

UNICEF España

LA SALUD GLOBAL INFANTIL EN LA AOD ESPAÑOLA

Conclusiones y recomendaciones de un estudio de UNICEF España



LA SALUD GLOBAL INFANTIL EN LA AOD ESPAÑOLA

Edita

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

Autor

Political Watch y UNICEF España

Equipo investigador

POLITICALWATCH

Belén Agüero, Alba Couso y Javier Pérez

UNICEF ESPAÑA

Rebecka Jonsson, María Lafuente Funes
y Cristina Junquera Abaitua

Coordinación

Rebecka Jonsson (UNICEF España)

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 Fuentenebro (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.

Por qué hacer el estudio y por qué ahora	5
Por qué nosotros. La importancia de la infancia	7
En qué consiste el estudio	9
Qué hemos encontrado en el estudio	10
1. Análisis del estado de la salud global con especial atención a la infancia	10
• Situación de los sistemas de salud y tasa de vacunas	
2. Análisis de los compromisos estratégicos de España en materia de salud global de la infancia	12
3. Del compromiso a la inversión: análisis de lo invertido por la Cooperación Española desde 2007 hasta la actualidad, con especial atención a la salud infantil	15
• Salud, salud infantil y Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 (COVAX)	
4. España en el mundo: análisis comparativo sobre lo invertido en salud global en el marco de la OCDE	20
5. Mensajes principales de las personas expertas entrevistadas	21
Conclusiones	22
Principales recomendaciones	24





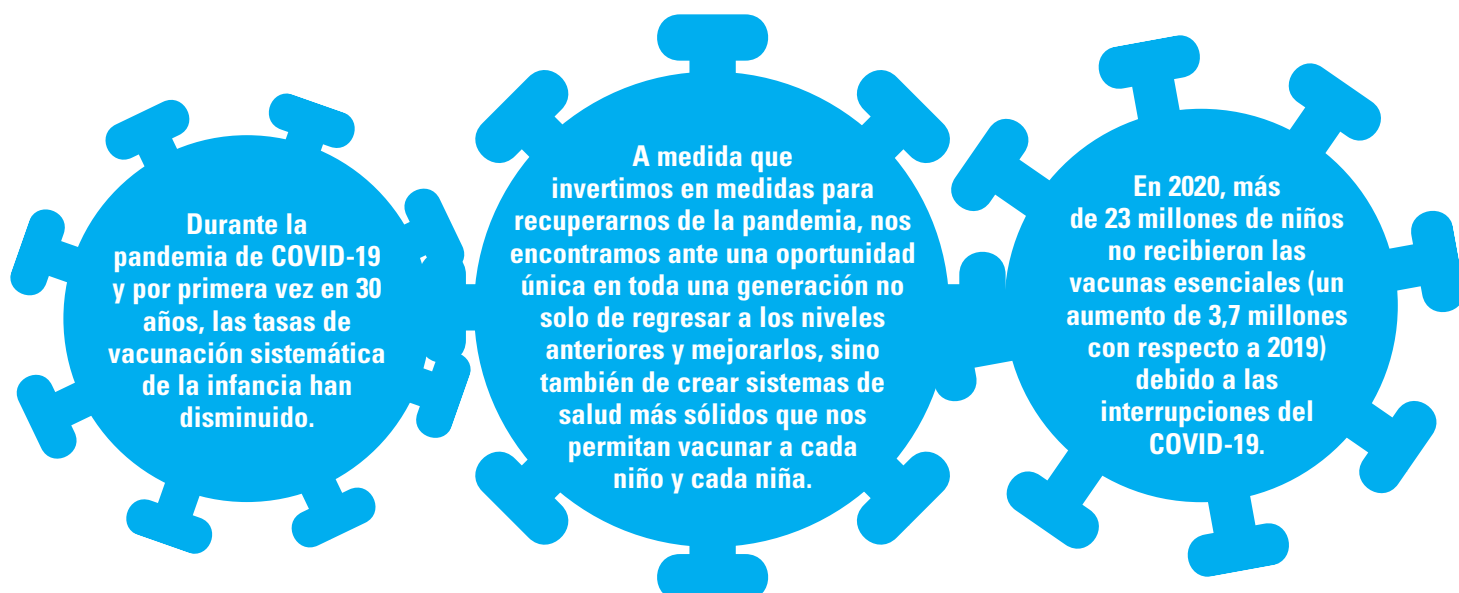
Por qué hacer el estudio y por qué ahora

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 el 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, de hecho ya se cuenta con evidencia sobre el 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.

Hemos advertido, con la Organización Mundial de la Salud (OMS), de una “tormenta perfecta” para que se produzcan brotes de sarampión. Los casos de sarampión notificados en todo el mundo aumentaron un 79% en los dos primeros meses de 2022 en comparación con el mismo periodo de 2021. Se están dando las condiciones propicias para brotes de enfermedades fácilmente prevenibles con una vacuna.



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 internacional 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.

Lo que pedimos desde UNICEF España para la Cooperación Española en términos de salud global e infancia

Será fundamental que la Cooperación Española se comprometa a promover la cobertura sanitaria universal, a través de sistemas nacionales, desde un enfoque de derechos y como bien público global con un foco prioritario en la atención primaria, con especial hincapié en la salud materno-infantil y el acceso equitativo a la inmunización rutinaria. El refuerzo de los sistemas nacionales de salud es una de las herramientas más eficaces para la prevención y respuesta ante pandemias y epidemias. Es con una cobertura sanitaria universal y sistemas nacionales de salud robustos como protegemos la salud dentro y fuera de nuestras fronteras.

Rendimos tributo a cada gobierno que se toma en serio la atención de la salud. Porque ahora está más claro que nunca: la única forma de poner fin a una epidemia es contar con una atención de la salud equitativa y unos sistemas de salud más sólidos para todas las personas. **Porque nadie está a salvo hasta que todos estemos a salvo.**



Por qué nosotros.

La importancia de la infancia

La población infantil supone la mitad de la población en situación de pobreza extrema en el mundo¹ y contamos con múltiples datos que demuestran el grave impacto que están teniendo sobre la infancia la crisis generada por la pandemia de COVID-19 y el resto de crisis interconectadas que se viven a nivel global. Tanto por ello como por una cuestión de derechos humanos, la infancia debe ser un colectivo prioritario para la Cooperación Española, y los derechos de infancia ser abordados de manera transversal y específica, para asegurar que España cumple con los compromisos adquiridos en la Convención sobre los Derechos del Niño².

Por tanto, UNICEF España trabaja para promover que los derechos de **niños, niñas y adolescentes estén en el centro de los esfuerzos de la cooperación al desarrollo**, a través tanto de la implementación de proyectos específicamente dirigidos a la infancia, como asegurando que sus derechos son protegidos, promovidos y respetados en todas las intervenciones de la cooperación.

1. World Bank-UNICEF, 2020. Global Estimate of Children in Monetary Poverty: An Update. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/34704>

2. Grupo Infancia y Cooperación de La Coordinadora de Organizaciones para el Desarrollo y la Plataforma de Infancia, 2022.

<https://www.unicef.es/publicacion/una-nueva-cooperacion-para-la-infancia>



UNICEF y su rol para frenar la pandemia: ACT-A, COVAX y el fortalecimiento de los sistemas de salud

El desafío mundial de la vacunación ahora ya no se relaciona tanto con los problemas de suministro, sino que se centra cada vez más en apoyar la vacunación en países con sistemas de salud más débiles, que necesitan fortalecer sus capacidades para absorber y distribuir de manera eficiente las dosis disponibles.

UNICEF ha estado respondiendo a los impactos de la pandemia desde sus primeros días, proporcionando los equipos de protección personal (EPP) y suministros médicos críticos, **garantizando que los niños pudieran acceder tanto a la atención médica esencial, las vacunas rutinarias, como a la educación y otros servicios esenciales.** En todo el mundo, los equipos de UNICEF continúan trabajando incansablemente para ayudar a más de 130 países a abordar el COVID-19 y los impactos más amplios que está teniendo en los niños y niñas y sus familias.

En 2020, se apeló a UNICEF para ser socio líder de la implementación del Acelerador del acceso a las herramientas contra el COVID-19 (ACT-A por sus siglas en inglés) y su pilar de vacunas, Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 (COVAX por sus siglas en inglés), en reconocimiento a nuestra amplia experiencia, infraestructura y alcance global como el mayor comprador de vacunas en el mundo. Hasta la fecha, UNICEF ha entregado casi 1.500 millones de vacunas (al 22 de mayo de 2022) en nombre de COVAX, con millones de dosis llegando diariamente a los países a finales de 2021, gracias a aumentos significativos en la disponibilidad de vacunas a través de COVAX. Solo en diciembre de 2021, UNICEF entregó más de 330 millones de dosis.

En 2022, la disponibilidad de dosis de las vacunas contra el COVID-19 ha aumentado constantemente. El desafío mundial de la vacunación ahora ya no se relaciona tanto con los problemas de suministro, sino que se centra cada vez más en apoyar la vacunación en países con sistemas de salud más débiles, que necesitan fortalecer sus capacidades para absorber y distribuir de manera eficiente las dosis disponibles. Al mismo tiempo, el surgimiento de Omicron, como una variante de preocupación, ha influido en la demanda de vacunas de los países y sus planes de respuesta a la pandemia.

Además, en el marco de nuestro llamamiento de Acción Humanitaria para la Infancia (HAC por sus siglas en inglés) de ACT-A, UNICEF continúa trabajando con gobiernos y socios en 133 países de ingresos bajos y medios para **convertir a COVAX y las vacunas financiadas por los gobiernos en vacunaciones**, así como para fortalecer el acceso a diagnósticos, tratamientos y EPP para el personal sanitario. Brindamos apoyo técnico, operativo y financiero y aprovechamos nuestras alianzas de largo recorrido con países socios, para garantizar que las vacunas, las pruebas y los tratamientos contra el COVID-19 lleguen a quienes más los necesitan.

Es fundamental mantener este impulso, trabajando juntos para cerrar la brecha de la inequidad, poner fin a la pandemia y detener el daño al futuro de los niños y niñas.



En qué consiste el estudio

El estudio realizado por Political Watch con el apoyo de UNICEF España tuvo como objetivo profundizar en los primeros datos cuantitativos acerca del impacto que la pandemia provocada por el COVID-19 ha generado en la intersección entre salud e infancia, y comparar estos datos con la respuesta de la comunidad internacional en distintos ámbitos de acción. Este análisis tiene un carácter retrospectivo y de medio plazo, para tratar de comprender cuál era la situación de partida antes de la pandemia en ciertos indicadores clave y cuál ha sido el compromiso de los donantes internacionales en aquellos sectores que se vinculan de manera directa a la salud global e infancia.

El hilo conductor de la investigación fue la salud infantil global. A través del estudio se han intentado detectar las principales problemáticas a las que se enfrenta, cómo éstas se han visto afectadas por la pandemia, y cuáles han sido y pudieran ser los esfuerzos de la cooperación en este ámbito, especialmente de la Cooperación Española.

Desde el punto de vista metodológico, para cumplir con los objetivos de la investigación, se ha trabajado con fuentes estadísticas oficiales³, entrevistas semiestructuradas con personas expertas en las diversas temáticas trabajadas y documentación oficial de los actores de la Cooperación Española.

La investigación realizó una primera aproximación al análisis de los impactos de la pandemia del COVID-19 en la salud global infantil, con el que diagnosticar la AOD española frente al resto de la comunidad de donantes de cara a futuras revisiones del enfoque estratégico que dicha cooperación debería perseguir. Los datos utilizados para la investigación llegaron hasta diciembre de 2021. A continuación, compartimos los hallazgos y conclusiones más relevantes para el contexto actual. El estudio completo, con la totalidad de la investigación, se puede encontrar en [esta página web](#) donde se podrá profundizar en cada uno de los ejes analizados.

La investigación realizó una primera aproximación al análisis de los impactos de la pandemia del COVID-19 en la salud global infantil.

3. En relación con los datos estadísticos, se ha tomado como muestra un total de 20 países entre los que se encuentran 13 países desarrollados y 7 en vías de desarrollo. La selección de países ha sido consensuada entre el equipo de UNICEF España y Political Watch en función de las necesidades de la investigación.



Qué hemos encontrado en el estudio

1. Análisis del estado de la salud global con especial atención a la infancia

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)⁴. 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 más pertinentes en clave del análisis realizado y dentro de la disponibilidad de datos existente.

1.1 Situación de los sistemas de salud

- En las variables relacionadas con las capacidades de preparación sanitaria⁵ y la cobertura sanitaria universal, la mejora es generalizada y muy pronunciada en todos los países de la muestra, **siendo mayor la mejora en el caso de los países en desarrollo**.

DATO: 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%),** lo que también está relacionado con los desiguales puntos de partida

- 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.

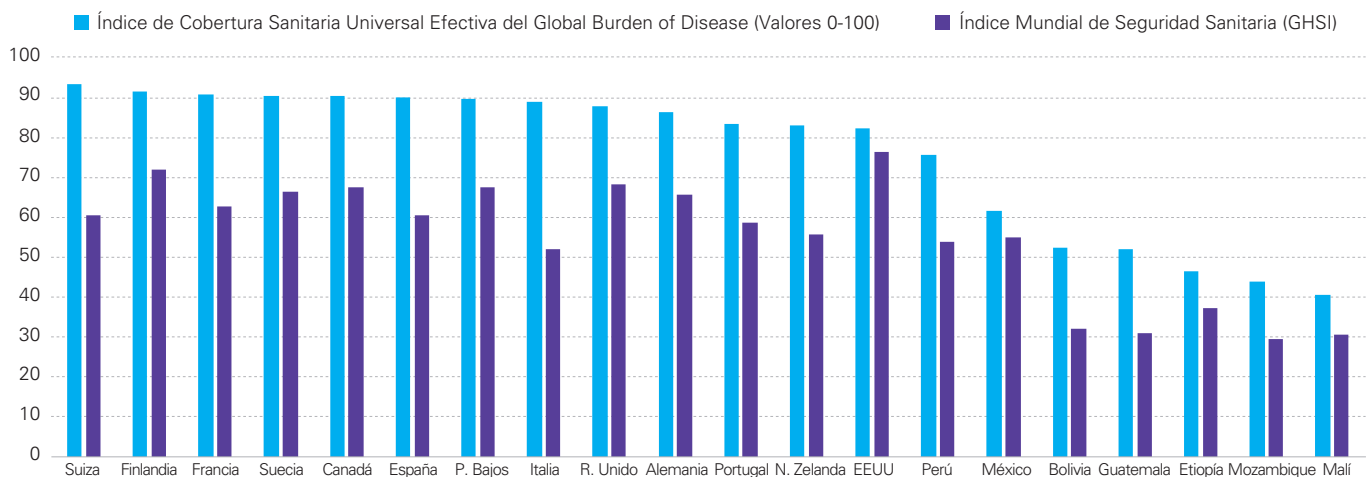
DATO: En cuanto a la **seguridad sanitaria**, sólo 6 de los 20 países analizados (Canadá, España, Etiopía, Mozambique, Nueva Zelanda y Perú) mejoran entre 2019 y 2021. Esta cuestión se ha medido a través del **Global Health Security Index** (sólo disponible para 2019 y 2021), que analiza la seguridad 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). (Ver **gráfico 1**).

- La priorización de la sanidad dentro del esfuerzo presupuestario total de los países difiere entre los países desarrollados (15,85% del gasto sanitario en el gasto público total) y en países en vías de desarrollo (10,55%).

4. 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.

5. El indicador utilizado para medir las capacidades de preparación sanitaria ha sido la adhesión de los países a 13 normativas clave del Reglamento Sanitario Internacional (RSI) relacionadas con la vigilancia y la preparación.

Gráfico 1. Cobertura Sanitaria Universal vs. Seguridad Sanitaria



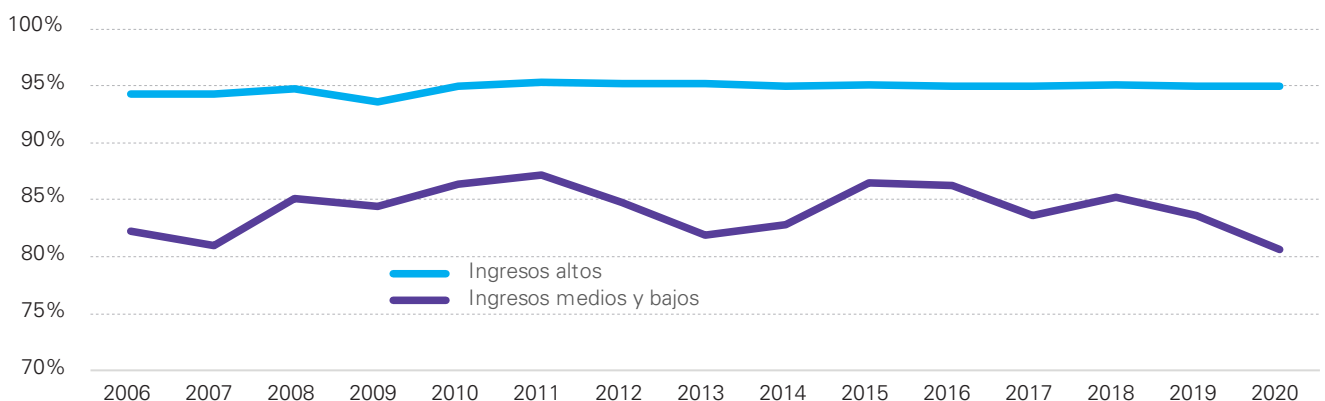
1.2 Tasa de vacunas

- Hay evidencias de que el COVID-19 ha impactado en los procesos de vacunación infantil contra 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 tosferina, como en el de la primera dosis contra el sarampión.**

- Como se ha mencionado anteriormente, hemos advertido, con la OMS, de una “tormenta perfecta” para que se produzcan brotes de sarampión. **Los casos de sarampión notificados en todo el mundo aumentaron un 79% en los dos primeros meses de 2022 en comparación con el mismo periodo de 2021.**

La cobertura de vacunas infantiles en los países analizados se distingue claramente por países con altos ingresos versus con ingresos medios y bajos. (Ver **gráfico 2**). Adicionalmente se ve el descenso de la cobertura entre 2019 y 2020, reflejando lo que hemos alertado: que en 2020 más de 23 millones de niños y niñas no recibieron las vacunas esenciales, un aumento de 3,7 millones con respecto a 2019.

Gráfico 2. Porcentaje de cobertura de las vacunas analizadas por ingresos de los países



Estimaciones oficiales de la OMS y UNICEF sobre la cobertura nacional de inmunización (WUENIC) publicadas julio 2021. Se puede ver más en detalle las 13 vacunas analizadas en el informe completo: <https://www.unicef.es/publicacion/la-salud-global-infantil-en-la-aod-espanola-2022>

2. Análisis de los compromisos estratégicos de España en materia de salud global de la infancia

Para este análisis 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. Dado que el enfoque multidimensional y transversal de los retos globales es fundamental, siempre que ha sido posible en el estudio se han analizado aquellos compromisos que de alguna manera interactúan positivamente con la salud de la infancia como pueden ser cuestiones de género, alimentación, educación o acceso al agua.

V Plan Director

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 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.

Estrategia de Infancia de la Cooperación Española

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 no ha tenido lugar por el momento. En las entrevistas también se mencionó que, si bien seguramente los retos globales de la infancia no hayan cambiado mucho en los últimos 6 años, 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 y su derecho a la educación. 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 principales

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 al derecho a la 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).

Estrategia de Respuesta Conjunta al COVID-19

La [Estrategia de Respuesta Conjunta al COVID-19](#) fue publicada en julio del año 2020 por el Ministerio de Asuntos Exteriores, Unión Europea y Cooperación (MAEUEC) 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 el 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 del 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 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 comunidades autónomas, la Federación Española de Municipios y Provincias (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 el COVID-19, “Vacunación solidaria”](#). Este Plan fue publicado en enero del año 2021 y en su elaboración participaron tanto el MAEUEC 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 del 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 del COVID-19, no obstante, ahora que sí está haciéndose quizá convendría actualizar el Plan para incluir alguna referencia.

PRINCIPALES CONCLUSIONES SOBRE EL COMPROMISO DE ESPAÑA CON LA SALUD GLOBAL

- En el análisis de los compromisos **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**, incluyendo el Objetivo Específico 3.2: "Garantizar el derecho a la salud de niños y niñas desde un enfoque de equidad, que persiga la cobertura universal a través de sistemas públicos de salud equitativos, sostenibles, eficientes y de calidad, que garanticen la atención específica e integral de la infancia" y sus 6 líneas estratégicas con sus acciones prioritarias. Esta ausencia de evaluaciones es especialmente relevante teniendo en cuenta que no existe información desagregada sobre la inversión en infancia de las intervenciones de la Cooperación Española y lo que esto complica el análisis de impacto.
- La Cooperación Española se encuentra ahora mismo en un periodo de reforma y reflexión, y es clave reconocer lo que existe en la actualidad y detectar posibles brechas que necesitan ser abordadas en términos de la inclusión de la infancia y en particular de la salud global infantil. En este sentido, la Subcomisión para el Estudio de la actualización del marco normativo y del sistema de cooperación internacional para el desarrollo, constituida en el seno de la Comisión de Cooperación Internacional para el Desarrollo del Congreso, ya emitió en 2021 un informe de recomendaciones entre las cuales **se encuentra la necesidad de establecer la salud global como un eje de actuación prioritario, lo cual representa una oportunidad para insertar, también desde lo normativo, la importancia de priorizar al colectivo de la infancia en las actuaciones de cooperación en este ámbito.**
- En general, los textos analizados incorporan, en sus principios, un enfoque transversal de derechos humanos que contempla la infancia como colectivo especialmente vulnerable. Siguiendo en términos generales, puede hablarse de la existencia de alineamiento con estándares internacionales como **la Convención sobre los Derechos del Niño o la Carta Europea de Derechos del Niño**. Y más concretamente, cabe destacar que los Marcos de Asociación País de Bolivia, Etiopía, Guatemala, Mali, Mozambique y Perú, hacen hincapié en el alineamiento con las Estrategias de Salud de los países socios. Sin embargo, todavía son muchos los retos para que este alineamiento se traduzca en una transversalización real de los derechos de infancia, así como en un abordaje específico acorde a las necesidades de este colectivo fundamental para el desarrollo global.

La Cooperación Española se encuentra ahora mismo en un periodo de reforma y reflexión, y es clave detectar posibles brechas que necesitan ser abordadas en términos de la inclusión de la infancia y en particular de la salud global infantil.

3. Del compromiso a la inversión: análisis de lo invertido por la Cooperación Española desde 2007 hasta la actualidad, con especial atención a la salud infantil

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 MAEUEC. 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 reproductiva”⁶.

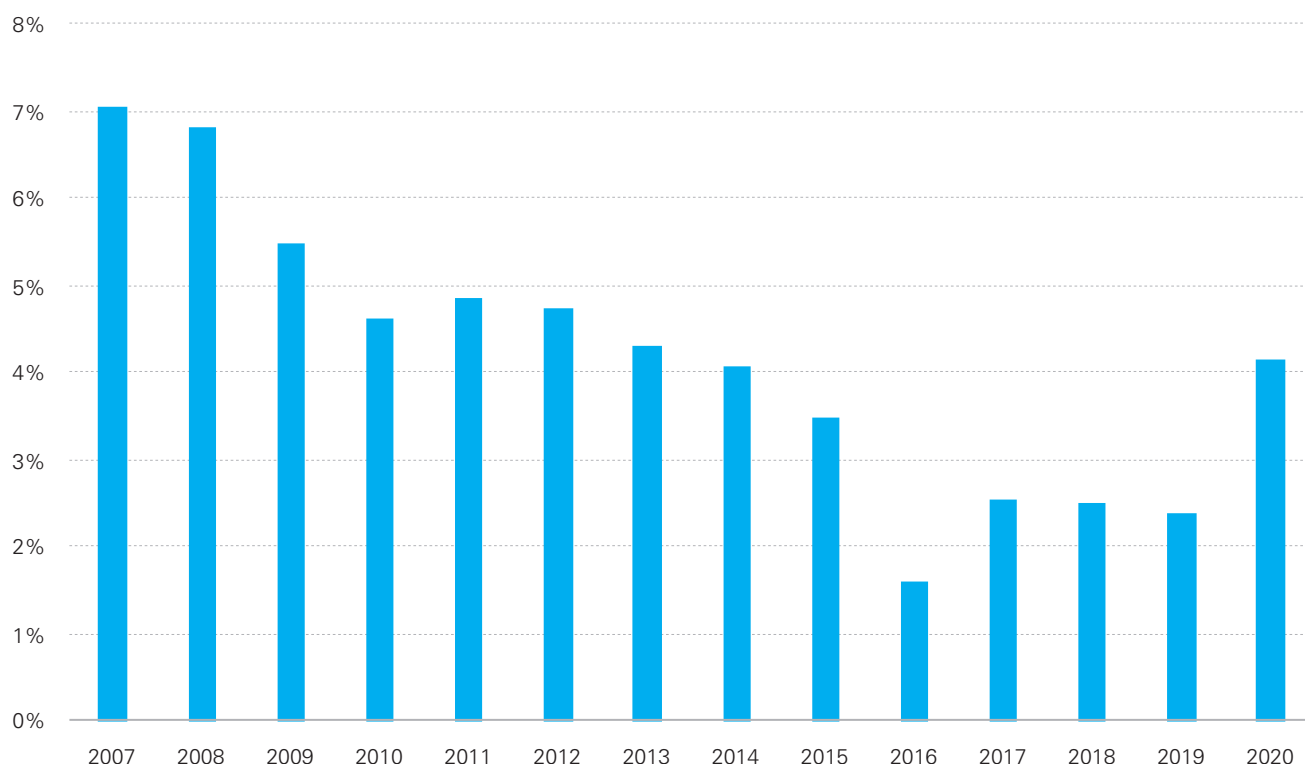
Salud

- El total de AOD bruta desembolsada destinado a salud entre los años 2007 y 2020 ha sido de 1.916,6 millones de euros.
- Ampliando la mirada para poder valorar el lugar que ocupa la salud en las prioridades de la Cooperación Española, es interesante recurrir al análisis en clave de Agenda 2030⁷. 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 desigualdades” (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 6ª posición con 374.380.671,45€.**
- 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€).
- **Por tanto, cuantitativamente la salud global no puede considerarse hoy por hoy como una prioridad dentro de la Cooperación Española en términos de inversión.** Este dato coincide con lo manifestado por muchas de las personas expertas entrevistadas y con lo hallado en el análisis normativo, donde la salud global, si bien se incluye en leyes y planes estratégicos, no ocupa una posición central. En particular se puede ver con el siguiente gráfico, que muestra el porcentaje de la AOD invertida en salud sobre el total de AOD. En los años analizados, el porcentaje más alto llega a ser un poco más del 7% en 2007. (ver **gráfico 3**, en página siguiente).

⁶. La metodología utilizada puede consultarse en el Anexo I.

⁷. La información por ODS y metas está disponible a partir del año 2016. 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.

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



- Siguiendo el análisis con el tipo de actor a través del cual se ha canalizado la inversión en salud, el principal en los 14 años analizados es la Administración General del Estado (AGE), seguido a gran distancia por las comunidades autónomas, las entidades locales y las universidades.

- Centrando el estudio en el ámbito autonómico⁸, si se analizan los totales de los últimos 14 años estas son, por orden descendente, las comunidades autónomas con mayor nivel de inversión: 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 comunidades autónomas que más años se mantienen entre las primeras 5 posiciones del ranking⁹.

- Si prestamos atención a los niveles de inversión de todas las comunidades autónomas, podemos ofrecer los siguientes datos para los años 2017-2020, que incluyen la inversión total en cooperación, la cooperación en salud, así como las aportaciones a COVAX en 2021.

8. Las tablas para entidades locales pueden encontrarse en el Excel que acompaña a dicha investigación.

9. 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.

Ver **tabla 1**, en página siguiente.

Salud Infantil

- Se han analizado las distintas intervenciones de la Cooperación Española en salud infantil desde el año 2016 al año 2020.

- Para posibilitar este análisis, y debido a la carencia de marcadores específicos que lo faciliten, se ha optado por un análisis pormenorizado y, en cierto modo, experimental,

Tabla 1: Comunidades Autónomas y sus contribuciones

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€
CATALUÑA	34.402.413,25	6.559.875,94€	19,07%	-
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%	-
MADRID	3.720.088,19€	781.543,45€	21,01%	-
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€**.

por lo que se ha circunscrito a 5 años. Se ha partido de la información publicada por la Dirección General de Políticas de Desarrollo Sostenible (DGPOLDES), extrayendo aquellas intervenciones clasificadas en los sectores CAD de salud y en el ODS 3. Posteriormente se han seleccionado aquellas que por sus títulos o descripciones podían vincularse a la salud infantil¹⁰.

- Aplicada la metodología diseñada para el análisis **se ha identificado 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 (ver **tabla 2**, en página siguiente), 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 debido a la pandemia de COVID-19.

10. La metodología utilizada puede consultarse en el Anexo II del documento completo del estudio.

Tabla 2: 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

Si se analizan los datos en función del modo de canalización, 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 que reflejen directamente salud infantil, por lo que las contribuciones generales a fondos multilaterales no están viéndose reflejadas. 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 La Alianza para la Vacunación (Gavi) a través de Facilidad Financiera para la Inmunización (IFFIM) la cuál es todos los años analizados del mismo monto: 9.475.000€.

- El porcentaje medio sobre el total de **AOD bruta en salud desembolsada destinada a salud infantil entre 2016 y 2020 es del 13,3%**.
- Los cinco países que más AOD bruta desembolsada en salud infantil han recibido a lo largo de estos años han sido: Mali, Guatemala, Palestina, Bolivia y Nicaragua.
- **El análisis de las intervenciones muestra que las comunidades autónomas han sido las mayores inversoras en temas de salud global infantil**, con más de 26 millones de euros invertidos entre los años 2016 y 2020.

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

COVAX

Hasta diciembre 2021, todos los países de la muestra, salvo España, han realizado contribuciones efectivas a COVAX (a través de la Alianza para la Vacunación, 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 sobremedida 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 IFFIM¹¹. 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.

11. Perfil de donante de España a Gavi: <https://www.gavi.org/investing-gavi/funding/donor-profiles/spain>

Contribuciones de las comunidades autónomas a COVAX a través de UNICEF

Durante el año 2021, han realizado contribuciones dinerarias a COVAX a través de UNICEF 14 comunidades autónomas y ayuntamientos por un total de 2.906.212,40€. El importe más alto ha sido aportado por el Ayuntamiento de Madrid (con un 35,23% sobre el total), seguido de Andalucía (con un 18,50% del total) y el Ayuntamiento de Barcelona (con un 10,84% del total). Estas contribuciones se han destinado a programas para extender la vacunación contra el COVID-19 en Senegal, Bolivia y Mali.

Contribuciones del sector privado español a COVAX a través de UNICEF

Durante el año 2021, 22 empresas del sector privado español han realizado contribuciones 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). Adicionalmente, seguimos contando con el apoyo de aliados como Iberia comprometidos desde hace años, que siguen apoyando la respuesta de UNICEF al mecanismo COVAX.

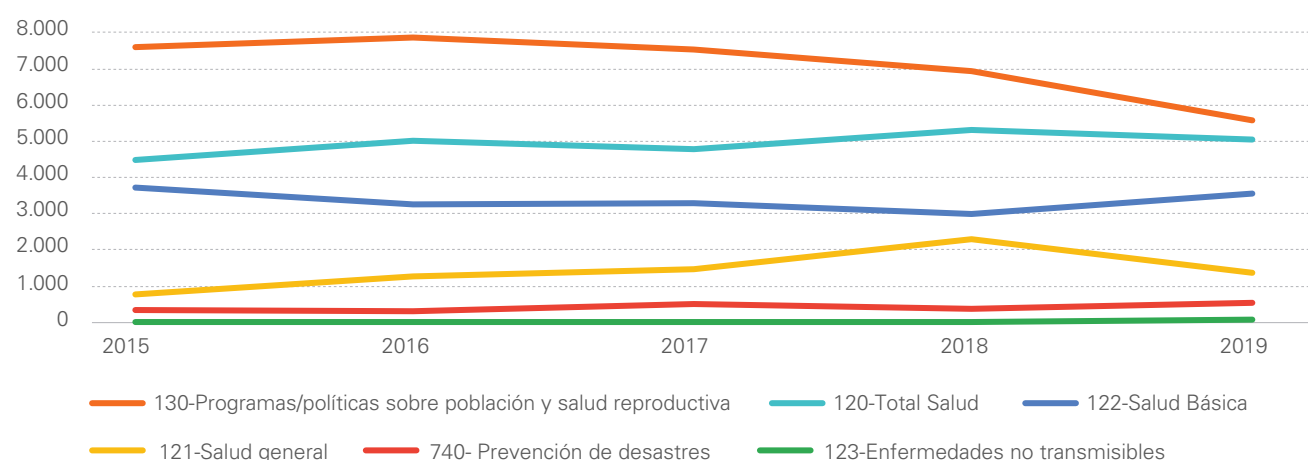
Los fondos aportados a UNICEF se han utilizado para mejorar las cadenas de transporte y distribución de las vacunas, incluyendo la cadena de frío, adquirir y distribuir suministros como jeringuillas o equipos de protección individual, capacitar al personal de salud y desarrollar acciones de comunicación a la población encaminadas a contrarrestar mitos, rumores y fomentar la confianza en la vacunación. Gracias a estas líneas de acción se logra convertir las vacunas en vacunaciones, además de contribuir a reforzar los sistemas nacionales de salud en equipamientos y capacidades.

Los recursos movilizados para una distribución justa y equitativa de las vacunas contra el COVID-19 en el marco del mecanismo COVAX no sólo han permitido extender esta vacunación en países de ingresos bajos y medios-bajos. Además suponen una oportunidad para fortalecer las capacidades de los sistemas de salud más allá de la coyuntura actual, mejorando las capacidades y servicios, y aumentando la aceptación de los servicios de inmunización, lo que tendrá un efecto positivo en la cobertura de VACUNAS INFANTILES. Y más allá de la vacunación, estas inversiones deberán contribuir a sistemas y servicios de salud más robustos y sostenibles en el largo plazo, como un elemento clave en la lucha contra la mortalidad infantil por enfermedades prevenibles.

4. España en el mundo: análisis comparativo sobre lo invertido en salud global en el marco de la OCDE

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”. (Ver **gráfico 4**). En el indicador correspondiente al sector de las “Políticas de Población y Salud Reproductiva” se observa un descenso del 25,43% entre 2015 y 2019 en las aportaciones totales de los donantes analizados.

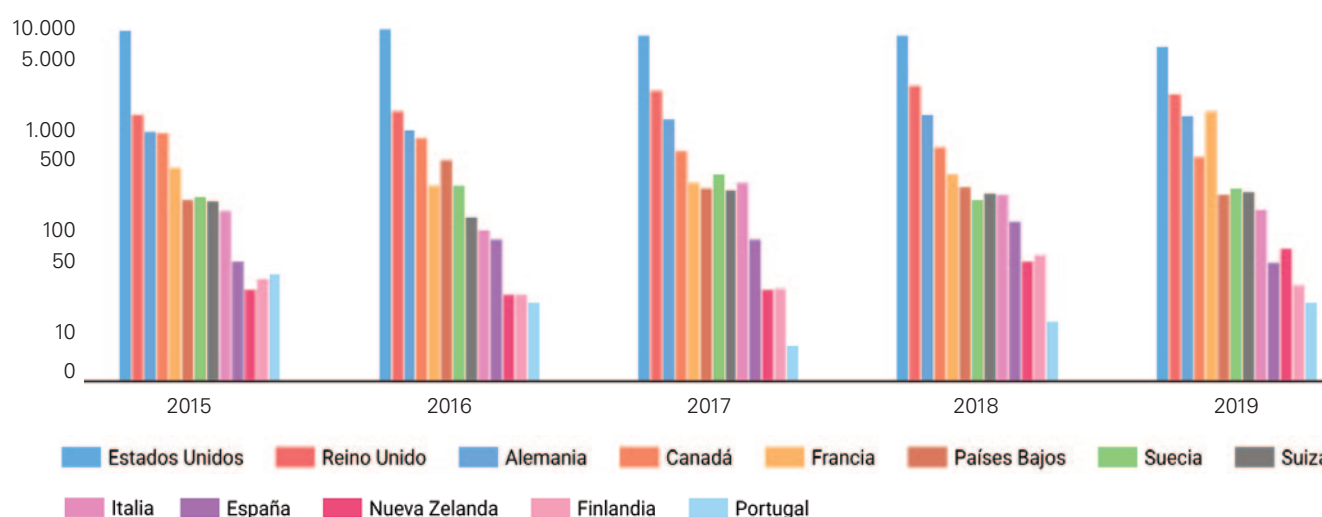
Gráfico 4: Contribuciones AOD de los 13 países donantes por sector (2015-2019) (Millones de dólares USA)



Fuente: Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

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%). España mantiene en 2019 prácticamente el mismo nivel de aportaciones al sector de la salud que en 2015 (25 millones de dólares), tras haber alcanzado un máximo de 62 millones de dólares en 2018. (Ver **gráfico 5**).

Gráfico 5: Contribuciones AOD por países (2015-2019) (Millones de dólares USA)



5. Mensajes principales de las personas expertas entrevistadas

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 complementariedad con el ODS 1 “Fin de la pobreza”, el ODS 2 “Hambre cero”, el 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.

Más de dos tercios de los expertos entrevistados señalaron la dificultad del acceso a datos desagregados para infancia en la Cooperación Española y, por tanto, el obstáculo que esto supone para valorar el impacto de las intervenciones. Es cierto que existía un marcador específico de edad en los volcados de las intervenciones, **pero este era de carácter voluntario y solía ser completado aproximadamente en el 10 o el 20% de los casos.**

Para las visiones más cercanas al terreno, la vacunación del 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.**

Tres han sido las fortalezas de la Cooperación Española que han destacado los expertos 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 es una promesa de la Cooperación Española, que no termina de hacerse realidad.

CONCLUSIONES

La 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 del marco estratégico 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. También se tiene que reconocer que **las comunidades autónomas han sido las mayores inversoras en temas de salud global infantil** y la cooperación española tiene como una de sus principales señas de identidad la cooperación descentralizada. 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 ampliado, 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 relacionados con 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 salud sexual y reproductiva, 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 las mejoras en estos indicadores que se habían producido las últimas décadas. **Esto queda**

reflejado en los datos relativos a la cobertura de la vacunación o la desnutrición infantil.

Además, cabe destacar que los países han prestado también atención a otras problemáticas, sin el incremento correspondiente de recursos, las cuales han sido recalculadas por las personas expertas entrevistadas, como la salud mental de la infancia y la seguridad alimentaria. A ello se suma en estos momentos una crisis alimentaria mundial sin precedentes que ya ha provocado, en los 15 países más afectados, el aumento del número de niños y niñas con desnutrición aguda grave hasta casi los 8 millones.

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 afrontan enormes retos en los países en desarrollo**. Debe añadirse que, desde el punto de vista de la evaluación del impacto de la cooperación, la falta de datos también es una realidad en el contexto estatal español. En España es complicado valorar los resultados de las intervenciones de cooperación en materia de salud infantil ya que **no hay una clasificación adecuada que permita hacerlo de manera sistemática, sino que se requiere de un trabajo manual en el cual el propio acceso a la información es complicado**. A esto se suma la escasez 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 haya sido objeto de ninguna evaluación.

Otra de las necesidades que ha identificado este estudio, 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**

CONCLUSIONES

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, con los ejercicios de análisis de 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, el cual es un ámbito en el que aún hay margen de mejora. Asimismo, varias de las personas entrevistadas hicieron hincapié no solo en la importancia de disponer de 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. La intención de crear la Oficina de Evaluación de la Cooperación Española, prevista en el proyecto de Ley de Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global, podría ser un buen paso en este sentido.

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, así como la constatación de que actualmente ya no hay un problema de suministro de vacunas. En este sentido, cabe reflexionar sobre cómo ha funcionado la estrategia utilizada, la donación de vacunas, y si deberían valorarse otros canales y estrategias. Un ejemplo podría ser focalizar la entrega de las vacunas (para COVID-19 o para otras posibles enfermedades en el futuro) en las zonas más remotas del mundo, integrando dicha entrega con otras campañas de vacunación, para

conseguir vacunar a niños y niñas que nunca han sido vacunados, así como plantear la transferencia de tecnología. Respecto a esta última cuestión, las personas expertas entrevistadas reconocieron el rol de la sociedad civil organizada, con la herramienta y altavoz que suponen las redes sociales, 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 la reforma del sistema de cooperación internacional. 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, a la que además se suman las consecuencias globales que está teniendo ya la guerra en Ucrania. 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 este contexto global de retos multiplicados y en el que también surgen voces contrarias a los principios básicos de la cooperación para el desarrollo, **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 en mayor situación de vulnerabilidad como una apuesta de futuro.**

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Con base en la información recabada, así como en las reflexiones y conclusiones planteadas, delineamos 10 recomendaciones con la intención de fortalecer y enriquecer el abordaje que desde la Cooperación Española se hace de la salud global de la infancia.

- 1** El ODS 3 tiene como objetivo garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos y todas en todas las edades. Para alcanzar este objetivo, la Cooperación Española debe centrar sus esfuerzos en **garantizar que todos los niños y las niñas crezcan sanos y libres de enfermedades, especialmente los más vulnerables**, con la visión de un mundo donde ningún niño muera por una causa evitable. En definitiva, un mundo en el que todos los niños alcanzan todo su potencial en salud y bienestar.
- 2** España necesita hacer una **reflexión sobre la priorización a nivel sectorial de su política de desarrollo**, tanto para identificar y definir los ámbitos de mayor valor añadido e impacto, como para evitar la dispersión que ha sido identificada por diversos actores del sistema. La salud global es uno de ellos.
- 3** **Incrementar el porcentaje de AOD** destinado tanto a salud como específicamente a salud infantil, lo que tendría que ir de la mano de la continuidad de la apuesta por el multilateralismo, dado el retorno de inversión demostrado por los mecanismos multilaterales a la hora de abordar los retos globales de salud.
- 4** Identificar la **salud global como prioridad** dentro del VI Plan Director de Cooperación 2022-2025.
- 5** **Incluir en la nueva Estrategia de Salud Global de la Cooperación Española, las líneas estratégicas identificadas y las actuaciones prioritarias fijadas para el sector salud en la Estrategia de Infancia de la Cooperación Española** y actualizar las estrategias y actuaciones para reflejar el contexto tras los años pandémicos que seguimos viviendo. Adicionalmente, la nueva estrategia debe considerar las diferentes herramientas a su alcance: proyectos, ayuda presupuestaria, investigación científica, fondos multilaterales y público-privados.
- 6** **Priorizar las acciones que tengan como objetivo poner fin a las muertes prevenibles maternas, neonatales e infantiles**, desde un enfoque comunitario y de fortalecimiento de los sistemas de salud, con énfasis en las acciones de promoción de la salud, incluyendo hábitos adecuados y prevención de enfermedades.
- 7** Integrar en el VI Plan Director y en la Estrategia de Salud Global **los retos específicos que para la salud de las niñas y niños tiene el actual contexto humanitario**.
- 8** **Integrar indicadores de mortalidad materna e infantil** entre los criterios clave para la selección de países prioritarios.
- 9** A día de hoy no existen datos desagregados para infancia en la Cooperación Española y, por tanto, como este estudio demuestra, para valorar si alguna intervención se centra en la infancia, hay que analizarlas individualmente. **Recomendamos reforzar el uso del marcador opcional específico de edad en las intervenciones**.
- 10** Dar continuidad y seguir promoviendo procesos consultivos y participativos como el que se generó en torno a la formulación de la Estrategia de respuesta conjunta de la Cooperación Española a la crisis del COVID-19. Con ese espíritu, **seguir trabajando en la coherencia necesaria entre las diferentes estrategias y conseguir una implementación complementaria que refuerce la Cooperación Española con los países socios**.

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

Para hacer realidad estas líneas, y que España juegue un rol relevante en la garantía de la salud de la infancia a nivel global, será imprescindible que contemos con un sistema de cooperación renovado, fortalecido y robusto, que supere las actuales carencias, consolide su compromiso con los derechos de la infancia y sitúe a niños, niñas y adolescentes como uno de sus ejes centrales. Es por ello que incluimos aquí una serie de recomendaciones más amplias, elaboradas por el Grupo de Infancia y Cooperación, que consideramos fundamentales y están explicadas en el documento del que formamos parte *Una nueva cooperación para la infancia: De la voluntad al compromiso*.

A Debe realizarse **una incorporación transversal de los derechos de la infancia en los diferentes ámbitos de intervención y documentos estratégicos**, especialmente en el VI Plan director, comunicaciones anuales y documentos de planificación de cooperación descentralizada, incluyendo en ellos un apartado específico para potenciar su visibilidad.

coordinación de los diversos actores que actúan en este ámbito. Asimismo, se hace necesario reforzar las capacidades de protección de la infancia en las Oficinas de la Cooperación Española en el exterior y en los Centros de Formación, con la designación de puntos focales en todas ellas dado el carácter transversal de la protección de los derechos de la infancia.

B Incrementar de manera sostenida y previsible los fondos de la AOD hasta alcanzar el 0,5% de la RNB al final de la presente legislatura y el 0,7% en 2030. La nueva Ley de la Cooperación para el Desarrollo Sostenible y la Solidaridad Global debe reflejar este compromiso por alcanzar el 0,7%, estableciendo hitos intermedios y bloqueando para ello los recursos financieros necesarios en cada ejercicio presupuestario.

E Mantener la decidida apuesta por el multilateralismo en los PGE 2023, así como el reconocimiento al importante rol desempeñado por las organizaciones de la sociedad civil. Retomando lo establecido en la Comunicación 2021, será fundamental que la Cooperación Española adecúe sus prioridades en coherencia con las recomendaciones y prioridades a medio y largo plazo de las Naciones Unidas, poniendo el foco en las Observaciones del Comité de los Derechos del Niño y los compromisos del Examen Periódico Universal.

C Actualizar la Estrategia de Infancia de la Cooperación Española para garantizar su alineamiento con la reforma del Sistema de la Cooperación Española, el VI Plan Director y los ODS de la Agenda 2030. Para ello, se hace necesaria la sistematización y evaluación de la implementación de la actual Estrategia enmarcada en el conjunto de Estrategias de la Cooperación Española.

F Garantizar un adecuado seguimiento del porcentaje de AOD destinado a infancia y analizar el impacto de las intervenciones implementando los mecanismos necesarios para garantizar que se realiza de manera adecuada. **Actualmente, ni la Cooperación Española ni el CAD contemplan la categoría infancia en su sistema de clasificación, por lo que se deberá insistir en su inclusión.**

D Crear una Unidad de Derechos de Infancia en la AECID que aporte conocimiento especializado, vele por la implementación de la Estrategia de Infancia de la Cooperación Española, establezca prioridades y promueva la

Esta tarea de cuantificación es especialmente compleja, teniendo en cuenta los mecanismos actuales de seguimiento. Para ello, se deben revisar y actualizar los manuales y modelos de

PRINCIPALES RECOMENDACIONES

gestión. Además, en todos los procesos -planificación, valoración, gestión, evaluación- se deben integrar indicadores desagregados que visibilicen las necesidades específicas de los niños, niñas y adolescentes. Para garantizar el adecuado seguimiento resulta igualmente fundamental incorporar personas expertas en derechos de infancia en la División de Evaluación de Políticas para el Desarrollo y Gestión del Conocimiento de DGPOLDES o en aquellas instancias especializadas que puedan surgir en el marco de la reforma de la Cooperación Española.

G Todos los actores de la Cooperación Española deben valorar los posibles **impactos de sus intervenciones en los derechos de los niños y niñas y la situación de riesgo en la que se encuentran, con especial foco en los más vulnerables**. Para ello, es esencial la consolidación sistemática de los datos con la desagregación necesaria, objetivos claros con indicadores concretos, medición de impacto con instrumentos y guías específicos y el impulso de líneas de investigación que retroalimenten estas evaluaciones de impacto.



LA SALUD GLOBAL INFANTIL EN LA AOD ESPAÑOLA

unicef  | para cada infancia