad civil organizada para movilizar a la población en torno a estas cuestiones y para exigir la rendición de cuentas por parte de los organismos públicos.

A modo de conclusión final es importante resaltar la relevancia de promover una reflexión informada en el proceso de elaboración de la nueva Ley de Cooperación. A los grandes retos de la cooperación, ya bien conocidos por los actores del sector, investigaciones como esta permiten poner de manifiesto nuevos o renovados retos a los que se debe enfrentar la cooperación en un contexto global de post pandemia con una crisis generalizada a nivel social, económico y medioambiental. En este contexto, están surgiendo en el debate político español posiciones que cuestionan los principios mismos de la cooperación internacional, la justicia global y el multilateralismo. Ante ello, resulta esencial poner en valor y blindar los objetivos finales de la política de cooperación y defender la protección y garantía de los derechos de los colectivos más vulnerables como una apuesta de futuro.

ANEXO I

Metodología análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo de la Cooperación Española en salud entre los años 2007 y 2020

Se ha realizado un análisis de AOD española desde el año 2007 al 2020. Los datos han sido extraídos del sistema de información público de la cooperación española para la AOD, conocido como info@OD. Esta herramienta no contiene datos anteriores a 2007, por ello, es desde entonces que hemos empezado a analizar.

- En cuanto al método de medición, conviene aclarar que la herramienta muestra los datos de los años 2018 y 2019 en "*grant equivalent*", una nueva forma de cómputo de AOD introducida por el CAD. La nueva forma de computar la AOD afecta a la comparabilidad de los datos en el tiempo, es por ello que hemos solicitado al servicio de estadística del MAEC los volcados para 2018, 2019 y 2020 en los que es posible acceder a los datos en la anterior forma de cómputo de AOD, que es el *flujo de caja (cash flow)*.
- Por otro lado, toda la información de este apartado está en euros y hace referencia a la AOD bruta desembolsada. En los casos en los que hablemos de AOD bruta desembolsada en salud, se habrán analizado los sectores CAD 121 "salud general", 122 "salud básica" 123 "enfermedades no transmisibles" y 130 "programas y políticas sobre población y salud reproductiva".

- A partir del año 2019 la cooperación española ha empezado a clasificar las aportaciones al presupuesto de la Comisión Europea en materia de cooperación al desarrollo y la contribución al Fondo Europeo de Desarrollo en los distintos sectores CAD y ODS. Para poder realizar una comparativa de las cifras, estas contribuciones se han mantenido para los años 2019 y 2020 en las categorías no especificadas (pues es dónde estas cifras se recogen en años anteriores).

- Muchos de los gráficos que utilizamos para mostrar la información están en escala logarítmica. En todos los que hayamos utilizado tal escala hemos aclarado su utilización en el título del gráfico. Este tipo de escala nos ayuda a mostrar todos los datos cuando las cantidades a comparar son muy distantes entre sí. Sin embargo, el lector debe tener en cuenta que si no presta especial atención a las escalas perderá información sobre la distancia real que existe entre las cifras comparadas.

ANEXO II

Metodología análisis de las intervenciones en salud e infancia de la cooperación española entre los años 2016 y 2020

Para el análisis se ha trabajado con los volcados de la cooperación española de los años 2016 a 2020. En primer lugar se seleccionaron aquellas intervenciones dentro del sector salud, es decir, de los sectores CAD 121, 122, 123 y 130. En segundo lugar, el objetivo era poder detectar cuáles de estas intervenciones estaban relacionadas con la infancia. Para ello se aplicó una tecnología de etiquetado automático que, en base a una serie de palabras clave, permite extraer aquellas intervenciones que en sus títulos o descripciones las contuviesen. Las palabras clave utilizadas fueron las siguientes: infancia, niños/as, adolescentes, adolescencia, recién nacidos, materno/a, maternidad, nacimiento, parto, nacer, prenatal, menor, juventud, juvenil, hijos/as³⁸. Como algunas intervenciones pueden contener sus títulos en otras lenguas oficiales, las palabras clave también han contado con las diferencias lingüísticas.

Es cierto que la cooperación española ofrece un marcador de edad en el que las intervenciones pueden clasificarse en función del grupo de edad al que benefician. No obstante, este es un marcador no obligatorio y es completado en tan solo el 10 o el 20% de los casos, así que no ha podido ser utilizado por no entenderse representativo. Tampoco se ha realizado ninguna evaluación de la Estrategia de Infancia de la Cooperación Española (2015) hasta el momento, por lo que el análisis manual de las intervenciones era la única opción posible.

Una vez obtenidas las intervenciones en salud e infancia, seleccionamos aquellas que estaban clasificadas dentro del ODS 3. Seguidamente, estudiamos clasificar las intervenciones en función de una serie de categorías que se enuncian a continuación: desnutri-

ción, salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil, salud mental, enfermedades transmisibles, enfermedades no transmisibles, COVID-19, genérico y varios. Ahora bien:

- No todas las intervenciones que se han analizado van exclusivamente destinadas a la infancia, no obstante, se han analizado todas aquellas en las que la infancia es uno de los principales colectivos beneficiarios. Lo mismo pasa para el caso de los adolescentes.
- Hemos incluido tanto las intervenciones dirigidas exclusivamente a adolescentes como aquellas en las que los adolescentes son uno de los principales colectivos beneficiarios.
- *Categoría desnutrición*: recoge aquellas intervenciones específicas (y exclusivas) en desnutrición y malnutrición.
- *Categoría "salud sexual y reproductiva"*: recoge aquellas intervenciones específicas (y exclusivas) en salud sexual y reproductiva. Muchas de ellas en relación con la sensibilización de adolescentes en salud sexual y reproductiva.
- *Categoría "salud materno-infantil"*: entendiendo fundamental el binomio madre-hijo, hemos incluido en esta categoría aquellas intervenciones en salud destinadas a los recién nacidos, además de aquellas expresamente destinadas a la salud "materno-infantil". En ocasiones ha sido complicado diferenciar las intervenciones en "salud materno infantil" de las intervenciones en "salud sexual y reproductiva" ya que la propia descripción mencionaba acciones en ambas cuestiones (lo mismo pasaba en algunos casos respecto de "salud materno infantil" y "desnutrición"). En estos

38. El etiquetado informático puede registrar algunos "falsos positivos", es por eso que se han revisado los resultados eliminando aquellas intervenciones que no estaban finalmente relacionadas con infancia.

casos hemos optado por la categoría “salud materno infantil” generando una subcategoría de “salud sexual y reproductiva” o “desnutrición”.

- *Categoría “salud mental”*: recoge las intervenciones específicas en salud mental y salud psicosocial. Muchas de ellas vinculadas a acciones en campos de refugiados.
- *Categoría “enfermedades transmisibles”*: recoge intervenciones concretas en distintas enfermedades como pueden ser: cólera, chagas, malaria, meningitis, sarampión o paludismo. En el excel que acompaña a esta parte de la investigación pueden consultarse en el apartado de subcategorías.
- *Categoría “enfermedades no transmisibles”*: recoge intervenciones concretas en enfermedades como pueden ser: cáncer, cardiopatías, ceguera, sordera, adicciones o hipotiroidismo. En el excel que acompaña a esta parte de la investigación pueden consultarse en el apartado de subcategorías.
- *Categoría COVID*: recoge aquellas intervenciones específicas para hacer frente a la COVID-19. A parte de la categoría general, en el excel que acompaña a esta parte de la investigación puede encontrarse una subcategoría de COVID:
 - En su mayoría intervenciones del año 2020 totalmente nuevas que no son específicas del COVID, sino de otras categorías (por ejemplo, “salud sexual y reproductiva”), pero dada la situación de emergencia incorporan pequeñas acciones relacionadas con COVID.
 - En tres casos se han detectado intervenciones reorientadas, que ya existían y que son específicas para otras temáticas pero que han incorporado pequeñas acciones relacionadas con COVID.
- *Categoría “genérico”*: recoge aquellas intervenciones que en su título y descripción no ofrecen suficiente información para clasificarlas.
- *Categoría “varios”*: recoge aquellas intervenciones holísticas en las que se pretende llevar a cabo múltiples acciones en múltiples de las categorías con las que estamos trabajando (por ejemplo: salud materno infantil, desnutrición y enfermedades transmisibles). En ocasiones recoge intervenciones que no sólo reali-

zan acciones relacionadas con salud sino también con otras temáticas como por ejemplo la educación. También recoge esta categoría aquellas intervenciones cuasi genéricas pero con descripciones mucho más amplias que en la categoría “genérico”.

El análisis en base a las categorías descritas se ha diseñado con objeto de dotar de profundidad y matices el estudio sobre la cooperación española en materia de salud infantil. Como puede observarse, los criterios de definición de las categorías no siempre coinciden con los del CAD para los distintos sectores. Para facilitar el análisis en base a ambos enfoques, se han incluido los resultados de ambos en el presente informe.

Se debe tener en cuenta que la metodología desarrollada en esta parte de la investigación busca localizar aquellas intervenciones cuyos títulos o descripciones contengan términos relacionados con salud infantil, es por eso que las contribuciones generales a fondos multilaterales no están viéndose reflejadas. No obstante, la única de las contribuciones obligatorias que podría sumarse adicionalmente (esta investigación no las ha sumado) pudiendo suponer que hasta 2019 iba destinada en su mayoría a infancia es la que se hace a GAVI (la Alianza para la Vacunación) a través de IFFIM la cuál es todos los años analizados del mismo monto: 9.475.000€.

Las cifras que se muestran en esta parte del análisis son en AOD bruta desembolsada. Se debe tener en cuenta que en algunos casos las intervenciones analizadas tienen asociada una cantidad de 0€, concretamente lo anterior ocurre en el 33% de los casos. Se ha decidido no descartar esas intervenciones ya que figuran en los volcados de los años analizados y para evitar pérdidas de información tanto cuantitativa como cualitativa.

Finalizando con las consideraciones metodológicas, se debe tener en cuenta respecto de los totales que se muestran en las distintas cuestiones analizadas, que no siempre una cantidad dineraria alta tiene necesariamente que ir asociada a un número alto de intervenciones. Existen intervenciones de gran monto e intervenciones de montos bajos o incluso 0€ (como ya se ha señalado). Es por esto que cuando los análisis se tornan más específicos, se ha procurado puntualizar sobre el análisis en términos de cantidades totales, el número de intervenciones asociado.

ANEXO III

Entrevistas realizadas

- VIRGINIA RODRÍGUEZ (ISGlobal)
- IÑAKI ALEGRÍA (Hospital General Rural de Gambo, Etiopía)
- CÉSAR HERNÁNDEZ (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios)
- JOSE MARÍA LARRÚ (Universidad CEU San Pablo)
- JORGE SEOANE (Servicio de Estadística, DGPOLEDDES)
- MARÍA CRUZ CIRIA (Área de Salud, AECID)
- FRANC CORTADA (Oxfam Intermón)
- FÉLIX FUENTENEbro (Medicus Mundi)
- MIGUEL CASADO (Área de Salud, DGPOLEDDES)
- IRENE BERNAL (Salud Por Derecho)
- CARLOS GARCÍA (Coordinadora ONGD)
- RAQUEL GONZÁLEZ (Médicos Sin Fronteras)

ANEXO IV

Aportaciones a COVAX

Comunidad Autónoma	MEDIA 2017-2020			2021: Contribución a COVAX a través de UNICEF
	AOD	SALUD	% destinado a salud	
ANDALUCÍA	42.391.015,87€	4.202.496,47€	9,91%	537.714,08€
ARAGÓN	2.917.032,71€	497.545,22€	17,06%	80.000,00€
ASTURIAS	4.082.507,62	358.531,77€	8,78%	79.500,00€
BALEARES	6.141.240,43€	655.662,81€	10,68%	100.000,00€
CANARIAS	899.649,78€	384.211,82€	42,71%	59.998,32€
CANTABRIA	1.617.039,78€	164.818,86€	10,19%	100.000,00€
CASTILLA-LA MANCHA	2.216.959,13€	241.532,25€	10,89%	150.000,00€
CASTILLA Y LEÓN	4.512.000,73€	396.882,41€	8,80%	30.000,00€
EXTREMADURA	9.880.508,14€	1.104.364,04€	11,18%	200.000,00€
GALICIA	5.970.494,85€	850.478,29€	14,24%	100.000,00€
LA RIOJA	1.661.517,36€	142.972,75€	8,60%	-
MURCIA	307.222,69€	15.383,44€	5,01%	10.000,00€
NAVARRA	9.505.582,00€	2.505.635,00€	26,36%	120.000,00€
PAÍS VASCO	49.527.636,44€	1.755.516,04€	3,54%	-
C. VALENCIANA	24.345.251,68€	2.621.444,13€	10,77%	-
TOTALES	204.098.160,63€	23.238.894,67€	11,39%	1.567.212,40€

En 2021 también contribuyeron a COVAX a través de UNICEF el Ayuntamiento de Barcelona (**315.000€**) y el Ayuntamiento de Madrid (**1.024.000€**). Por tanto la contribución total a COVAX a través de UNICEF de la cooperación descentralizada fue en 2021 de: **2.906.212.40€**.

**SALUD GLOBAL E INFANCIA:
UN ANTES Y UN DESPUÉS DE LA COVID-19**