

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

Consideraciones metodológicas previas

## CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS PREVIAS

---

**E**l presente estudio pretende conocer de manera aproximada los niveles de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) de España en materia de población y salud reproductiva tras la celebración de la Conferencia de El Cairo. Se trata de una actualización del informe ya publicado en 1999 por el GIE con motivo de la evaluación de Cairo+5, y que revisa los datos contenidos en aquella primera edición, en especial por la inclusión de la ayuda local, y los amplía hasta el año 2002, pues el informe de 1999 abarcaba el período 1995-1998. Es importante remarcar que estamos hablando de ayuda pública, ya que el objeto de estudio es el esfuerzo y el compromiso político realizado por la Administración española, y no por otros agentes de cooperación internacional. Debemos sin embargo recordar que existe una parte importante de ayuda en población y salud reproductiva que no responde a la definición de AOD, pues se realiza por parte de organizaciones no gubernamentales y otras entidades con recursos propios, o gracias a ayudas del sector empresarial privado.

El Programa de Acción de El Cairo hace especial énfasis en las necesidades no cubiertas en los países con economías en transición, y así lo recoge en sus estimaciones de costes de programas de población y salud reproductiva. Por ello hemos incluido en la ayuda oficial al Desarrollo aquellos desembolsos con destino a los países de Europa Central y Oriental y la ex Unión Soviética puesto que, aunque según la norma del Comité de Ayuda al Desarrollo no deben contabilizarse como Ayuda Oficial al Desarrollo, sí se trata de una Ayuda Oficial que incide en el cumplimiento de los compromisos financieros de la agenda de El Cairo y, por tanto, debe incluirse en su seguimiento y evaluación. Dada su limitada relevancia en volumen de ayuda, mantenemos en el informe la denominación de Ayuda Oficial al Desarrollo pese a que incluya esta pequeña porción de desembolsos a los países con economías en transición.

Con respecto al amplio concepto de "salud reproductiva", dado que el objeto de análisis es la movilización de recursos, nos basaremos en los cuatro componentes a los que se refiere el capítulo XIII del Programa de Acción a la hora de recomendar la dedicación de recursos financieros. Estos cuatro conceptos responden aproximadamente a los que establece el Comité de Ayuda al Desarrollo en la distribución sectorial de la ayuda

a programas de población y salud reproductiva, y que la Oficina de Planificación y Evaluación de la AECl adopta desde 1995 en los planes anuales de cooperación internacional.

En concreto, el punto 13.14 dice así: “Los servicios básicos de salud reproductiva, incluida la planificación de la familia, que entrañan apoyo para la capacitación necesaria, materiales, infraestructura y sistemas de gestión, especialmente al nivel de atención primaria de la salud, incluirían los siguientes componentes principales, que se integrarían en los programas nacionales básicos de población y salud reproductiva:

a) En el componente de **servicios de planificación de la familia**: artículos anticonceptivos y prestación de servicios; fomento de la capacidad para realizar actividades de información, educación y comunicaciones relativas a la planificación de la familia y a cuestiones de población y desarrollo; fomento de la capacidad nacional mediante el apoyo a la capacitación; desarrollo de la infraestructura y mejora de las instalaciones y servicios; elaboración de políticas y evaluación de programas; sistemas de información para la gestión; estadísticas de servicios básicos, y esfuerzos especiales para lograr una atención de buena calidad.

b) En el componente de **servicios básicos de salud reproductiva**: servicios de información y servicios rutinarios de atención prenatal, parto normal y posparto; aborto (según lo especificado en el párrafo 8.25); información, educación y comunicaciones sobre salud reproductiva, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, sexualidad humana y la paternidad responsable, y sobre la lucha contra las prácticas nocivas; servicios adecuados de consulta; diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y otras infecciones del aparato reproductivo, según resulte viable; prevención de la infertilidad y tratamiento apropiado, según resulte viable, y servicios de remisión, educación y consulta para las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, y en el caso de complicaciones de embarazo y el parto.

c) En el componente relativo al **programa de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/Sida**: programas transmitidos por los medios de difusión y programas de educación escolar; promoción de la abstinencia voluntaria y la conducta sexual responsable, y ampliación de la distribución de preservativos.

d) En el componente de **investigación básica, reunión de datos y análisis de políticas de población y desarrollo**: fomento de la capacidad nacional mediante el apoyo para la reunión y el análisis de datos demográficos y pertinentes a los programas, la investigación, la elaboración de políticas y la capacitación”.

La adopción de esta definición nos obliga a dejar fuera del cómputo aquellas acciones que no tengan como eje central el sector de población y salud reproductiva, pese a que puedan influir igualmente en la mejora de las condiciones de la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres, tal como reconoce el Programa de Acción, que recomienda también que se destinen más recursos a proyectos de desarrollo integral dirigidos a mujeres, o de salud básica, de saneamiento, de educación y alfabetización, etc.

## Dificultades conceptuales

Los informes de seguimiento elaborados tanto a nivel nacional como internacional para observar el cumplimiento de las recomendaciones de El Cairo en ayuda a proyectos y programas de población y salud reproductiva se encuentran con algunos obstáculos, a los que el presente informe no ha podido escapar, y que radican en la definición de servicios básicos de salud reproductiva recogida en el punto 13.14 del Programa de Acción.

Las diversas fuentes utilizadas muestran de qué manera el uso y/o comprensión de esta amplia y no excesivamente depurada definición puede variar a la hora de sectorializar la ayuda. Es una dificultad compartida por diversos agentes de cooperación, tanto en el plano internacional como en España. En ocasiones, actividades específicas de población y salud reproductiva se encuentran contabilizadas en sectores como la salud básica, el control de enfermedades infecciosas o el fortalecimiento institucional. También ocurre en ocasiones que programas de salud infantil, u otros de ayuda general a refugiados, se incluyen en el apartado de “población y salud reproductiva”.

Especial atención merecen los proyectos de salud materno-infantil, pues no siempre es fácil distribuirlos sectorialmente, a causa de los múltiples componentes que pueden integrar. Nuestra opción ha sido partir de un concepto amplio y no restringido, y mantener así una visión integradora que abarque proyectos que tienen una relación directa con el desarrollo satisfactorio del proceso reproductivo, basándonos en las recomendaciones del punto 7.6 del Programa de Acción. A esta opción nos ha llevado, además, el hecho de que alguno de los proyectos contabilizados como salud materno-infantil centra su actividad en la atención a la salud reproductiva de las mujeres, esto es, atención prenatal, parto y posparto. Tanto es así que hemos encontrado, a través del análisis minucioso de las actividades de diversos proyectos denominados “materno-infantiles”, la incorporación de elementos como la provisión de anticonceptivos. Ahora bien, aquellos proyectos denominados materno-infantiles pero que hemos podido comprobar que desarrollaban exclusivamente servicios de atención a la salud infantil sin incluir la atención a la madre no han sido recogidos, como es el caso de proyectos de reducción de mortalidad infantil, nutricionales o de vacunaciones.

También debe tenerse en cuenta la inclusión en el apartado de servicios de salud reproductiva de las ayudas a la lucha contra prácticas nocivas como las mutilaciones genitales o contra la violencia y el abuso sexuales basados en la discriminación de género. Buena parte de estos proyectos tampoco suelen incluirse en población y salud reproductiva.

Los datos que se recogen en el estudio abarcan inversiones en mejora de infraestructura, capacitación, equipos y materiales, además de la prestación de servicios, de acuerdo con el primer párrafo del punto 13.14 del Programa de Acción al que hemos hecho referencia anteriormente, y que define que los servicios básicos de salud reproductiva “entrañan apoyo para la capacitación necesaria, materiales, infraestructura y sistemas de gestión, especialmente en la atención primaria de la salud”. Consideramos que existen inversiones que favorecen directa-

mente la mejora de servicios de salud reproductiva, esto es, atención prenatal, parto y posparto, siempre y cuando esta infraestructura sea exclusivamente para clínicas o módulos clínicos especializados en este tipo de atenciones. Lo mismo ocurre con el equipo y material clínico que refuerza la respuesta a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/Sida.

La distribución sectorial entre los cuatro componentes tampoco está exenta de dificultades, debidas básicamente a que éstos no son mutuamente excluyentes. Existen proyectos que abarcan más de un factor, como pueden ser la planificación familiar y la prevención del VIH/Sida. También nos podemos encontrar con proyectos multisectoriales que además de incluir alguna de estas condicionantes también extienden su acción a otro sector no directamente relacionado con la salud reproductiva, como pueden ser proyectos de desarrollo rural que abarquen desde servicios de salud materna hasta la alfabetización de adultos. Para facilitar la clasificación, hemos intentado inscribirlo en el sector sobre el cual parecía recaer la prioridad de la acción del proyecto. Asimismo, hemos unificado las actividades relacionadas con el VIH/Sida en un mismo grupo, para no vernos en la dificultad añadida de tener que distinguir, tal como el punto 13.14 establece, lo que es una actividad en materia de VIH/Sida dentro del apartado de servicios básicos de salud reproductiva de lo que es en sí una actividad del apartado de enfermedades de transmisión sexual.

Por lo que respecta a la distribución anual de la ayuda, hemos asignado los desembolsos al año en que se decide la asignación, y no cuando realmente se han devengado. Con ello debemos tener en cuenta, y ocurre con cierta frecuencia, que ayudas asignadas al presupuesto de un año se han hecho efectivas al año siguiente. Hemos dado prioridad al año en que se ha decidido esa asignación (comprobando siempre que ello haya supuesto un desembolso real), y no al año en que se ha hecho efectiva.

## **La contabilización de la ayuda española**

Podemos realizar la medición de los niveles de ayuda española en población y salud reproductiva tomando como modelos dos referentes empleados a nivel internacional. Una opción, la que utiliza la organización Population Action International en sus informes de seguimiento de los compromisos financieros de El Cairo, es distribuir el paquete de los 5.700 millones de dólares que deben financiar los países donantes y repartirlo entre los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE según el producto nacional bruto de cada Estado. La segunda opción consiste en utilizar como listón de referencia la dedicación de un mínimo del 4% de la Ayuda Oficial al Desarrollo de un país a programas de población, una referencia de uso común en las organizaciones internacionales especializadas del sector desde que en el Foro Internacional sobre Población celebrado en 1989 en Amsterdam se recomendó esta proporción. Según adoptemos un sistema u otro, los resultados serán distintos. El primer modelo conlleva no sólo una necesidad de mejorar la ayuda en población y salud reproductiva, sino además de aumentar de

manera global los niveles de ayuda al desarrollo. Sin embargo, cuenta con una desventaja, pues medir la ayuda oficial con ese baremo supone no contabilizar otros agentes donantes que también participan en ese tercio de financiación externa a los países en desarrollo, como son el sector empresarial privado o los recursos propios de organizaciones no gubernamentales. Por otra parte, analizar la ayuda mediante valores absolutos supone un esfuerzo añadido de control de la evolución de indicadores monetarios como los tipos de cambio o la evolución de la inflación, ya que las cifras del Programa de Acción están expresadas en dólares corrientes de 1993.

Por todo ello, preferimos utilizar el segundo modelo, pues al establecer como objetivo una cifra relativa, en este caso el 4%, centramos la atención en la proporción dedicada a los programas de población y salud reproductiva independientemente del total de la AOD del país. Así, aunque las cifras absolutas aumenten o disminuyan considerablemente podremos observar si la atención a estos programas es sensible a las variaciones absolutas. En 1999, también en un foro celebrado en los Países Bajos, el Foro Internacional de La Haya, preparatorio para la evaluación quinquenal del Programa de El Cairo, se subió el listón del objetivo para dejarlo en el 5% de la ayuda.

## **Ayuda no contabilizada**

Una última aclaración que debe tenerse en cuenta, sobre todo a la hora de establecer las inevitables comparaciones con los niveles de la ayuda de otros países donantes, es la ausencia destacada en la contabilización de los recursos dedicados por España de la AOD multilateral canalizada a través de la Unión Europea por un lado, y de parte de la bilateral descentralizada que llevan a cabo las entidades locales, por el otro.

En el primer caso, ello es debido a la ausencia de una adecuada contabilización por parte de la ayuda de la Unión Europea a programas de población y salud reproductiva, tanto a través del Fondo Europeo de Desarrollo como del presupuesto ordinario. Es una porción de la AOD española que si bien no afecta a la hora de compararla con el resto de miembros de la UE, sí que debería tenerse en cuenta si la comparación se realiza con países como Suiza, Noruega, Estados Unidos, Canadá, Japón, Australia o Nueva Zelanda. En similar dificultad nos encontraríamos si tuviéramos que tomar en consideración la movilización de recursos destinada a programas de población y salud reproductiva por parte de otros organismos multilaterales como el Banco Mundial o los bancos regionales de desarrollo.

En esta actualización del informe de 1999 merece la pena destacar el esfuerzo realizado por recuperar una parte importante de la AOD española, canalizada por los entes locales, como ayuntamientos y diputaciones. Ardua tarea, dada la dificultad de obtener una adecuada contabilización y sectorialización de dicho tipo de ayuda descentralizada. De esta manera, y aunque sigue sin ser una vía de la ayuda española contabilizada exhaustivamente, hemos intentado paliar uno de los vacíos del primer informe.

## Fuentes de información y estructura del contenido

Las fuentes de información básica utilizadas para la recogida de datos sobre la AOD española son fuentes oficiales, principalmente los seguimientos de los planes anuales de cooperación internacional, elaborados por la Oficina de Planificación y Evaluación de la Agencia Española de Cooperación Internacional. Asimismo, se han utilizado otras fuentes oficiales, como las facilitadas por diversos departamentos de la Agencia Española de Cooperación Internacional y el Boletín Oficial del Estado, así como por distintas comunidades autónomas. Para la ayuda canalizada a través de ONG se han consultado las resoluciones de las convocatorias de ayudas y subvenciones a ONG que se publican en el Boletín Oficial del Estado. Dichas fuentes oficiales han sido contrastadas y completadas en lo posible con otras informaciones suministradas directamente por las organizaciones no gubernamentales españolas. Por lo que respecta a la ayuda local, se han obtenido los datos directamente de ayuntamientos, diputaciones, cabildos y consejos insulares, así como de los fondos locales de cooperación.

La estructura utilizada para desarrollar la información de la AOD se basa en la siguiente tipología de canales de la ayuda: AOD vía directa del Gobierno central; ayudas y subvenciones a ONG de la AECI; AOD autonómica, y AOD de los entes locales. En el primer apartado incluimos tanto la ayuda multilateral, a través de cuotas voluntarias a organismos internacionales, como la dedicada a proyectos específicos de dichos organismos –la llamada ayuda multilateral–, así como la directa a instituciones públicas de países en desarrollo. En el segundo apartado se contempla la AOD canalizada a través de ONG mediante convocatorias de la AECI (hasta 2001 las ordinarias e IRPF, y desde ese año las destinadas a estrategias, programas y proyectos). El tercer apartado es el que recoge la ayuda que realizan las comunidades autónomas y, por último, el cuarto se dedica a la ayuda de los entes provinciales y locales (incluidos ayuntamientos, diputaciones provinciales y forales, cabildos y consejos insulares, y fondos de cooperación).

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

La agenda internacional en materia de población y salud reproductiva



### La conferencia internacional de El Cairo de 1994

En el 2004 se celebran 10 años de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo. Una conferencia que se inscribe en el amplio proceso desarrollado durante los años noventa por Naciones Unidas con el objetivo de analizar y responder a los principales desafíos que el desarrollo humano tiene ante sí. Temas como la infancia, la alimentación, el medio ambiente, los derechos humanos, la población, el desarrollo social o las mujeres fueron objeto de estudio en sucesivas conferencias y tratados con una perspectiva común que dio lugar a un nuevo paradigma de desarrollo, aquél que se centra en el crecimiento personal y la calidad de vida de los individuos, y sin perder de vista el medio natural y social. Es lo que ha venido a llamarse “desarrollo humano sostenible”. La Cumbre del Milenio del año 2000 establece, a modo de síntesis de dicho proceso previo de conferencias internacionales, los objetivos globales más importantes en el proceso de desarrollo humano sostenible que alcanzar en el 2015, y además sirve para abrir un segundo ciclo de cumbres internacionales, ya en el siglo XXI, que se orientan hacia la financiación de este desarrollo humano así como a intentar corregir las disfunciones que las relaciones económicas y comerciales crean, impidiendo un desarrollo económico y social justo y equitativo.

A diferencia de otras cumbres, la de El Cairo ha movilizado, y sigue movilizándolo diez años después, de una manera especial a la comunidad internacional en favor del cumplimiento de los compromisos que 178 países adoptaron allí. Son muchos los organismos internacionales, gobiernos, parlamentos y organizaciones no gubernamentales que abogan con fuerza desde hace una década por hacer realidad el Programa de Acción que de ella resultó. La fuerza de El Cairo reside en dos aspectos principales: por un lado, la novedosa interrelación que estableció entre los temas de población y desarrollo sostenible, priorizando la atención a la salud y los derechos reproductivos; y por el otro, la especificación de unos objetivos cuantitativos en lo que a movilización de recursos se refiere, con un horizonte establecido, el año 2015.

Los temas de población, ya analizados en anteriores conferencias, como la de Bucarest en 1974 o la de Ciudad de México en 1984, dan en El Cairo un salto cualitativo que los sitúa de lleno en este marco del desarrollo

humano sostenible al que hacíamos mención antes. Ello es así porque se reconoce la interacción entre campos hasta el momento poco ligados entre sí, como son población, desarrollo y salud reproductiva. De este modo, se sitúa el campo de la población en relación con aspectos como el crecimiento económico sostenido, el desarrollo sostenible, la igualdad y equidad entre los sexos y el empoderamiento de la mujer. En consecuencia, quedan atrás enfoques exclusivamente demográficos, basados en la necesidad de controlar el crecimiento de la población, para centrarse en la calidad del proceso reproductivo de las personas, ubicándolo de lleno en el marco de los derechos humanos.

La reproducción es un derecho humano básico de todo individuo, y ello significa que todas las personas deben gozar de libertad para decidir responsablemente tener o no descendencia, el número y el espaciamiento de sus hijos, y disponer de la información, la educación y los medios para tomar esta decisión. Especial atención merecen algunos factores que acompañan a este proceso como son, entre otros, las enfermedades de transmisión sexual (ETS), el VIH/Sida, la educación sexual de adolescentes, la violencia de género, la paternidad responsable y el acceso a servicios voluntarios de planificación familiar y a servicios básicos de salud reproductiva. Una eficaz cobertura de las acciones realizadas en estos sectores debe garantizar que el proceso reproductivo se produzca en condiciones adecuadas.

Un proceso reproductivo óptimo, a través del acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva, puede desacelerar el crecimiento de la población, mediante la cobertura de necesidades anteriormente no satisfechas. Pero ello no va a generar un desarrollo humano sostenible si no va acompañado de otras acciones que contribuyan a una adecuada cobertura de necesidades básicas en el campo educativo, sanitario, de saneamiento o productivo. Así pues, estamos hablando de un sector social básico indisoluble del paquete básico incluido en la Iniciativa 20/20.

El nuevo paradigma de desarrollo generado en las sucesivas conferencias internacionales de la década de los noventa está íntimamente ligado al papel central de las mujeres como motores del desarrollo. Ello enlaza a su vez con la necesidad de incorporar la perspectiva de género en las acciones de desarrollo, corrigiendo desequilibrios e identificando invisibilidades. Tanto el hecho de que las mujeres suelen ser las más pobres entre los pobres como su papel central en el desarrollo hacen que la especial atención a sus necesidades básicas productivas, sociales y reproductivas sea un elemento indispensable para la erradicación de la pobreza y la promoción de un desarrollo sostenible. La garantía de esta cobertura no debe, sin embargo, quedarse en el estadio asistencial; deben promoverse el control y acceso a los recursos y la igualdad de oportunidades.

### **La movilización de recursos**

Para que este nuevo enfoque no se quede en una mera retórica, la Conferencia de El Cairo adopta un Programa de Acción de veinte años (de 1995 al 2015), en el cual, además de analizar los principales elementos resultantes de la interrelación entre la población y el desarrollo, se incluyen unas metas quinquenales en materia de financiación. Con ello se pretende

que la voluntad política expresada y consensuada en El Cairo se aplique en la práctica. Además de recomendar más recursos para apoyar programas de atención primaria de la salud, de mejora de la condición de la mujer, de educación, de generación de empleo y, en general, de erradicación de la pobreza, el capítulo 13 del Programa de Acción establece con concreción la necesidad de movilizar recursos para cubrir adecuadamente los servicios básicos de salud reproductiva.

Tomando como base la gran demanda insatisfecha de servicios de salud reproductiva, incluida la planificación familiar, así como el cálculo aproximado de los costes de ejecución de estos programas y otros de salud materna y de prevención de enfermedades de transmisión sexual en los países en desarrollo y en las economías en transición, se establecen las cantidades que deberán invertirse en el año 2000, en el 2005, en el 2010 y en el 2015. Las estimaciones han sido realizadas por expertos teniendo en cuenta los siguientes componentes: servicios de planificación familiar; servicios básicos de salud reproductiva; enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida, e investigación básica y análisis de datos y políticas de población y desarrollo. El cuadro siguiente reproduce estas metas cuantitativas por años y por sectores de inversión.

#### Movilización de recursos por años y conceptos

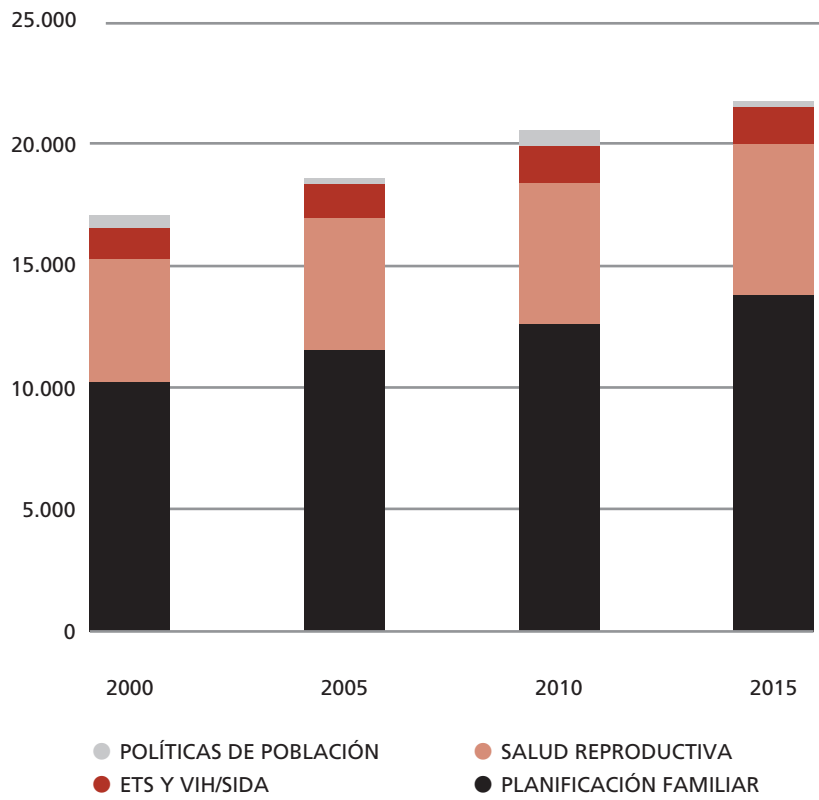
	2000	2005	2010	2015
Planificación familiar	10.200	11.500	12.600	13.800
Salud reproductiva	5.000	5.400	5.700	6.100
ETS y VIH/Sida	1.300	1.400	1.500	1.500
Políticas de población	500	200	700	300
Total	17.000	18.500	20.500	21.700

Cantidades en millones de dólares de 1993

Para el cumplimiento de los objetivos del Programa de Acción, y tomando como referencia el objetivo del año 2005, la movilización de recursos acordada recomienda dedicar un 62% a servicios de planificación familiar, un 29% a servicios básicos de salud reproductiva, un 8% a prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/Sida, y un 1% a investigación básica, recogida de datos y análisis de políticas de población. Dichas proporciones se mantienen aproximadamente en los demás objetivos quinquenales, a excepción del componente de investigación y análisis, pues tiene en cuenta la elaboración de censos para el 2000 y el 2010, por lo que en estos años la dedicación de recursos es superior. (Figuras 1 y 2).

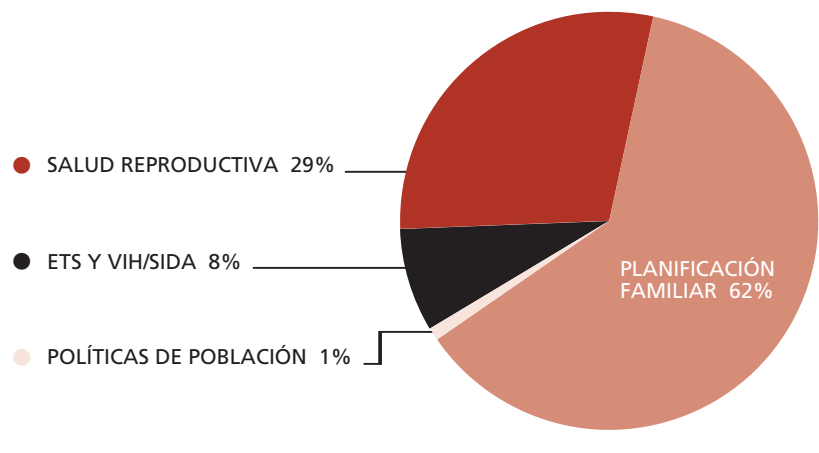
Estas recomendaciones financieras se basan en una corresponsabilidad que el Programa de Acción establece entre los países desarrollados y los países en desarrollo. El total de recursos que destinar en materia de población y salud reproductiva se reparte de manera que los países en desarrollo deberán contribuir en 2/3 del total, mientras que el tercio restante de los recursos se cubrirá a través de financiación externa (en algunos países, especialmente los menos avanzados, el volumen de recursos externos deberá ser mayor). De esta manera, de los 18.500 millones de dólares estimados como meta para el año 2005, 6.100 millones deberían ser financiados por los países donantes y 12.400 millones a través de recursos propios generados por los países en desarrollo. (Figura 3).

**Figura 1. Movilización de recursos 2000-2015 en millones de dólares de 1993**



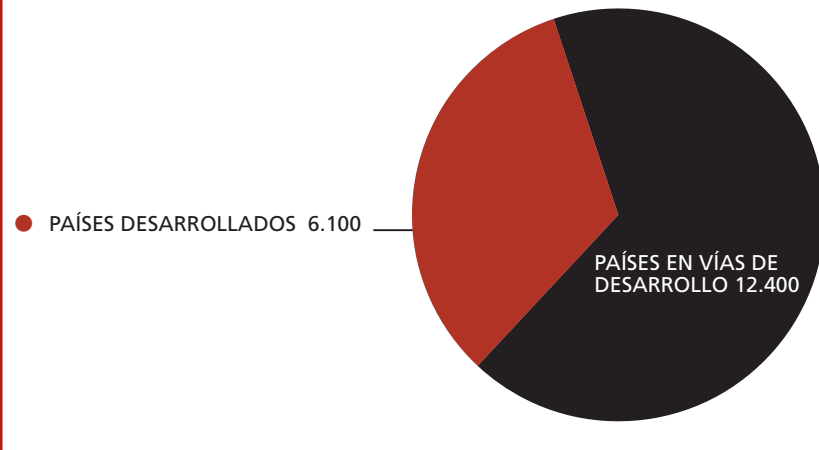
Fuente: Programa de Acción de El Cairo

**Figura 2. Proporción de gasto por componentes recomendada para el año 2005**



Fuente: Programa de Acción de El Cairo

**Figura 3. La corresponsabilidad para el objetivo del año 2005 en millones de dólares**



Fuente: Programa de Acción de El Cairo

### **La salud y los derechos sexuales y reproductivos en las demás conferencias y cumbres internacionales**

Tras la Conferencia de El Cairo, los siguientes encuentros mundiales han reiterado, desarrollado y ampliado los objetivos establecidos en 1994. Un año más tarde, en Beijing, se celebra la Cuarta Cumbre Mundial sobre las Mujeres, que certifica las recomendaciones establecidas en El Cairo, pese a intentos de sectores inmovilistas de dar marcha atrás en algunos logros conseguidos en El Cairo. En su capítulo dedicado a la mujer y la salud, además de objetivos estratégicos de carácter más general se recoge el de tomar iniciativas en que se tenga en cuenta el género para hacer frente a las enfermedades de transmisión sexual, el VIH/Sida y otras cuestiones de salud sexual y reproductiva. También se recuerda la necesidad de aumentar los recursos, en especial en salud sexual y reproductiva, y supervisar el seguimiento de la salud de las mujeres. Ese mismo año de 1995, se celebra en Copenhague la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social, en cuya declaración final se reafirma que la salud reproductiva es un sector social básico y se recuerda que los servicios de atención primaria de salud la incluyen. En el quinto compromiso de los estados participantes se recuerda que en el plano nacional se adoptarán medidas apropiadas para garantizar, sobre la base de la igualdad del hombre y la mujer, el acceso universal a la variedad más amplia de servicios de atención a la salud, incluso los relacionados con la salud reproductiva, de conformidad con el Programa de Acción de la CIPD. Copenhague no se olvida de los objetivos de salud materno-infantil, especialmente la reducción de la mortalidad infantil y materna, ni de la necesidad de tratar con mayor eficacia la creciente pandemia del VIH/Sida, todo ello con el apoyo de la cooperación internacional.

Hábitat II, celebrada en Estambul en 1996, recoge la necesidad de “formular y ejecutar programas que garanticen el acceso universal de las mujeres a lo largo de toda su vida a una gama completa de servicios de atención a la salud, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que abarca la planificación de la familia y la salud sexual, de forma compatible con lo dispuesto en el informe de la CIPD”. También recoge la necesidad de dar la debida prioridad y facilitar recursos adecuados, a nivel nacional, regional e internacional, para combatir la amenaza que representa para los individuos y la salud pública la rápida difusión del VIH/Sida en todo el mundo. Un año más tarde, en 1997, se celebra la evaluación de Río+5 sobre medio ambiente. El programa de Río+5 incluye el sector población como uno de los que requieren una acción urgente para la implementación de la Agenda 21. En concreto, establece que el impacto de la relación entre crecimiento económico, pobreza, empleo, medio ambiente y desarrollo sostenible se ha convertido en una importante preocupación. Existe una necesidad de reconocer los vínculos entre tendencias y factores demográficos y el desarrollo sostenible. El actual descenso de las tasas de crecimiento de población debe ser apoyado mediante políticas nacionales e internacionales que promuevan el desarrollo económico, el desarrollo social, la protección medioambiental y la erradicación de la pobreza, particularmente mediante la expansión de la educación básica, con pleno e igual acceso para niñas y mujeres, y atención a la salud, incluyendo la atención a la salud reproductiva, e incluyendo tanto la salud sexual como la planificación familiar, de acuerdo con el informe de la CIPD.

Por lo que respecta a la OMS, la 51ª Asamblea Mundial para la Salud, celebrada en Ginebra en 1998, en la que se adopta el documento “Salud para todos en el siglo XXI”, renueva el compromiso adoptado en Alma Ata en 1978 y reitera los objetivos establecidos en conferencias previas de Naciones Unidas, como la reducción de la mortalidad infantil, la de menores de 5 años y de la mortalidad materna, así como la reducción sustancial de la expansión de enfermedades y pandemias como la del VIH/Sida, entre otras.

El proceso de evaluación de Cairo+5, que culminó en el mes de julio de 1999 con una sesión extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas, sirvió para evaluar los avances y obstáculos en la aplicación del Programa de Acción y para renovar los compromisos y adoptar medidas clave para seguir ejecutándolo. Se reconocieron avances en la calidad de vida de las personas de los países en desarrollo, se ha desacelerado el crecimiento demográfico, se ha reducido la mortalidad infantil, y el acceso a servicios de planificación familiar ha aumentado. Se ha avanzado también en la defensa de los derechos de las mujeres, con legislaciones específicas contra la violencia doméstica, y en la lucha contra prácticas nocivas como las mutilaciones genitales femeninas. Sin embargo, la pandemia del VIH/Sida sigue su imparable avance, y algunas tasas como la de la mortalidad materna se mantienen en un nivel inaceptablemente alto. Pero los compromisos de movilización de recursos no se han cumplido en su totalidad, siendo más cumplidores los países en desarrollo que los donantes.

Otro proceso de examen, el de Beijing+5, celebrado en el 2000, constató además de los logros ya analizados en Cairo+5 avances en la introduc-

ción de la perspectiva de género en las actividades sanitarias y alertó de la necesidad de invertir más en atención obstétrica, dados los elevados niveles de mortalidad materna. También se reconoció que los adolescentes siguen careciendo de acceso a la información, a la educación y a los servicios de salud sexual y reproductiva.

La resolución aprobada por la Asamblea General sobre nuevas iniciativas en pro del desarrollo social, con motivo del examen de Copenhague+5, reafirma el compromiso de prestar atención especial y dar prioridad a la lucha contra las situaciones que en todo el mundo constituyen graves amenazas para la salud, y hace mención especial del VIH/Sida. En el análisis de logros y obstáculos, se hace mención de avances en la reducción de la mortalidad infantil, pero también de un empeoramiento de la pobreza y una exclusión social que llevan al aumento de factores como la prostitución forzada, la trata de mujeres y niños con fines de prostitución y explotación sexual. Se hace mención especial de las graves consecuencias del VIH/Sida en el África Subsahariana a nivel social, económico, político y de seguridad. Sobre las medidas ulteriores que tomar, Copenhague+5 hace referencia a lograr el acceso universal a una atención primaria a la salud de gran calidad durante todo el ciclo de vida, comprendida la atención de la salud sexual y reproductiva, y a la necesidad de adoptar medidas para que la reducción de la morbilidad y mortalidad derivadas de la maternidad sea un objetivo prioritario.

Otras cumbres, como el Foro Mundial sobre la Educación (Dakar, 2000), el examen de evaluación de Hábitat II o Estambul+5 (Nueva York, 2001), o la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Durban, 2001), hacen mención en sus análisis y recomendaciones de la necesidad de atender con urgencia la pandemia del VIH/Sida como el principal problema en materia de salud sexual y reproductiva y quizás el que más incide en los procesos de desarrollo humano, económico y social de los países. Más adelante, la Segunda Asamblea sobre el Envejecimiento, celebrada en Madrid en el 2002, además de abundar sobre el grave problema del VIH/Sida, al que dedica un capítulo específico, recoge que las personas mayores tienen todo el derecho a acceder a servicios preventivos y curativos de salud, incluyendo la atención de rehabilitación y la salud sexual.

La lista de conferencias que refuerzan los objetivos del Programa de El Cairo continúa con el Período Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas sobre la Infancia, celebrado en Nueva York en el 2002, la Tercera Conferencia sobre los Países Menos Adelantados (Bruselas, 2001), la Cumbre Mundial sobre la Alimentación+5, celebrada en Roma en el 2002, o la Conferencia de Johannesburgo sobre Desarrollo Sostenible, en el marco del proceso de evaluación de Río+10. En todas ellas se recogen los objetivos y recomendaciones establecidos en 1994. Sin embargo, la cumbre que renueva y confirma definitivamente el Programa de Acción de El Cairo y por la cual se hace ya difícil que en alguna política nacional de desarrollo o de cooperación internacional no se recojan los objetivos de El Cairo es la Cumbre del Milenio celebrada en Nueva York en el 2000.

La Declaración del Milenio supone un hito en lo que a la agenda internacional de desarrollo se refiere, en concreto por resumir en una serie de

metas a alcanzar en el 2015 los resultados y acuerdos internacionalmente adoptados en la serie de conferencias y cumbres internacionales desarrolladas a lo largo de los diez años previos. Según la guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio, aprobada en septiembre del 2001, que subdivide los 8 objetivos de desarrollo en 18 metas con sus respectivos indicadores de verificación para facilitar su seguimiento y evaluación, 3 de los 8 objetivos entran de lleno en la salud sexual y reproductiva, lo que confiere al sector una relevancia destacable.

#### **Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil**

<b>Meta 5.</b> Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y el 2015, la mortalidad de los niños menores de 5 años	<b>Indicador 13.</b> Tasa de mortalidad de los niños menores de 5 años
	<b>Indicador 14.</b> Tasa de mortalidad infantil
	<b>Indicador 15.</b> Porcentaje de niños de 1 año vacunados contra el sarampión

#### **Objetivo 5. Mejorar la salud materna**

<b>Meta 6.</b> Reducir, entre 1990 y el 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes	<b>Indicador 16.</b> Tasa de mortalidad materna
	<b>Indicador 17.</b> Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado

#### **Objetivo 6. Combatir el VIH/Sida, el paludismo y otras enfermedades**

<b>Meta 7.</b> Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación del VIH/Sida	<b>Indicador 18.</b> Tasa de morbilidad del VIH entre las mujeres embarazadas de edades comprendidas entre los 15 y los 24 años
	<b>Indicador 19.</b> Tasa de uso de anticonceptivos
	<b>Indicador 20.</b> Número de niños huérfanos por causa del VIH/Sida

Fuente: Documento A/56/326. Guía general para la aplicación de la Declaración del Milenio. Informe del secretario general. Asamblea General, Naciones Unidas, 2001

Una de las evoluciones que se pueden apreciar claramente en la agenda internacional con respecto a los objetivos y recomendaciones en materia de salud sexual y reproductiva es la cada vez mayor atención al VIH/Sida, en ocasiones en detrimento de otros aspectos conexos e igualmente necesarios, como la salud materna o la planificación familiar. Muestra de ello es la declaración política "Crisis mundial – Acción mundial" acordada en Naciones Unidas en Nueva York, 2001, al más alto nivel y que coloca la cuestión del VIH/Sida en un lugar prioritario del programa político mundial. El texto recoge la voluntad de los gobiernos para hacer frente a la epidemia. Tal voluntad se expresa en la definición conjunta de estrategias globales y nacionales en la lucha contra el VIH/Sida, en el establecimiento de metas globales y nacionales para la reducción de las tasas de contagio y, también, por medio del compromiso de realizar aportes al fondo especial para el VIH/Sida. Como reflexión general, es necesario destacar que la importancia de esta declaración radica en que es la primera en su género vinculada a temas de salud pública. Por lo que a movilización de recursos se refiere, establece para el 2005 la meta de alcanzar de 7.000 a 10.000 millones de dólares en gastos anuales para hacer frente a la epidemia, así como contribuir al Fondo Global de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, creado ese mismo año según acuerdo del Grupo de los Ocho en la cumbre celebrada en Génova. Un año antes de dicha declaración, el mismo Consejo de Seguridad de



Naciones Unidas abordó el problema del VIH/Sida como problema de seguridad global. Fue la primera vez que una cuestión de salud pública se abordó en este sentido desde el Consejo de Seguridad, si bien la preocupación se orientó hacia las consecuencias adversas que podría tener el VIH/Sida en la salud del personal internacional de mantenimiento de la paz. La resolución 1308(2000) aprobada en julio del 2000 por unanimidad de los miembros del Consejo insta a los estados miembros de Naciones Unidas que no lo hayan hecho a elaborar estrategias eficaces a largo plazo de educación, prevención, examen y asesoramiento voluntarios y confidenciales y tratamiento para su personal como parte importante de su preparación para participar en operaciones de mantenimiento de la paz. En otras resoluciones, como la 1325(2000) sobre las mujeres y la paz y la seguridad, se vuelve a destacar la necesidad de este adiestramiento del personal civil y militar; y en la 1379(2001) sobre la infancia y los conflictos armados además se pide a los organismos, fondos y programas de Naciones Unidas integrar las actividades de sensibilización, prevención, atención y apoyo en relación con el VIH/Sida en los programas de emergencia, los programas humanitarios y los programas posteriores a los conflictos.

Debemos también mencionar la Cuarta Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio (Doha, 2001), en la que se adoptó una declaración relativa al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio de la OMC (ADPIC) y la salud pública en que se reconoce la gravedad de los problemas de salud pública que afligen a muchos países en desarrollo y menos adelantados, especialmente los resultantes del VIH/Sida, tuberculosis, paludismo y otras enfermedades, y se recalca la necesidad de que el Acuerdo sobre los ADPIC forme parte de la acción nacional e internacional para hacer frente a estos problemas, en relación con su importancia para el desarrollo de nuevos medicamentos. Asimismo, se conviene que el Acuerdo ADPIC no deberá impedir que los miembros adopten medidas para proteger la salud pública, y que deberá ser interpretado y aplicado de manera que apoye el derecho de los miembros de la OMC a proteger la salud pública y en particular promover el acceso a los medicamentos para todos. Se reconoce flexibilidad para que cada miembro determine lo que constituye una emergencia nacional, quedando entendido que las crisis de salud pública, incluidas las relacionadas con el VIH/Sida y otras epidemias, pueden representar una emergencia nacional u otras circunstancias de extrema urgencia.

Por último, debemos hacer mención de la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo, celebrada en Monterrey en el 2002. El llamado Consenso de Monterrey no menciona concretamente la financiación de programas de población y salud reproductiva, pero sí de los objetivos del Milenio, donde se encuentran recogidas las principales metas del sector. En Monterrey se reconoce el vínculo entre la financiación para el desarrollo y la consecución de los objetivos y metas de desarrollo internacionalmente acordados, incluidos los que contiene la Declaración del Milenio. Como resultado de dicha conferencia, la Unión Europea, bajo la presidencia de España, anunció su intención de aumentar la ayuda oficial al desarrollo hasta el 0,39% en el 2006, acuerdo alcanzado en el Consejo Europeo de Barcelona de marzo del 2001. Asimismo, los países miembros de la UE que no hayan alcanzado este nivel de AOD deberán llegar al 0,33% en el 2006.

Como ya se ha mencionado más arriba, durante 1999 se desarrolló el proceso de Cairo+5, con el fin de evaluar los progresos y obstáculos durante los primeros cinco años de aplicación del Programa de Acción. El Fondo de Población de Naciones Unidas promovió los Foros de La Haya, celebrados en el mes de febrero de 1999, en los que gobiernos, parlamentarios, organizaciones no gubernamentales y jóvenes de todo el mundo se reunieron para evaluar el trabajo realizado en este primer quinquenio. Esta revisión culminó en julio de 1999 con una sesión extraordinaria de la Asamblea General de Naciones Unidas en Nueva York. El segundo quinquenio de aplicación del Programa de Acción finalizará en el 2004, con la evaluación de Cairo+10. Se tratará de analizar los logros y obstáculos en el ecuador del período de aplicación. El décimo aniversario de la CIPD servirá de nuevo para reiterar los objetivos del Programa de Acción, a la vez que se pretenderá demostrar cómo alcanzándolos se contribuirá a la consecución de los objetivos de desarrollo del Milenio, cuya revisión se realizará en el 2005.

## **Evolución de la ayuda internacional en materia de población**

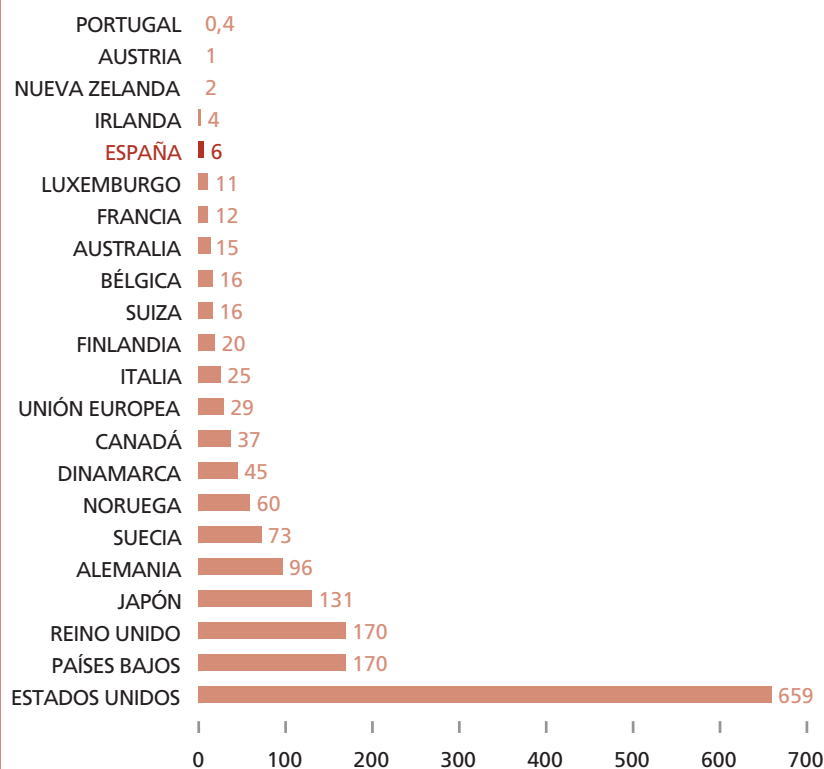
Los países donantes, reunidos en el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), de la OCDE, ya en mayo de 1996, establecieron una serie de objetivos con el fin de ayudar a definir la visión de progreso, en el documento "Shaping the 21st century: the contribution of development cooperation". Los objetivos en materia de desarrollo social que el CAD de la OCDE establece para el siglo XXI son muy similares a los que posteriormente recogerá la Declaración del Milenio, con la diferencia de que no incluyen ningún objetivo relacionado con el VIH/Sida, pero sí recogen el de alcanzar lo antes posible y no más tarde del 2015 el acceso universal a servicios de salud reproductiva a través de los sistemas de atención primaria para todas las personas de edades apropiadas, incluyendo la provisión de métodos de planificación familiar seguros y fiables.

También la Unión Europea como donante ha dado pasos significativos para recoger en su normativa las recomendaciones internacionales en materia de cooperación en salud y derechos sexuales y reproductivos, así como de VIH/Sida. En julio del 2003 se aprueban sendos reglamentos que vienen a sustituir a los reglamentos de 1997, vigentes hasta el 2002, sobre programas demográficos y sobre VIH/Sida. Para la ejecución del reglamento sobre ayuda en salud y derechos sexuales y reproductivos se acuerda una dotación financiera de 73,95 millones de euros entre el 2003 y el 2006. Por otro lado, el reglamento que regula la ayuda comunitaria para combatir el VIH/Sida, la tuberculosis y la malaria se dota de 351 millones de euros para el mismo período. Hay que recordar que los reglamentos comunitarios son obligatorios en todos sus elementos y directamente aplicables en cada Estado miembro, y que una parte importante de la ayuda multilateral española se canaliza a través de la Comunidad Europea.

A nivel internacional, el FNUAP encarga desde 1997 al Netherlands Interdisciplinary Demographic Institute (NIDI) la recolección de datos para evaluar la movilización de recursos en respuesta al Programa de Acción de El Cairo. El último informe elaborado por dicha institución, en colaboración con el FNUAP, del año 2000, calculó el total de la

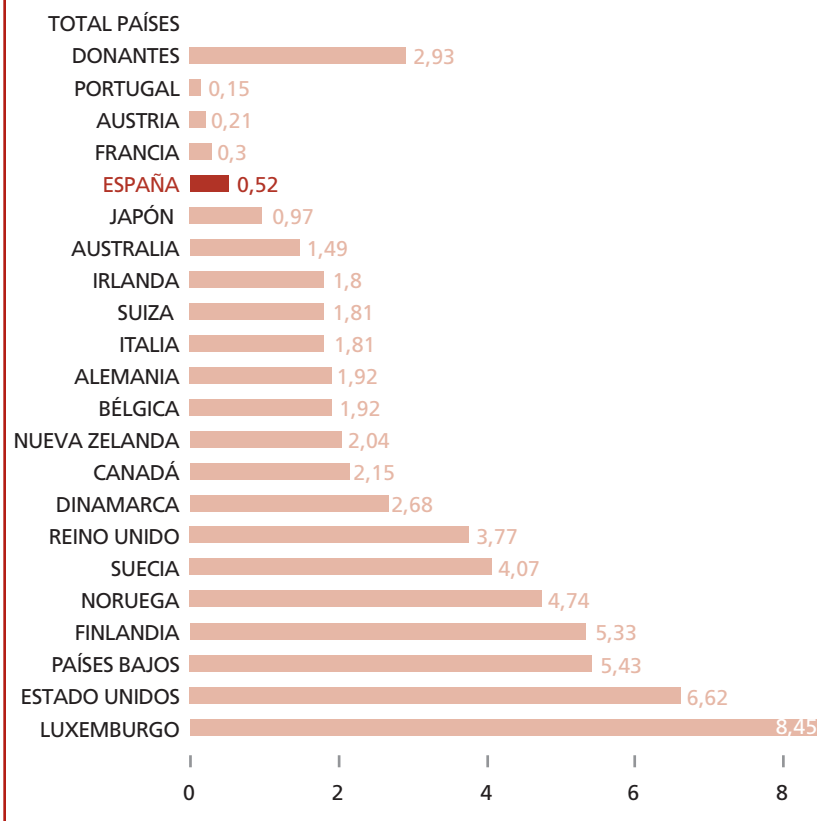
ayuda internacional en materia de población en 2.000 millones de dólares (2.600 si se contabilizan los créditos de los bancos de desarrollo). La evolución anual de la ayuda en materia de población marca un crecimiento desde la etapa pre-Cairo hasta 1997 del 54%. En dicho año se observa un descenso a 1.960 millones de dólares, para nuevamente incrementarse hasta el año 2000 a los 2.600 millones ya citados. Esta cifra supone apenas el 46% de los 5.700 millones que financiar por los donantes acordados en El Cairo para el año 2000. Los principales donantes internacionales fueron los Estados Unidos, los Países Bajos, el Reino Unido, Japón y Alemania, que sumaron el 77% de los fondos (figura 4). La media de la ayuda oficial al desarrollo de los países donantes destinada a población y salud reproductiva representó el 2,93% del total, lo que supone un aumento con respecto al año 1999, cuando fue del 2,45% (figura 5). Por lo que respecta a la distribución geográfica, cerca del 44% se destinó al África Subsahariana, seguida de Asia-Pacífico con el 32%, América Latina y Caribe con el 12%, Norte de África y Oriente Medio con el 9% y Europa del Este y del sur con el 2%. Por lo que respecta a la distribución sectorial, la mayor parte se destinó a actividades de ETS y VIH/Sida (32%), seguida de servicios básicos de salud reproductiva (30%), servicios de planificación familiar (29%), e investigación básica y análisis de datos y política de población y desarrollo (9%).

**Figura 4. AOD en materia de población por países donantes, año 2000, en millones de dólares**



Fuente: Financial Resource Flows for Population Activities in 2000, UNFPA

**Figura 5. AOD en materia de población como porcentaje del total de la AOD por país donante, 2000**



Fuente: Financial Resource Flows for Population Activities in 2000, UNFPA

Diversas son las organizaciones de la sociedad civil que siguiendo las recomendaciones del Programa de Acción realizan una labor de seguimiento y evaluación del cumplimiento de los compromisos financieros acordados. La organización Population Action International elaboró en 1998, con motivo del examen de Cairo+5, un informe en el que valoraba el cumplimiento por parte de los países donantes. Para ello utilizó cuatro indicadores: el porcentaje de AOD sobre el PNB, el porcentaje de AOD destinado a programas de población, el multiplicador necesario para alcanzar el objetivo de financiación de cada país en el año 2000, y la existencia o no de políticas escritas sobre población o salud reproductiva. A continuación reproducimos la tabla resultante, en que se establece una gradación de cumplimiento que va de la A (cumplimiento elevado) a la F (suspense), según una puntuación de 0 a 100 resultante de la ponderación de los cuatro indicadores.

	% AOD/PNB	% AOD a Población /global	Distancia en 1996 para alcanzar el objetivo CIPD 2000	Política de ayuda en población AOD/PNB	Puntuación total	Grado
	Media AOD/PNB	Media AOD/PNB	Multiplicador para alcanzar el objetivo	Clasificación*		
Noruega	0,92%	3,63%	0,0	a	91	A
Dinamarca	1,01%	2,96%	0,0	a	90	A
Suecia	0,86%	2,66%	1,1	a	84	A -
Países Bajos	0,79%	2,62%	0,0	a	83	A -
Estados Unidos	0,12%	6,84%	3,1	a	75	B
Finlandia	0,32%	4,44%	1,5	c	69	B -
Reino Unido	0,29%	2,75%	2,8	a	68	B -
Australia	0,33%	2,31%	3,0	b	62	C
Alemania	0,33%	1,62%	6,3	a	60	C
Suiza	0,35%	1,33%	4,8	b	56	C
Canadá	0,38%	1,61%	4,0	c	53	C
Japón	0,26%	0,75%	12,8	a	47	C -
Bélgica	0,35%	0,51%	12,6	c	39	D
Nueva Zelanda	0,23%	0,87%	12,5	d	23	D -
Austria	0,30%	2,31%	68,3	d	19	F
Francia	0,56%	0,18%	24,0	d	16	F
Irlanda	0,28%	0,84%	20,5	d	16	F
España	0,25%	0,22%	19,9	d	12	F
Portugal	0,28%	0,04%	109,8	d	7	F
Italia	0,21%	0,36%	86,8	d	7	F

Fuente: "Paying their fair share?", Population Action International, 1998

\* a: El donante ha publicado una política o estrategia sobre salud reproductiva y población; b: El donante está actualmente desarrollando una política o estrategia sobre salud reproductiva y población; c: El donante tiene una estrategia o política sobre salud o desarrollo que incluye sustancialmente los temas de población y salud reproductiva; d: El donante no tiene políticas sobre población o salud reproductiva.

Según esta clasificación, los países nórdicos estaban a la cabeza del cumplimiento con los objetivos de movilización de recursos de la CIPD, mientras que en la cola del pelotón se encontraban los países del sur de Europa, aunque al encontrarse también Irlanda y Austria se podría hacer la lectura de que precisamente los países de tradición católica ocupaban las últimas posiciones en cuanto a cooperación en materia de salud sexual y reproductiva. Por lo que respecta a España, debía multiplicar por veinte su ayuda al sector para cumplir con su porción de corresponsabilidad como país donante (en peor situación se encontraban Austria, Francia, Italia y Portugal). Cabe decir que la publicación de este informe sirvió para que el Gobierno italiano, que cerraba la clasificación, aumentara sustancialmente su ayuda en materia de población en años posteriores. Con una política de cooperación en salud reproductiva de bajo perfil, al igual que España, el proceso de evaluación de Cairo+5 sirvió para que el Gobierno italiano aumentara su contribución al FNUAP hasta alcanzar los 3 millones de euros.

## Cronología de la Global Gag Rule

**1973** Se legaliza el aborto en Estados Unidos. En el mismo año la enmienda Helms se añade a la Foreign Assistance Act prohibiendo el uso de fondos de la AOD estadounidense a actividades de aborto.

**1984** Se introduce la Política de Ciudad de México. En la Conferencia Internacional sobre Población, Estados Unidos anuncia que no financiará a ONG que realicen actividades relacionadas con el aborto.

**1985** Estados Unidos suspende la financiación a la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), el 25% de cuyos fondos provenían del Gobierno norteamericano. DKT Memorial Fund es la primera organización que lleva a los tribunales al Gobierno de Estados Unidos. En 1989 el Tribunal de Apelación de la capital sentencia que la Global Gag Rule no viola los derechos constitucionales de libertad de expresión ni de asociación de Estados Unidos.

**1987** La Federación Norteamericana de Planificación Familiar denuncia al Gobierno norteamericano. En 1990 el Tribunal Supremo resuelve que no está demostrado que se viole la libertad de expresión.

**1990** Las organizaciones Pathfinder Fund, Population Council y la Association for Voluntary Surgical Contraception demandan a USAID. Los tribunales rechazan la demanda por no estar suficientemente fundada. USAID realiza un estudio sobre el impacto de la política de Ciudad de México en varios países en desarrollo, constatando que el cumplimiento de las restricciones está dificultando el acceso a servicios de planificación familiar y salud reproductiva por miedo a perder los fondos.

**1991** El Congreso rechaza una ley sobre ayuda externa para el año 1992-1993 que intenta revocar la Global Gag Rule.

**1992** El Congreso aprueba una ley sobre ayuda externa cuyo lenguaje revoca la Global Gag Rule, pero es inmediatamente revocada ante la amenaza de veto presidencial por parte de George H. W. Bush.

**1993** El presidente Bill Clinton suspende la Política de Ciudad de México en una de sus primeras acciones de gobierno. Sin embargo, de acuerdo con la enmienda Helms, las ONG deben mantener los fondos en cuentas segregadas, ninguna de las cuales podrá ser usada para servicios de aborto.

**1996** El Congreso no impone nuevas restricciones políticas para el presupuesto de 1997 pero congela los fondos destinados a población durante 6 meses. Congreso y Senado votan a favor de liberar los fondos que habían sido bloqueados para castigar al presidente Clinton y a los defensores de la planificación familiar de ambos partidos por rechazar la aceptación de la Gag Rule.

**1999** Para llegar a un acuerdo y pagar la deuda de 1.000 millones de dólares a Naciones Unidas, el presidente Clinton y el líder republicano en el Congreso llegan a un acuerdo para imponer una Gag Rule modificada. Se recortan las ayudas a planificación familiar.

**2000** Los presupuestos para el 2001 no reinstauran la Política de Ciudad de México pero acuerdan congelar los fondos destinados a población hasta febrero del 2001 para dejar en manos del futuro presidente la decisión.

**Enero 2001** En su primer día de presidente, George W. Bush reinstaura la Política de Ciudad de México. Las actividades de atención postaborto con fondos norteamericanos se seguirán permitiendo.

**Febrero 2001** Los demócratas del Congreso y del Senado presentan una propuesta de ley (Global Democracy Promotion Act) que permitiría a USAID financiar a ONG para actividades relacionadas con el aborto.

**Marzo 2001** En respuesta a la agitación que vive el Congreso contra la reinstauración de la Gag Rule, el presidente Bush aclara en un memorándum que sí se pueden realizar actividades postaborto legal o ilegal, pero que no se podrá comprar el material requerido para ello con fondos de USAID

**Mayo 2001** Las comisiones de política exterior del Congreso y Senado aprueban la Global Democracy Promotion Act, que revocaría la Global Gag Rule, pero dicha normativa no es aprobada en sesión plenaria.

**Junio 2001** El Center for Reproductive Law and Policy demanda al presidente Bush. La Corte Federal de Nueva York rechaza la demanda al considerar que la solicitud de fondos a USAID es un acto voluntario. La Corte de Apelación rechazará de nuevo en el 2002 dicha demanda.

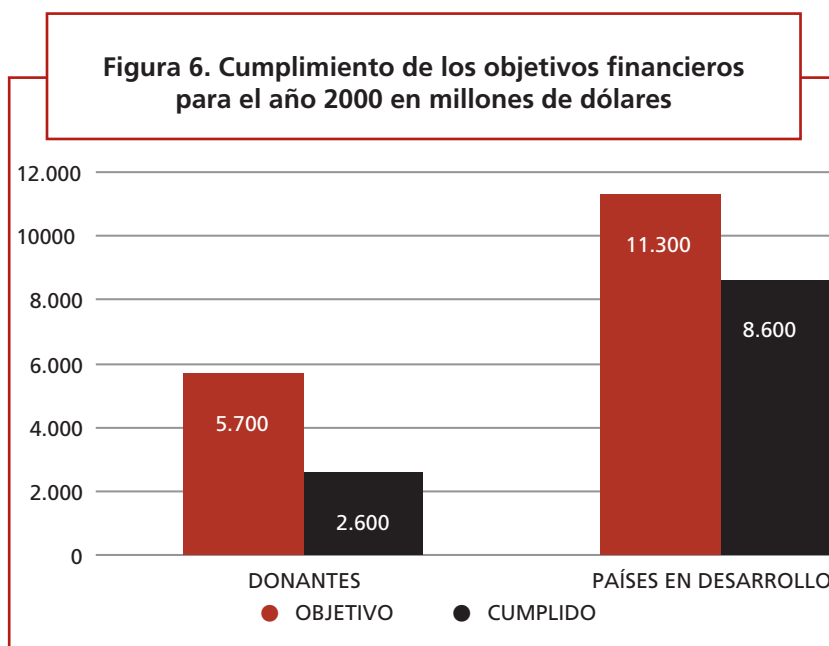
**Septiembre 2001** USAID reafirma que los servicios de atención postaborto sí están permitidos.

**Octubre 2001** En la aprobación de los presupuestos del 2002, el Senado introduce un lenguaje extraído de la Global Democracy Promotion Act que rechaza la Global Gag Rule al especificar que el presidente no puede negar fondos a ONG solamente porque proporcionen servicios médicos que son legales en dichos países y en Estados Unidos, y prohíbe imponer restricciones a la libertad de expresión a ONG extranjeras no impuestas a ONG de Estados Unidos

**2002** Bush congela los fondos para el FNUAP. Se produce durante meses una batalla por liberar dichos fondos. Finalmente el Departamento de Estado revoca la contribución de Estados Unidos al FNUAP.

Fuente: Population Action International

Por lo que respecta a los recursos nacionales de los países en desarrollo, si bien los datos deben tomarse con cautela porque no son tan completos como los de la ayuda internacional, el FNUAP estima para 1999/2000 un desembolso de 8.600 millones de dólares. Esta cifra supone el 76% de cumplimiento del monto previsto para el 2000. Se concluye que los países en desarrollo han cumplido en mayor medida con su responsabilidad financiera que los países donantes, que sólo han cubierto un 46% de su asignación. (Figura 6).



Fuente: Financial Resource Flows for Population Activities in 2000, UNFPA

### Un entorno político poco favorable

Estos datos concluyen que pese a la existencia de unos compromisos adoptados y reiterados a lo largo de una década de cumbres y conferencias anunciadas, pese a la definición de objetivos claros y precisos que alcanzar en materia de salud sexual y reproductiva y su clara conexión con los demás objetivos de desarrollo, la falta de voluntad política para movilizar recursos supone uno de los principales obstáculos para la plena ejecución del Programa de Acción de la CIPD. En los últimos años el contexto político internacional no ha resultado favorable al aumento del esfuerzo de los países donantes para el cumplimiento de sus compromisos financieros; al estancamiento de la ayuda a nivel global hay que añadir en particular las dificultades existentes para incrementar los fondos destinados a salud sexual y reproductiva. En especial cabe destacar la involución registrada en el principal donante internacional en materia de población, los Estados Unidos, desde la llegada a la Casa Blanca del presidente George W. Bush, con la aplicación de la Global Gag Rule o también llamada política de Ciudad de México, política iniciada por la Administración Reagan en 1984 con motivo de la Conferencia de Población celebrada en Ciudad de México. La Global Gag Rule consiste en negar cualquier clase de financiación norteameri-

cana a aquellas organizaciones que puedan tener alguna relación, directa o indirecta, con el aborto, no sólo ya con la realización de servicios legales de aborto, sino con la simple información, asesoramiento o debate público sobre el tema. Dicha prohibición se aplicó hasta 1993, cuando fue eliminada por la Administración demócrata de Bill Clinton. El primer día en que George Bush ocupó su despacho de la Casa Blanca, en enero del 2001, una de sus primeras acciones fue instaurar la Global Gag Rule. Un año más tarde, George Bush utilizó como "argumento" la supuesta connivencia del FNUAP con la política "de hijo único" del Gobierno chino para congelar la ayuda a esta organización, a la espera de un informe que investigadores norteamericanos realizaron sobre las actividades del FNUAP en ese país. Pese a que los resultados del informe confirmaron la posición del Fondo, que en todo momento negó su connivencia con las políticas chinas, la Administración Bush decidió hacer caso omiso de sus propias conclusiones y negar definitivamente la financiación al FNUAP.

En contraposición a la política norteamericana, la Unión Europea ha jugado el papel de valedor de las necesidades no cubiertas por la cooperación norteamericana en materia de salud sexual y reproductiva, aprobando ayudas destinadas a los países directamente afectados por la política norteamericana.



# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

El marco de la cooperación española al desarrollo

## EL MARCO DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA AL DESARROLLO

### Evolución histórica

El análisis de la ayuda española debe tener en cuenta el marco político y económico en que ésta nace y evoluciona, y en especial la relativamente reciente incorporación de España al club de países donantes. Para ello, y a modo de cronología, queremos muy brevemente recordar algunas fechas básicas en el cuadro adjunto que nos pueden ayudar a contextualizar la evolución de España como donante internacional.

#### Cronología de la Cooperación Española

**1959-60.** España ingresa en el Banco Mundial y en la Asociación de Desarrollo Internacional (IDA).

**1960.** Se firman los primeros convenios de cooperación científica y técnica.

**1970.** Naciones Unidas fija el objetivo del 0,7%.

**1970.** Se crea la Dirección General de Cooperación Técnica Internacional (DGCTI).

**1973.** Se inician acciones de ayuda humanitaria a países de América Latina y África.

**1974.** España deviene socio fundador del Fondo Africano de Desarrollo.

**1974.** España ingresa en el Banco Interamericano de Desarrollo.

**1975.** Muere el general Franco. Fin de la dictadura.

**1976.** Nace el primer instrumento oficial de AOD, los créditos FAD (Fondos de Ayuda al Desarrollo).

**1977-81.** Primeras elecciones democráticas y Gobierno de la Unión de Centro Democrático.

**1980.** España ratifica el Convenio Internacional de Ayuda Alimentaria.

**1981.** España deja de ser reconocida como país receptor de ayuda internacional.

**1982-96.** Gobierno del Partido Socialista Obrero Español.

**1983.** Se constituye el Grupo de Ayuda de Emergencia al Extranjero.

**1984.** España ingresa en el Banco Africano de Desarrollo.

**1985.** Desaparece la DGCTI y se crea la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI). España se dota de un programa específico de ayuda.

**1986.** España ingresa en las Comunidades Europeas.

**1986.** Se crea la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional (CICI).

**1986.** España participa en el Banco Asiático de Desarrollo.

**1987.** Se elaboran las primeras "Líneas directrices de la política de cooperación al desarrollo".

**1988.** Respuesta del Gobierno a una moción del Senado sobre la política de cooperación española.

**1988.** Nace la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI).

**1988.** Se crea la Oficina de Planificación y Evaluación (OPE).

**1989.** España participa en los Fondos Europeos de Desarrollo (FED).

**1991.** España se incorpora al Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD).

**1991.** España participa en el Banco Europeo de Reconstrucción y Desarrollo (BERD).

**1992.** El Congreso de los Diputados emite un informe sobre objetivos y líneas generales de la política española de cooperación y ayuda al desarrollo.

**1994.** El Senado emite un informe sobre la política española de cooperación.

**1994.** La cooperación española es examinada por primera vez por el CAD.

**1994.** Primeras movilizaciones en favor del 0,7%.

**1995.** Se crea el Consejo de Cooperación para el Desarrollo, órgano consultivo.

**1995.** La Cumbre de Desarrollo Social de Copenhague aprueba la Iniciativa 20/20.

**1996.** Segundas movilizaciones en favor del 0,7% y Pacto de la Solidaridad.

**1996-2004.** Gobierno del Partido Popular.

**1996.** Introducción del marco lógico en los proyectos de cooperación.

**1997.** Por primera vez la AOD española se sitúa por encima de la media de los países donantes.

**1998.** 2º examen de la cooperación española por parte del CAD.

**1998.** Se aprueba la primera ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

**1998.** Se crea el Fondo para la concesión de Microcréditos para proyectos de desarrollo social básico en el exterior.

**2000.** Se aprueba el Primer Plan Director de la Cooperación Española (2001-2004).

**2002.** Se aprueba la Estrategia de la Cooperación Española en Medio Ambiente.

**2002.** Se aprueba la Estrategia de la Cooperación Española en Promoción de la Democracia y el Estado de derecho.

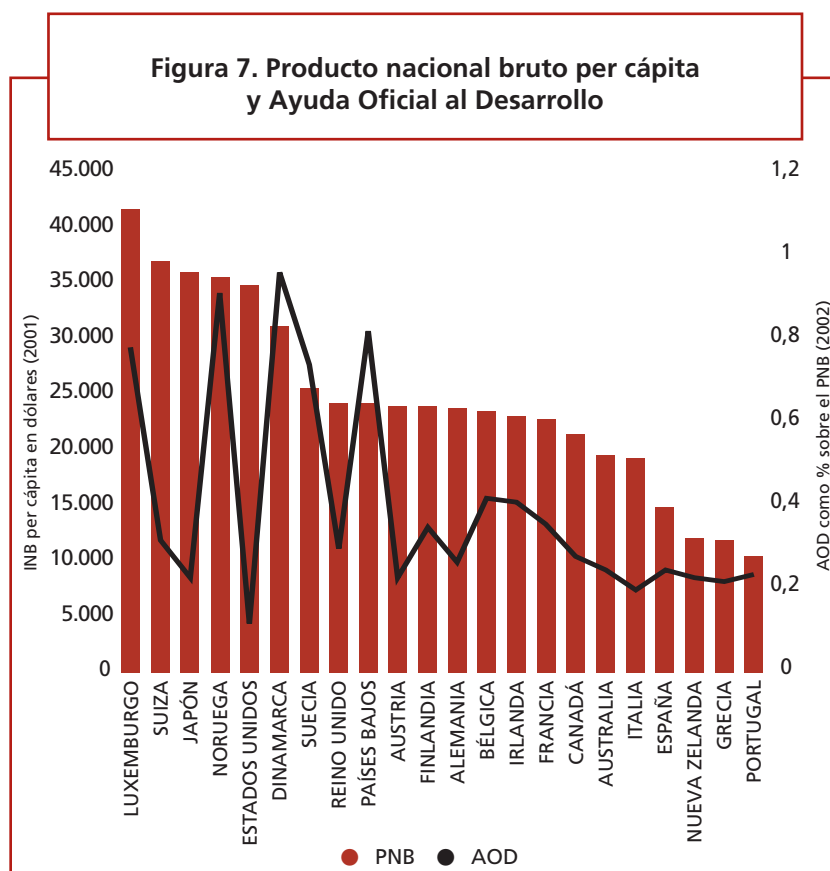
**2002.** 3er examen de la cooperación española por parte del CAD.

**2003.** Se aprueba la Estrategia de la Cooperación Española en Salud.

### Contexto económico y volumen de la ayuda

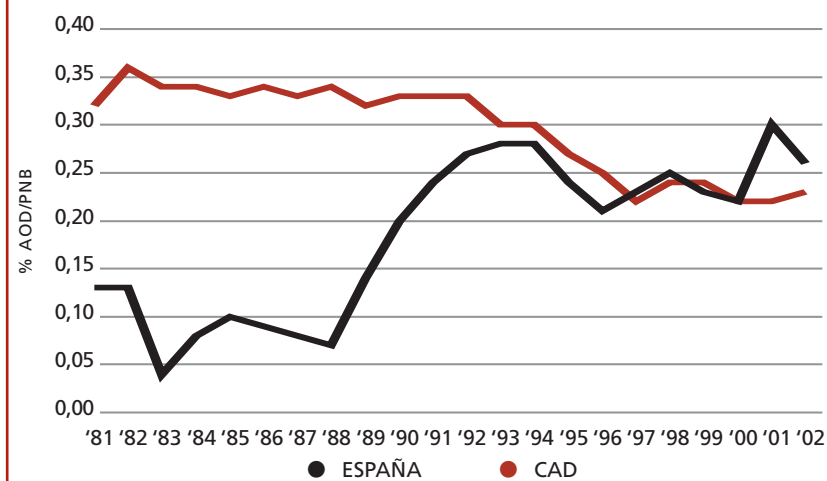
Pese a ser la décima economía más importante del planeta, España es uno de los países con la renta per cápita más baja de todos los miembros del Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE. Su PNB per cápita es el cuarto más bajo entre los miembros del CAD, con 14.000 dólares en el año 2000, sólo por encima de Nueva Zelanda, Grecia y Portugal (figura 7). El crecimiento de la AOD española, pese a las recomendaciones internacionales y a los compromisos asumidos por el Gobierno, ha sido irregular, y así se ha demostrado en los últimos años, en los que se ha observado un retroceso en los porcentajes destinados a AOD, pasando del 0,28% del PNB alcanzado en 1993 al 0,22% en 1996, paralelo a la tónica del conjunto de países donantes. A partir de este año, sin embargo, se observa una lenta pero sostenida recuperación, que ha llevado a España a situarse por primera vez en 1997 por encima de la media de los países donantes (Figura 8). En el 2001 se alcanzó el 0,30%, fruto sin embargo de una acción coyuntural como fue la cancelación de la deuda que Nicaragua mantenía con Guatemala. Los escenarios futuros que la cooperación española contempla en sus líneas directrices preveían alcanzar entre el 0,30 y el 0,35% hacia el año 2002, pero en dicho año los niveles vuelven a caer a un 0,26%.

Los bajos niveles de la AOD española se han solido argumentar en los últimos años por un contexto económico desfavorable fruto de contar con unos bajos niveles de renta per cápita y unas elevadas tasas de



Fuente: OCDE y Banco Mundial

**Figura 8. Evolución de la AOD española y de los países del CAD**

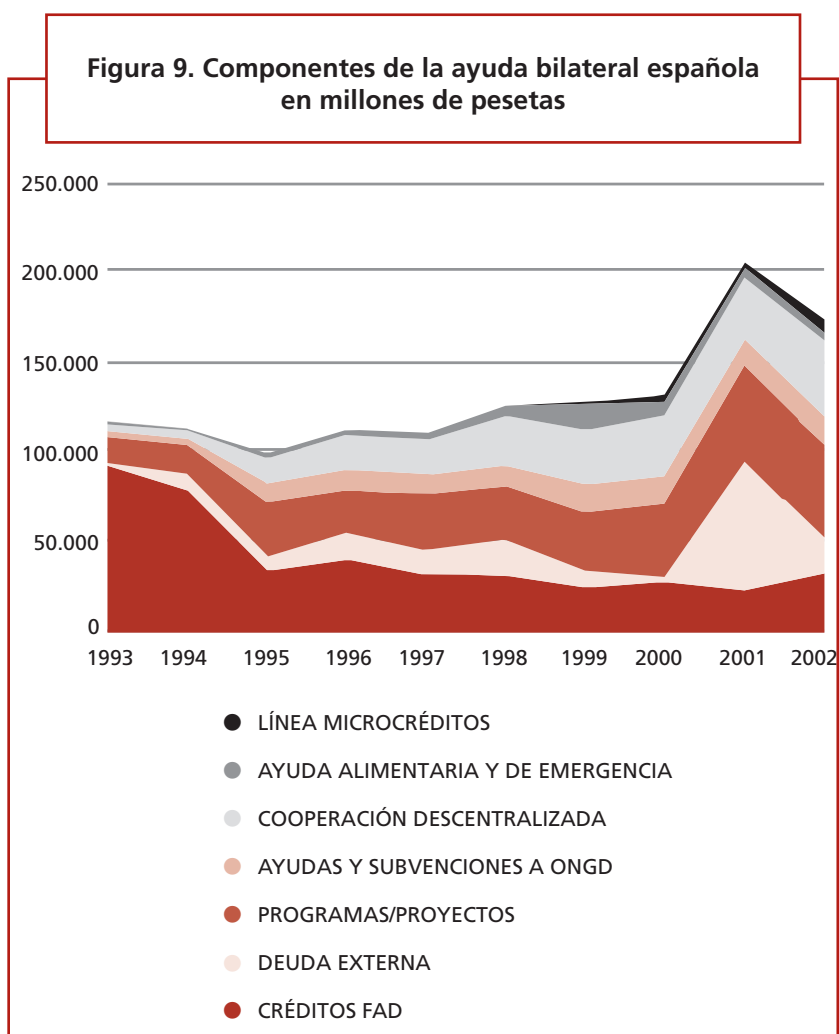


Fuente: Comité de Ayuda al Desarrollo-OCDE

desempleo, en comparación con otros países donantes, así como la necesidad de establecer fuertes ajustes presupuestarios para cumplir los criterios establecidos para acceder a la unión económica y monetaria europea. A pesar del marco económico desfavorable en el que se produce esta ayuda, la sociedad civil española se ha caracterizado en los últimos años por llevar a cabo una movilización en favor de un mayor desembolso de la cooperación española. Ciertamente los niveles de AOD española en relación con el producto nacional bruto se mantienen en consonancia con su clasificación por renta per cápita. Por otra parte, según las últimas Perspectivas Económicas de la OCDE, España ha experimentado un crecimiento económico superior al 4% desde 1997 y se prevén índices de crecimiento por encima de la media de la UE en el período 2001-2003, y las cuentas públicas han conseguido mantener un equilibrio presupuestario. Por lo que respecta al desempleo, aunque sigue siendo relativamente alto, los índices han ido disminuyendo de forma constante desde el punto más alto alcanzado en 1994, del 24%, hasta llegar al 14% en el 2000, con una previsión del 13% en el 2003. El principal objetivo de la economía española es mantener la expansión y lograr la convergencia con los demás países de la UE. En este sentido la política fiscal tiene por finalidad atajar el déficit público, que bajó al 0,25% en el 2000, hasta llegar en los últimos años a un equilibrio presupuestario. A pesar del crecimiento económico continuado, España no se ha marcado oficialmente el objetivo de alcanzar el porcentaje del 0,7% de AOD/PNB propuesto por Naciones Unidas. Se esgrime el argumento de que, dado que su PNB per cápita es inferior al de la mayoría de los países del CAD, también debe ser diferente el marco temporal para lograr sus compromisos internacionales. Sin embargo, los compromisos contraídos en la reunión del Consejo Europeo celebrada en Barcelona en marzo del 2002 y anunciados en la Conferencia de Monterrey deberían implicar un rápido incremento de la AOD española, para alcanzar el 0,33% en el año 2006.

### Una ayuda aún excesivamente ligada

La ayuda española se ha caracterizado por el peso importante de la ayuda reembolsable, ligada a créditos para la compra de bienes y servicios españoles. Los créditos FAD llegaron a suponer el 56% de la AOD global, si bien se ha reducido en gran medida su proporción (figura 9) pasando en el 2001 a ser el 7,46%. Si nos ceñimos a su proporción con respecto a la ayuda bilateral exclusivamente, los créditos FAD han disminuido considerablemente desde el 80% de la ayuda bilateral en 1993, pero la proporción de un 34% sigue siendo alta. España ha reducido la importancia de los créditos FAD y ha introducido mejoras en su gestión, reforzando la identificación, el seguimiento y la evaluación de los proyectos. No obstante, según el examen del CAD, convendría que España prosiguiese su revisión de los FAD desde una perspectiva global con el fin de orientarlos en mayor medida hacia la reducción de la pobreza. Se observa, no obstante, un incremento de las donaciones gracias a la creciente cooperación descentralizada de comunidades autónomas y entes locales, que suponen el 25% de la AOD bilateral, fondos que en su mayoría se canalizan a través de las ONG y de la cofinanciación por la AECL.



Fuente: Oficina de Planificación y Evaluación

## Ayuda multilateral

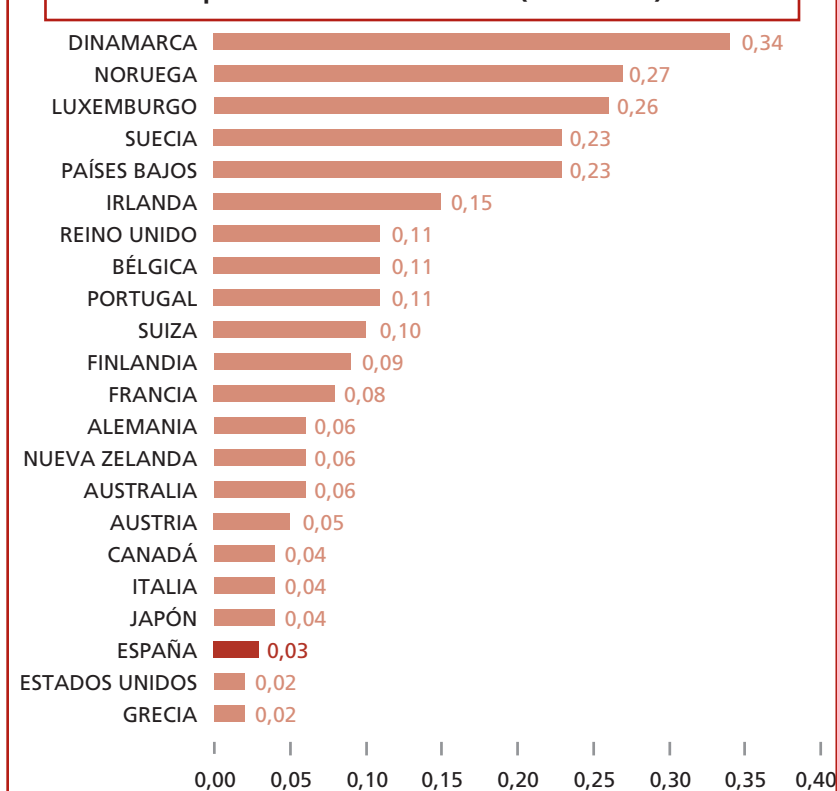
España considera óptima la proporción de 40% de ayuda multilateral y 60% de ayuda bilateral. Así, la primera ha ido incrementándose gradualmente del 27% en 1996 al 34% en el 2000. La principal destinataria es la Comisión Europea, aunque se han reforzado las contribuciones a organismos internacionales financieros. Así pues, los recientes incrementos se dirigieron primordialmente hacia la CE, a la que España contribuye proporcionalmente más que la mayoría de los estados miembros de la UE. El Plan Director refleja un incremento general del importe de las contribuciones al sistema de las Naciones Unidas, los organismos internacionales financieros y la CE, respectivamente. La contribución española a la CE representa una parte importante de su AOD, que además va en aumento. Desde 1996 ha ido incrementando de manera constante hasta alcanzar un cuarto de la AOD total, o las tres cuartas partes de la AOD multilateral, en el año 2000. En comparación con otros Estados de la UE, sólo Grecia e Italia contribuyen con una proporción mayor de su AOD total, y Grecia es el único Estado miembro que contribuye con una proporción más alta de AOD multilateral a la CE. La contribución española al 9º Fondo Europeo de Desarrollo (2000-2005) ha sido de 806 millones de euros o, lo que es lo mismo, el 6% del Fondo en su totalidad, lo que convierte a España en el quinto contribuyente entre los miembros de la CE.

## Distribución geográfica y sectorial

Por lo que respecta al destino de la ayuda española, destaca el bajo nivel dirigido a los países menos avanzados (6,48% de la ayuda bilateral en el 2001, cuando la media del CAD se sitúa en el 20,6%). (Figura 10). Ello es debido a la prioridad geográfica de la ayuda española, que por motivos históricos y culturales se centra en los países de América Latina, los cuales gozan de un nivel de desarrollo medio, así como a otros países de renta media. Con respecto a la priorización de países receptores, lo que en principio resultaría una crítica por no acordar la ayuda a los países más necesitados se está convirtiendo en un debate entre los países donantes que plantea cuestiones interesantes en el seno del CAD sobre el papel de los donantes en dichos países de rentas medias. Se cuestiona la orientación real de dichos fondos a la erradicación de la pobreza, a lo que España responde que en los países de rentas medias existen importantes bolsas de pobreza que atender.

España elabora la programación de sus actividades de cooperación con países socios principalmente a través de comisiones mixtas. Estas comisiones están integradas por representantes españoles de los ministerios de Exteriores y Economía, y por autoridades de los países socios. Por regla general se reúnen cada cuatro años para elaborar el programa de cooperación relativo al período siguiente. Actualmente este procedimiento se está fortaleciendo mediante la elaboración de documentos estratégicos por países, en los que se realiza un análisis del país contando con la importante participación de los distintos grupos de interesados, como las autoridades locales y la sociedad civil. La OPE ha comenzado a elaborar documentos estratégicos para la mayor parte de los países programa de España. Es la primera vez que España elabora documentos estratégicos que contemplan actividades tanto del Ministerio de Exteriores como del Ministerio de

**Figura 10. Porcentaje de AOD a países menos avanzados (2000-2001)**



Fuente: Comité de Ayuda al Desarrollo

Economía. Las OTC participan activamente en la formulación de estrategias con el fin de asegurar que se recoge su experiencia directa sobre el terreno.

Más de la mitad de la ayuda bilateral en el 2000 se invierte en infraestructuras y servicios sociales. No obstante, una elevada proporción va a parar a la educación, y, como ocurre con algunos otros miembros del CAD, gran parte se destina a becas y a apoyar la educación superior, mientras que sólo una fracción (el 1%) se invierte en educación básica. Lo mismo sucede en sanidad, ya que la mayor parte se dirige a instalaciones de nivel superior, como la construcción de clínicas y hospitales especializados y el suministro de equipos modernos, destinándose una pequeña porción (5%) a la sanidad básica.

España se ha esforzado en los últimos años para cumplir sus compromisos con la Iniciativa 20/20 de Copenhague. De hecho, el Gobierno español argumenta que ha cumplido sobradamente su compromiso al destinar el 21% de las donaciones bilaterales en el año 2000 a las necesidades sociales básicas. No obstante, la definición que España hace de las necesidades sociales básicas es más amplia que el concepto de servicios sociales básicos acordado por el CAD, que se limita a la sanidad y educación básicas y a los sistemas de abastecimiento de agua y de saneamiento destinados a los más pobres. La definición de España incluye, además, la vivienda de bajo coste, la ayuda para la reconstrucción, los cultivos alimentarios, la educación/formación agraria, la extensión agrícola, la ayuda alimentaria y la ayuda de

## Países prioritarios de la cooperación española

	Países menos desarrollados	Países de renta baja	Países de renta media baja	Países de renta media alta
<b>América Central y Caribe</b>		Honduras Nicaragua	Rep. Dominicana El Salvador Guatemala	
<b>América del Sur</b>			Bolivia <i>Colombia</i> <i>Cuba</i> Ecuador Paraguay Perú	
<b>Norte de África y Oriente Medio</b>	Mauritania		Argelia <i>Egipto</i> <i>Jordania</i> Marruecos Palestina Túnez	<i>Libano</i>
<b>África Subsahariana</b>	Angola Cabo Verde Guinea Ecuatorial Guinea-Bissau Mozambique Sto. Tomé y Ppe. Senegal		Namibia <i>Sudáfrica</i>	
<b>Asia</b>		China Vietnam	Filipinas	
<b>Europa Oriental</b>			Albania Bosnia-Herzegovina Serbia y Montenegro	

En cursiva países no prioritarios pero de actuación preferente.

emergencia, que no se ajustan al concepto general adoptado en la Iniciativa. Además, la cifra que España maneja no incluye los préstamos. Según los datos del CAD, solamente un 10% de las donaciones bilaterales españolas y un 7% de los préstamos podrían clasificarse como servicios sociales básicos, lo que supondría un compromiso total del 9% de AOD en el 2000. El CAD considera que podría hacerse más para aumentar los recursos, en especial los destinados a la educación y la sanidad básicas, y recomienda a España que se replantee el apoyo prestado en estas áreas.

### Evolución normativa

Desde 1998 la cooperación española se encuentra en un proceso de normativización y elaboración de bases estratégicas que deben permitir una adecuada planificación y crecimiento cualitativo y cuantitativo de la ayuda española. En particular, debemos destacar la aprobación de la ley de



Cooperación Internacional al Desarrollo en 1998, que se prolonga con la elaboración de un Plan Director Cuatrienal que se aprueba en el 2000. Dicho plan debe proporcionar un marco de referencia obligada respecto a prioridades sectoriales y geográficas, así como objetivos financieros que cumplir. Con posterioridad se empiezan a elaborar los correspondientes planes estratégicos sectoriales, horizontales y de país. Así pues, podemos hablar en conjunto de un salto cualitativo en cuanto a normativa y líneas directrices se refiere. Cabe destacar la aprobación en el 2003 de la Estrategia de la Cooperación Española en Salud, en la que se incluye el sector de salud sexual y reproductiva. El último examen del CAD, realizado en el 2002, destaca una evolución positiva desde el anterior examen en 1998. Este período coincide precisamente con el proceso de normativización de la cooperación española, y de institucionalización de los órganos de coordinación entre los distintos agentes de desarrollo, administración pública y sociedad civil.

En este aspecto debemos destacar que aún falta una estrategia de género de la cooperación española, si bien se elaborará en breve. Sería deseable que fuera una estrategia realmente de género, que superara el enfoque MED (mujer en desarrollo) y sentara las bases de un verdadero enfoque GED (género en desarrollo), y que promoviera ampliar el análisis de género en todos los documentos de desarrollo de estrategias sectoriales y por países. Sería conveniente para ello, según el examen del CAD, promover la capacidad del personal y el apoyo especializado en la AECl y en otros actores españoles.

### **La cooperación descentralizada**

La cooperación descentralizada es una característica importante de la cooperación para el desarrollo española. Se refiere a las actividades desarrolladas por las administraciones españolas distintas de la Administración central del Estado, es decir, las comunidades autónomas y las entidades locales. Este tipo de cooperación ha experimentado un fuerte crecimiento en los últimos años, pasando de 120 millones de euros en 1997 a 208 millones de euros en el 2000 (que representan cerca del 16% de la AOD total). La mayor parte de estos recursos se canalizan a través de ONG. El creciente apoyo a nivel subestatal parece demostrar la existencia de un fuerte apoyo a la cooperación para el desarrollo por parte de la sociedad española.

Las entidades locales, como los municipios, están desarrollando cada vez más sus propios programas de ayuda. Un ejemplo lo constituye la ciudad de Madrid, cuya cooperación internacional comenzó a través de hermanamientos con ciudades de países en desarrollo. En 1995 se estableció formalmente un programa de cooperación al desarrollo con una dotación específica del 0,7% del presupuesto municipal. El presupuesto de ayuda anual pasó de 9 millones de euros en 1995 a 15 millones en el 2000 y se espera que alcance la cifra de 16 millones de euros en el 2002. La lucha contra la pobreza es el objetivo principal, dándose especial prioridad a los servicios sociales básicos con el fin de alcanzar los objetivos de desarrollo del Milenio. Los recursos se asignan a proyectos de desarrollo de ONG (82% del presupuesto), ayuda de emergencia (10%) y actividades de sensibilización (5%), destinándose el 3% restante a seguimiento de proyectos.

Como veremos más adelante, es precisamente el Ayuntamiento de Madrid el ente local que en mayor medida ha priorizado el sector de salud reproductiva.

En definitiva, el examen de la ayuda española realizado en el 2002 por el CAD, en concreto por el Reino Unido e Irlanda, ha observado una mejora en cuanto a la orientación hacia la reducción de la pobreza y la cobertura de necesidades sociales básicas, así como un paulatino descenso de la ayuda ligada, los créditos FAD. Un elemento característico y que ha provocado cierta controversia es la concentración de la ayuda española hacia los países de renta media, en especial por la especialización con América Latina. En este sentido se recomienda que se asegure que dicha ayuda va enfocada a la reducción de la pobreza. Por el contrario, el CAD sigue considerando los niveles de AOD insuficientes, se considera que algunos instrumentos y políticas de cooperación (como los créditos FAD o la cooperación cultural) no están suficientemente enfocados hacia la consecución de los objetivos del Milenio ni de la erradicación de la pobreza ni a la cobertura de necesidades sociales básicas. También se pide un mayor esfuerzo de coherencia entre las estrategias sectoriales y por países de la cooperación española y las acciones de cofinanciación de ONG y de la cooperación descentralizada.

### Las 12 recomendaciones del CAD a España en su tercer examen 2002

1. Articular todos los medios posibles para alcanzar en el 2006 el 0,33% de AOD/PNB.
2. Asegurarse de que la ayuda a los países de rentas medias se dirige de manera efectiva a la reducción de la pobreza, en apoyo de los objetivos del Milenio.
3. Clarificar las políticas en materia de préstamos, en lugar de donaciones, teniendo en cuenta la sostenibilidad de la deuda de los países beneficiarios y los niveles de renta de cada país.
4. Adoptar un enfoque más orientado a los resultados en la programación y ejecución, con el fin de aprovechar las lecciones extraídas, y considerar la posibilidad de integrar los objetivos de desarrollo del Milenio y sus indicadores como marco para evaluar su actuación.
5. Asegurarse de que los programas culturales y de becas contribuyen a reforzar el objetivo primordial de reducción de la pobreza.
6. Aumentar la asignación de recursos a los servicios sociales básicos.
7. Impulsar la coherencia de las políticas de desarrollo fomentando un mayor debate público y reforzando la capacidad analítica del Ministerio de Asuntos Exteriores en áreas que poseen un impacto en los países en desarrollo, como son el comercio, la agricultura y la pesca.
8. Dotar al Ministerio de Asuntos Exteriores de un mayor protagonismo en la elaboración de directrices para otros ministerios y actores, con el fin de reforzar las sinergias. Dado el creciente número de recursos movilizados a través de la cooperación descentralizada, se insta a las comunidades autónomas y a las entidades locales para que mejoren sus sinergias con las políticas nacionales españolas, especialmente por lo que respecta a las estrategias sectoriales y por países.
9. Proseguir el análisis global del impacto de los préstamos FAD en la reducción de la pobreza, para reforzar la apropiación y la eficacia.
10. Reforzar la responsabilidad de los países socios en la gestión de la ayuda, mejorar los vínculos entre los proyectos individuales y las estrategias de reducción de la pobreza dirigidas por los propios países interesados y avanzar hacia enfoques sectoriales con otros donantes.
11. Asegurarse de que las actividades de las ONG cofinanciadas por los gobiernos nacionales y regionales son coherentes con las estrategias sectoriales y por países de la cooperación al desarrollo española.
12. Seguir desarrollando y fortaleciendo el seguimiento y la evaluación en todo el sistema de ayuda español, en especial por lo que se refiere a los préstamos FAD y a las actividades de cooperación descentralizada.

## La ayuda al sector salud

Por lo que respecta a la AOD del sector salud, un informe impulsado por Médicos Sin Fronteras, Medicus Mundi, Prosalus y Médicos del Mundo y elaborado por el Instituto Complutense de Estudios Internacionales (ICEI) publicado en el 2002 señala las principales deficiencias de la cooperación española en salud y coincide en buena parte con el examen del CAD. Las principales conclusiones y recomendaciones que establece son las siguientes:

- a) Se resalta la necesidad de establecer una política coherente y precisa en la ayuda española en el sector de la salud, corrigiendo la dispersión de actores tan diversos como la AECI, el Ministerio de Sanidad y Consumo, el Ministerio de Economía, el Ministerio de Defensa y las ONGD. Asimismo, debería corregirse la tendencia a promocionar los intereses comerciales españoles y de política exterior y centrarse en la lucha contra la pobreza.
- b) Se señala el excesivo peso que tiene la ayuda bilateral reembolsable, mediante la concesión de créditos FAD, gestionados desde el Ministerio de Economía.
- c) Se precisa una reorientación de la ayuda hacia las zonas que se encuentran en una situación más precaria así como la selección de sus destinatarios no siguiendo criterios comerciales y políticos españoles, sino en función de las necesidades sanitarias de cada país.
- d) Se aboga por un cambio en los porcentajes de ayuda destinados a atención especializada (71% en el año 2000) en favor de la atención primaria (sólo un 29%), porque en este nivel se soluciona un 80% de los problemas de salud.
- e) Se afirma que la AOD española destinada al sector sanitario necesita ser evaluada, en especial el gasto en infraestructuras y equipamiento sanitario, así como el impacto de los créditos FAD.

La clasificación del CAD distingue entre dos sectores: a) salud (que engloba salud general y salud básica), y b) programas y políticas de población y salud reproductiva. De esta manera queda patente la importancia que el Comité presta a la materia. Una de las principales deficiencias de la política española de cooperación en salud es el reducido volumen de fondos destinado a salud sexual y reproductiva. Mientras que el promedio del CAD para el período 1995-2000 fue del 32% (sobre el total de ayuda sanitaria), España destinó tan sólo el 5%. Estos niveles no son proporcionales con las elevadas tasas de mortalidad materna y los graves problemas de Sida que padecen los países del sur. Tampoco son coherentes con el establecimiento de la promoción del desarrollo con equidad de género como principio de la política española de cooperación al desarrollo, ni con el reconocimiento de la igualdad entre hombres y mujeres como prioridad horizontal en el Plan Director.

Por otro lado, en los últimos años se ha producido un cambio de la terminología "salud sexual y reproductiva" por la de "salud materno infantil" dentro de proyectos y programas financiados por la AECI. Existen diferencias entre trabajar en salud sexual y reproductiva y en salud materno infantil. Esta última contempla exclusivamente los aspectos ligados a la

maternidad y la resolución y prevención de las enfermedades propias de esta población. Un programa de salud sexual y reproductiva, por su parte, es más amplio y actúa en otros aspectos, fundamentalmente en el reconocimiento de los derechos sexuales y reproductivos con un enfoque de género. Dentro de estas actuaciones cabe destacar el acceso a adecuados servicios de planificación familiar, uno de los elementos básicos de los cuidados primarios de salud, junto con la prevención y atención sanitaria de las infecciones de transmisión sexual, y aquellos problemas de salud derivados de embarazos no deseados. Se observa, también en este punto, la necesidad de una incorporación efectiva de la perspectiva de género en la cooperación española en materia de salud.

<b>Composición de la AOD en salud (2000)</b>	<b>España</b>	<b>CAD</b>
<b>Primaria</b>	<b>29,1%</b>	<b>70,6%</b>
Atención sanitaria básica	9,1%	13,0%
Nutrición básica	2,0%	3,1%
Control de enfermedades infecciosas	5,8%	12,4%
Educación sanitaria	4,2%	1,1%
Formación personal sanitario	1,5%	0,4%
Atención salud reproductiva	4,1%	7,3%
Planificación familiar	0,0%	15,2%
Lucha contra ITS (incluido Sida)	2,5%	18,0%
Formación de personal en salud reproductiva	0,0%	0,0%
<b>Especializada</b>	<b>70,9%</b>	<b>28,5%</b>
Política sanitaria y gestión administrativa	5,7%	12,8%
Enseñanza/formación médicas	0,0%	0,4%
Investigación médica	0,0%	0,0%
Servicios médicos	17,8%	5,4%
Infraestructura sanitaria básica	47,4%	6,4%
Políticas sobre población y gestión administrativa	0,0%	3,5%

Fuente: La salud en la cooperación al desarrollo española. Informe 2002.

Los componentes que absorben mayor cantidad de recursos son los de infraestructura sanitaria básica (47,4%) y servicios médicos (17,8%); ambos concentran el 65,2% de la AOD bilateral y el 94% de la AOD reembolsable. Dentro de estos, la ayuda se ha enfocado principalmente a equipamiento sanitario (tanto para atención primaria como especializada) y construcción de infraestructura. No es casual que infraestructura sanitaria y servicios médicos sean también los principales destinos de la ayuda reembolsable. De hecho, la distribución sectorial de la ayuda española en salud ha estado condicionada por los intereses propios de los créditos FAD.

Es significativo que los componentes en los que España está muy por debajo de la media del CAD sean los programas y proyectos de lucha contra ETS, incluido Sida, y de planificación familiar (un 2,5% y un 0,001% de nuestro país, frente al 18% y el 15,2% del CAD, respectivamente). Todo ello refleja una vez más que la política de cooperación española no establece sus intervenciones conforme a aquellos problemas de salud prevalentes o causantes de altas tasas de mortalidad. Según el FNUAP, unos servicios adecuados de planificación familiar reducen en un 20% los embarazos no deseados y en un porcentaje similar la mortalidad y morbilidad materna.

A pesar de la gravedad del problema, queda patente que la estrategia de cooperación española no contempla el VIH/Sida como una prioridad, puesto que no existe una política concreta ni se ha hecho pública ninguna postura oficial al respecto. Tampoco se vislumbra intención alguna de diseñar una estrategia específica en un futuro próximo. En el ámbito multilateral ha tenido una postura más activa, pero con aportaciones modestas, y en el Plan Director 2001-2004 la lucha contra el VIH/Sida tan sólo aparece recogida en términos generales dentro de las ETS.

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

Población y salud reproductiva en las prioridades sectoriales de la  
cooperación española

## POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA EN LAS PRIORIDADES SECTORIALES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

---

**E**n 1987 aparecen las primeras líneas directrices de la política española para la cooperación al desarrollo. Aprobadas por el Consejo de Ministros, contemplaban como áreas de acción intensiva la agricultura, la sanidad, la enseñanza del español, la formación profesional, el apoyo al desarrollo institucional y la infraestructura básica. No se hacía ninguna referencia a la potenciación de la mujer en el desarrollo ni a los programas de población o salud reproductiva. Un año más tarde, en 1988, la respuesta del Gobierno a una moción del Senado sobre la cooperación española desarrolla más ampliamente las líneas directrices de 1987, pero tampoco se hace mención alguna de la salud reproductiva ni del papel de las mujeres.

No es hasta 1995 cuando las líneas directrices de la cooperación española recogen específicamente los temas de población. Basándose en el informe sobre los objetivos y líneas generales de la política española de cooperación y ayuda al desarrollo, aprobado por el Congreso de los Diputados en noviembre de 1992, la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional aprueba en febrero de 1994 (siete meses antes de la celebración de la Conferencia de El Cairo) las líneas generales de la política de cooperación española para 1995. Dichas directrices, recogidas en el Plan Anual de Cooperación Internacional (PACI) de 1995 establecen los rasgos que deben caracterizar la política española de cooperación al desarrollo:

1. Concentración en el desarrollo humano, dando prioridad a las políticas de gasto social y a las poblaciones más desfavorecidas.
2. Concentración y especialización geográfica y sectorial.
3. Cooperación integral: coordinación de flujos públicos y privados.
4. Distinción del tipo de cooperación en función del nivel de desarrollo de los países receptores.
5. Coordinación con otros donantes y con organismos multilaterales.
6. Consideración del impacto medioambiental y de género, temas de población y de desarrollo social, para el logro de un desarrollo sostenido.
7. Integración de los programas de condonación de la deuda.

Un año más tarde, para el PACI de 1996, la Comisión Interministerial aprueba unas nuevas directrices, similares a las del año anterior, con la diferencia de que a los siete rasgos arriba recogidos se les añaden dos más: la contribución al despliegue económico de los países beneficiarios y la incorporación de la perspectiva de género a los programas y proyectos, de manera que se garantice la participación de la mujer como agente activo en el proceso de desarrollo. Como vemos, los temas de género a partir de 1996 merecen ya un tratamiento individualizado como prioridades de actuación.

En 1997 y 1998 se prorrogan las líneas directrices de los años anteriores, por lo que permanecerán estables hasta la elaboración de la ley de Cooperación Internacional, en 1998. Así pues, para el período analizado de 1995 a 1998 los temas de población, unidos al impacto medioambiental y al desarrollo social, se contemplan en los sucesivos planes anuales. Sin embargo, esta prioridad teórica no se vio reflejada en los niveles de la Ayuda Oficial al Desarrollo de España para el período mencionado.

En 1998 se aprueba la primera ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la cual establece entre los principios de la política española de cooperación “el reconocimiento del ser humano en su dimensión individual y colectiva, como protagonista y destinatario último de la política de cooperación para el desarrollo”, así como “la defensa y promoción de los derechos humanos y las libertades fundamentales”, o “la necesidad de promover un desarrollo humano global, interdependiente, participativo, sostenible y con equidad de género”, sin olvidar “el respeto de los compromisos adoptados en el seno de los organismos internacionales”. Por lo que respecta a las prioridades sectoriales, la ley establece en primer lugar los “servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de la seguridad alimentaria y formación de recursos humanos”, reconociendo también la “protección y respeto de los derechos humanos, igualdad de oportunidades, participación e integración social de la mujer y defensa de los grupos de población más vulnerables”.

#### **Población y salud reproductiva en el Plan Director 2001-2004**

El artículo 8 de la Ley prevé que “la política española de cooperación internacional para el desarrollo se establecerá a través de planes directores y planes anuales”. En cumplimiento de esta norma se inicia en 1999 la elaboración del Primer Plan Director Cuatrienal, el cual tras ciertos retrasos y diversos borradores no fue aprobado hasta finales del 2000.

En 1999 se elaboró un borrador del plan director que recogía de manera más extensa y específica la necesidad de facilitar el acceso a servicios de planificación familiar. Dicho borrador hacía mención específica de la Conferencia de El Cairo y de la importancia de la dinámica demográfica y de salud como dimensión básica del proceso de desarrollo. También mencionaba que en este sentido la cooperación española continuaría trabajando con la OPS, la OMS, la UNICEF y el



FNUAP. Estas menciones, en especial la del FNUAP, desaparecieron un año más tarde del texto, lo que supuso un claro retroceso que se ha ido paliando con altibajos en los diversos planes anuales, y de una manera más definitiva en la estrategia de la cooperación española de salud, aprobada en el 2003. Pese a que el borrador de 1999 mejoraba manifiestamente el Plan Director definitivo, en especial en lo que concierne a población y salud reproductiva, se constata que el Plan recoge y contempla como prioridades para el período 2001-2004 la cobertura de las necesidades en materia de población y salud reproductiva. Sin embargo, no debemos olvidar que los temas de población ya se recogen en las directrices de actuación en 1995, y ello no ha sido suficiente hasta el momento como para que la ayuda oficial cubra adecuadamente estos proyectos y cumpla así con los compromisos internacionales adoptados.

El Plan Director 2001-2004 establece tres orientaciones de carácter transversal: la lucha contra la pobreza, la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres y el medio ambiente, y seis áreas sectoriales prioritarias:

- a) necesidades sociales básicas;
- b) inversión en el ser humano;
- c) infraestructuras y promoción del tejido económico;
- d) defensa del medio ambiente;
- e) participación social, desarrollo institucional y buen gobierno, y
- f) prevención de conflictos.

El Plan Director recoge las líneas generales básicas de la cooperación al desarrollo así como un marco presupuestario indicativo para el quinquenio. En el marco de las estrategias de intervención de la cooperación española, el documento recoge los objetivos internacionales de reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna, así como el acceso universal a servicios de salud reproductiva a través del sistema de sanidad básica para el 2015, dentro de la prioridad horizontal de lucha contra la pobreza. En las estrategias de intervención sectorial, de forma aún más concreta la cooperación española establece como campos de actuación en materia de necesidades sociales básicas: "la salud básica, educación básica, población y salud reproductiva, nutrición, trabajos elementales de suministro de agua, saneamiento, vivienda, actuaciones de emergencia y programas integrados, de entre los que destacan los ámbitos de planificación familiar y lucha contra enfermedades de transmisión sexual, ayuda alimentaria y de emergencia, y formación de profesores y cuadros". El Plan recoge que los objetivos en este sector son: a) cumplir los compromisos internacionales en este campo, en especial la Iniciativa 20/20, b) apoyar las capacidades de los países receptores, tanto mediante el respaldo a los gobiernos e instituciones como mediante el apoyo a la sociedad civil, c) atención a los sectores más vulnerables, y d) incorporar el máximo posible de actores, incluyendo todas las administraciones públicas,

sindicatos, ONGD y empresas. De la lectura de estas prioridades se pueden extraer dos conclusiones, o bien al pasar del borrador de 1999 al texto definitivo del 2000 se olvidó eliminar la mención específica de la planificación familiar, o bien el desarrollo del plan director adolece de una fuerte incongruencia en lo que a algunas prioridades en materia de necesidades sociales básicas se refiere.

Con anterioridad a la aprobación del Plan Director, la primera vez que la salud sexual y reproductiva aparece como una prioridad de la cooperación española es en las convocatorias para ayudas y subvenciones a ONG del año 2000. Se especificó textualmente que se priorizarían las "intervenciones centradas en prevención y control del Sida y otras ETS, salud reproductiva y atención primaria de salud".

### **PACI 2001**

El Plan Anual 2001, cuyos objetivos deberían concretar aún más la actuación de la cooperación española en los sectores arriba indicados, no recoge en ningún momento el sector de población y salud reproductiva como cabría esperar. Su priorización se diluye en los servicios sociales básicos, especialmente en salud, y en el acceso universal a los servicios de salud, la referencia a la mortalidad infantil y a la mortalidad materna se reduce exclusivamente a la mortalidad infantil, y en ninguna de las especificaciones por países programa se hace referencia alguna al sector, a excepción del control del Sida para el África Subsahariana y a población y desarrollo sostenible para Filipinas. El Plan 2001 determina como prioridades en materia de servicios sociales básicos, la salud, saneamiento, educación, seguridad alimentaria y formación de recursos humanos, dotación de infraestructura social y de transportes y fomento del sector privado. Otras prioridades son el fortalecimiento de las estructuras democráticas, la protección del medio ambiente, el apoyo a la investigación científica y tecnológica, a la cultura y a la educación, especialmente la primaria y la formación profesional.

### **PACI 2002**

El Plan Anual 2002 de nuevo hace una vaga referencia a la cobertura de las necesidades sociales básicas, y en las prioridades por países hace referencia a algunas acciones como la "reducción de los altos índices de mortalidad infantil y materna" en Centroamérica, México y Caribe, el "programa de salud materno-infantil" en Marruecos, el apoyo a "la mejora de las maternidades" en Túnez, o en los territorios palestinos a la "especial atención a los programas de salud materno-infantil". Establece que la cooperación española mantendrá como objetivos específicos la cobertura de las necesidades sociales básicas, la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres, la protección del medio ambiente o la prevención y asistencia en situaciones de emergencia. Dentro de estos objetivos se da una clara prioridad a la educación, así como a la promoción de la democracia y el Estado de derecho.

### PACI 2003

Para el año 2003, por lo que respecta a Iberoamérica, el PACI prevé que se lleve a cabo la Iniciativa ESTHER de solidaridad hospitalaria, un proyecto iniciado por el Ministerio de Sanidad y continuado por la AECI, y que consiste en actividades de hermanamientos entre profesionales de hospitales para la lucha contra el VIH/Sida. En el proyecto participan, además de España, Francia, Italia y Luxemburgo, y se realizará principalmente en Iberoamérica (Honduras Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Ecuador, Bolivia y Paraguay) además de en Mozambique. Para el 2003 finalizará el proyecto de apoyo al Hospital Isidro Ayora en el área de atención integral para adolescentes de Quito. En América Central y Caribe sí que el área de salud reproductiva parece ganar protagonismo en el 2003. En el sector salud se recoge que se actuará en la atención primaria en áreas rurales y mediante equipamiento y construcción de infraestructuras básicas con especial atención a la reducción de los altos índices de mortalidad infantil y materna, y de la incidencia de enfermedades como el VIH en la infancia. En El Salvador se prestará atención a los programas de salud prioritarios y a la prevención del Sida en sectores de alto riesgo.

En el Norte de África seguirá el apoyo a Marruecos con el fin de mejorar la salud materno-infantil de las provincias del norte. Para el África Subsahariana se anuncia una reorientación de la ayuda más enfocada a reforzar los sectores de salud y educación. En el 2003 se pondrá en marcha el programa integral de salud de la Cooperación Española para África, que incluirá la extensión de servicios sanitarios básicos, y en especial la atención de la salud materno-infantil, el control de tuberculosis, malaria y VIH/Sida, destacándose la ya mencionada iniciativa ESTHER. En Asia, las previsiones españolas se limitan a las acciones de refuerzo de la salud reproductiva en Filipinas. A nivel multilateral se anuncian destacables aportaciones a ONUSIDA, de cuyo comité ejecutivo España forma parte para el 2002 y el 2003. También destaca la aportación de 17 millones de euros al Fondo Global. Continuarán los planes de actuaciones conjuntas con la OPS, que hacen especial incidencia en la lucha contra el Sida, con 1,5 millones de euros.

En definitiva, parece existir cierta incongruencia a nivel general entre el Plan Director 2001-2004 y los planes anuales en la priorización de la salud reproductiva a nivel global. Sólo un país parece ser objeto de una clara voluntad de priorizar la salud reproductiva por parte de la cooperación española, se trata de Marruecos. Al menos así se desprende de la convocatoria para ayudas y subvenciones para estrategias, programas y proyectos de ONG de febrero del año 2001, donde fue el único país en que se refleja la prioridad sectorial de "salud reproductiva". Esto no se volverá a repetir en convocatorias posteriores; sin embargo, los datos de la AOD española que recoge este informe confirman la prioridad por Marruecos. Este país ha recibido entre 1995 y el 2002 cerca del 18% de la AOD española al sector distribuible por países. La incongruencia en cuanto a planificación parece revertirse a partir del año 2003, con la estrategia de salud, siguiendo una tendencia que ya en lo que respecta a desembolso económico también parece despuntar en el 2002.

La elaboración de la Estrategia de la Cooperación Española en Salud en el 2003, que se anuncia con una vigencia de cuatro años, debería confirmar la definitiva adecuación tanto en orientación estratégica como en movilización de recursos de la cooperación española hacia el sector de la salud sexual y reproductiva.

### **La Estrategia de la Cooperación Española en Salud**

La estrategia en salud recuerda que una de las prioridades sectoriales de la cooperación española es la cobertura de las necesidades sociales básicas, y dentro de éstas el Plan Director hace mención específica de la salud básica, la población y salud reproductiva, la nutrición, los trabajos elementales de suministro de agua, el saneamiento, los programas de planificación familiar y la lucha contra enfermedades de transmisión sexual, además de la ayuda alimentaria y de emergencia. También destaca la necesaria orientación al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio, entre los cuales la salud tiene una presencia importante, y hacia la reducción de la pobreza.

La estrategia establece los siguientes principios:

- a) la lucha contra la pobreza
- b) la equidad en salud
- c) la solidaridad y sostenibilidad del sistema de salud
- d) la especial atención a la mujer en la cooperación en el ámbito sanitario
- e) la integración entre niveles asistenciales
- f) refuerzo de la participación ciudadana y control social del sistema sanitario
- g) principio de eficacia de las intervenciones
- h) coordinación interna
- i) coordinación internacional

El cuarto principio establece literalmente:

“La especial atención a la mujer en la cooperación en el ámbito sanitario. En primer lugar, la atención materno-infantil y la salud reproductiva constituyen áreas prioritarias para la cooperación española en el sector de la salud. Por otra parte, la educación de la mujer es clave por el papel que desempeña en la salud de la familia”.

A partir de estos principios, la estrategia diferencia entre líneas horizontales y verticales. Las primeras son el conjunto de orientaciones o modalidades de intervención que deben figurar en cualquier proyecto de salud, mientras que las verticales recogen los ámbitos o subsectores prioritarios de actuación de la cooperación sanitaria española.

#### Líneas horizontales

1. Fortalecimiento institucional y reforma de sistemas sanitarios
2. Proyectos de infraestructura y de suministro de equipos médicos
3. La investigación en áreas de salud y desarrollo
4. Formación en los países en desarrollo
5. Formación de los agentes de la cooperación
6. Evaluación de la cooperación española en el sector salud
7. Desarrollo de indicadores en salud

#### Líneas verticales

1. Cobertura de enfermedades prevalentes en los países en desarrollo
  - 1.1 Enfermedades transmisibles: VIH/Sida, tuberculosis, paludismo y otras enfermedades transmisibles.
  - 1.2 Enfermedades crónicas no transmisibles
2. Intervención en situaciones y actividades con especial incidencia en la salud en los países en desarrollo
  - 2.1 Promoción de estilos de vida y de medio ambiente saludables
  - 2.2 Situaciones de emergencia y catástrofes
  - 2.3 Calidad, seguridad e inocuidad de los alimentos, medicamentos e insumos
3. Concentración de actividades en grupos de población especialmente vulnerables
  - 3.1 Salud del niño y del adolescente
  - 3.2 Programas sobre salud reproductiva
  - 3.3 Salud de la mujer
  - 3.4 La salud y los pueblos indígenas

Como se puede observar, la salud sexual y reproductiva, aunque con diversas denominaciones, está presente y se encuentra ampliamente desarrollada. Esta presencia viene a compensar la no existencia o la decisión de no dotarse de una estrategia o política específica de cooperación en materia de población y salud reproductiva, distinta de la de salud, como tienen otros donantes (caso de Japón, Alemania, el Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Suecia, los Países Bajos, Australia o Suiza).

En el apartado dedicado al VIH/Sida, la estrategia recoge que las intervenciones dirigidas a las poblaciones vulnerables y a las que adoptan comportamientos de más alto riesgo pueden hacer disminuir las tasas de infección en grupos específicos y reducir el riesgo de propagación amplia del VIH. Dichas intervenciones habrán de tener en cuenta en todo caso las características específicas de cada grupo de población, y especialmente las diferencias y desigualdades socioculturales existentes entre varones y mujeres. Los distintos actores de la cooperación española deberían prestar apoyo en todas aquellas actividades encaminadas a implantar mecanismos nacionales más integrales y fiables para la supervisión, vigilancia y evaluación del VIH en los países receptores de ayuda; apoyar programas de prevención, educación y promoción dentro de las estrategias de atención primaria, colaborando en el nivel hospitalario en la organización, gestión y capacitación técnica del personal sanitario; fomentar los planes de apoyo a las personas que viven con el VIH, y apoyar las políticas de adquisición de medicamentos a bajo precio, que garanticen el acceso a toda la población. En el marco de la lucha contra el Sida, en el seno de las Naciones Unidas fue creado el Fondo Global para Combatir el VIH/Sida, el Paludismo y la Tuberculosis, en el que España participa con 50 millones de dólares.

En el apartado de la promoción de estilos de vida y de medio ambiente saludables, la estrategia de la cooperación española destaca los embarazos prematuros, las infecciones de transmisión sexual, el consumo de tabaco y alcohol, así como el abuso de sustancias ilícitas como algunos de los problemas ocasionados por la adopción de conductas peligrosas para la salud. También recoge que la violencia, el descuido y el comportamiento abusivo, especialmente hacia las mujeres y los niños, son causas cada vez más importantes de las altas tasas de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Para ello, entre las posibles actuaciones de la cooperación española destaca el apoyo en el desarrollo de políticas, programas educativos e incentivos de promoción de la salud con el fin de reducir el consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, así como de comportamientos sexuales de riesgo.

Debemos mencionar que resulta cuanto menos curioso el hecho de que se dé tanta relevancia a reducir el consumo de tabaco cuando se trata de un hábito escasamente extendido en los países en desarrollo, dado que los mayores niveles de consumo se dan en la Europa mediterránea, en los países del golfo Pérsico y en algunos países del sudeste asiático, según datos de la OMS.

En el apartado de situaciones de emergencia y catástrofes se vuelve a mencionar la salud reproductiva cuando se apunta que en dichas situaciones existe un grave riesgo de incremento de la mortalidad materna e infantil y de difusión de enfermedades infecciosas, entre ellas el Sida. Se establece como actividad la puesta en funcionamiento de sistemas de atención sanitaria que protejan de una manera especial a las mujeres y los niños.

Es en el capítulo dedicado a la atención a grupos de población especialmente vulnerable donde se realiza una más extensa relación de las actividades en materia de salud sexual y reproductiva. En el apartado de salud del niño y del adolescente, además de asistencia técnica en la ela-

boración de calendarios vacunales y en el fortalecimiento de la atención a la infancia mediante programas de atención primaria, destaca el apoyo para establecer estrategias, patrones y normas de protección de los adolescentes frente a las enfermedades y los comportamientos y situaciones de riesgo para la salud. Creemos que aquí se podría haber ido un poco más lejos y concretar cuáles son los principales riesgos para la salud de los adolescentes, de entre los que sin duda habría que recoger la salud sexual y la prevención de embarazos adolescentes, con la consiguiente necesidad de fortalecer el acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y planificación familiar.

En el apartado de programas sobre salud reproductiva, establece que la cooperación española puede realizar un esfuerzo por contribuir a que los cuidados de salud reproductiva sean integrados en los programas de atención primaria de los países prioritarios, a través de diversas acciones: a) prestando asesoramiento técnico a los ministerios de salud de los países en desarrollo, para la mejora de los servicios sanitarios relacionados con la salud reproductiva y de los programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida; b) impartiendo cursos de formación en el ámbito de las enfermedades transmisibles y VIH/Sida entre el personal responsable de los servicios de salud de los países receptores de ayuda.

Para la salud de la mujer, la estrategia establece que la cooperación internacional deberá orientar sus actuaciones al apoyo en la elaboración de políticas, estrategias e intervenciones que aborden de forma efectiva cuestiones de alta prioridad, y hasta ahora desatendidas, relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda su vida, así como al apoyo de programas específicos de atención primaria a la mujer que incluyan: seguimiento del embarazo y preparación al parto, visita y revisión puerperal, diagnóstico precoz de los cánceres ginecológicos y de mama, salud reproductiva, tratamiento de las complicaciones patológicas de las enfermedades crónicas, la violencia contra la mujer, ETS y VIH/Sida en mujeres.

Destaca el Programa de Salud para África, promovido por la AECI, en el cual la cooperación española ha identificado cuatro ámbitos de actuación preferente: a) salud materno-infantil, b) lucha contra las enfermedades tropicales y transmisibles, con especial atención al VIH/Sida, la malaria y la tuberculosis, c) servicios de salud básica, y d) fortalecimiento de sistemas nacionales de salud.

La Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Democracia y del Estado de Derecho incluye entre sus áreas de intervención la igualdad entre mujeres y hombres, si bien se refiere a la futura estrategia para la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres como el documento que integrará las acciones de carácter sectorial y aspectos horizontales de los proyectos. Avanza, sin embargo, que “la futura estrategia de igualdad tendrá en cuenta aspectos en los que una mejora en la situación de las mujeres es fundamental para promover el desarrollo: por ejemplo, una inversión en educación de las mujeres repercute en la mejora de la educación de los hijos, en la alimentación, en la gestión de los medios de subsistencia y en la salud. Si mejora la salud de las mujeres, mejora también la de los niños y demás miembros

de la familia". Parece que la futura estrategia no avanzará en reconocer que la salud de la mujer es un fin en sí mismo, y no solamente un medio para mejorar la salud infantil. De nuevo nos pone sobre la pista de que a la cooperación española le cuesta dejar atrás el concepto pre-Cairo de salud materno-infantil, y de un texto a otro se producen avances y retrocesos, con un evidente uso errático de la terminología y de la perspectiva de género.



# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

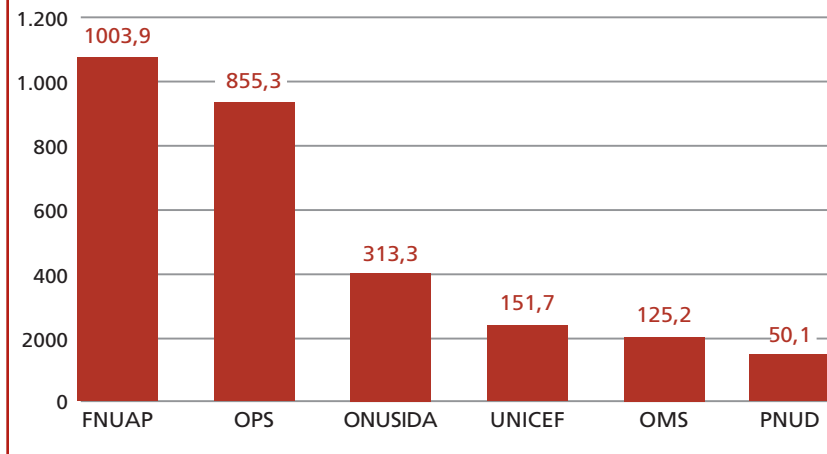
La ayuda vía oficial del gobierno español

La ayuda vía oficial que recogemos en este apartado abarca la que el Gobierno español desembolsa a organismos internacionales (tanto en su variante de ayuda multilateral como multilateral) y la que se acuerda directamente con los gobiernos de los países en desarrollo (ayuda bilateral directa). La primera vía se canaliza a través de contribuciones voluntarias a los fondos de estos organismos (gestionadas por la Subdirección General para Naciones Unidas, del Ministerio de Asuntos Exteriores), o como ayudas a los programas y proyectos que estos organismos realizan en colaboración con los gobiernos de países en desarrollo. La segunda vía es la ayuda que el Gobierno español establece bilateralmente con países en desarrollo. Cabe decir, con respecto a esta segunda vía, que algunas de estas ayudas se han canalizado a través de organizaciones no gubernamentales y entidades sin ánimo de lucro subcontratadas, y para su desembolso se ha utilizado la convocatoria abierta y permanente. Por último, incluimos en este apartado las ayudas del Instituto de la Mujer, pues si bien son ayudas vía subvención a ONG, es el propio Instituto quien decide qué proyectos procedentes de los países en desarrollo va a financiar cada año, para luego abrir convocatoria a las ONG españolas sobre proyectos ya decididos.

### La ayuda a organismos internacionales

Los organismos del sistema de Naciones Unidas a los que España contribuye y cuyas actividades se circunscriben total o parcialmente en el área de población y salud reproductiva son: el Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP), la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre VIH/Sida (también conocido como ONUSIDA), el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). A partir del año 2003 se inicia la contribución al Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y el Paludismo. (Figura 11). Además de las contribuciones voluntarias a los fondos de estos organismos, los principales países beneficiados por el apoyo del Gobierno español a los programas desarrollados por estos organismos, es decir, a través del canal multilateral, son Filipinas (FNUAP), Argelia (UNICEF y FNUAP), Mauritania (UNICEF), Namibia (PNUD y ONUSIDA) y la República Dominicana (FNUAP).

**Figura 11. AOD española en población y salud reproductiva a través de organismos internacionales 1995-2002 en millones de pesetas**

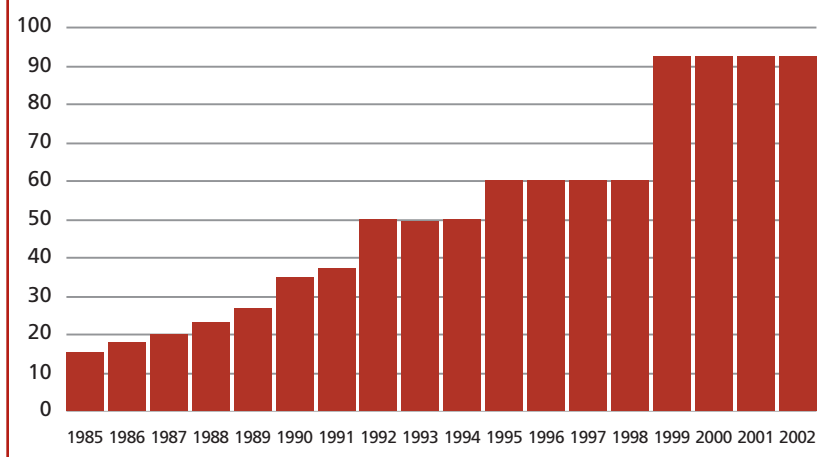


Fuente: Elaboración propia

### Fondo de Población de Naciones Unidas

España contribuye de manera voluntaria al Fondo de Población de Naciones Unidas (FNUAP) desde 1984. En aquel año donó 15 millones de pesetas, cantidad que fue aumentando anualmente hasta 60 millones de pesetas en 1995, tras la Conferencia de El Cairo. En este nivel ha permanecido hasta el 1998. En 1999 y el 2000 la contribución voluntaria ascendió a 70 millones y desde el 2001 se sitúa en 92,5 millones. (Figura 12).

**Figura 12. Evolución de las Contribuciones Voluntarias de España al FNUAP (1985-2002) en millones de pesetas**



Fuente: FNUAP

El FNUAP se creó en 1969 como órgano subsidiario de la Asamblea General de Naciones Unidas. Es el organismo más importante en esta materia y el promotor de las conferencias internacionales sobre población celebradas hasta la fecha. En sus actividades, el FNUAP coopera con los países en desarrollo para mejorar los servicios de salud reproductiva y planificación familiar, así como en la formulación de políticas de población. En datos del 2001, el FNUAP destina un 63% de su ayuda a la atención a la salud reproductiva, incluida la planificación familiar y la salud sexual, y un 31% a estrategias de población y desarrollo, formulación y evaluación de políticas de población, y a información, educación y comunicación. El 6% restante lo destina a otras actividades como la abogacía en favor del Programa de Acción de la Conferencia de El Cairo y proyectos especiales para mejorar la condición de las mujeres, para la lucha contra el VIH/Sida, y para atención a adolescentes, ancianos y actividades de población y medio ambiente.

El FNUAP también ofrece a los países donantes la posibilidad de canalizar ayuda bilateral a países en desarrollo a través de sus programas y proyectos. Es el caso utilizado por España para financiar proyectos de salud reproductiva y planificación familiar en Filipinas y Argelia, así como algunas acciones en la República Dominicana.

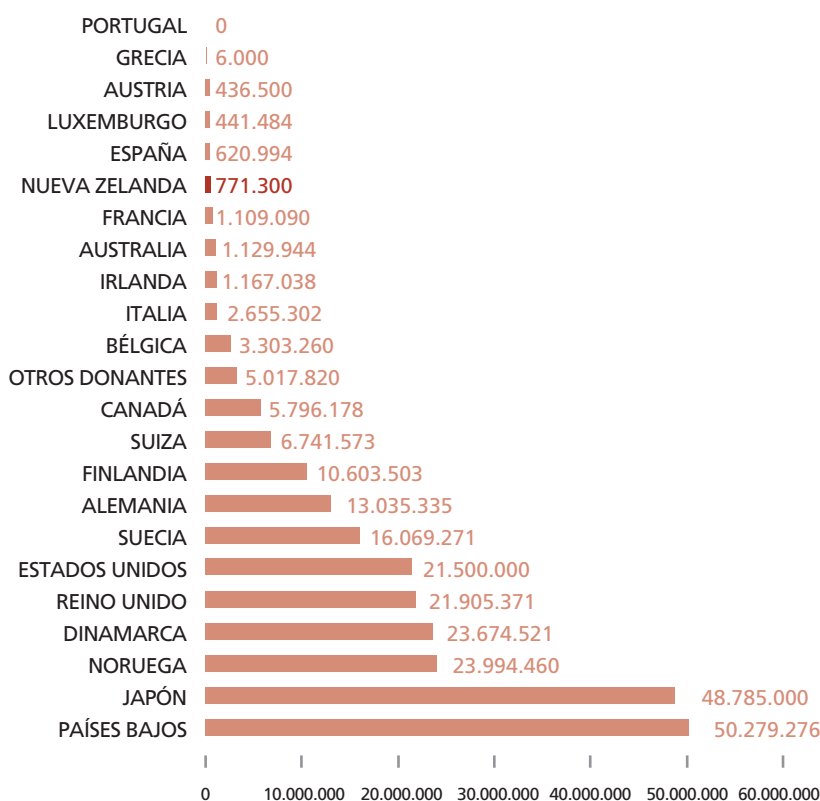
En 1995 se concedió una ayuda para desarrollar el Programa del FNUAP de Planificación Familiar y Salud Reproductiva en Filipinas, con una aportación de un millón de dólares, alrededor de 122 millones de pesetas, y una duración de dos años. El objetivo del programa era reforzar los servicios de salud reproductiva y planificación familiar en ocho oficinas regionales del Departamento de Salud de Filipinas, en 45 hospitales y en otras dependencias de 27 provincias del país. Se pretendía así reducir la tasa de mortalidad materna de 209 a 100 defunciones por cada cien mil partos y la mortalidad infantil de 53 a 48 defunciones por cada mil nacidos vivos. La aportación española al programa contribuyó a costear los gastos de una campaña para crear una mayor conciencia acerca de los servicios de salud reproductiva. A través de la información, educación y comunicación se pretendió conseguir los objetivos arriba mencionados antes del año 2000. Además, junto con la contribución financiera de los Países Bajos, los fondos españoles se utilizaron para mejorar el servicio de planificación familiar en las 14 provincias más necesitadas del país. Como complemento de este programa, la Agencia Española de Cooperación Internacional financió a dos expertos asesores para este programa en la sede del FNUAP en Nueva York. En 1999 se volvió a financiar con 150 millones de pesetas la V Fase del Programa de Planificación Familiar y Salud Reproductiva del FNUAP en Filipinas.

Tras la experiencia del programa de Filipinas, se estudiaron varios proyectos más con el FNUAP en Cuba, Bolivia, Argelia y Perú, concretándose finalmente el proyecto de Argelia. Así pues, en 1997 se destinaron casi 37 millones de pesetas a este programa. En 1999 se financiaron actividades en la República Dominicana a través del FNUAP, sobre salud sexual y reproductiva de adolescentes, por valor de 52 millones.

En octubre de 1997, el Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad de todos los grupos políticos una proposición no de ley en la

que se instaba al Gobierno español a mantener el apoyo al FNUAP, así como a cubrir adecuadamente aquellos proyectos y programas que le fueran presentados en relación con el cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo y del Plan de Acción de Beijing. Poco más de un año más tarde, en 1999, coincidiendo con la evaluación de Cairo+5, la contribución al FNUAP aumentó de 60 a 92,5 millones. Pese a estos incrementos, la contribución de España al FNUAP se puede considerar simbólica. Ocupa el lugar 18 de los 22 países miembros del CAD, aportando el 0,24% del total de contribuciones. A este respecto hay que decir que cuatro países aportan el 57% de todas las contribuciones al Fondo, los Países Bajos aportan el 19,4%, Japón aporta el 18,8%, Noruega el 9,3% y Dinamarca el 9,1%. (Figura 13).

**Figura 13. Contribuciones al FNUAP, 2001 en dólares**



Fuente: FNUAP

### Organización Panamericana de Salud (OPS)

Desde 1992 el Gobierno español colabora con la Organización Panamericana de Salud en diversos proyectos de salud en América Latina, mediante la firma anual de los planes de actuaciones conjuntas (PAC) entre la Agencia Española de Cooperación Internacional, el Ministerio de Sanidad y Consumo y dicha organización regional.

La OPS es el organismo de cooperación internacional de salud más antiguo del mundo. Se creó en 1902, y está presente en todos los países de América. Su sede central está en Washington y actúa como organización regional subsidiaria de la Organización Mundial de la Salud. Hasta la fecha se han firmado seis planes, con lo que dicha institucionalización puede considerarse un instrumento efectivo de la cooperación sanitaria española con Iberoamérica. Cada año se determinan las actividades que han de realizarse y las aportaciones financieras para cada una de ellas. En este marco, la cooperación en actividades de población y salud reproductiva tiene un amplio campo de actuación.

En 1995 se suscribió el Cuarto Plan de Actuaciones Conjuntas, cuyas actividades continuaron ejecutándose en 1996, al no suscribirse ese año un nuevo plan. Dentro de ese Cuarto Plan el Gobierno español contribuyó con 85 millones de pesetas al programa SIDA y ETS. También aportó 25 millones de pesetas al programa Mujer, Salud y Desarrollo, y 18 millones a la realización de cursos de formación sobre Sida y ETS. En total, 128 millones para 1995 y 1996 en materia de VIH/Sida, ETS y salud de la mujer.

En 1997, en el marco del Quinto Plan de Actuaciones Conjuntas, el apoyo descendió a 15 millones de pesetas para control del Sida y enfermedades de transmisión sexual, y 9 millones para el curso sobre Sida y ETS. Las mismas cifras se suscribieron para el Sexto Plan de Actuaciones Conjuntas en 1998. Otras ayudas a la OPS en el marco de los PAC han tenido como objetivo la lucha contra enfermedades de prevalencia infantil, como el sarampión. Cada año se han ido firmando los sucesivos planes de actuaciones conjuntas. A partir del décimo plan (2002), la colaboración española pasa a ser financiada íntegramente por la AECI, a razón de 250 millones de pesetas al año.

Por lo que respecta a las actividades de capacitación, cada año se celebran en los centros iberoamericanos de formación de la AECI diversos cursos sobre VIH y ETS, financiados en un principio por el Ministerio de Sanidad y Consumo y posteriormente por la AECI.

En la ejecución de los planes de actuaciones conjuntas (PAC) se ha colaborado aunando esfuerzos en recursos humanos, técnicos y financieros con otras agencias y organizaciones a nivel internacional, nacional y local, destacando la vinculación con ONUSIDA, el Programa de Naciones Unidas sobre el Sida. También se ha colaborado con la OMS, con los Centros para el Control de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC), así como con programas nacionales de Sida y otras enfermedades de la República Dominicana, Belice, México, El Salvador, Paraguay, Cuba, Panamá, etc.

Los objetivos que se persiguen con las actividades de los PAC son: reforzar el sistema de información para la acción; consolidar los sistemas de vigilancia epidemiológica de VIH/Sida/ETS; reforzar la capacidad nacional de lograr una reserva de sangre segura; y el desarrollo/adaptación de mensajes educativos para la prevención. En colaboración con ONUSIDA, los programas sobre control de Sida y ETS persiguen los siguientes objetivos: potenciar los programas de formación en vigilancia epidemiológica y la redefinición de casos de Sida para Iberoamérica; creación de bancos de sangre y programas de sangre segura en países con grandes deficiencias; establecimiento de redes de apoyo a ONG; y contribución técnica de jóvenes profesionales españoles al programa ONUSIDA.

## Programa de salud en Iberoamérica

### Base jurídica

El 3 de febrero de 1992, el Ministerio de Sanidad y Consumo de España, la Agencia Española de Cooperación Internacional y la Organización Panamericana de Salud firmaron un memorando de entendimiento (acuerdo marco de colaboración) para cooperar en las áreas detalladas en la segunda fase del Plan de Necesidades prioritarias de Salud en Centroamérica, en el Plan de Cooperación Andina de Salud, en el Programa de Salud Quinto Centenario y cualquier otra que se establezca de común acuerdo por las partes.

Cada año desde 1992 (a excepción de 1996) las partes firman un plan de actuaciones conjuntas (PAC) donde se definen las áreas técnicas y zonas geográficas de cooperación dentro del Programa de Salud en Iberoamérica. Los VIII, IX y X corresponden a los años 2000, 2001 y 2002.

### Objetivos del programa

Desde el comienzo de la cooperación entre el Ministerio de Sanidad y Consumo, la AECI y la OPS a través de los planes de actuaciones conjuntas las contribuciones españolas se inscribían en grandes programas regionales gestionados por la OPS. Los PAC se dividían en componentes correspondientes a los siguientes programas:

- Erradicación del sarampión
- Prevención y evaluación del impacto del Sida y las ETS
- Control de las enfermedades emergentes y reemergentes
- Capacitación de personal sanitario sobre enfermedades no transmisibles
- Apoyo al Centro Latinoamericano de Perinatología para reducir la mortalidad por parto
- Control de las enfermedades prevalentes en la infancia
- Introducción del análisis bioético en el sector de la salud

A partir del año 2002, la colaboración se circunscribe a proyectos íntegramente financiados por la AECI.

### Expertos españoles

En cada PAC se incluye un componente referente a los expertos españoles asociados en ciertos programas incluidos en los PAC. El VIII preveía la presencia de tres expertos y el IX, de dos. El X PAC incluye la financiación de dos expertos: la extensión del contrato de un experto ya en la OPS (Sida), y la contratación de un experto adicional (proyecto sobre calidad de los servicios de salud).

Fuente: AECI

## Programa Conjunto de Naciones Unidas para el VIH/Sida (ONUSIDA)

España ha contribuido con más de 300 millones de pesetas a los programas de ONUSIDA. En su mismo año de creación se aportaron para prevención de VIH/Sida en Iberoamérica 60 millones de pesetas, de los que se contabilizaron como Ayuda Oficial al Desarrollo tan sólo 45,2 millones. También a través de ONUSIDA se canaliza desde 1998 la contribución española al refuerzo de la respuesta nacional contra el Sida de Namibia, la cual se había concedido anteriormente al PNUD, y una ayuda de 36 millones de pesetas de nuevo para programas en América Latina. Desde el año 2000, además de las ayudas multilaterales España aporta contribuciones voluntarias a ONUSIDA, en el primer año de 34 millones de pesetas y desde el 2001 de 50 millones anuales.

ONUSIDA se estableció en 1996, aunando esfuerzos del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), del Programa de Desarrollo

de Naciones Unidas (PNUD), del Fondo de Naciones Unidas para la Población (FNUAP), de la Organización de Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), del Banco Mundial, y en especial de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS ha contribuido a la formación de este nuevo organismo con toda la experiencia de diez años de trabajo técnico desarrollada por el Programa Especial para el Sida de 1986 y el Programa Global VIH/Sida de 1988, tanto sobre el terreno como a nivel científico. Prueba de ello es que el secretariado del ONUSIDA absorbió parte del personal del antiguo programa VIH/Sida de la OMS.

### **Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)**

UNICEF es otro de los organismos multilaterales que participan en la aplicación del Programa de Acción de El Cairo. Aunque por las características de la organización prioriza en sus acciones la salud infantil, también realiza actividades con atención a la salud materna. España ha contribuido a diversos programas materno-infantiles de UNICEF en el mundo árabe. En 1995 se acordó una ayuda al programa de salud materno-infantil que esta organización lleva a cabo en Argelia, si bien su desembolso no se produjo hasta 1996. La contribución española fue de 126,7 millones de pesetas, con el objetivo de mejorar los servicios de salud materno infantil en este país magrebí. En el 2001 se contribuyó con 25 millones de pesetas al Programa de Salud y Bienestar de la Mujer y el Niño que UNICEF desarrolla en Mauritania. En Mauritania, UNICEF trabaja para reducir la mortalidad materna e infantil, la malnutrición, promover la salud familiar y comunitaria, la salud neonatal y reproductiva, y la prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida, entre otros objetivos.

### **Organización Mundial de la Salud (OMS)**

La Organización Mundial de la Salud ha desarrollado diversas actividades específicas en materia de VIH/Sida. En 1986, dando respuesta a la emergente epidemia, estableció el Programa Especial sobre el Sida, el cual se convirtió en 1988 en el Programa Global sobre Sida, para desmantelarse en 1996 y dar paso al Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el Sida (ONUSIDA) arriba mencionado.

Tras la creación de ONUSIDA, la OMS ha dado paso a una nueva iniciativa, la HSI (Iniciativa de la OMS sobre VIH/Sida e Infecciones de Transmisión Sexual), que amplía el campo de acción a las ETS. A través de dicho programa procura ayuda experta en materia de prevención (particularmente a grupos vulnerables y/o de riesgo), de seguridad en transfusiones sanguíneas, en vigilancia epidemiológica, desarrollo de políticas sanitarias y servicios integrados, atención a enfermos, y evaluación de programas y políticas.

España contribuyó voluntariamente en 1995 y 1996 al anterior programa de la OMS sobre Sida con 25 millones de pesetas anuales, contribución que pasó en la nueva iniciativa en 1997-1999 a ser de 24 millones de pesetas.



En 1999 el Ministerio de Sanidad y Consumo aportó una contribución al Programa de Reproducción Humana de la OMS por valor de 3 millones de pesetas. Dicho programa, en colaboración con el PNUD, el FNUAP y el Banco Mundial, se centra en la identificación y priorización de necesidades en materia de investigación sobre salud sexual y reproductiva. Los temas prioritarios de investigación son la regulación de la fecundidad, el aborto inseguro, la salud materna, las infecciones del aparato reproductivo (incluido el cáncer cervical) y la planificación y programación en salud reproductiva.

### **Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)**

El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo recibió entre 1996 y 1997 un total de 18 millones de pesetas como contribución al programa conjunto de diversas agencias de Naciones Unidas para incrementar la respuesta nacional de Namibia al VIH/Sida. El PNUD se ha centrado en la construcción y refuerzo de la capacidad de las naciones, individuos y comunidades de África para responder efectivamente al VIH y a las consecuencias que el virus tiene en el desarrollo, así como en incrementar la comprensión en un esfuerzo por ralentizar la extensión del virus. El PNUD, además de proveer su experiencia en el área del desarrollo económico y social a ONUSIDA, proporciona un importante apoyo programático, logístico y administrativo a las actividades del programa en un nivel nacional. En Namibia, el PNUD ha dado apoyo al programa nacional de control del Sida en el pasado, y está aplicando estrategias para desarrollar un mejor conocimiento del impacto socioeconómico de la epidemia. Si en 1996-1997 fue el PNUD el receptor de la ayuda española a este programa, a partir de 1998 ésta se concede directamente a ONUSIDA. En el 2001, a través del PNUD se financiaron con 32 millones de pesetas dos expertos españoles asignados a las oficinas del FNUAP en Nicaragua y Filipinas.

### **Fondo Global de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria**

Aunque las ayudas a este fondo se han iniciado en el 2003, por lo que no se contabilizan en este informe, cabe destacar que el Gobierno español ha comprometido 50 millones de dólares. La ayuda española al Fondo se desembolsará a razón de 35 millones de dólares en el 2003 y los 15 restantes en el 2004. Esta ayuda es considerada por muchos insuficiente dadas las necesidades de financiación y los compromisos adquiridos a nivel internacional para luchar contra el VIH/Sida. El Fondo se creó en enero del 2002 y en la actualidad sólo tiene cubiertas el 23% de las necesidades previstas para el 2004. Según la ONG Ayuda en Acción, utilizando el modelo denominado "marco de aportaciones equitativas", que calcula la contribución que cada donante debería realizar al Fondo según su producto interior bruto, la aportación española debería ser para el período 2003-2005 de 269 millones de dólares y no de 50. El 59% de la financiación a proyectos del Fondo se destina a VIH/Sida, el 21% a malaria y el 20% a tuberculosis.

## La ayuda bilateral directa

Además de las aportaciones a organismos multilaterales, la cooperación española en materia de población y salud reproductiva también se realiza de forma directa con países en desarrollo. Esta vía puede realizarse bien mediante ayuda directa a los gobiernos de dichos países o mediante subcontratación de alguna entidad española. Entre 1995 y el 2002 hasta 26 países han recibido ayuda bilateral directa en materia de población y salud reproductiva. Pese al elevado número de países, la principal característica es la elevada concentración en unos pocos, dado que seis de ellos concentran el 80% de dicha ayuda, y sólo el primero, Marruecos, ha recibido el 49%. Los países que han concentrado la ayuda del Gobierno español en este sector son por este orden: Marruecos, Honduras, Ecuador, China, Panamá y Namibia.

### Marruecos

En 1996 se había previsto una contribución de España a un proyecto del Fondo de Población en Marruecos por un valor de 100 millones de pesetas, cuyo objetivo era la atención a embarazos de alto riesgo. Dicha colaboración no llegó a producirse finalmente. Lo que sí ha llevado a cabo el Gobierno español es un programa de refuerzo de la red de asistencia sanitaria en las provincias del norte de Marruecos. La finalidad de dicha estrategia es aumentar el acceso de la población a los servicios de atención sanitaria, incluyendo cinco unidades de maternidad en centros de salud rural, lo que debería contribuir a la reducción de la morbimortalidad materna. Recordemos que Marruecos tiene unas tasas de mortalidad materna muy superiores a las que le corresponderían por su nivel de desarrollo medio.

El Ministerio de Asuntos Exteriores, tras un estudio de explotación desarrollado durante 1997, decidió poner a disposición de la población rifeña el hospital español de Tetuán para atender complicaciones obstétricas. Así pues, y a cargo de la convocatoria abierta y permanente, en 1998 concedió una ayuda por valor de 255 millones de pesetas para convertir el Hospital militar español Gómez Ulla en el nuevo Hospital Materno-Infantil de Tetuán. Dicho centro pretende mejorar y ampliar los servicios de salud gineco-obstétrica de las mujeres de la región. La ejecución de dicho proyecto se ha encargado a la Fundació Privada Clínic per a la Recerca Biomèdica de Barcelona. En el año 2000 la ayuda ascendió a 268 millones, incluyendo actividades de formación en salud materno-infantil, y desde el 2001 la aportación anual es de 146 millones. Paralelamente, y en el marco de una política de fortalecimiento de la atención a la salud reproductiva en las provincias del norte, se concedieron ayudas también para atención materno-infantil al Ministerio de Salud marroquí, una parte directamente para mejorar la infraestructura de la maternidad civil de Tetuán y otra parte a través de Medicus Mundi-Andalucía, asociación que ha desarrollado un programa de mejora de la atención materno-infantil financiada en buena parte a través de las convocatorias a ONG, como veremos en el capítulo siguiente dedicado específicamente a este canal de ayuda.

## Honduras

Este país centroamericano recibió en materia de población y salud reproductiva cerca de 250 millones de pesetas a lo largo del período 1995-2002. La mayor parte de estas ayudas las recibió en 1995 el Registro Nacional de las Personas, por valor de 130 millones de pesetas, para la elaboración de estudios y censos para la identificación de población materno-infantil con problemas de documentación. Otra entidad pública hondureña que recibió aportes de la cooperación española fue la Secretaría de Salud Pública, para sus programas de salud materno-infantil y de prevención de VIH/Sida. También el Ministerio de Sanidad y Consumo ha aportado una financiación a Honduras para prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida a través de un convenio firmado con la organización Médicos del Mundo.

Honduras es uno de los países de la región donde el Sida ha adquirido mayores proporciones. En 1995, sumaba el 55% de todos los casos registrados en América Central proporción que se ha reducido a finales de 2001 al 45%. La ayuda española está dirigida a prestar apoyo para asesorías técnicas, capacitación y apoyo logístico, con el fin de reforzar la formación de los recursos humanos nacionales. Estas asistencias técnicas se dirigen especialmente a tres áreas: laboratorio, epidemiología clínica y desarrollo de investigaciones.

Las ayudas a programas materno-infantiles, así como al registro de las personas, se engloban en el proyecto "Nutrición y Salud" del Programa Hondureño de Asignación Familiar (PRAF). Dicho programa contempla prioritariamente la atención sanitaria materna e infantil. El PRAF cubre a través de un sistema de cupones pagables al portador el acceso a la atención materno-infantil en 278 centros de salud del país, en beneficio de embarazadas y madres recientes, y de menores de cinco años. El Programa Mundial de Alimentos ha sido uno de los mayores financiadores del programa; sin embargo, en 1996 decidió no continuar su apoyo, pues el sistema tiene el riesgo de crear dependencia y los cupones pierden pronto valor a causa de la inflación.

## Ecuador

El Hospital público gineco-obstétrico Isidro Ayora de Quito, dependiente del Ministerio de Salud Pública ecuatoriano recibió entre 1997 y el 2001 141 millones de pesetas para la creación de una unidad de atención integral a las adolescentes embarazadas, la cual incluye asistencia, orientación médica, psicológica y social acompañada de actividades de docencia e investigación del embarazo en menores de 17 años. Dicho apoyo está previsto que finalice en el 2003.

## China

La ayuda a China en materia de salud reproductiva consiste en un crédito FAD para construcción y equipamiento médico del Hospital materno-infantil de Haikou, en la provincia china de Hainan, en el 2002 por valor de 122 millones de pesetas. El proyecto corre a cargo de la empresa Icuatro S.A.,

Proyectos Internacionales de Desarrollo Social. El equipamiento incluye las áreas de sala de partos, obstetricia y ginecología, unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica, emergencias, diagnóstico por imagen, radiología y laboratorio. Mediante el crédito FAD se financia el 50% de la operación, y el 50% restante mediante crédito OCDE. Icuatro es una empresa de comercio exterior fundada en 1977 y especializada en la identificación, ingeniería y ejecución de proyectos de desarrollo social en países en vías de desarrollo, siendo la salud el sector de intervención mayoritario.

## Panamá

El apoyo al Gobierno panameño en materia de salud sexual y reproductiva ha ascendido hasta el 2002 a cerca de 58 millones de pesetas. El apoyo al Ministerio de Salud de este país se inicia en el año 2000 y está destinado a la prevención, control y seguimiento del VIH/Sida.

## Namibia

Este país, además de la ya mencionada ayuda en materia de VIH/Sida concedida a través del PNUD y de ONUSIDA, ha recibido diversas ayudas mediante el canal bilateral de apoyo al Plan Estratégico Nacional de Respuesta al VIH/Sida para 1999-2004, así como para apoyar la formulación de proyectos de lucha contra el Sida, para centros de huérfanos por VIH/Sida, o donaciones a ONG locales que trabajan en el sector. Namibia es uno de los pocos países que ha recibido ayuda española en materia de apoyo a elaboración de censos y estadísticas. En 1997 recibió una ayuda de tres millones de pesetas en concepto de capacitación de funcionarios de la Oficina Central de Estadística, mediante la organización de un curso para estudios de población, como censos y encuestas demográficas, y en el 2000 la Comisión de Planificación Nacional recibió 20 millones para el proyecto de Oficina Central de Estadística.

## El resto de ayudas

La convocatoria abierta y permanente, además de servir de fondo de suministro de las ayudas multilaterales o bilaterales directas del Gobierno español, o a través de subcontratación, también es utilizada como convocatoria a la que ONG y otras entidades pueden solicitar ayudas. En materia de población y salud reproductiva, además de los proyectos ya descritos, podemos identificar desembolsos para financiar proyectos operativos a pequeña escala, por lo general de órdenes religiosas que trabajan en África Occidental y Central. Entre éstas destacamos ayudas para prevención del Sida en **Senegal**, para capacitación ecográfica en **Guinea Ecuatorial**, o para maternidades, consultas prenatales y atención al parto, así como talleres de planificación familiar, maternidades o atención hospitalaria a niños con VIH en **Camerún**, entre otras acciones. También en el África Subsahariana se ha apoyado la prevención del VIH/Sida en **Guinea-Bissau** a través de la Cruz Roja de este país, por valor de 30 millones de pesetas, y el Ministerio de Salud ha firmado un convenio con Médicos del Mundo para prevención de ETS y VIH/Sida en **Burkina Faso**, por valor de 15 millones de pesetas.

También a través de Médicos del Mundo se ha aportado una ayuda a **Tanzania** de 6,7 millones para equipamiento para cesáreas.

Debemos destacar también las ayudas canalizadas a través de la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional (CSAI) del Instituto Carlos III por valor de 44,5 millones para cursos de formación sobre VIH/Sida para países del **África Subsahariana**. En el 2001 los cursos se dirigieron a profesionales sanitarios de países francófonos, mientras que en el 2002 se dirigieron a países anglófonos (Camerún, Ghana, Kenia, Nigeria, República Sudafricana y Zimbabwe). Dichos cursos los imparte el Instituto de Salud Carlos III en la Escuela Nacional de Sanidad, y durante dos semanas los responsables provinciales de Sida de estos países reciben los conocimientos y la experiencia española en el campo del Sida. Esta actividad docente se suma a las emprendidas por el Instituto en materia de Sida, en el contexto del convenio firmado con la Fundación Mundial para la Investigación y Prevención del Sida, que preside el profesor Luc Montagnier. Del primer curso celebrado en el 2001 surgió la propuesta de crear una red de comunicación entre los distintos profesionales que asistieron y el Instituto Carlos III, así como el desarrollo de un programa de colaboración con el Centro Nacional de Microbiología del Instituto para el análisis de muestras.

En Asia destaca la ayuda desembolsada para mejorar la educación y los servicios de salud materno-infantil en las provincias del norte de **Vietnam**, por valor de 22 millones, o la ayuda para el establecimiento de un consultorio médico y una antena ambulante para la atención primaria de la salud femenina en Delhi, **India**, a través de la Fundación Promoción Social de la Cultura, desembolso de casi 15 millones de pesetas.

En América Latina, se ha concedido ayuda al Ministerio de Salud Pública de **Nicaragua** sobre violencia intrafamiliar y sexual por valor de 15 millones, y a **Cuba** por 9,5 millones para la mejora de los hogares maternos de La Habana. En cuanto a formación, destaca la ayuda a un Programa de Capacitación sobre Población y Desarrollo para comunicadores sociales de la **región andina**, que se celebró en el Centro de Formación de la AECI en Santa Cruz de la Sierra (Bolivia), por valor de seis millones de pesetas y concedida a la Asociación Saavedra Fajardo de Murcia. La **República Dominicana** también ha recibido apoyos en el marco de la mejora de la capacidad nacional de lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida, en concreto al Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel, que atiende, además de enfermedades de transmisión sexual, el Sida y la lepra, así como a otros programas de mejora de las necesidades básicas con especial atención a la salud materno-infantil.

En Oriente Medio se han desembolsado 4,8 millones para el Ayuntamiento **palestino** de Beit Awwa en Hebrón, para un centro de salud materno-infantil, poco más de 1 millón para atención materno-infantil en el barrio de Bab Tuma en Damasco (**Siria**) a cargo del Instituto de Franciscanas de María, y una cifra similar para el Primer Curso Hispano-**Jordano** de Obstetricia y Ginecología, a cargo de la Asociación de Médicos Graduados en España. En Europa del Este se han concedido 8 millones para equipamiento del departamento de ginecología y obstetricia del Hospital de Kacanik (**Kosovo**) a través del MPDL.

En materia de ayuda de emergencia, **Angola** ha recibido 40 millones de pesetas canalizados a través de Cruz Roja para cubrir carencias de los centros de salud materno-infantil. España también ha suministrado ayuda a **Níger**, también a través de la Cruz Roja, que canalizó un millón y medio de pesetas en concepto de asistencia técnica a la maternidad central de Niamey. En el 2002 **Argentina** recibió ayuda de emergencia dada la grave situación económica del país, por valor de seis millones de pesetas, para recién nacidos en grave riesgo y prevención de la transmisión perinatal del VIH. En este mismo año, la **India** fue receptora de dos millones de pesetas en concepto de ayuda de emergencia para la reconstrucción de 62 centros materno-infantiles en Gujarat.

Por último, debemos destacar el limitado papel de la cooperación española en materia de apoyo a la elaboración de censos y estadísticas. Además de la cooperación arriba mencionada con Namibia y Honduras, sólo se han desarrollado dos actividades más: con la Secretaría Técnica de Planificación del Gobierno paraguayo para conformación de comisiones departamentales de apoyo al segundo censo nacional indígena de la República de **Paraguay**, y los gastos de envío a **Mauritania** de un experto para asesoramiento en la elaboración del censo.

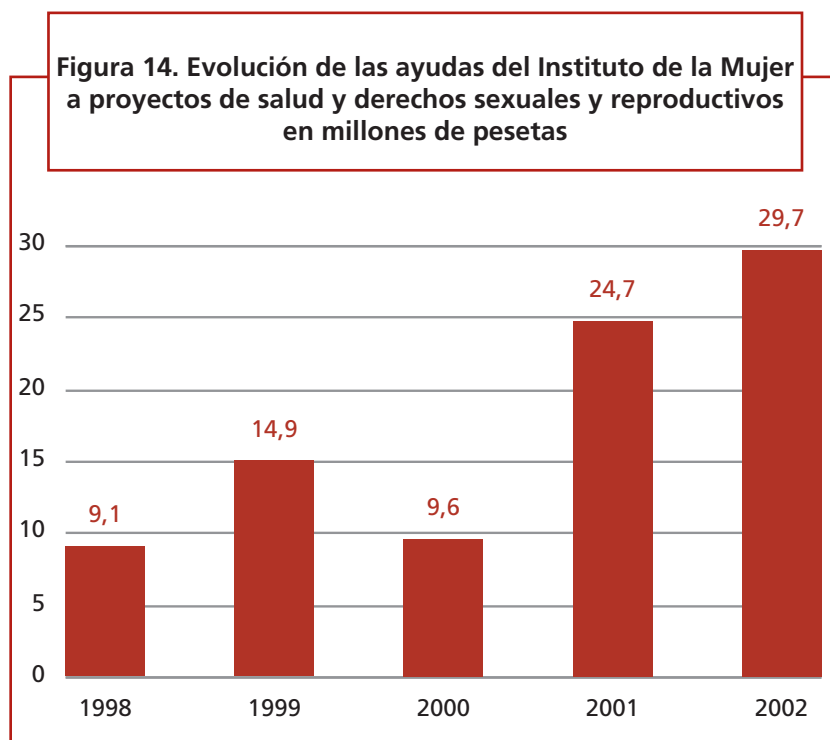
### Las ayudas del Instituto de la Mujer

La política de cooperación al desarrollo del Instituto de la Mujer queda recogida en los planes de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres. El IV Plan (2003-2006) en vigor establece como uno de sus objetivos el fomento de la cooperación al desarrollo con las ONG y otras instituciones. Para ello prevé como actuaciones intensificar la colaboración con la AECI para la incorporación de la igualdad de género en todas las actuaciones de la cooperación española, elaborar una estrategia de la cooperación española para la igualdad entre mujeres y hombres que incluya la adopción de programas destinados a mejorar la situación de las mujeres, apoyar proyectos de ONG que se realicen en el ámbito de las áreas geográficas de actuación preferente de la cooperación española, impulsar la capacitación y sensibilización sobre igualdad de oportunidades del personal de la cooperación oficial, continuar la formación de expertas en género y desarrollo y finalmente, reforzar el apoyo técnico y asesoramiento a los organismos para la igualdad de los países de América Latina, Caribe y otros en desarrollo.

El IV Plan también contempla el refuerzo de la presencia y participación española en los organismos internacionales, tanto comunitarios como extracomunitarios, y entre las actuaciones previstas incluye participar activamente en el desarrollo y la ejecución de las políticas, los proyectos y programas que se realicen a favor de la igualdad de oportunidades por la UE, Naciones Unidas y otros organismos internacionales, colaborar con dichos actores en la creación de instrumentos de control, evaluación y difusión de los resultados de las acciones emprendidas, y seguir apoyando a los organismos internacionales relacionados con la promoción de las mujeres, mediante contribuciones económicas de carácter voluntario, entre otras. El Instituto de la Mujer realiza aportaciones voluntarias a INSTRAW, Women Watch, UNIFEM y al Fondo Fiduciario en Apoyo de Acción para Eliminar la Violencia contra las Mujeres.

El Instituto de la Mujer abre una convocatoria anual mediante la cual recibe proyectos presentados por ONG de países en desarrollo, básicamente de América Latina. Dichos proyectos son evaluados y se seleccionan aquellos que van a recibir financiación por parte del Instituto, teniendo en cuenta las prioridades geográficas, sectoriales y por grupos de población beneficiaria establecidas en la convocatoria, así como las prioridades de la cooperación española en general. Dentro de las prioridades de financiación para ONG de países en desarrollo se incluye el acceso a la atención a la salud, las mejoras en la atención a la salud, así como la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la prevención de la violencia contra las mujeres y la atención a las víctimas.

Desde 1998 ha sido creciente la atención que el Instituto de la Mujer ha dado a proyectos de salud y derechos sexuales y reproductivos, pasando de los 9 millones concedidos a proyectos del sector en 1998 a los 30 millones en el 2002. En el período 1998-2002, se han concedido 88 millones de pesetas a proyectos en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos y violencia, principalmente a países de América Latina, aunque también a Marruecos y Bosnia-Herzegovina. El 43% de estas ayudas han sido gestionadas por la ONG ACSUR-Las Segovias (en Perú, Bolivia y Marruecos), seguida de Paz y Solidaridad con el 17% (en Perú y Nicaragua) y la Asamblea de Cooperación Por la Paz con el 14% (en Honduras y Bosnia-Herzegovina). Otras ONG que han gestionado esta ayuda son Paz y Desarrollo (en El Salvador y Chile), Solidaridad Internacional (en Colombia) y IEPALA (en México). (Figura 14). Debemos destacar además que, a diferencia de la AECI, el Instituto de la Mujer emplea una correcta terminología de salud y derechos sexuales y reproductivos, de acuerdo con los enfoques imperantes en la cooperación internacional.



Fuente: elaboración propia

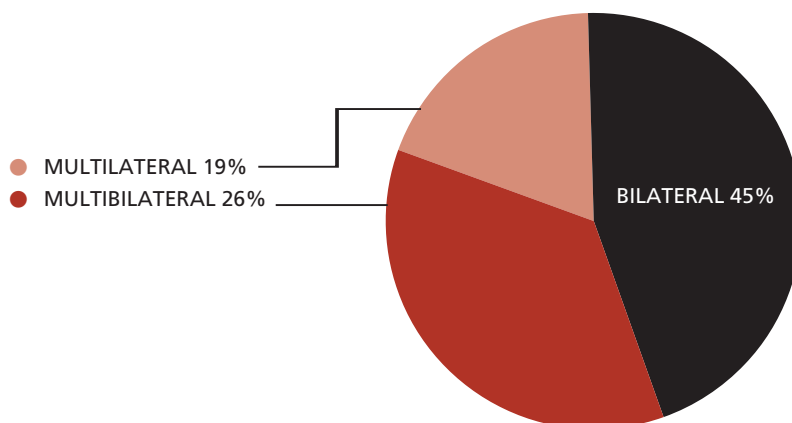
## Evolución y distribución geográfica y sectorial

Entre 1995 y el 2002, el Gobierno español destinó a través de la vía oficial 4.555 millones de pesetas a programas de población y salud reproductiva. De ellos, 869,2 millones (el 19%) se proporcionaron a través de la ayuda multilateral, 2.056,9 (45%) a través de la ayuda bilateral directa, y el resto, 1.630,3 millones (36%), a través de la multilateral. En este sentido, se confirma la preferencia del canal bilateral sobre el multilateral, en una proporción 20/80 mucho más amplia que la proporción 40/60 que el mismo Gobierno considera óptima para el global de la AOD española. Así pues, el sector de población y salud reproductiva adolece de una escasa dedicación al canal multilateral. (Figura 15).

La evolución anual confirma este abandono del canal multilateral pues pese a la línea ascendente de la ayuda vía oficial en estos años, el volumen de ayuda multilateral ha permanecido estancado durante los últimos ocho años, sin superar apenas los 150 millones de pesetas anuales. El principal perjudicado por este estancamiento es el FNUAP, primer actor multilateral en materia de población y salud reproductiva y valedor del Programa de Acción de El Cairo. (Figura 16).

La ayuda vía oficial del Gobierno español ha mantenido una línea ascendente desde 1996, pasando de 171 millones en dicho año a los 954 millones del 2002, si bien la evolución de estas aportaciones ha sido irregular. En 1995 se aportaron 673 millones de pesetas, cifra no superada hasta el año 2000 y de nuevo en el 2002. La inercia de la celebración de la Conferencia de El Cairo parece haberse notado, pues aparte de aumentar la cuota voluntaria al FNUAP se acordó la colaboración española en el programa que este organismo desarrolló en Filipinas. 1996, y sin embargo, fue el año en que la ayuda oficial española tocó fondo, sólo 171 millones se destinaron al sector de población y salud reproduc-

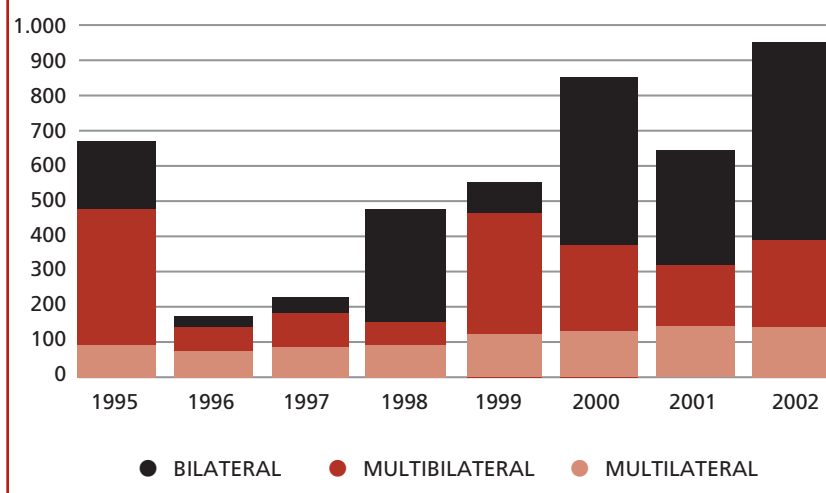
**Figura 15. Proporción de los diversos canales de la ayuda vía oficial en salud reproductiva 1995-2002**



Fuente: elaboración propia



**Figura 16. Evolución de la ayuda vía oficial española en población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas**

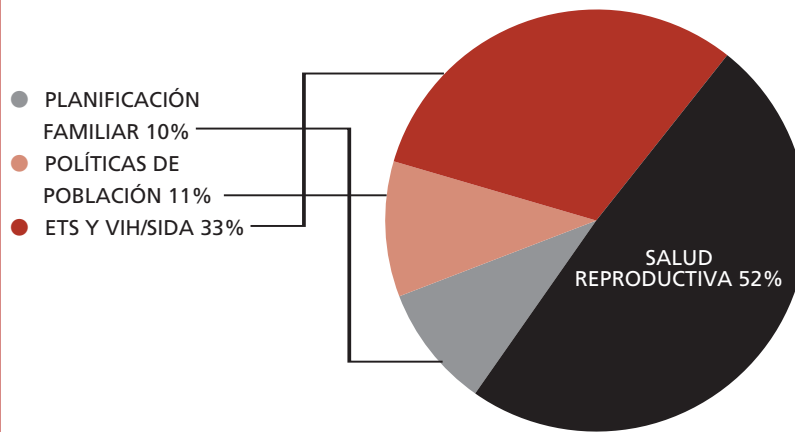


Fuente: elaboración propia

tiva. La caída en picado responde sobre todo a un descenso de la ayuda multilateral, pues en aquel año no se firmó el plan de actuaciones conjuntas con la OPS, prorrogándose el acordado en 1995. Tampoco se firmaron nuevas colaboraciones con el FNUAP. A partir de 1997 se observa una gradual recuperación, ya que en ese año alcanza 221 millones de pesetas, y en 1998 la ayuda llega a los 479 millones, lo que supone un aumento con respecto al año anterior del 116%, aunque insuficiente para alcanzar los niveles iniciales de 1995. Este fuerte aumento se debe básicamente al proyecto de mejora de la red sanitaria del norte de Marruecos. En 1999 volvió a incrementarse la ayuda al asignarse una nueva financiación al programa del FNUAP en Filipinas, y en el 2000 el incremento es mayor al aumentar la contribución al FNUAP tras el proceso de Cairo+5 y aportarse un nuevo desembolso al programa de la AEI en Tetuán. El aumento del 2002 se debe principalmente al crédito FAD destinado a China para el hospital materno-infantil de Haikou. Ello demuestra que los niveles en los que nos movemos son tan bajos que un solo proyecto de envergadura puede hacer variar las proporciones de manera significativa de un año a otro.

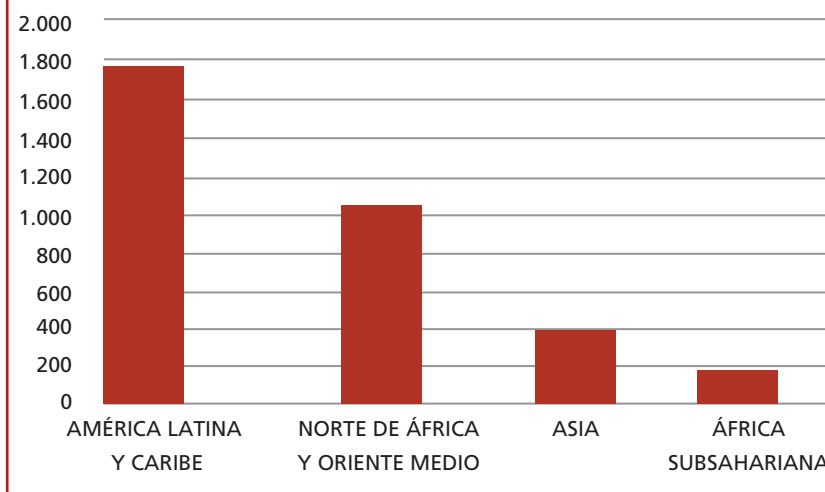
Por sectores de distribución destaca por ser el canal de ayuda más diversificado, en comparación con la ayuda a ONG, la autonómica y la local. Observamos que las proporciones asignadas por el Gobierno español difieren muy acusadamente de las recomendaciones de asignación a cada uno de los componentes del Programa de El Cairo. Dos factores destacan sobremanera: la escasa atención al sector de planificación familiar, pese a ser el canal que más porcentaje dedica, que lejos del 60% recomendado tan sólo alcanza un 10%; y, por el contrario, la elevada proporción dedicada a la lucha contra las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/Sida (un 33% frente al 9% del Programa de Acción). Éste último es un factor que va a revelarse también en otros

**Figura 17. La ayuda vía oficial en población y salud reproductiva por sectores 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

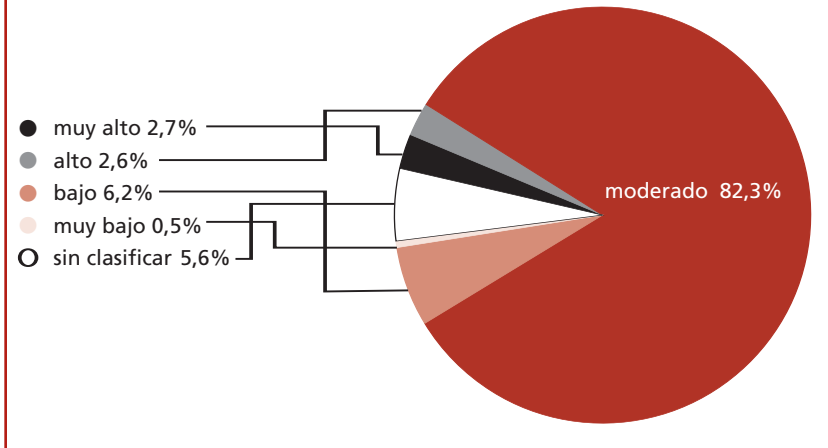
**Figura 18. Distribución geográfica de la ayuda vía oficial en población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas**



Fuente: elaboración propia

informes de evaluación internacional, y que en el caso español se observa de manera más acusada. En este sentido, la revisión y evaluación de Cairo+5 llevada a cabo durante 1999 demostró que el porcentaje destinado a la lucha contra el VIH/Sida había subestimado la rápida expansión de la pandemia, especialmente en el África Subsahariana. Es el que menos proporción ha destinado a servicios básicos de salud reproductiva, aunque sigue siendo el subsector que recibe mayor financiación, el 52%, como es característico de la ayuda española. Es el canal de AOD que mayor proporción ha destinado a proyectos de planifica-

**Figura 19. Distribución geográfica de la AOD vía oficial por países según su índice de riesgo reproductivo 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

ción familiar, un 10%, y a políticas de población y desarrollo y censos demográficos, un 11%. Cabe señalar que en estos porcentajes no se incluye la ayuda no distribuible sectorialmente. (Figura 17.)

Por lo que respecta a la ayuda bilateral distribuible geográficamente (bilateral y multilateral), Marruecos es el país más favorecido, con 913 millones, seguido de Filipinas con 320 millones, y de Honduras, con 257 millones. A distancia le siguen la República Dominicana, con 203 millones, Ecuador, con 167 millones, y Argelia, con 164 millones. Por regiones, América Latina ha recibido el 49%, el Norte de África y Oriente Medio el 30%, Asia el 13% y destaca el mínimo apoyo concedido al África Subshariana, tan sólo el 7%. (Figura 18). Estas cifras se traducen en un reducidísimo nivel de ayuda a países con índices alto y muy alto de riesgo reproductivo, apenas un 5%. En cambio la mayor parte de la ayuda oficial española se dirige a países de riesgo reproductivo moderado, nada menos que un 82%. (Figura 19).

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

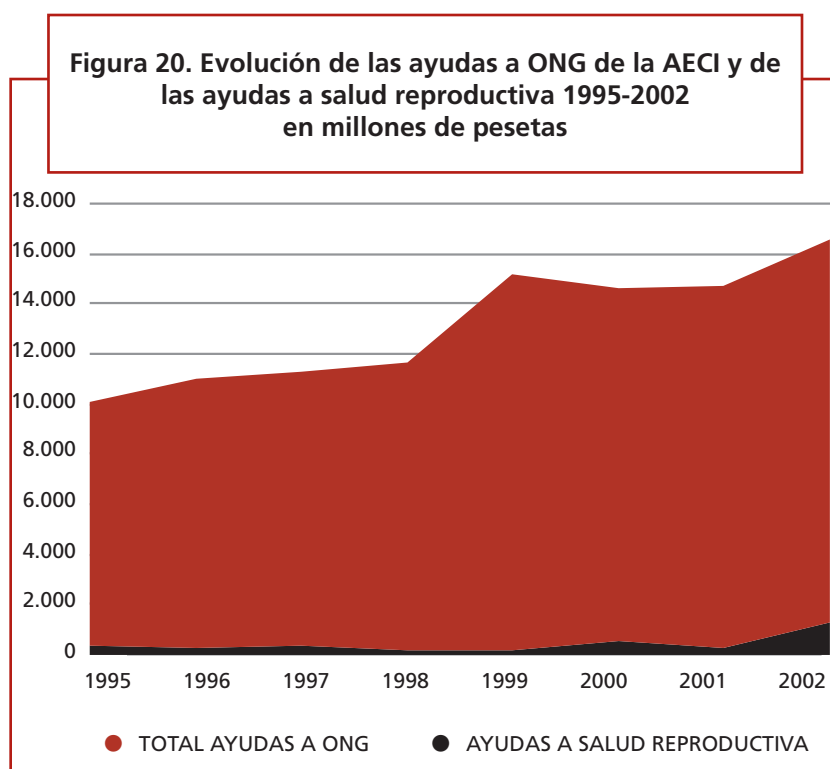
Las ayudas de la AECl a organizaciones no gubernamentales

### Convocatorias de la AECI a ONG

Las organizaciones no gubernamentales y entidades sin ánimo de lucro españolas tienen desde 1987 la posibilidad de presentar sus proyectos a convocatorias públicas. Hasta el año 2000 existían dos vías principales de obtención de ayudas y subvenciones del Gobierno español para proyectos de desarrollo: la convocatoria ordinaria y la del impuesto sobre la renta de las personas físicas (IRPF). Desde el año 2001 se produjo una reforma del sistema de subvenciones y ayudas con el fin de establecer mecanismos plurianuales que permitan mayor estabilidad en las acciones financiadas a medio y largo plazo. La financiación de estrategias y programas plurianuales no supuso un mayor desembolso global a ONG y no repercutió de manera específica en una mayor financiación a actividades en materia de población y salud reproductiva hasta el año 2002, en que el desembolso al sector se triplicó, suponiendo un tercio de toda la AOD suministrada en el 2002. Cabe añadir que este tipo de financiación añade una dificultad más para el seguimiento de la AOD al sector pues en ocasiones resulta problemático desagregar los componentes de salud sexual y reproductiva en estrategias y programas que se desarrollan en múltiples sectores y países. Este hecho dificulta en gran medida la identificación y la cuantificación de las acciones presentadas y aprobadas en salud reproductiva, porque más allá de los proyectos, que reflejan específicamente en el título su orientación hacia el sector y que son las acciones más puntuales de la cooperación, para los programas y las estrategias, que son las acciones más importantes, habría que desagregar su contenido y, sobre todo para las estrategias, esperar a su concreción en acciones de ejecución.

Existe una tercera vía, la convocatoria abierta y permanente, la cual ha demostrado ser en la práctica bastante heterogénea, pues es utilizada tanto para las subvenciones oficiales a proyectos de cooperación directa de la Agencia Española como para subvenciones a ONG y a otras entidades. Por lo que respecta al sector de población y salud reproductiva, suele emplearse principalmente para ayuda de emergencia, para microacciones de órdenes religiosas o para desembolsar ayudas a proyectos de cooperación directa subcontratados a una ONG. Por todo ello hemos preferido incluirlo en el apartado anterior de la ayuda vía oficial.

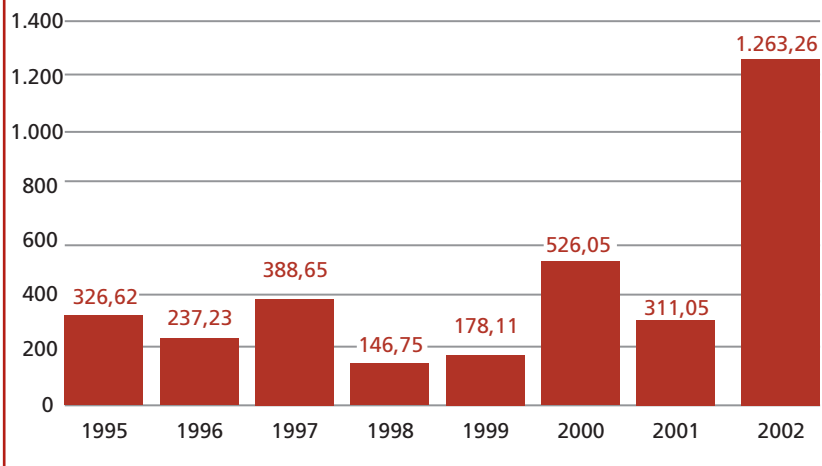
Por lo que respecta a la evolución global de las ayudas a ONG, en 1995 se produjo un fuerte incremento, pasando de los poco más de 3.000 millones de pesetas en 1994 a superar los 10.000 millones (un aumento del 216%), cifra que ha ido aumentando paulatinamente hasta alcanzar en el 2002 los 16.500 millones de pesetas. En 1999 las ayudas a ONG volvieron a aumentar, esta vez un 30%, para estancarse en los siguientes años. Las ayudas y subvenciones a ONG de la AEI suponen en la actualidad un 14% del total de la ayuda bilateral no reembolsable. Cabe destacar que los aumentos de las ayudas a ONG no han supuesto una mejora de la proporción destinada a salud reproductiva, que sigue siendo, incluso en este tipo de AOD que debería ser más sensible a la atención a necesidades sociales básicas, el sector social básico más desatendido. (Figura 20).



Fuente: elaboración propia

Las ayudas a proyectos de población y salud reproductiva de ONG y entidades sin ánimo de lucro han tenido una evolución irregular en los últimos años, destacando el fuerte incremento en el año 2002 debido principalmente a dos programas con una componente exclusiva o mayoritaria a atención materno-infantil. En el período 1995-2002 se desembolsaron 3.378 millones de pesetas; sin embargo, más de 1.263 millones corresponden al último año. Sin contar este año, la media anual estaba en unos 300 millones de pesetas. Ello significa que la AOD española a salud reproductiva ha canalizado un 25% a través de las convocatorias a subvenciones a ONG de la AEI. (Figura 21). Es a partir del 2000, cuando se especificó en la convoca-

**Figura 21. AOD española a población y salud reproductiva por vía ONGD (convocatorias AECl) en millones de pesetas**



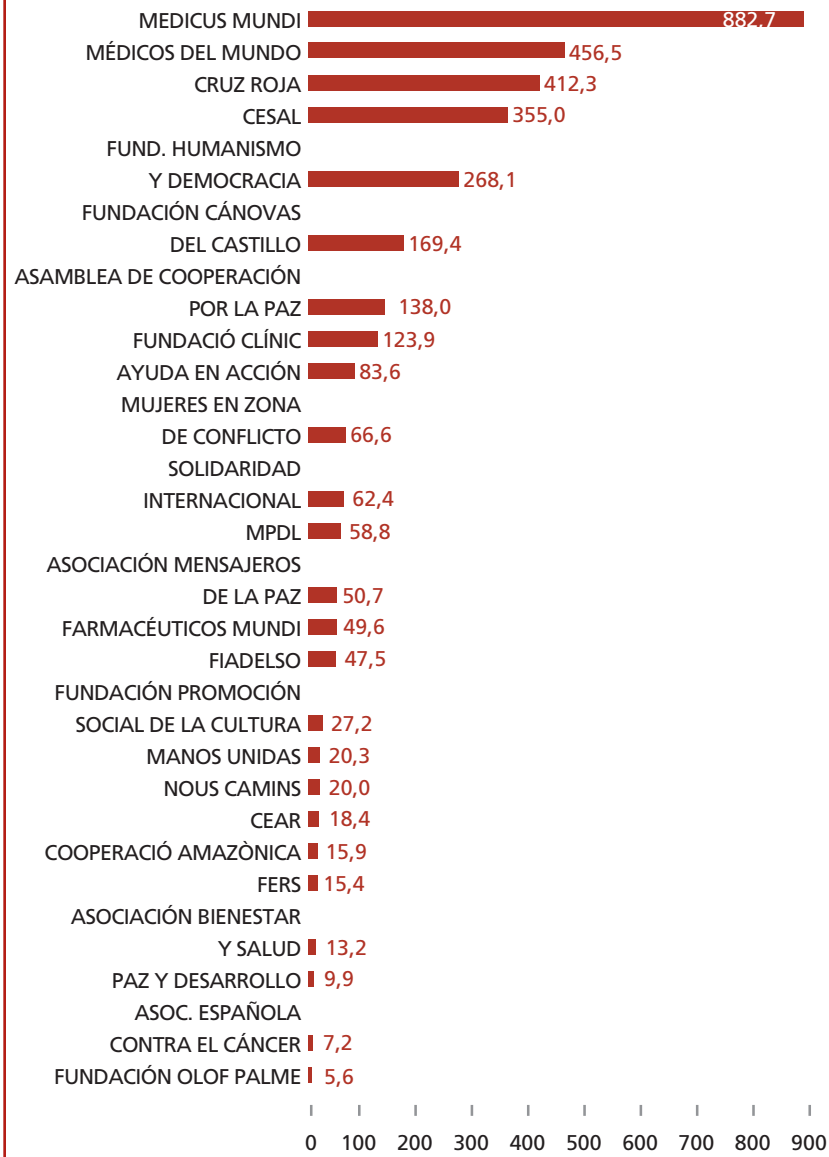
Fuente: elaboración propia

toria que se priorizarían las “intervenciones centradas en prevención y control del el Sida y otras ETS, salud reproductiva y atención primaria de salud” y especialmente desde el 2001, con el nuevo sistema de financiación plurianual a estrategias y programas, cuando las ayudas a ONG han aumentado de manera considerable (1.212 millones de los 3.378 del período 1995-2002 se han desembolsado a través de estrategias y programas).

Veinticinco son las ONG y entidades españolas que han recibido subvenciones a estrategias, programas y proyectos de salud sexual y reproductiva entre 1995 y el 2002, pero sólo seis de ellas concentran el 75% de los desembolsos. Son, por este orden, Medicus Mundi, Médicos del Mundo, CESAL, Cruz Roja, Fundación Humanismo y Democracia y Fundación Cánovas del Castillo. De las seis, sólo tres son ONG de carácter estrictamente sanitario. Las ONG de carácter sanitario son las que concentran el 58% de las ayudas a proyectos de población y salud reproductiva. Las otras tres son ONG generalistas inspiradas en el humanismo cristiano o en el caso de CESAL, según se define parte “de los criterios y sugerencias de la doctrina social de Iglesia”. (Figura 22). Destacamos esta característica pues resulta interesante observar cómo en un sector básico de la salud que ha recibido una importante oposición pública por parte de la Iglesia católica y otras confesiones, y la Conferencia de El Cairo fue un claro ejemplo, en España el 26% de las ayudas de la AECl a ONG se han destinado a proyectos de estas asociaciones.

Como ocurre con el resto de canales de la AOD española, los proyectos de servicios básicos salud reproductiva son ampliamente mayoritarios en las subvenciones a ONG de la AECl, un 69% (el porcentaje ha disminuido, pues en 1998 alcanzaba el 75%), dirigido a mejora y ampliación de servicios, centros especializados en salud

**Figura 22. Subvenciones a ONG en población y salud reproductiva (1995-2002) en millones de pesetas**

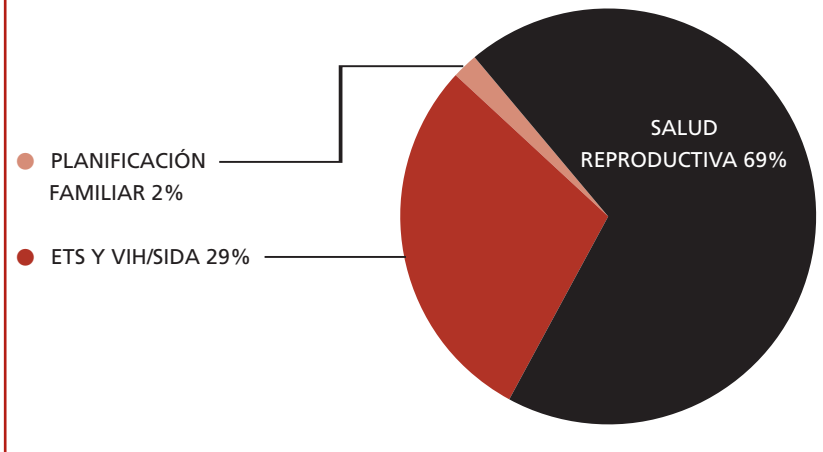


Fuente: Boletines Oficiales del Estado. Elaboración propia

materna y materno-infantil o capacitación de parteras. Mientras, los proyectos de planificación familiar sólo han significado un 2% de la financiación; en este sentido, la situación ha empeorado con respecto a 1998, cuando alcanzaba un ya exiguo 4%. De hecho se trata de cuatro proyectos, todos ellos de Médicos del Mundo e implementados en Marruecos. El sector de ETS y VIH/Sida, en cambio, ha sido el receptor de cerca del 28% de las ayudas, proporción que ha aumentado ya que en 1995-1998 suponía el 22%. (Figura 23).



**Figura 23. Distribución de las ayudas a ONG en población y salud reproductiva por sectores 1995-2002**

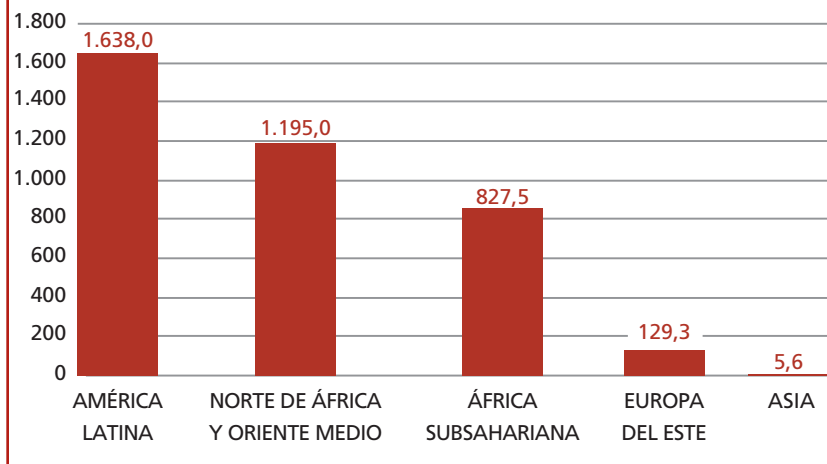


Fuente: elaboración propia

Por lo que respecta a la distribución geográfica, una característica de este canal de la ayuda española es que concentra el mayor porcentaje de ayuda destinada a los países del norte de África y Oriente Medio, un 31%, aunque la región más beneficiada, como ocurre con el resto de canales, es América Latina, con el 49% de la financiación. Después de la ayuda vía oficial del Gobierno español, las subvenciones a ONG son la vía que en menor grado ha favorecido a los países del África Subsahariana, con sólo un 15% de la ayuda. (Figura 24). Aun así, el 12% de estas ayudas se ha destinado a países con riesgo muy alto y el 8%, a países con riesgo alto. A su favor destaca que es el canal de AOD que menor porcentaje ha destinado a países con riesgo bajo o muy bajo, que no llega al 3%. El 70%, sin embargo, ha ido a parar a países de riesgo medio, una proporción excesivamente elevada. (Figura 25). Ello muestra cómo en el marco de los canales de ayuda en los que el Gobierno español tiene margen de decisión prefiere canalizar a través de las ONG las ayudas a los países con peores índices de salud sexual y reproductiva, puesto que la ayuda vía oficial apenas los tiene en cuenta. Tres países acumulan más de la mitad de las ayudas: Marruecos es el principal destinatario, con 877 millones de pesetas en ocho años (el 26% de las ayudas), seguido de la República Dominicana, con 614 millones (el 18%), y de Paraguay con 292 millones (el 9%). (Figura 26).

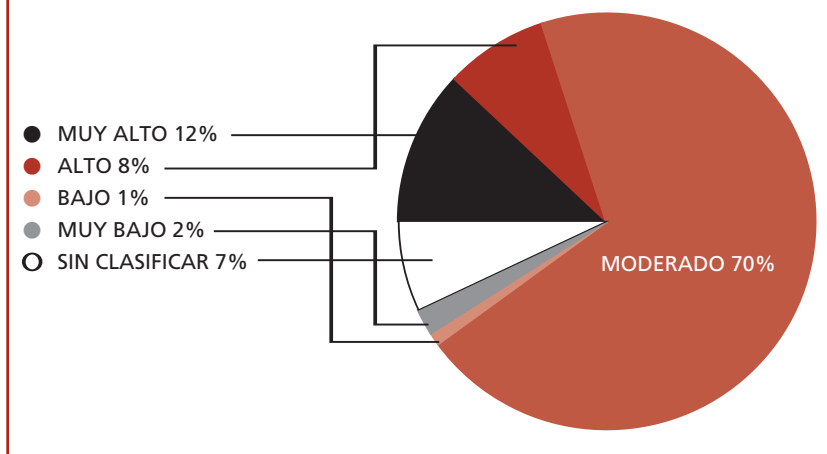
**Medicus Mundi** es la ONG que ha canalizado más AOD a salud sexual y reproductiva a través de las subvenciones de la AECI. Unos 882 millones entre 1995-2002, que suponen el 26% del apoyo a acciones en este sector. La actividad de Medicus Mundi en materia de población y salud reproductiva es múltiple y variada, abarcando tanto actividades de atención de salud reproductiva como de educación sexual, formación de comadronas o prevención de ETS y VIH/Sida. Medicus Mundi es una organización sanitaria de carácter profesional

**Figura 24. Distribución de ayudas a ONG en población y salud reproductiva por regiones 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

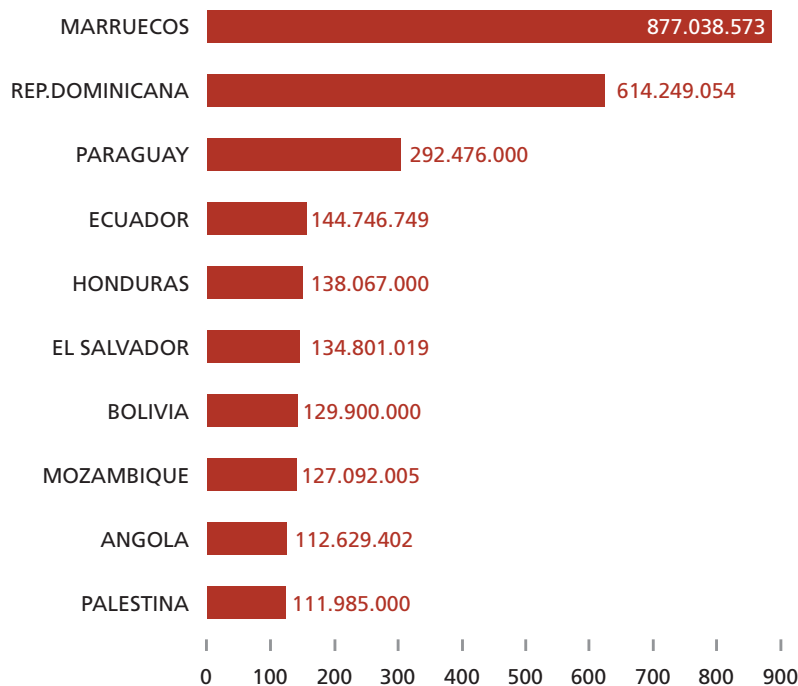
**Figura 25. Distribución de las ayudas a ONG de la AECI según índice de riesgo reproductivo de países receptores 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

creada en 1963 (un año después de la creación de Medicus Mundi Internacional) y se caracteriza por ser una federación de asociaciones, con una estructura descentralizada, a diferencia de la mayoría de ONG españolas, en la que cada delegación territorial actúa de manera independiente. Algunos ejemplos de la labor de estas delegaciones en el área de salud reproductiva son los programas de Medicus Mundi-Aragón en El Salvador y Bolivia, de Medicus Mundi-Asturias en Burundi, Malawi y Honduras, de Medicus Mundi-Cataluña en Palestina y Burkina Faso, así como de Medicus Mundi-Andalucía en

**Figura 26. Los 10 primeros países receptores de las ayudas a ONG de la AECl en población y salud reproductiva 1995-2002 en pesetas**



Fuente: elaboración propia

Marruecos. Algunas de estas acciones se enmarcan en proyectos de atención primaria de salud de carácter más global, por lo que no siempre es posible disgregar los desembolsos a salud reproductiva. La subvención de mayor envergadura fue para el programa de atención materno-infantil en el norte de Marruecos, por valor de 456 millones para tres años, concedida en el 2002. Previamente, en el año 2000, se había financiado un proyecto limitado a la wilaya de Tánger, por valor de 77 millones de pesetas. Seis de las once acciones subvencionadas son de mejora de programas y acciones de atención materno-infantil y ginecológica en América Latina, dos de control y prevención de enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida en Burkina Faso y Perú, y las dos restantes de salud materno-infantil en el norte de Marruecos. El 87% de las ayudas a Medicus Mundi se ha dirigido a servicios básicos de salud reproductiva, y el 13% restante se ha destinado a prevención de VIH/Sida y ETS.

**Médicos del Mundo** ocupa el segundo lugar, con 456 millones (14%) entre 1995-2002, y destaca por ser la única ONG española que durante el período ha recibido ayudas del Gobierno para proyectos íntegramente destinados al subsector de planificación familiar, algo ciertamente inusual en la cooperación española. El 17% de todas las subvenciones recibidas por Médicos del Mundo se destinó a la identificación y a las dos fases de un programa de planificación familiar en

## Medicus Mundi en Marruecos

### Programa "atención materno-infantil en el norte de Marruecos"

Convocatoria : 2002. Programa.

Localización: norte de Marruecos.

Duración : 3 años.

Fecha prevista de inicio: 1 de enero del 2003

Fecha prevista de finalización: 31 de diciembre del 2005.

Contraparte local: Ministerio de Salud marroquí.

Financiación AEI: 2.745.874 euros.

Financiación primer año: 921.874 euros. segundo año: 912.000 euros. Tercer año: 912.000 euros.

Descripción: Medicus Mundi pretende colaborar con ocho delegaciones provinciales del ministerio de Salud en la zona norte de Marruecos (Al Hoceima, Beni Makada, Larache, Nador Tanger, Taounat, Taza y Chefchauen) con el doble objetivo de mejorar los indicadores de salud tanto de las mujeres en edad de procrear como de los niños del territorio, especialmente en los primeros años de vida.

El programa se basa en tres líneas de acción complementarias:

1. Infraestructuras: Construcción de maternidades o rehabilitación de las maternidades existentes.

-Equipamiento de materiales adecuados de estas instalaciones.

-Dotación de ambulancias para evacuación de casos graves o centros de referencia.

2. Formación: Cursos dirigidos al personal sanitario de las diferentes delegaciones afectadas.

-Cursos de formación de formadores.

-Formación de parteras tradicionales y su integración en el sistema público de salud.

Eventos de formación continua que abordan tanto aspectos de gestión como técnicos y de comunicación.

3. Integración de mujeres en los procesos de consulta y toma de decisiones mediante la creación de consejos consultivos en las distintas delegaciones de salud que integran el programa.

### Otras acciones realizadas por la ONGD:

*Mejora de la atención materno-infantil en la wilaya de Tánger.*

Convocatoria : ordinaria 2000.

Localización: Tánger.

Duración : 3 años.

Fecha de inicio: febrero 2001

Fecha de finalización: febrero 2004.

Contraparte local: Ministerio de Salud..

Financiación AEI: 465.544 euros (77,46 millones de ptas.)

Descripción: El proyecto tiene como objetivo la mejora de la calidad de la asistencia sanitaria primaria materno-infantil mediante la formación del personal sanitario y el equipamiento de la maternidad del barrio de Beni Makada en la ciudad de Tánger.

Fuente: [www.aeci.org.ma](http://www.aeci.org.ma)

Al Hoceima, desarrollado en 1997-1999, y a otro desarrollado en Larache en 1999-2001. Ambas acciones tuvieron como contraparte a la Asociación Marroquí de Planificación Familiar (AMPF), miembro de IPPF. Posteriormente se quiso mantener el apoyo a la planificación familiar en Marruecos presentando un proyecto similar en Nador, que no fue aprobado por la AEI. El otro proyecto subvencionado entre 1995-1999, además de los de Marruecos, fue el que inició en

Paraguay en 1995 de atención sanitaria a gestantes de alto riesgo en el distrito de Capiibary, a 235 km de Asunción, haciéndose cargo de un centro obstétrico-pediátrico cuya actividad hasta ese momento había sido discontinua. A partir del año 2000 las subvenciones a Médicos del Mundo se han destinado exclusivamente a proyectos de control y prevención de ETS y VIH/Sida en el África Subsahariana (Tanzania, Namibia y Angola) y en Honduras, que han llegado a concentrar el 57% de las ayudas recibidas por esta ONG por parte de la AECI. En buena parte de los proyectos de atención primaria o desarrollo sanitario de Médicos del Mundo aparecen componentes de atención materna, de enfermedades de transmisión sexual o de capacitación de comadronas.

En tercer lugar se sitúa la **Cruz Roja** con 412 millones (12%), el 67% de los cuales ha ido a parar a acciones de salud reproductiva y el 33% restante, a sensibilización y prevención del VIH/Sida. La actuación de la Cruz Roja está muy diversificada geográficamente, y destina cerca de la mitad de la ayuda a acciones de salud reproductiva en países de América del Sur (Paraguay, Ecuador y Perú). El proyecto que ha recibido más financiación ha sido la ampliación y mejora de un módulo del hospital materno-infantil de Asunción (130 millones). Destaca también un proyecto en Mali de lucha contra la mutilación genital femenina (43 millones) financiado en 1999 y basado en la puesta en marcha de una campaña de sensibilización social para la erradicación de la mutilación en el departamento de Ségou. Por lo que respecta a las estrategias aprobadas para el 2001-2004, la Cruz Roja es la ONG que desarrolla la estrategia con un mayor componente y desembolso en materia de salud sexual y reproductiva. Se trata de la estrategia que lleva por nombre "Promocionar el desarrollo de la población vulnerable en situaciones de pobreza estructural, como medio de prevención de los conflictos y desastres naturales, abordando las necesidades desde un enfoque integral a través de la participación y del empoderamiento por parte de los colectivos afectados reduciendo su vulnerabilidad". Financiado con 2.655 millones de pesetas en cuatro años, se desarrolla en 20 países. Hasta el momento se han desembolsado para el 2001 y el 2002 188,3 millones (el 14% del presupuesto para el 2001-2002). Las acciones desarrolladas son principalmente de prevención y sensibilización sobre VIH/Sida en Angola y Mozambique, así como de atención y formación básica en salud reproductiva para mujeres indígenas en Perú, una casa de salud para la asociación de mujeres parteras del Alto Napo en Ecuador, o sensibilización y prevención del VIH/Sida en la comunidad escolar en Guatemala.

Tras la Cruz Roja, se sitúa el Centro de Estudios y Solidaridad con América Latina, (**CESAL**), con el 11%, unos 355 millones gracias al importante componente de salud materno-infantil que incluye el programa presentado y aprobado en el 2002 sobre "Atención a las necesidades básicas en la región este de la República Dominicana: acceso a la salud y formación de personal sanitario", cuyo principal componente es la salud materno-infantil. CESAL contaba ya con experiencia de trabajo en el sector y en el país, en especial en reducción de la mortalidad infantil. Las primeras acciones del programa han sido la firma de un acuerdo de colaboración con la diócesis de San Pedro de Macorís,

la constitución de una unidad operativa en el marco de la diócesis responsable de la ejecución de las actividades, y la firma de un contrato con la constructora Pons para la ejecución de las obras de rehabilitación de un hospital. CESAL es una ONG nacida en 1988 “de una experiencia cristiana vivida comunitariamente y abierta al mundo entero. Por este motivo, CESAL se mueve a partir de los criterios y sugerencias de la doctrina social de Iglesia y de la rica experiencia histórica que la alimenta”, tal como consta en su presentación institucional. Además de su trabajo en la República Dominicana, en 1999 CESAL recibió 23,6 millones para un proyecto de prevención y atención integral a afectados por el Sida y sus familias en barrios marginales de Kampala (Uganda), donde la red AVSI, de la que CESAL es miembro, es especialmente activa en la lucha contra el Sida.

Destaca también la **Fundación Humanismo y Democracia**, organización laica creada en 1978 e inspirada en el humanismo cristiano, con unas subvenciones por valor de 268 millones de pesetas durante 1995-2002, destinados en su totalidad al sector de ETS y VIH/Sida en la República Dominicana, a excepción de 10 millones destinados en el 2001 a Sudáfrica, aunque también dirigidos a la capacitación para la prevención y el control del VIH/Sida. La Fundación Humanismo y Democracia ha dirigido su ayuda a fortalecer el Instituto Dermatológico y de Cirugía de la Piel de Santo Domingo para agilizar las consultas y tratamientos de afecciones de la piel y enfermedades de transmisión sexual, reforzar en especial el laboratorio de confirmación de pruebas de VIH y fortalecer la investigación médica sobre enfermedades de la piel y de transmisión sexual. También ha trabajado en la mejora de la infraestructura médico-sanitaria especializada en enfermedades de la piel, ETS y Sida de la subregión de Yuma, y en el trabajo con adolescentes para prevenir el VIH/Sida y reducir la prevalencia.

La **Fundación Cánovas del Castillo** ha recibido entre 1995 y 1998 unos 169,4 millones de pesetas repartidos en 7 proyectos, todos ellos de servicios básicos de salud reproductiva en Guatemala, Honduras, Paraguay y República Dominicana, y cuyas actividades incluyen prestación de servicios y atención a embarazadas, capacitación de parteras empíricas y promotores de salud y apoyo a maternidades. La Fundación Cánovas del Castillo, constituida en 1980 como fundación cultural privada, es una entidad de inspiración cristiana, y que define entre sus objetivos “divulgar nociones y posturas que promuevan soluciones cívicas y democráticas, así como la formación en valores y objetivos inspirados en el humanismo cristiano”. Desde 1998 no ha vuelto a canalizar AOD en materia de salud reproductiva.

A estas seis ONG les siguen por orden de monto desembolsado: la Asamblea de Cooperación por la Paz, con 138 millones para la maternidad de Al Bireh en Palestina y para un proyecto que desarrollar en la provincia Nador sobre mejora de la salud básica, preventiva, semiespecializada y de urgencia, con un importante componente de salud reproductiva; la Fundació Clínic, que ha recibido 124 millones para el proyecto de maternidad sin riesgo en Tetuán y para un programa de prioridades materno-infantiles en Marruecos y Mozambique, el único programa aprobado dirigido específicamente a salud reproductiva (junto

con el de Medicus Mundi también en Marruecos); Ayuda en Acción, con 83,6 millones en el marco de su estrategia “Fortaleciendo la dignidad de vida en áreas de pobreza y exclusión en Iberoamérica, el África Subsahariana y Asia”, destinados a fortalecer las capacidades locales para el control de la incidencia de VIH/Sida en Mozambique; Mujeres en Zona de Conflicto, con 66 millones para detección precoz, prevención y atención integral a las mujeres víctimas de violencia doméstica en la ciudad de Mostar; Solidaridad Internacional, con 62 millones para salud materno-infantil a mujeres del norte de Cisjordania, y también en el marco de la estrategia “Equidad y contribución a la paz en democracia participando en un modelo integrado de desarrollo”, destinada a 15 países y que ha incluido apoyo a la salud materno-infantil en el Líbano; el MPDL, con 59 millones, para atención a mujeres adolescentes embarazadas en Colombia, atención a mujeres víctimas de violencia en Marruecos y formación de mujeres en salud en Jordania; Mensajeros de la Paz, con 50,7 millones para niños y niñas afectados por VIH/Sida en El Salvador; Farmacéuticos Mundi, con 49,6 millones para formación de personal en obstetricia y ginecología en Bulgaria; FIADELISO, con 47,7 millones para disminución de morbimortalidad materna e infantil en zonas urbanomarginales de Quito; y el resto de acciones financiadas han corrido a cargo de la Fundación Promoción Social de la Cultura, Manos Unidas, Nous Camins, CEAR, Cooperació Amazònica, FERS, Asociación Bienestar y Salud, Paz y Desarrollo, Asociación Española contra el Cáncer y Fundación Olof Palme.

## **¿Se discriminan los proyectos de salud sexual y reproductiva en las resoluciones de la AECI?**

En los últimos años la postura de la AECI ante los proyectos de salud sexual y reproductiva ha sido un elemento de controversia. Existe una cierta corriente de opinión que argumenta que pese a ser un sector básico y prioritario, el apoyo a dichas acciones encuentra resistencias e incluso oposición en los niveles de decisión política. Tras la publicación en 1999 del primer informe del GIE sobre los niveles de AOD española en la materia, con motivo de Cairo+5, la Agencia afirmó que la causa de que se aprobaran pocos proyectos era que las ONG no presentaban propuestas. En el año 2000 se incluyó específicamente en la convocatoria la priorización de proyectos de salud reproductiva, lo cual hizo aumentar de manera importante las ayudas; sin embargo, en el año 2001 volvieron a disminuir.

Con la finalidad de dar respuesta a las causas de la escasa presencia de acciones dirigidas a este sector social básico en las resoluciones de las convocatorias, el GIE encargó un estudio para conocer hasta qué punto las ONGD españolas habían presentado acciones de cooperación en materia de salud sexual y reproductiva y en qué medida habían sido subvencionadas por la AECI en las convocatorias del 2001. Pese a grandes dificultades en obtener la información, del estudio se desprende que en el 2001 se presentaron a financiación de la AECI 20 acciones de salud sexual y reproductiva (cuatro programas y 16 proyectos), de las que sólo se aprobaron cuatro (un programa y tres proyectos), un 20%. Cabría ver qué porcentaje de aprobación se realiza en otros sectores de cobertura de necesidades sociales básicas,

como salud básica, educación básica, agua y saneamiento o vivienda, para ver si realmente la salud sexual y reproductiva está deliberadamente relegada al olvido pese a que las prioridades la incluyen de manera clara. Debería también hacerse un seguimiento continuado para poder extraer resultados concluyentes. Del 80% rechazado, había un único proyecto de planificación familiar, en Marruecos, cinco sobre ETS y VIH/Sida, y el resto sobre salud materno-infantil.

Los motivos para no financiar un proyecto pueden ser diversos. En principio cabe esperar que los principales motivos son su poca adecuación con las prioridades establecidas y su mala calidad técnica, y afirmar que existe una actitud reacia queda en el plano de las hipótesis. Sin embargo, se constata que en la convocatoria 2001 se rechazaron dos programas a Medicus Mundi y a Médicos del Mundo, dos organizaciones sanitarias con una contrastada y amplia experiencia de trabajo en salud sexual y reproductiva, y de las que, a priori, no cabe esperar una deficiente calidad técnica de los proyectos. De hecho, en el caso de Medicus Mundi parte de la acción fue financiada por la Subdirección General de Cooperación con los países del Mediterráneo y Europa Oriental a través de convocatoria abierta y permanente, dado el interés mostrado en el proyecto, y al siguiente año volvió a presentarse y esta vez sí fue financiada.

En cualquier caso, el estudio concluye como significativo que precisamente los dos programas explícitamente dirigidos hacia salud sexual y reproductiva y nombrados en su título como tal, los de Médicos del Mundo y Medicus Mundi, fueron rechazados. Debemos añadir a las conclusiones de ese estudio que de las 76 intervenciones financiadas en salud sexual y reproductiva solamente una se aprobó bajo el nombre de "salud sexual y reproductiva", el resto, pese a tratarse de salud reproductiva, se aprueba bajo múltiples denominaciones "salud materno-infantil", "prioridades materno-infantiles", "atención materno-infantil", "salud familiar", "mejora de las condiciones sanitarias de las mujeres", "disminución de la morbilidad materno-infantil", "prevención de enfermedades ginecológicas", "salud primaria de maternidad", "atención sanitaria a mujeres embarazadas", "asistencia a la mujer gestante", "a adolescentes embarazadas", etc. Cualquier nombre es bueno antes de denominarlo salud reproductiva, algo absolutamente extendido a nivel internacional y normalizado en todos los donantes del CAD, incluida la Comunidad Europea.

Por lo que respecta a convocatoria de proyectos, se presentaron 17 proyectos de salud sexual y reproductiva y fueron rechazados 14. Llama la atención la escasa presencia de proyectos de salud sexual y reproductiva en las resoluciones de esta convocatoria. Sólo uno de ellos (Fundación Humanismo y Democracia) está orientado a la atención del problema del Sida, mientras que los otros dos identificados muestran una escasa relación directa con la salud sexual y reproductiva. Por los montos asignados, se trata de microproyectos. Los tres identificados corresponden además a una sola de las resoluciones, pues en la otra (hubo dos para la modalidad de proyectos) no hubo ni siquiera un proyecto aprobado en esta área.



### Proyectos rechazados en el 2001 por la AECI

Asamblea de Cooperación	Formación de líderes y capacitación comunitaria en prevención del Sida por la Paz	Sudáfrica
AIETI	Promoción, atención y capacitación de las mujeres y niñas víctimas de la violencia intrafamiliar	Sudáfrica Paraguay
FISA	Hamman. Centro piloto de planificación familiar y centro de dinamización social y económica para la mujer	Marruecos
Farmacéuticos Mundi	Mejora en la prevención, diagnóstico y control de enfermedades de transmisión sexual y VIH-Sida	Nicaragua
Fundación Ramon Llull	Proyecto de mejora de la salud reproductiva en Nicaragua	Nicaragua
FUDEN	Desarrollo de la especialidad de enfermería obstétrica	Nicaragua
Fundación Salud y Comunidad	Vivir y convivir: adolescencia y Sida	Rumanía
Lleida Solidària	Centro de atención, acogida y reinserción de mujeres y niños víctimas de la violencia	Argelia
Médicos del Mundo	Creación de un sistema de salud materno-infantil y familiar en la provincia de Nador	Marruecos
Nous Camins	Programa comunitario de educación materno-infantil en la comunidad de La Calera	Colombia
OCSI	Centro materno-infantil en la comunidad de La Calera	Ecuador
Paz y Cooperación	Tratamiento médico, atención y apoyo psicosocial a las personas que viven con VIH/Sida	Sudáfrica
Petjades	Relaciones de género y empoderamiento de las mujeres quechua. Cusco	Perú
SODEPAZ	Desarrollo de una estrategia de comunicación para la prevención del VIH-Sida	Nicaragua

El estudio concluye que el panorama general de subvenciones del 2001 muestra que el área de salud sexual y reproductiva es bastante marginal, por no decir que prácticamente inexistente en relación con elementos sustanciales como los programas de planificación familiar, la salud reproductiva y la lucha contra el Sida, todos ellos relacionados con los objetivos de desarrollo del Milenio.

De todos modos, y teniendo en cuenta los resultados de una encuesta llevada a cabo en 1998 que reproducimos en el cuadro siguiente, también se debe concluir que el interés y el trabajo de las ONG españolas en el sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es ciertamente limitado, aunque cada vez menos. Cinco años más tarde, en el 2002, en el marco del estudio sobre la convocatoria 2001 se envió de nuevo otra encuesta, esta vez a 41 organizaciones, de las que sólo 17 contestaron. Se les preguntó si habían presentado a la AECl en el 2001 alguna acción que financiar en materia de salud sexual y reproductiva. Sólo dos contestaron que sí (un 12%), una contestó que había presentado un proyecto más global pero que incluía ciertos componentes al respecto (6%), y tres contestaron que no mostraron un especial interés en la materia (18%), de las que una directamente contestó que pese a tener proyectos en cartera prefería buscar otras financieras con el fin de asegurar el apoyo.

### El interés de las ONG españolas por temas de población y salud reproductiva

Resultado de una encuesta enviada a 155 organizaciones en 1998, que sólo fue contestada por 39 de ellas. Se intentó básicamente averiguar la prioridad concedida a este sector del desarrollo, su trabajo presente sobre el tema y las posibilidades de abordarlo en el futuro. Los resultados de aquellas ONGD que respondieron son los siguientes:

• **El tema de población y salud reproductiva es:**

Exclusivo de las acciones de la entidad .....	0%
Prioritario en las actividades de la entidad .....	8%
Parte de las actividades, aunque no prioritario .....	33%
No forma parte de las actividades.....	59%

• **¿Considera la posibilidad de tratar el tema en el futuro?**

Sí .....	44%
No.....	56%

• **A través de:**

Proyectos de cooperación .....	36%
Campañas de sensibilización .....	10%
Formación (talleres, seminarios,...) .....	13%

Una de las principales limitaciones es que a diferencia de otros países donantes, en España no existen ONGD de entidad especializadas en el sector. En los últimos años, sin embargo, se observa un creciente fortalecimiento e implicación en acciones de cooperación al desarrollo de diversas organizaciones especializadas, como Salud y Familia y Matres Mundi, ambas con sede en Barcelona y que se financian principalmente a través de la cooperación descentralizada, o la misma Federación de Planificación Familiar de España (FPFE), con sede en Madrid y miembro de la red internacional de IPPF. Cabe decir que parte de esta mayor implicación es el reciente ingreso de la FPFE en la Federación de ONGD de la Comunidad de Madrid.

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

La ayuda de las comunidades autónomas

## LA AYUDA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

---

La cooperación descentralizada se canaliza a través de las ayudas de las comunidades autónomas, de los ayuntamientos, de las diputaciones provinciales, cabildos y consejos insulares, bien directamente, mediante ayuda directa y convocatorias de subvenciones a ONG, o bien indirectamente, a través de los fondos locales de cooperación. Su interés y creciente importancia no es resultado solamente de las cada vez mayores cantidades que destina, sino también de que, en líneas generales, es una cooperación mucho menos ligada a intereses estatales y mucho más cercana a las inquietudes de la sociedad civil. Ello hace que la cobertura de las necesidades básicas y la atención a los sectores de población más vulnerables y que sufren más la precariedad reciban mayores niveles de ayuda.

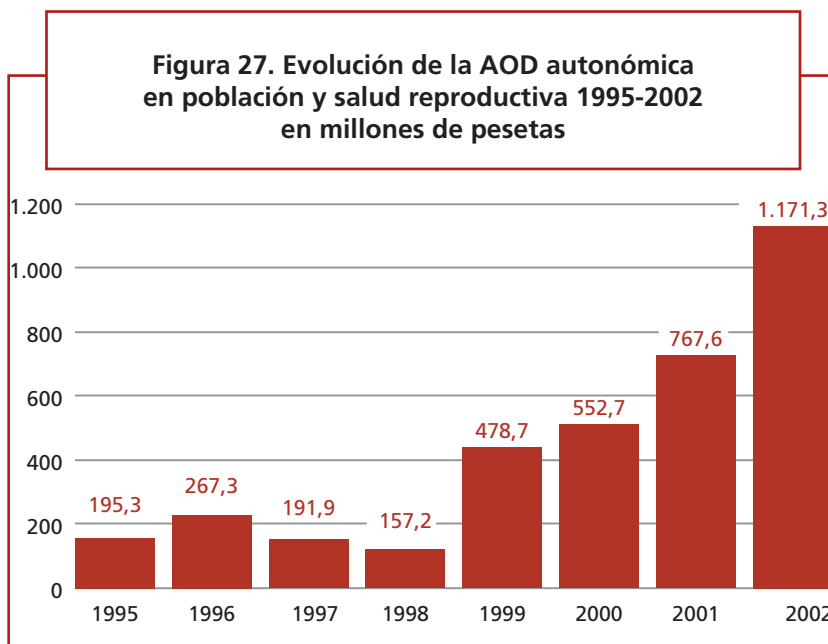
La evolución de la participación de la cooperación descentralizada y especialmente de la ayuda autonómica en los últimos diez años ha sido muy importante. En 1993 la cooperación descentralizada suponía un 4% de toda la AOD bilateral, y en el 2002 alcanza la cifra del 25%. Si nos limitamos a la AOD no reembolsable, la proporción ha aumentado del 17% en 1993 al 32% en el 2002. En cifras absolutas, la AOD descentralizada llegó en el 2002 a 43.482 millones de pesetas. Dado que buena parte de esta ayuda se desembolsa a través de convocatorias de ayudas a ONG, podemos estimar que cerca de un 44% de la AOD bilateral no reembolsable de España se canaliza a través de las ONG.

La evolución del volumen de la ayuda de las comunidades autónomas ha sido particularmente destacable. En 1994 desembolsaron 2.942 millones de pesetas y en el 2002 la cifra alcanzó los 28.677 millones de pesetas, lo que significa pasar del 55% de la ayuda descentralizada al 66%.

El crecimiento de la cooperación autonómica es paralelo a un proceso de reglamentación y de institucionalización en la mayor parte de las comunidades autónomas, similar al desarrollado a nivel estatal. La mayoría de comunidades ha establecido normas que rigen la asignación de ayudas, así como prioridades estratégicas e instituciones especializadas consultivas, como los consejos de cooperación.

La cooperación autonómica ha destinado entre 1995 y el 2002 3.782 millones de pesetas a proyectos de salud sexual y reproductiva. Si entre

1995 y 1998 se observó un cierto estancamiento alrededor de los 200 millones anuales, es a partir de 1999 cuando el incremento anual se hace evidente hasta llegar en el 2002 a dedicar 1.171 millones de pesetas al sector, lo que significa que en este último año se ha desembolsado un tercio de toda la ayuda versada desde 1995. (Figura 27).

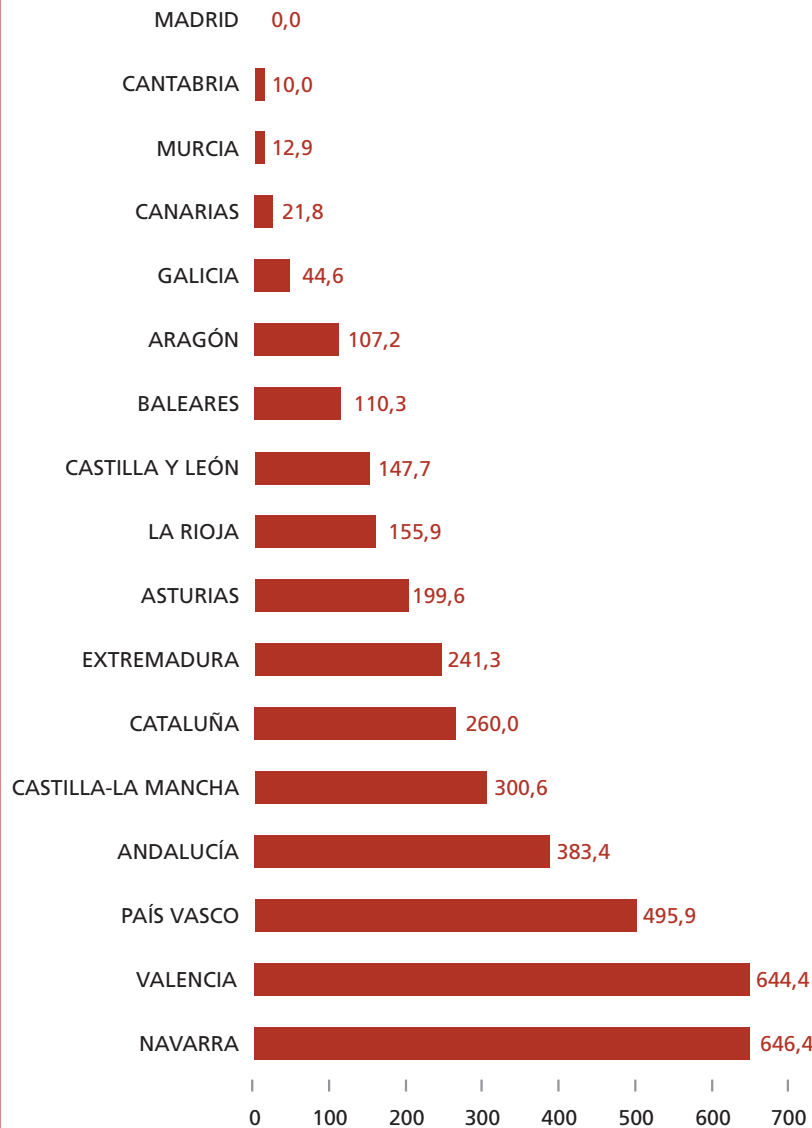


Fuente: elaboración propia

Todas las comunidades autónomas a excepción de Madrid (las primeras ayudas de esta comunidad se han producido en el 2003) han subvencionado algún proyecto de población y salud reproductiva en el período 1995-2002. Las aportaciones son desiguales, pues también las cantidades globales de AOD varían mucho entre comunidades. Destacan por encima de todas el Gobierno de Navarra, con 646 millones, y la Generalitat valenciana, con 644 millones, seguidos del Gobierno vasco, con 496 millones, y la Junta de Andalucía, con 383 millones. (Figura 28). Estas cuatro comunidades suponen cerca del 60% de toda la ayuda destinada a salud sexual y reproductiva. Debemos destacar especialmente la excepción de la Comunidad Autónoma de Madrid, que, con un desembolso de AOD superior a los 7.300 millones de pesetas en el período 1995-2002, no ha financiado ni un solo proyecto de salud reproductiva. Llama también la atención la discreta posición de Cataluña, dado que es el tercer mayor presupuesto en volumen de AOD para 1995-2002 pero en salud sexual y reproductiva ocupa el séptimo lugar en volumen desembolsado, siendo superada por Castilla-La Mancha, que cuenta con un presupuesto muy inferior. (Figura 29).

De los 413 proyectos cubiertos durante estos ocho años por las comunidades autónomas, la mayor parte (64%) se refieren a acciones relacionadas con servicios básicos de salud reproductiva, como ocurre en general con todos los canales de la AOD española al sector. Sólo 15 proyectos financiados por autonomías eran exclusivamente de planificación

**Figura 28. AOD autonómica a proyectos de población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas**

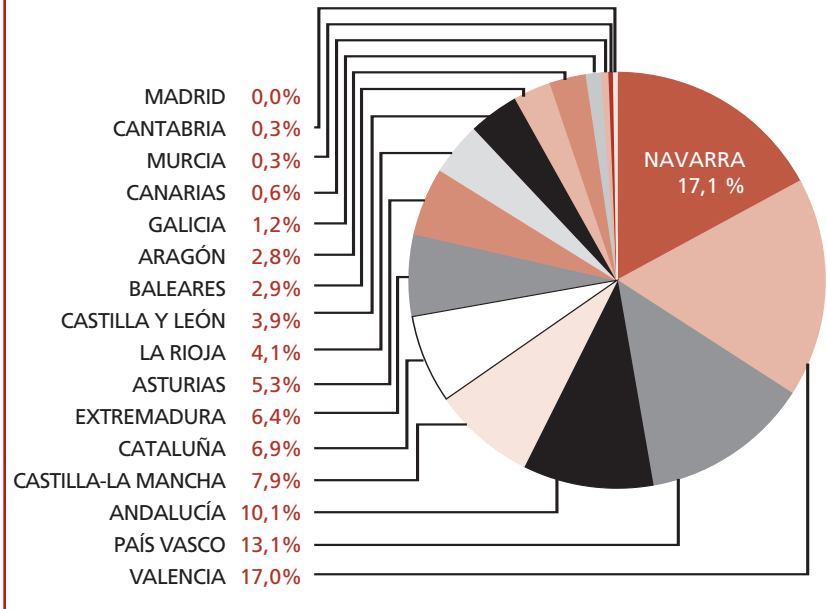


Fuente: elaboración propia

familiar, y 6 lo eran parcialmente (4%). La ayuda autonómica ha destinado un 31% a VIH/Sida, y un 11% a formación en políticas de población y desarrollo. (Figura 30).

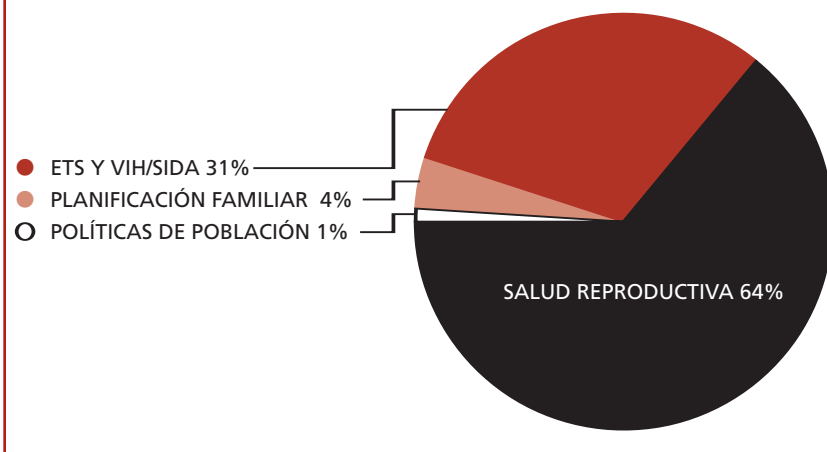
En la distribución geográfica de la ayuda se observa una acentuada preferencia por América Latina, en especial por los países de América Central y Caribe, pero la característica principal es que es el canal de ayuda que mayor proporción destina al África Subsahariana. Esta distribución geográfica se traduce en una mayor proporción dirigida a países

**Figura 29. Participación por comunidades de la AOD autónoma a salud reproductiva (1995-2002)**



Fuente: elaboración propia

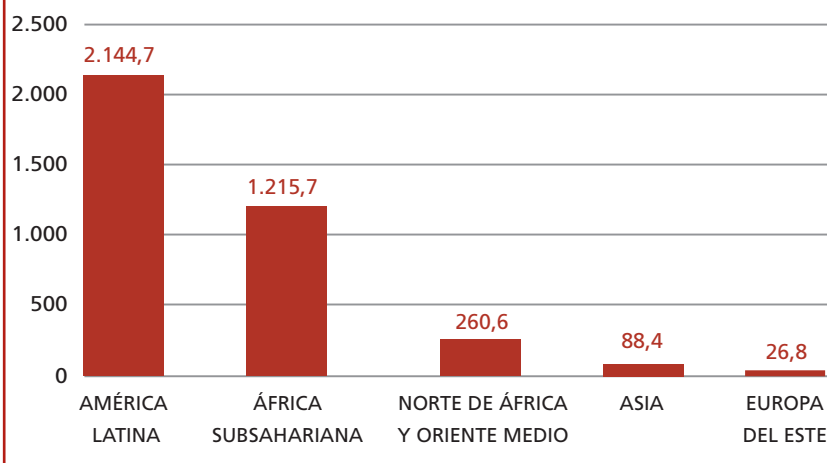
**Figura 30. AOD autónoma en población y salud reproductiva por componentes 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

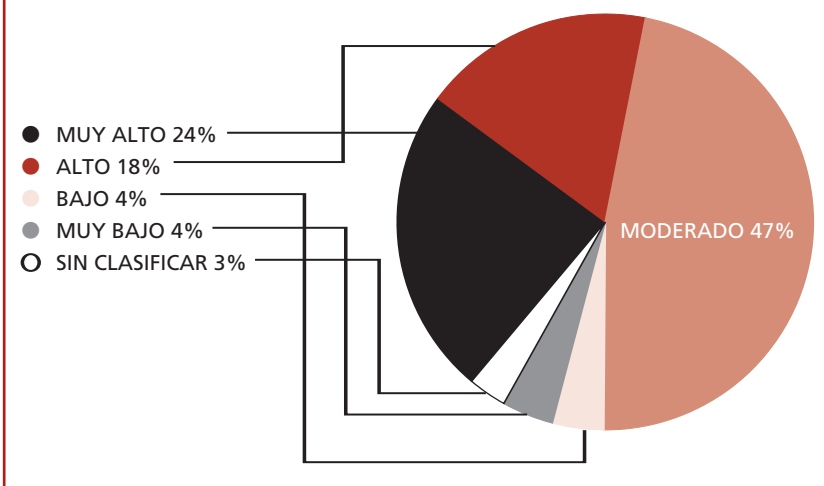
con índices de riesgo reproductivo muy alto (24%) y alto (18%). De los países receptores de la ayuda, encabeza la lista Burkina Faso, seguida de Bolivia, Nicaragua, la República Dominicana, Honduras, El Salvador y Perú. (Figuras 31, 32 y 33).

**Figura 31. Distribución de la ayuda autonómica en población y salud reproductiva por regiones (1995-2002)**



Fuente: elaboración propia

**Figura 32. Distribución de la AOD autonómica por países según su índice de riesgo reproductivo 1995-2002**

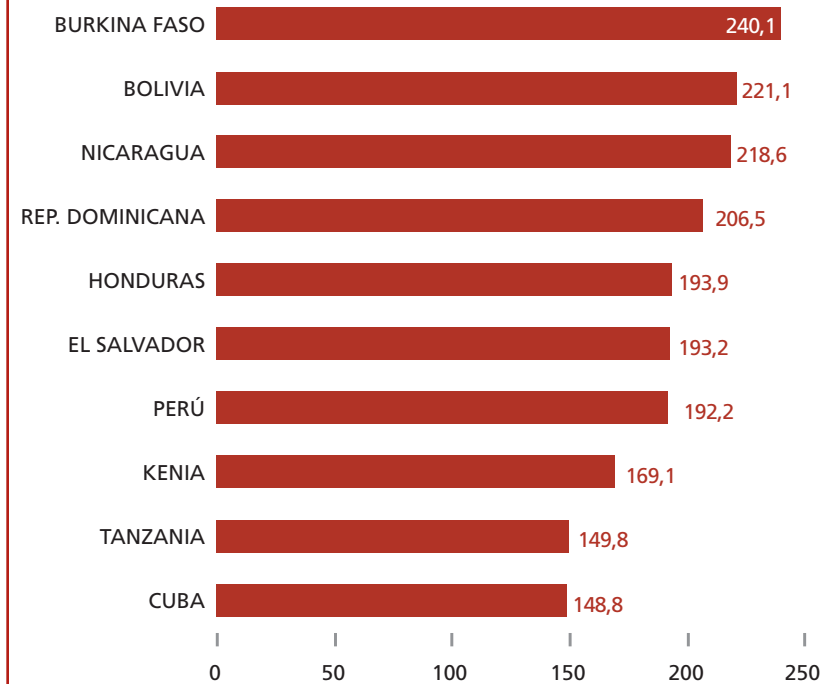


Fuente: elaboración propia

Dado que buena parte de la ayuda autonómica se canaliza a través de organizaciones no gubernamentales, hemos querido identificar aquellas ONG que han recibido una mayor financiación para proyectos de población y salud reproductiva. Dos ONG destacan por el volumen canalizado de AOD autonómica a salud reproductiva. En primer lugar encontramos a Médicos del Mundo, con el 17,3% de la ayuda (656 millones), y en segundo lugar a Medicus Mundi, con el 15,2% (576 millones). A distancia le siguen Médicos Sin Fronteras, con el 8,3%



**Figura 33. Los 10 primeros países receptores de la ayuda autonómica en población y salud reproductiva 1995-2002**

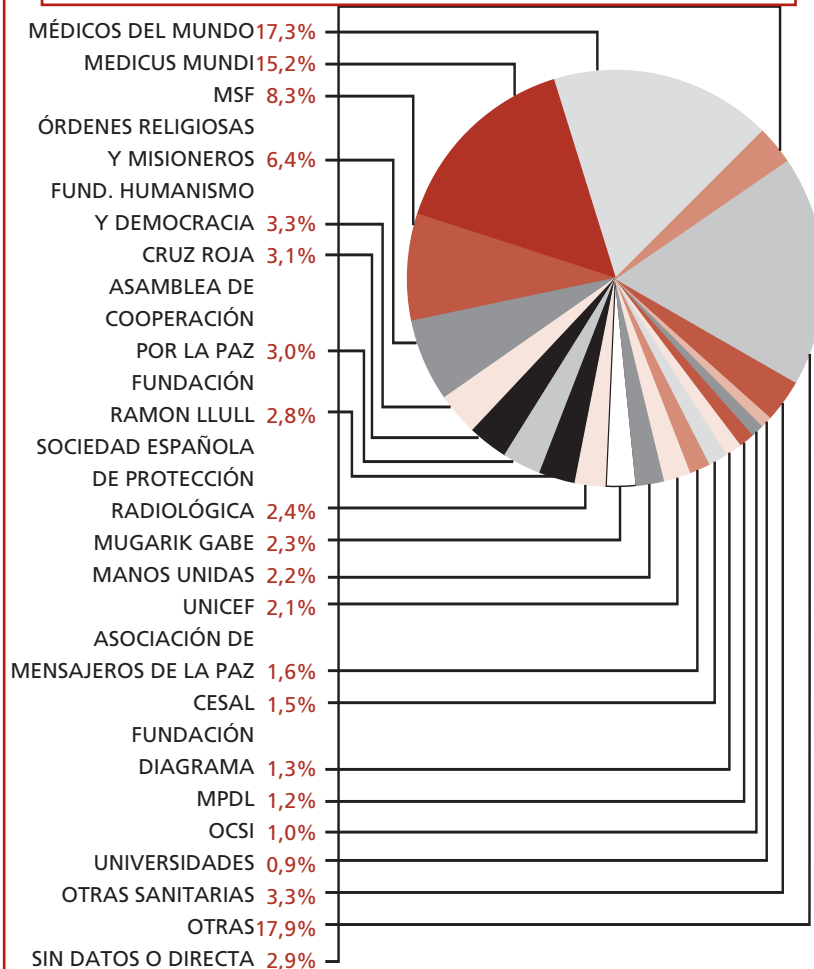


Fuente: elaboración propia

(316 millones), la Fundación Humanismo y Democracia, con el 3,3% (125 millones), la Cruz Roja, con el 3,1% (119 millones), la Asamblea de Cooperación por la Paz, con el 3% (112 millones), y la Fundación Ramon Llull, con el 2,8% (107 millones). Destaca la presencia de las órdenes religiosas e instituciones de la Iglesia católica, receptoras del 10% de la ayuda autonómica, cuyos proyectos en la materia han sido financiados por el País Vasco, Navarra y Baleares, principalmente. La presencia de congregaciones religiosas es un elemento característico de las cooperaciones vasca y navarra, fiel reflejo de la tradicional vocación misionera existente en ambas regiones. Esta proporción ha disminuido en los últimos años, pues en 1998 suponía el 14% de la ayuda en salud reproductiva. (Figura 34).

En definitiva, la media aportada de la ayuda autonómica a los proyectos de población y salud reproductiva se sitúa en un 2,9% del total (en 1998 era sólo del 1,7%), lo que supone una mejora considerable, y cercana ya a la media recomendada a nivel internacional del 4%. Por encima de la media se sitúan La Rioja, con el 12,5% (fruto de su bajo volumen general de AOD), Asturias, con el 5,8%, Valencia, con el 5,4%, Extremadura, con el 5,1%, Navarra, con el 5%, Castilla y León, con el 4,3%, Castilla-La Mancha, con el 3,8%, y Aragón, con el 3,4%. En cambio, comunidades con importantes desembolsos de su AOD global como Madrid, Cataluña y el País Vasco destacan por su escasa atención porcentual a este sector. (Figura 35).

**Figura 34. Distribución de AOD autonómica a población y salud reproductiva por ONG 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

## Navarra

La Comunidad Foral de Navarra, cuyo volumen de ayuda global al desarrollo la sitúa en cuarto lugar en términos absolutos (destina el 0,7% del presupuesto neto de gastos del Gobierno de Navarra), pero en primer lugar en ayuda per cápita, es la comunidad que ha desembolsado una mayor cifra a salud reproductiva, 646,4 millones en ocho años, lo que supone el 5% de toda su AOD. La cooperación oficial navarra se inicia a mediados de los ochenta, cuando empiezan a concederse ayudas económicas a proyectos de desarrollo. En 1989 aparece la primera línea presupuestaria, y en 1992 se regula la financiación de proyectos mediante decreto foral. Navarra también se dota en 1996 de un Consejo Navarro de Cooperación al Desarrollo. En el 2001 se aprueba la Ley Foral 5/2001 de 9 de marzo de Cooperación al Desarrollo. Uno de los principios rectores que establece es la satisfacción de las necesidades básicas de las personas, y en cuanto a prioridades sectoriales recoge en primer lugar los programas y

**Figura 35. Porcentaje de la ayuda autonómica a proyectos de población y salud reproductiva (1995-2002)**



Fuente: elaboración propia

proyectos dirigidos al “desarrollo humano básico, como seguridad alimentaria, educación básica y capacitación de recursos humanos, reciclaje, formación y especialización de profesionales locales, atención sanitaria, suministro y potabilización de agua y otros”. Recuerda también que “en todos los casos se priorizarán las acciones que tomen en consideración la situación del género en el desarrollo y la igualdad entre mujeres y hombres, valorándose especialmente aquellos proyectos implementados por las propias mujeres y sus organizaciones, tendentes a la satisfacción de sus

necesidades básicas y estratégicas, con el objetivo último de favorecer el denominado empoderamiento de las mujeres". La ley también establece que el Gobierno navarro aprobará planes directores plurianuales, y el departamento correspondiente los programas anuales de actuación.

Las órdenes forales que establecen anualmente los criterios de valoración en las correspondientes convocatorias han concretado dentro de las prioridades tenidas en cuenta para financiar proyectos aquellos que se adecúen a las metas y objetivos internacionales de desarrollo, destacando la "inmunización completa de niños y niñas, y la reducción de la tasa de mortalidad infantil (...)", entre otros. Sin embargo, no será hasta la convocatoria del 2003 cuando la cooperación navarra incluya en el marco de las valoraciones de proyectos que se adecúen a los objetivos de desarrollo del Milenio, además de la salud infantil, la reducción de las tasas de mortalidad materna. Por primera vez Navarra incluye la mortalidad materna, lo cual la acerca al enfoque más global de salud reproductiva.

La AOD navarra a población y salud reproductiva se ha destinado en un 61% a servicios básicos de salud reproductiva, un 35% a ETS y VIH/Sida y un 4% a planificación familiar. Por lo que respecta a la distribución geográfica, América Central y Caribe ha sido la región que ha recibido el mayor volumen (41%), seguida de América del Sur (30%), el África Subsahariana (23%) y Asia (6%). Hasta 23 entidades han recibido financiación para proyectos de salud reproductiva, entre los que destacan Medicus Mundi, que ha canalizado el 37% de las ayudas (238,7 millones de pesetas), Mugarik Gabe, con 86,5 millones (13,4%), y la Fundación Humanismo y Democracia, con 69,2 millones (10,7%). Las acciones financiadas a Medicus Mundi se desarrollan en Bolivia, y también en Guatemala, con el proyecto Guaraní de atención a la salud materno-infantil, en Perú, con el de promoción y acompañamiento de comadronas, o en Nicaragua, con el de prevención del Sida en adolescentes y de salud integral y atención a mujeres víctimas de violencia.

Mugarik Gabe destaca por el apoyo a las clínicas centroamericanas de la mujer Isis Dagmar y Ana Margarita Peña Mendoza de atención ginecológica, planificación familiar y de salud reproductiva en El Salvador (este apoyo supone cerca del 10% de toda la AOD navarra a salud reproductiva entre 1995-2002), así como al Centro Ixim Antsetic de atención a la Salud Reproductiva en Palenque (Chiapas), al fortalecimiento de la salud de las mujeres indígenas zapotecas en México, o a la educación para la salud de las mujeres en Nicaragua, entre otros proyectos. Mugarik Gabe destaca por apoyar prioritariamente proyectos de mujeres, población indígena y derechos humanos.

La Fundación Humanismo y Democracia ha recibido ayuda exclusivamente para la unidad dermatológica que viene apoyando en la República Dominicana y que ha sido financiada por otros muchos donantes españoles, entre ellos la AEI. Otras ayudas del Gobierno de Navarra han ido dirigidas a diversas órdenes religiosas, principalmente en el África Subsahariana, para atención materno-infantil, apoyo a maternidades o servicios sociales relacionados con el Sida. Las órdenes religiosas y otras instituciones de la Iglesia han canalizado cerca del 12% de la AOD a salud reproductiva. Por su monto, superior a los 20 millones, debemos destacar, además, el proyecto de ONAY de pabellón materno-infantil en Monkole

(República Democrática del Congo), el de Médicos Sin Fronteras de salud materno-infantil y planificación familiar en Mtwara (Tanzania), así como el de Médicos del Mundo de control de VIH en Karatu (Tanzania).

## Comunidad Valenciana

La cooperación de la Generalitat valenciana, con 644 millones se sitúa en segundo lugar por volumen de aportaciones a proyectos de población y salud reproductiva, prácticamente la misma AOD que la cooperación navarra. En proporción con su AOD global ha destinado un 5,4% a salud reproductiva, lo que la sitúa en tercer lugar. La cooperación valenciana está regulada por el decreto 201/1997 de 1 de julio sobre regulación de las bases para la cooperación internacional al desarrollo y del régimen específico de transferencias de fondos destinados a la cooperación con países en vías de desarrollo, que sustituyó al primer decreto de 1996 que sentaba las bases de la cooperación valenciana. El decreto de 1997 deja a las convocatorias anuales la potestad de fijar prioridades sectoriales y geográficas, si bien establece como principios y criterios básicos que sean acciones enmarcadas en el proceso de desarrollo económico y acciones de alto contenido social. En cuanto al contenido de los proyectos, priman los de enfoque de desarrollo humano, concentrado en las áreas de educación y asistencia primaria de salud y cuyo objetivo sean los sectores más vulnerables de la población, así como los enfocados a la lucha contra la pobreza y sus causas estructurales, mediante la realización de proyectos que satisfagan las necesidades básicas de la población: alimentación, agua, saneamiento, educación primaria, salud básica, vivienda y trabajo. La cooperación valenciana prioriza a través de sus convocatorias anuales los proyectos de mujer y desarrollo, así como los de sanidad y salud básica, entre otros sectores sociales básicos. Debemos destacar también que la Ley 11/2002, de 23 de diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat, ha creado la Agencia Valenciana de Cooperación para el Desarrollo.

El 73% de la AOD al sector se destinó a servicios básicos de salud reproductiva y el 27% restante, a prevención y control de ETS y VIH/Sida. Debemos destacar que el 11% de su AOD al sector se ha destinado a la prevención de la mutilación genital femenina, a través de dos acciones, una de AMREF en Kenia y otra mediante un convenio con UNICEF en Etiopía, que le ha valido en el 2003 un premio de este organismo de Naciones Unidas por defender los derechos humanos. El convenio de la Generalitat valenciana con UNICEF hace referencia a otras prácticas perjudiciales como los matrimonios precoces o los matrimonios por raptó, además de otras prácticas dañinas durante el embarazo y parto en mujeres adultas, así como a la violencia física y las violaciones. Entre las actuaciones previstas destaca la elaboración de un libro blanco que aporte soluciones aplicables para eliminar dichas prácticas.

Médicos del Mundo ha canalizado el 25% de la AOD valenciana a salud reproductiva (161 millones), a sus proyectos de atención a salud de la mujer en El Salvador y Honduras, y de prevención de VIH en Honduras. Le sigue por volumen de ayuda canalizada la Fundación Ramon Llull (107 millones, el 17%) para su proyecto de apoyo a un hospital materno en Nicaragua. Mensajeros de la Paz ha recibido financiación por valor de 60

millones para su proyecto de reducción del impacto del VIH/Sida en Kenia. Otros proyectos financiados son de asistencia materno-infantil en El Salvador, a cargo de la Delegación de Misiones de la Inspectora Salesiana de San José, de salud materno-infantil en Kisumu (Kenia) de Manos Unidas, de salud materno-infantil para mujeres palestinas de Solidaridad Internacional, y de prevención y control de ETS y VIH/Sida en Santiago de Cuba de Médicos Sin Fronteras, entre otros. América Central y Caribe, es con diferencia, la región que más fondos valencianos ha recibido, el 55%, seguida del África Subsahariana, con el 26%, América del Sur, con el 14%, y Palestina, con el 5% restante.

## **País Vasco**

La cooperación vasca es la más importante por su volumen global de todas las autonómicas. Se inició en 1985, cuando se estableció por primera vez una partida presupuestaria de diez millones de pesetas, y con los años ha ido creciendo hasta alcanzar por primera vez en 1998 el 0,7% del presupuesto vasco. En este mismo año se creó el Consejo Asesor de Cooperación para el Desarrollo. La consecución del 0,7% fue fruto del acuerdo de coalición que suscribieron los partidos presentes en el Gobierno vasco para la legislatura 1995-1998, compromiso que responde no sólo a una voluntad política, sino también en buena parte a la presión de las ONG y de la sociedad vasca.

Sin embargo, los óptimos niveles de ayuda de la Administración vasca no parecen tener correlación en materia de población y salud reproductiva. Aunque se sitúa en tercer lugar, con 495,9 millones de pesetas, en proporción ha destinado solamente el 1,8% de su AOD. Pese a ser la comunidad que desembolsa más AOD, el País Vasco no tiene ley de cooperación al desarrollo, la cual viene regulada por sucesivos decretos. El decreto de 1998 establecía como principal objetivo de los proyectos que financiar que satisfagan las necesidades básicas de los sectores de población o zonas más desfavorecidas de los países en vías de desarrollo, entendiendo por necesidades básicas: alimentación, vivienda, salud, educación y pequeñas infraestructuras. Concretamente en el campo de la salud especificaba que se priorizará "en ámbitos como la atención primaria, agua potable, saneamiento, nutrición, inmunización, planificación familiar, formación sanitaria, salud preventiva, atención materno-infantil, etc.". Los decretos del 2002 y el 2003 establecieron que "entre los sectores de actuación, se considerarán las acciones que potencien: la consecución de condiciones de vida digna destinadas a aumentar las capacidades y las libertades mediante la cobertura de las necesidades básicas de la población en materia de educación básica, educación popular y formación profesional, salud (incluyendo educación y salud sexuales y reproductivas), saneamiento, abastecimiento de agua, vivienda e infraestructuras básicas.

Pese a estas claras referencias, tanto a planificación familiar y salud materno-infantil en 1998 como a educación y salud sexuales y reproductivas desde el 2002, dentro del sector de la salud, la salud reproductiva no parece haber gozado de prioridad, y cabe pensar que los motivos son la escasa presentación de proyectos por parte de las ONG vascas. En ocho años, sólo 19 proyectos han sido financiados, de los que siete lo fueron en el 2002. Sin embargo, dos elementos cabe destacar en la

AOD vasca: el primero es que el subsector de ETS y VIH/Sida concentra el 46% de la ayuda vasca, siendo el 54% para servicios básicos de salud reproductiva, y el segundo es que el 67% de esta ayuda ha ido a parar a países del África Subsahariana, donde se concentran los peores índices en materia de salud sexual y reproductiva, mientras que América del Sur ha recibido un 18%, América Central y Caribe un 9%, y la India un 6%.

Médicos del Mundo ha canalizado el 46% de esta ayuda (227,5 millones) a sus proyectos de salud materno-infantil en Matola (Mozambique) y de prevención de VIH en Tanzania y Burkina Faso. En segundo lugar se sitúa Medicus Mundi, tanto de Álava como de Guipúzcoa, para sus proyectos en Perú, de prevención de ETS/Sida y embarazos adolescentes, así como de atención materno infantil en Rwanda. A continuación les sigue CESAL, con una ayuda de 40 millones para una unidad materno-infantil en Venezuela, la Asociación de Amigos de Gandhi, con una ayuda de 29 millones para niños de la calle y Sida en la India, la Asociación Servicio Tercer Mundo, con 24 millones para un proyecto de mujeres prostituidas en México, el Servicio de Solidaridad San Viator (SERSO), con una ayuda de 23 millones para el Hospital Materno-infantil de Bouaké (Costa de Marfil), el Comité de UNICEF, con 19 millones para nutrición de embarazadas cubanas, la Asociación Ciudadana de Lucha contra el Sida para prevención de ETS y Sida en trabajadoras sexuales de Lima, con 14,5 millones, o la Fundación Haurralde para prevención de mutilaciones genitales femeninas en Tanzania o para una maternidad en la India, entre otras ONG.

## Andalucía

Desde 1990 la Junta de Andalucía viene apoyando la ejecución de proyectos de desarrollo por parte de las ONG, y con anterioridad ya en 1986 inició acciones de cooperación directa a través de distintas consejerías. Las ayudas a ONG de la Junta de Andalucía se vienen regulando por sucesivas órdenes, al igual que ocurre con la cooperación vasca. Entre 1995 y 1999 se establecieron entre los sectores prioritarios "la atención primaria de la alimentación, de la salud, de la vivienda, de la educación básica y de la formación de recursos humanos". Para 1999 y el 2000 se concretaron las prioridades, estableciendo en primer lugar "sanidad; agua potable, asentamientos humanos y saneamiento; cohesión social, servicios comunitarios". A partir del 2001 las prioridades en sectores sociales básicos se establecen de la siguiente manera: "atención primaria de la salud, atención materno-infantil, nutrición, formación sanitaria, educación básica y formación de recursos humanos, agua potable y saneamiento, asentamientos humanos y servicios comunitarios". En el 2003 se ha elaborado un anteproyecto de Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo que incluye entre las prioridades de la cooperación andaluza en materia de servicios sociales básicos: "educación básica, salud primaria y reproductiva, vivienda digna, saneamiento y acceso al agua potable y seguridad alimentaria". De aprobarse este texto Andalucía se convertiría en la segunda comunidad autónoma que incluye la prioridad a la salud reproductiva en rango de ley, tras Cataluña. El anteproyecto de ley prevé la elaboración de planes cuatrienales de cooperación para el desarrollo, de planes anuales y de programas operativos.

Andalucía ha destinado 383, 4 millones entre 1995 y el 2002 a proyectos de población y salud reproductiva, lo que supone el 2,4% de toda su AOD. Destaca especialmente por haber dado un apoyo significativo a proyectos de planificación familiar en comparación con el resto de comunidades. Si bien el 73% de su ayuda al sector ha ido dirigida a financiar proyectos de servicios básicos de salud reproductiva, nada menos que un 16% se ha destinado a proyectos de planificación familiar, y el 11% restante a ETS y VIH/Sida. Así pues, la Junta de Andalucía es el segundo donante público español que ha priorizado en mayor medida en su financiación el marginal sector de planificación familiar (el primero es la Diputación de Sevilla). Por regiones, destaca el norte de África y Oriente Medio con el 29%; en concreto, Marruecos ha recibido el 26% (98 millones de pesetas). Destaca también el elevado porcentaje recibido por países del África Subsahariana (28%), la mayor parte en Burkina Faso, y siguen América Central y Caribe, con el 26%, y América del Sur, con el 17%. La principal característica de la cooperación andaluza es su concentración en pocos países; así, Burkina Faso, con 104 millones, y Marruecos, con 98 millones, concentran el 53% de la AOD andaluza a salud reproductiva.

Como ocurre con otros donantes, Medicus Mundi y Médicos del Mundo encabezan la relación de ONG que han canalizado AOD en el sector. La primera concentra el 27% (104 millones), dirigido exclusivamente a proyectos de maternidad sin riesgo en Burkina Faso, de ahí la fuerte concentración de la ayuda andaluza en ese país. La ayuda a Médicos del Mundo (71 millones, 19%) se ha diversificado más, a proyectos de salud sexual y reproductiva en Perú, de atención sanitaria a menores que ejercen la prostitución en El Salvador, y a prevención del VIH en Honduras. Debemos destacar la ayuda directa de la Junta, ejecutada por la Fundación Progreso y Salud, a un programa de educación para la salud de la población juvenil y de la mujer en Marruecos. También destaca el apoyo continuado a los proyectos de planificación familiar en Haití, a través de la Asociación de Amistad con el Pueblo de Haití primero y de la Asociación Voz del Inmigrante después. Otro proyecto de planificación familiar, esta vez en Marruecos, es el de la Fundación Internacional de Síntesis Arquitectónica dirigido a centros de educación en planificación familiar en Rabat-Salé y en Fez. Otras ayudas son las destinadas a Médicos Sin Fronteras para mejora de la salud reproductiva, prevención de ETS, VIH y embarazos adolescentes en Cuba, a Mujeres en Zona de Conflicto para atención a la mujer en Marruecos, a la Asociación de Apoyo al Desarrollo Infantil para capacitación de parteras en Colombia, o a la Cooperación Vicenciana para el proyecto AKUMI de atención a enfermos de Sida en Mozambique, entre otros.

## **Castilla-La Mancha**

Castilla-La Mancha es otra de las comunidades que aporta anualmente el 0,7% de sus fondos propios, y una de las primeras (en 1995) en hacerlo, tras el acuerdo adoptado en 1994 por las Cortes de Castilla-La Mancha. Al igual que otras comunidades, Castilla-La Mancha creó en 1997 su propio Consejo Regional de Cooperación. Esta comunidad se ha dotado recientemente de una Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo. La Ley 3/2003 de 13 de febrero establece como sectores de actuación preferentes de la cooperación manchega "la salud, alimentación, educación, vivienda,



saneamiento y agua potable”, en primer lugar. Para la cooperación directa también sitúa la sanidad en el primer lugar de las líneas preferentes de actuación. Como ocurre con otras leyes, prevé la elaboración de planes estratégicos cuatrienales, así como una programación ejecutiva anual. Destaca la creación del Fondo Castellano-Manchego de Cooperación, que adoptará la forma jurídica de fundación y recibirá recursos del presupuesto autonómico, así como de otras administraciones o entidades públicas y de personas físicas o jurídicas. Con anterioridad a esta ley, las convocatorias a ONG de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha incluía ya desde 1997 en sus prioridades sectoriales en el sector salud elementos como la planificación familiar y la atención a la salud reproductiva y al Sida desde el 2001. En este sentido, Castilla-La Mancha es la comunidad que de una manera más completa y con más claridad establece en sus prioridades las recomendaciones de El Cairo.

De manera coherente con el establecimiento de estas prioridades sectoriales la cooperación manchega ha destacado por su apoyo al sector en los últimos años, hasta el punto de ser la quinta comunidad con mayor volumen de desembolso, con 300,5 millones de pesetas, lo que representa un 3,8% de toda su AOD. En menor medida que Andalucía, Castilla-La Mancha también ha destinado un cierto apoyo a proyectos de planificación familiar (15 millones, un 5%), aunque la mayor parte se ha destinado a servicios de salud reproductiva (81%) y a VIH/Sida y ETS (14%). La distribución geográfica de la ayuda se encuentra bastante diversificada, si bien destaca el mayor volumen destinado a países del África Subsahariana (36%), seguida de América Central y Caribe (26%), y América del Sur y Norte de África y Oriente Medio, ambos con un 19%. En esta ocasión Médicos Sin Fronteras es la organización que ha canalizado un mayor desembolso, con 61 millones de pesetas (20%) destinados a sus proyectos de maternidad sin riesgo en la República Centroafricana y de salud materno-infantil en Guatemala. Le sigue de cerca la Asamblea de Cooperación por la Paz (56 millones, 19%) en sus proyectos de mejora de salud materno-infantil en Marruecos y Palestina, Médicos del Mundo (51 millones, 17%) en proyectos de salud sexual y reproductiva en Nicaragua y El Salvador y de prevención de VIH en Mozambique, Cruz Roja (50 millones, 17%) en atención a jóvenes adolescentes embarazadas en Paraguay, o Medicus Mundi (43 millones, 14%) en la lucha contra la mutilación genital femenina en Burkina Faso. Otras ayudas se han destinado a la República Dominicana para un proyecto del MPDL de embarazos adolescentes y ETS, a Nicaragua para enfermería obstétrica por parte de FUDEN, y a planificación familiar en Bolivia y Sida en Rwanda.

## **Extremadura**

Extremadura es una de las comunidades españolas con menores niveles de renta, pero sin embargo viene destinando desde 1995 el 0,7% de los presupuestos no finalistas de la comunidad autónoma a la financiación de programas de cooperación al desarrollo y sensibilización. Ese mismo año se creó el Consejo Asesor de Cooperación para el Desarrollo, entre cuyas funciones destaca la propuesta de prioridades y criterios. Esta comunidad aprueba anualmente decretos por los que se regulan las ayudas al Tercer Mundo, en los que se establece que estas ayudas irán dirigidas a acciones cuyo objetivo sea “satisfacer de forma directa las necesidades básicas de

las poblaciones desfavorecidas en los países del Tercer Mundo". Entre las prioridades sectoriales, se hace mención de la salud, la educación, la participación de la mujer, etc., pero sin mayor especificidad. En el 2003 Extremadura se ha dotado de una Ley de Cooperación para el Desarrollo (Ley 1/2003 de 27 de febrero), la cual tampoco va mucho más allá en la especificación sectorial, estableciendo entre las áreas de actuación preferente los "servicios sociales básicos: salud, saneamiento y seguridad y autosuficiencia alimentarias". También establece la obligación de elaborar planes generales cuatrienales y planes anuales.

Con 241 millones de pesetas al sector entre 1995 y el 2002, Extremadura ocupa el sexto lugar en cifras absolutas, pero proporcionalmente ostenta la cuarta posición, con un 5,1% de su AOD al sector, muy por encima de la media autonómica. Al igual que ocurre con Andalucía y Castilla-La Mancha, es una de las comunidades que mayor atención han prestado a la financiación de proyectos de planificación familiar, cerca de un 11% (27 millones), proporción incluso superior a la destinada a prevención de VIH/Sida (9%), mientras que los servicios básicos de salud reproductiva ocupan el 80% de la ayuda al sector. Sin embargo, a diferencia de otras comunidades, la ayuda se concentra en un 80% en América Latina, principalmente en América del Sur, mientras que el 20% restante va a parar a proyectos del África Subsahariana. Destaca principalmente el 37% del apoyo (90 millones) canalizado a Iberoamérica a través de la Sociedad Española de Protección Radiológica, para control de mamografías en diversos países del continente. Le siguen a continuación Manos Unidas, con 30 millones, para el proyecto de centro materno-infantil en Luanda (Angola), la Liga Española de la Educación y la Cultura Popular-Liga Extremeña con un centro de información y orientación juvenil para la salud en Coquimbo (Chile), Médicos del Mundo con un proyecto de prevención de la salud del niño, adolescente y familiar en Brasil, la Cruz Roja con atención al parto en Nicaragua y prevención de VIH en Benín, la Alianza de Solidaridad Extremeña con proyectos de educación sexual y prevención de VIH en Perú, Bolivia y Ecuador, y Medicus Mundi con un proyecto de VIH/Sida en Rwanda. También destaca la cooperación realizada por la Universidad de Extremadura sobre mantenimiento del Programa Nacional de Diagnóstico Precoz del Cáncer Cérvico-Uterino en Cuba.

## Cataluña

La Ayuda Oficial al Desarrollo se inicia en Cataluña en 1986, con la aprobación de una pequeña partida de 14 millones de pesetas en los presupuestos de la Generalitat, gracias a las movilizaciones de una plataforma cívica creada durante la campaña electoral de ese mismo año. No será hasta 1988 cuando, a raíz de otra campaña, "Catalunya solidària", la Generalitat aumente la partida hasta 100 millones de pesetas. En la actualidad, el volumen de AOD supera los 3.877 millones de pesetas, aunque sólo una parte se destina a subvenciones a ONG, lo que la convierte en la segunda comunidad autónoma en cifras absolutas de AOD, detrás del País Vasco y superando por poco a Andalucía. Este crecimiento de la ayuda catalana ha sido paralelo a la evolución normativa e institucional. En 1995 la Generalitat creó el Consejo Asesor de Cooperación, y en el 2001 se

aprueba la Ley de Cooperación al Desarrollo (Ley 26/2001 de 31 de diciembre). La normativa catalana prevé la elaboración de planes directores cuatrienales y planes anuales. También preveía en sus disposiciones adicionales la propuesta de crear una Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, la cual ve la luz en el 2003.

La ley catalana es por el momento la única que incluye entre sus finalidades y prioridades la salud reproductiva. El primer plan Director 2003-2006 refuerza esta prioridad, estableciendo dentro de los objetivos estratégicos de apoyo a los derechos sociales básicos el de "fortalecer los sistemas de atención primaria de salud favoreciendo, de una manera especial, los programas de control de enfermedades infecciosas principales y la mejora de la salud reproductiva". El plan desarrolla este primer objetivo enumerando una serie de productos entre los que se cuentan los "servicios básicos de salud reproductiva, incluidos los de planificación familiar y educación sexual" y las "campañas de información y sensibilización sobre prevención de ETS y VIH/Sida". En el apartado de resultados, el Plan Director catalán incluye "haber contribuido a disminuir la morbimortalidad general, la mortalidad materna y la infantil, principalmente de menores de 5 años, por causa de las principales enfermedades infectocontagiosas", "haber incrementado el número de partos atendidos por personal capacitado y en condiciones sanitarias adecuadas", "haber aumentado la tasa de prevalencia contraceptiva y haber reducido la incidencia de abortos", y "haber reducido el número de embarazos no planificados, especialmente de adolescentes". La importancia de esta concreción y decidida apuesta por hacer cumplir las recomendaciones de El Cairo viene reforzada por la asignación de recursos propuesta para cumplir este objetivo: "Los planes anuales destinarán a la consecución de este objetivo entre el 12% y el 18% del total de los recursos aplicados a los 9 objetivos prioritarios de desarrollo, que en el año 2006 significará entre el 6,8% y el 10,7% del total de la partida presupuestaria de cooperación y solidaridad internacional".

Nos encontramos, pues, ante la normativa más clara, directa y con repercusiones presupuestarias de apoyo al Programa de Acción de la CIPD de todas las administraciones públicas españolas. El Plan Director 2003-2006 debería consecuentemente ayudar a aumentar el volumen de la cooperación catalana dedicado a salud reproductiva, pues hasta el momento no ha destacado por desembolsar unos niveles adecuados al presupuesto que la Generalitat maneja. Entre 1995 y el 2002 solamente el 1,7% de la AOD catalana (260 millones) ha servido para financiar proyectos del sector, lo cual sitúa a Cataluña en cifras relativas sólo por delante de Canarias, Murcia, Cantabria y Madrid, y muy lejos de la media autonómica.

Una característica de la ayuda catalana a población y salud reproductiva, además de su, hasta ahora, bajo nivel de desembolso, es la distribución prioritariamente destinada a proyectos de VIH/Sida, nada menos que el 56% del total (146 millones). También destaca hasta el momento por ser la única comunidad que ha apoyado proyectos de formación de recursos humanos en población y desarrollo (el 7%), dedicando el 37% restante a servicios de salud reproductiva. La distribución geográfica es muy diversa, siendo América Central y Caribe la

región más beneficiada, con el 31% de los fondos, seguida del África Subsahariana, con el 29%, América del Sur, con el 15%, los países árabes, con el 12%, y la Europa del Este (Rumanía), con el 10%. Destaca que el primer país receptor de AOD catalana en el sector es Costa Rica, con el 15%, un país con un índice de riesgo reproductivo bajo, y le sigue Rumanía, con el 10% (aunque la cooperación a este país no se considere estrictamente AOD). En este sentido, la priorización en función de la situación de precariedad de los receptores muestra que el 29% de la cooperación catalana en salud reproductiva se ha destinado a países con un riesgo moderado, y el 27% a países con un riesgo bajo o incluso muy bajo.

Por asociaciones canalizadoras de la ayuda catalana, destaca que el 25% (65 millones) ha sido concedido al Servicio Solidario y Misionero de los Capuchinos de Cataluña y Baleares, para proyectos de atención a enfermos de Sida en Costa Rica y en la isla de San Andrés (en el Caribe colombiano). Le sigue Médicos Sin Fronteras, con el 14% (37 millones) para proyectos de salud materno-infantil y maternidad segura en Mauritania y República Centroafricana. A continuación vienen el proyecto de Sida en Rumanía (27 millones), a cargo de la Fundació Salut i Comunitat, y un proyecto de lucha contra el Sida en Mozambique, a cargo de la Associació Cultura i Solidaritat Popular (25 millones). La Associació Catalana de Professionals de la Cooperació, con 19 millones, ha llevado a cabo el proyecto de formación y capacitación de recursos humanos en población y desarrollo en Centroamérica, cuyo responsable institucional es el FNUAP. SODEPAU ha desarrollado proyectos de mejora de infraestructuras en el norte de Marruecos para reducir la mortalidad materno-infantil, así como de prevención de VIH en Nicaragua. Ayudas menores son las concedidas a CAMÍ para salud materno-infantil en Brasil, a Salud y Desarrollo para prevención de transmisión de VIH en Guinea Ecuatorial, a la Fundación Internacional de Solidaridad Compañía de María (FISC) para atención sanitaria a mujeres y niños en la República Democrática del Congo, a la Associació Catalana d'Amistat amb el Poble Sahaui (ACAPS), para el Hospital materno-infantil Catalunya de los campos de refugiados de Tinduf, a Farmacéuticos Mundi para mejorar la prevención, control y diagnóstico de ETS y VIH/Sida en Nicaragua, a Ayuda en Acción para VIH/Sida en Malawi, y a GASI para atención materno-infantil en los campos de refugiados de Tinduf, entre otras.

## **Asturias**

El Principado de Asturias inició su política de cooperación en 1989, año en que destinó 10 millones de pesetas. Asturias creó en 1995 el Consejo Regional para la Cooperación al Desarrollo y en el 2003 se ha dotado de una Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo. No se ha elaborado todavía una ley de cooperación al desarrollo, pero sí existen planes cuatrienales de cooperación. El Plan 2000-2003 establecía como prioridad sectorial los "servicios sociales básicos: salud y saneamiento, seguridad alimentaria, educación y capacitación de recursos humanos". Anualmente convoca subvenciones a ONG, en cuyas prioridades sectoriales destaca en primer lugar la promoción de la salud. La legislatura iniciada en el 2003 se plantea como objetivo para el 2007 alcanzar el 0,7% de los recursos propios destinados a AOD.

Asturias ha dedicado cerca de 200 millones a población y salud reproductiva, lo que supone nada menos que un 5,8% de toda su AOD entre 1995 y el 2002. Esta importante proporción de ayuda dedicada a salud sexual y reproductiva la sitúa en segundo lugar tras La Rioja, en cifras relativas. Hasta el 2001 la cooperación asturiana no se había significado por un importante apoyo al sector, de hecho, la mayor parte de esta ayuda ha sido desembolsada en el 2001 y el 2002, a razón de 70 y 78 millones, respectivamente. Es característico de la ayuda asturiana que el 77% se ha concedido a proyectos de VIH/Sida, y el 23% restante a servicios básicos de salud reproductiva. Por distribución geográfica, los países del África Subsahariana todos ellos con índices de riesgo reproductivo alto o muy alto, han sido el destino del 69% de la ayuda, seguidos de Bolivia (14%), de América Central y Caribe (12%) y el 4% restante ha ido a parar a Tailandia.

Médicos Sin Fronteras ha canalizado el 50% de la ayuda asturiana a salud reproductiva (99,5 millones), para sus proyectos de reducción de VIH/Sida en Zimbabwe y Kenia, y de salud materna en Bolivia. Médicos del Mundo ha recibido el 20% (40 millones) para un solo proyecto de prevención de VIH en Kenia. Le sigue la tercera ONG sanitaria, Medicus Mundi, con el 10% (19,5 millones) para control de VIH en Malawi. El MPDL ha recibido 17 millones para prevención del Sida y de violencia de género en la República Dominicana, y Manos Unidas 8,9 millones para prevención del Sida en Tailandia. Otras ayudas recibidas son las de Arco Iris para prevención del Sida en Uganda y Malawi, y las de Paz y Solidaridad para parteras en Chiapas, entre otras.

## La Rioja

La Rioja presenta la particularidad que realiza una convocatoria única entre el Gobierno autonómico y los ayuntamientos de Logroño y de otras localidades riojanas, convirtiéndose así en un Fondo Regional de Cooperación al Desarrollo. Desde el año 2002 La Rioja ha abierto también una convocatoria para proyectos plurianuales. Ese mismo año, se dotó de una ley de Cooperación al Desarrollo (Ley 4/2002 de 1 de julio). La ley establece una serie de prioridades sectoriales siendo la primera en mencionarse los "servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de la seguridad alimentaria y formación de recursos humanos". Esta ley prevé también la elaboración de un plan director y de planes anuales.

La Rioja es la comunidad que menos AOD ha destinado en 1995-2002, sin embargo los 155,9 millones con que ha subvencionado proyectos de salud reproductiva la convierten en la comunidad que mayor proporción ha destinado a este sector, nada menos que el 12,5% del total de su AOD. Cabe mencionar que la mayor parte del desembolso se ha producido en el año 2002. El 75% se ha destinado a proyectos de salud reproductiva y el 25% restante, a ETS y VIH/Sida. Médicos Sin Fronteras ha sido la ONG canalizadora de la mayor parte de la ayuda riojana al sector, un 30% para sus proyectos de Panamá, Guatemala y Ecuador, seguida de la ONG Cooperera, con el 21% (33 millones), para un proyecto plurianual de salud materno-infantil en Perú. Le sigue Cáritas, con 28 millones para prevención de la transmisión vertical del VIH/Sida en la República Dominicana y formación de agentes de salud en este mismo país, especialmente sobre ETS. Otras ayu-

das han sido las destinadas a Medicus Mundi en Bolivia, 27 millones para atención al embarazo y parto, a la Fundación Humanismo y Democracia para el consabido Instituto Dermatológico de la República Dominicana, y otras menores a Amsala en Venezuela y a Tierra de Hombres en Benin. El 98% de la ayuda riojana se ha destinado a países de América Latina.

## Castilla y León

Castilla y León no tiene una normativa específica en materia de cooperación al desarrollo, pero sí un Consejo de Cooperación, creado en diciembre del 2000. Las convocatorias anuales de Castilla y León desde 1997 sitúan la atención primaria de salud, la educación básica y la formación profesional en el primer lugar de las prioridades sectoriales. Concretamente en salud priorizan aquellos programas dirigidos a la atención primaria, la erradicación de las enfermedades endémicas y a la mejora de las condiciones de acceso de la población al agua potable y al saneamiento de aguas y al tratamiento de residuos. Con anterioridad, Castilla y León priorizaba los proyectos productivos.

La cooperación al desarrollo castellano-leonesa en materia de salud reproductiva ha tenido una evolución significativa en los últimos años (ocho de los nueve proyectos financiados en este sector lo han sido en el 2001 y el 2002). De ser prácticamente simbólico el apoyo a este sector, los desembolsos registrados en los años 2001-2002 la han aupado a la sexta posición en términos relativos, con el 4,5% de su AOD entre 1995-2002 dedicado a población y salud reproductiva. Castilla y León ha destinado en cifras absolutas 148 millones de pesetas, de los que el 66% se ha dedicado a financiar proyectos de servicios básicos de salud reproductiva y el 34% restante de ETS y VIH/Sida. El 56% de la ayuda se ha destinado a América Central y Caribe, en concreto a clínicas para la mujer en Guatemala, salud materno-infantil en Honduras, y ETS y VIH/Sida en la República Dominicana. El 22%, a América del Sur, para educación sanitaria en Ecuador y atención a víctimas de la explotación sexual en Paraguay. El 19%, al África Subshariana, para prevención de la transmisión sanguínea del VIH en Guinea Ecuatorial y a salud materno-infantil de Côte d'Ivoire. Por último, se ha dado una ayuda a Médicos del Mundo para mejorar las condiciones de salud materno-infantil en Kandahar (Afganistán).

## Baleares

La cooperación balear ha incrementado en los últimos años de manera importante su volumen de AOD. Paralelamente, se encuentra en proceso de institucionalización y ordenación normativa. En el año 2000 se creó el Consejo de Cooperación al Desarrollo de las islas Baleares, y a finales de ese mismo año se establecieron unas líneas estratégicas que mencionaban la necesidad de dotarse de una ley. En enero del 2003 el Gobierno balear aprueba un proyecto de ley de cooperación para el desarrollo, que no ha visto aún la luz, dado que ha coincidido con el final de una legislatura y el inicio de otra en el Parlamento balear. Dicho proyecto de ley establecía las prioridades en servicios sociales básicos y en especial la salud, la vivienda, la alimentación y el agua. También preveía la elaboración de planes directores cuatrienales y de planes anuales. Baleares ha destinado 110 millones a

varios proyectos de salud reproductiva, lo que supone un 2,3% de toda su AOD entre 1995 y el 2002. El 71% se ha destinado a servicios básicos de salud reproductiva, el 26% a ETS y VIH/Sida y el 3% a planificación familiar. El 46% se ha dirigido a América Central y Caribe, el 20% a Asia, el 14% a América del Sur, el 11% al África Subsahariana y el 9% restante a los refugiados saharuis. La Cruz Roja ha sido el principal receptor de la ayuda balear, con el 38%, 41,6 millones para la red hospitalaria materno-infantil de La Habana. Le sigue Médicos del Mundo, con el 17%, 19 millones para prevención y control de ETS y VIH/Sida en Vietnam. Destaca también la ayuda canalizada por la Asociación de Amigos del Pueblo Saharaui para los campamentos de Tinduf, y especialmente la presencia considerable de órdenes religiosas y misiones diocesanas canalizadoras de ayuda a salud reproductiva, que han recibido el 17% de la ayuda, principalmente al área materno-infantil y de Sida en América Latina y el África Subsahariana. Mención debe hacerse del proyecto de la Fundación Vicente Ferrer para el mantenimiento de un centro de planificación familiar en Anantapur (India). El Gobierno balear ha financiado también proyectos de Sida en Cuba a PROYDE, en Venezuela a Pobles Germans, y en ginecología y obstetricia en Cuba a Mallorca Amiga.

## Aragón

Aragón viene desarrollando acciones de cooperación al desarrollo desde 1994, fecha en que se aprueba el primer decreto, que regula la cooperación y las ayudas al Tercer Mundo. En marzo del 2000 se aprueba un segundo decreto, que establece las prioridades sectoriales que se han mantenido en las convocatorias anuales a ONG: "satisfacción de las necesidades básicas, entendidas éstas como la alimentación, la vivienda, la salud, la educación, los servicios sociales y las pequeñas infraestructuras". A finales del 2000, Aragón se dota de una ley de cooperación al desarrollo. La ley 10/2000 de 27 de diciembre es la norma que desde entonces rige para la política de cooperación aragonesa. Dicha ley, como las demás que hemos ido viendo en las distintas comunidades, establece planes directores y planes anuales, así como prioridades sectoriales de carácter genérico en materia de servicios sociales básicos, en concreto "vivienda, salud, alimentación y educación". La ley aragonesa, además de crear el Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo, crea la Comisión Autonómica de Cooperación para el Desarrollo, encargada de coordinar la ayuda de la Diputación de Aragón con la de los entes locales aragoneses.

Hasta el momento, Aragón ha destinado 107,2 millones a proyectos de salud reproductiva, de los cuales el 71% ha financiado servicios básicos de salud reproductiva, el 24% proyectos de ETS y VIH/Sida, y el 5% de planificación familiar. El 45% se ha destinado a América Central y Caribe, el 33% a América del Sur y el 22% restante al África Subsahariana. Medicus Mundi ha canalizado el 40% de esta ayuda, dirigido a proyectos de reducción de embarazos adolescentes y prevención de VIH en Guatemala y Perú; la Fundación Humanismo y Democracia ha recibido el 17% para las unidades de dermatología de prevención y diagnóstico de VIH en la República Dominicana; la Cooperación Vicenciana el 12% para maternidad en Camerún; el MPDL el 10% para salud materno-infantil en Nicaragua, y el resto de ayudas se han destinado a Paz y Desarrollo para maternidad y planificación familiar en Togo, a FUDEN para formación de enfermeras en

atención al embarazo, parto y puerperio en Nicaragua, a la Asociación Wawutai para prevención de la transmisión vertical del VIH en Malawi, a la Asociación Huauquipura para maternidad en Ecuador, a Cruz Roja para atención integral a la mujer en Guatemala y a Acción Solidaria Aragonesa para capacitación y formación de comadronas en Guatemala.

## **Galicia**

La cooperación gallega se inicia en 1992 con la firma de un convenio entre la Xunta y la AECI, y con posterioridad se vienen realizando acciones de cooperación y convocando subvenciones para ONG. Desde el 2003 Galicia tiene una ley de cooperación para el desarrollo. La Ley 3/2003 de 19 de junio establece como prioridades sectoriales de la cooperación gallega en primer lugar “los servicios sociales básicos, con especial atención a la vivienda, a la salud, al saneamiento, a la seguridad alimentaria y a la educación”. La ley también prevé la planificación mediante planes directores cuatrienales y planes anuales, y crea el Consejo Gallego de Cooperación para el Desarrollo. Es de esperar que este avance institucional y normativo mejore la ayuda gallega, que hasta ahora se ha caracterizado por un bajo perfil.

En el período 1995-2002 Galicia ha destinado cerca del 2% de su AOD a salud sexual y reproductiva (44,6 millones de pesetas). El Gobierno gallego incentiva, a través de sus convocatorias para ONGD, la realización de programas productivos, el desarrollo integral de las poblaciones, y el abastecimiento de las necesidades básicas a las poblaciones más desfavorecidas. El 65% de las ayudas se ha destinado a salud reproductiva y el 35% restante a proyectos de VIH/Sida. América Latina ha sido el continente receptor de la ayuda gallega, con un 91% (52% a América del Sur y 39% para América Central y Caribe). Médicos del Mundo es la ONG que ha canalizado el 30% de ayudas al sector, dirigidas a prevención de VIH en Honduras, a salud materno-infantil en Bolivia y a salud sexual y reproductiva en Perú. Sin embargo, el proyecto que ha recibido más financiación es la maternidad del Hospital Primero de Mayo de Santa Cruz de la Sierra en Bolivia, promovida por un cirujano pediátrico de Ourense (15 millones, que suponen el 33% de la AOD gallega a salud reproductiva). Otras financiaciones de la Xunta de Galicia han sido las de prevención de Sida y ETS en Mauritania a Farmacéuticos Mundi, atención a la salud de las mujeres en Chiapas a Entrepueblos, o educación para prevenir el Sida en adolescentes en Centroamérica a Cruz Roja, entre otras.

## **Canarias**

A falta de una normativa específica, las prioridades de la cooperación canaria vienen marcadas por los decretos anuales de convocatoria de subvenciones a ONG, en que se pide que las acciones que financiar satisfagan las necesidades básicas de los sectores de población o zonas más desfavorecidas, entendiendo por necesidades básicas las relacionadas prioritariamente con la alimentación, vivienda, salud, educación, servicios sociales o pequeñas infraestructuras. Se priman aquellos proyectos que incluyan atención primaria a la salud, educación básica y formación de recursos, desarrollo rural integrado y apoyo al sector productivo, así como aquellos dirigidos a infancia, mujer, indígenas y refugiados.



Por lo que respecta a la respuesta canaria a la atención al sector población y salud reproductiva, si bien existe una proporción importante de proyectos subvencionados del ámbito sanitario, sólo dos acciones de mejora de la salud reproductiva han obtenido ese apoyo. Canarias concedió 19,4 millones de pesetas a Médicos del Mundo para salud reproductiva en Mauritania, y 2,4 millones de pesetas a la Asociación de Amistad Canario-Cubana José Martí para el Hospital Gineco-Obstétrico Provincial Sancti Spiritus de Cuba. Ambas acciones suponen el 0,6% de toda la AOD canaria entre 1995 y el 2002, situando a esta comunidad en el último lugar del ranking de atención a la salud reproductiva, con la excepción de Madrid, que no ha financiado ningún proyecto del sector en ocho años.

## **Murcia**

La cooperación murciana se inicia en 1994, optando desde un principio por las ayudas a ONG, si bien se están empezando a dar pasos hacia una cooperación más directa, a través de convenios con la AEI. Ese mismo año se crea el Consejo Asesor Regional para la Cooperación y la Solidaridad. La cooperación murciana es después de La Rioja la que menor AOD canaliza. Las órdenes de convocatoria anual son las encargadas de establecer las prioridades sectoriales de Murcia, que en este caso se limita a establecer que los proyectos irán dirigidos a la "ayuda a los sectores más necesitados de los países y zonas en vías de desarrollo", si bien en los criterios de valoración se priorizan aquellos dirigidos a sectores de población más desfavorecida como infancia y mujer, o aquellos "que formen parte de un programa más amplio, a ser posible integral, que atienda a distintos factores de la situación (educación, alimentación, salud, vivienda, infraestructuras, actividades agropecuarias,...), y necesariamente conexos". Murcia sólo ha concedido tres subvenciones a proyectos de salud reproductiva en ocho años. Se trata de dos acciones de atención materno-infantil en Mozambique y Angola, del Consejo Interhospitalario de Cooperación, por valor de 9 millones de pesetas, y de un proyecto materno-infantil del MPDL en Camerún por valor de 3,9 millones. Estos montos elevan la ayuda a salud reproductiva al 0,9% de toda la ayuda murciana.

## **Cantabria**

Cantabria realiza cooperación al desarrollo desde 1996, año en que se aprobó el decreto 66/1996, modificado parcialmente en el 2000, y que regula la dotación económica que la Comunidad Autónoma de Cantabria aporta, ya sea directamente o a través de ONG, a países en desarrollo. Esta modificación precisamente estableció entre las prioridades de la cooperación cántabra los "proyectos que incidan en el ámbito educativo, sanitario, de infraestructuras y derechos humanos, que favorezcan el desarrollo integral con apreciación global del problema que tratar". A nivel institucional Cantabria tiene una particularidad, pues es la única Administración autonómica en que las competencias de cooperación al desarrollo residen en la Consejería de Economía y Hacienda, cuando lo habitual es que dependan de Bienestar Social, Asuntos Sociales o Presidencia. Si bien el sector sanitario goza de prioridad, sólo un proyecto ha financiado Cantabria en salud sexual y reproductiva: se trata de las acciones de salud materno-infantil y planificación familiar de Médicos Sin Fronteras en el marco del apoyo al sis-

tema de salud del distrito de Mtwara (Tanzania), por valor de 10 millones de pesetas. Este desembolso supone el 0,7% de la AOD cántabra de los últimos ocho años.

## Madrid

La Comunidad de Madrid ha destinado cerca de 7.350 millones de pesetas entre 1995 y el 2002 a AOD. Es la séptima comunidad en presupuesto. Sin embargo, no ha financiado ni un solo proyecto de salud reproductiva. En 1997 la Comunidad de Madrid se dotó de un Consejo de Cooperación al Desarrollo como órgano colegiado de consulta. Anteriormente, en 1990, y con motivo de las crecientes aportaciones autonómicas y municipales de la Comunidad de Madrid, una proposición no de ley de la Asamblea madrileña estableció un sistema de planes específicos de cooperación anuales por el que se aseguraba un apartado en los presupuestos madrileños para cooperación al desarrollo, dirigido preferentemente a los países de América Latina, y en el que al menos la tercera parte de la ayuda se canaliza a través de subvenciones a ONG. El motivo de no haber financiado ningún proyecto de salud reproductiva debe asociarse a las prioridades sectoriales tradicionales de la comunidad, que ha centrado la cooperación al desarrollo en proyectos de los sectores educativos y productivos en América Latina, mientras que la salud básica no se ha considerado un elemento prioritario (los proyectos de salud suponen un 10% del total en los últimos años), y el tema de salud reproductiva en concreto sólo se atiende si está incluido en estos proyectos más amplios de salud básica.

La aprobación de la Ley 13/1999 de Cooperación al Desarrollo, la primera de estas características en el ámbito autonómico, parece haber cambiado esta tónica. La ley que la Asamblea de Madrid aprobó establece entre sus áreas de actuación preferentes los servicios sociales básicos: salud, saneamiento y seguridad alimentaria, así como la promoción de los derechos humanos, igualdad de oportunidades, participación en integración social de la mujer y defensa de los grupos de población más vulnerables. Asimismo, prevé, al igual que la ley nacional, planes generales cuatrienales y planes anuales, subordinados al Plan Director español. El primer Plan General de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid 2001-2004 establece como objetivo general contribuir al progreso humano, económico y social y a la erradicación de la pobreza en los países en desarrollo a través de cinco objetivos específicos, el primero de los cuales es la mejora de la cobertura de necesidades básicas y la educación, que incluye como estrategia la mejora de la salud básica a través de la atención primaria, la educación para la salud, la nutrición, la salud reproductiva y materno-infantil. Los planes anuales y los planes estratégicos de actuación en los países prioritarios no parecen haber cambiado la preferencia por el sector educativo, con la excepción de Mozambique, donde se especifica que la salud materno-infantil y la salud reproductiva serán ámbitos de actuación. Aunque el año 2003 no entra dentro de los resultados del presente informe, debemos destacar que en este año se han aprobado los primeros proyectos de salud sexual y reproductiva de la Comunidad de Madrid, en concreto a Ayuda en Acción (75.000 euros) para apoyo a la educación y a la salud materno-infantil en Honduras y a Médicos del Mundo (110.458 euros) para prevención de VIH y atención a personas seropositivas en Mozambique.

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

La ayuda de los entes locales

## LA AYUDA DE LOS ENTES LOCALES

---

Los inicios de la cooperación al desarrollo de las entidades locales en los años ochenta van unidos al fenómeno de los hermanamientos entre municipios. En dicho proceso juegan un papel especial los municipios nicaragüenses tras el triunfo de la revolución sandinista, un proceso seguido de cerca por el también incipiente municipalismo español y que dio lugar a un entramado de relaciones de cooperación y de establecimiento de programas que empezará a dar sus frutos a nivel presupuestario en los noventa. Una de las consecuencias de este proceso es la creación de los fondos municipales de cooperación, de los cuales hablaremos más adelante.

Mientras que en 1994-1997 la evolución de la ayuda de los entes locales (municipios, diputaciones, cabildos y consejos insulares) se mantuvo pareja a la de las comunidades autónomas, repartiéndose por igual el volumen de ayuda descentralizada, a partir de 1998 el crecimiento de la ayuda local es más moderado que el de la autonómica, manteniéndose desde el año 2000 entre los 14.600-15.000 millones de pesetas, lo que supone un 34% de toda la cooperación descentralizada.

Hasta 1998 los datos de las entidades locales, que suministra la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), no habían sido distribuidos nunca por sectores. Sin embargo, la distribución realizada en 1998 de la AOD local desembolsada entre 1996 y 1997 por las más de 400 entidades locales identificadas no se ha realizado siguiendo las pautas del CAD tras la Conferencia de El Cairo. Se siguen utilizando términos como "centro de maternidad e infancia" o "programas demográficos", los cuales impiden conocer con certeza los niveles de este canal de la AOD española en materia de población y salud reproductiva. En el informe 1996-1997 de la cooperación descentralizada de las entidades locales, elaborado por la FEMP, se hace por primera vez una distribución de gasto por sectores, en los que aparece el apartado de programas demográficos, para el que en 1996 se contabilizan 1,7 millones de pesetas, y para 1997 6,9 millones. Con seguridad, el componente denominado "programas demográficos" no responde a los conceptos de población y salud reproductiva, pues si analizamos los datos de algunos ayuntamientos, diputaciones o fondos regionales de cooperación, dichas cifras se ven ampliamente superadas.

Las aproximaciones que se realizaron en el primer informe de Cairo+5 mostraban la existencia de un apoyo de la administración local a proyectos de salud reproductiva; sin embargo, las dificultades de lograr una información exhaustiva por la multiplicidad de donantes no permitieron valorar el nivel de la ayuda y su contribución a la AOD española en población y salud reproductiva. Para la elaboración del presente informe de Cairo+10 se ha llevado a cabo un laborioso proceso de recogida de datos de la cooperación local, que sin ser exhaustivo sí que ha permitido mostrar de manera muy aproximada los niveles de apoyo de los entes locales a salud reproductiva.

La información que el presente capítulo recoge se basa en un universo de 130 administraciones públicas locales, además de los fondos de cooperación. Para ello se han utilizado los datos del Informe 1998-1999 de la Cooperación Descentralizada, realizado por la FEMP, tomando como universo aquellos entes con un presupuesto de AOD superior a los 10 millones de pesetas anuales. Un factor que tener en cuenta son las dificultades en recabar los datos de dichas administraciones, pues los resultados han sido irregulares según la comunidad. Las administraciones locales que han respondido mejor a la solicitud de datos son en líneas generales las de Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, La Rioja, Navarra y Euskadi, y han sido los entes locales de Canarias, Cantabria, Galicia y Murcia los que menos información han suministrado.

También se constata que las administraciones con un mayor presupuesto para cooperación tienen más capacidad de contabilizar y responder a la petición de información y datos sobre su AOD, capacidad que va disminuyendo a medida que disminuye su aportación a la cooperación al desarrollo. Esta tendencia nos permite afirmar que pese a no ser exhaustiva la información recogida en el informe sí creemos que es lo suficientemente aproximada como para poder considerarla válida a la hora de sacar conclusiones y contabilizarla dentro del volumen general de AOD española a población y salud reproductiva. En este sentido, creemos que el volumen de AOD que no se haya podido contabilizar no debe de ser muy significativo como para influir en los datos generales.

El siguiente cuadro resume el universo de administraciones locales utilizado para recabar los datos de la AOD local a salud reproductiva.

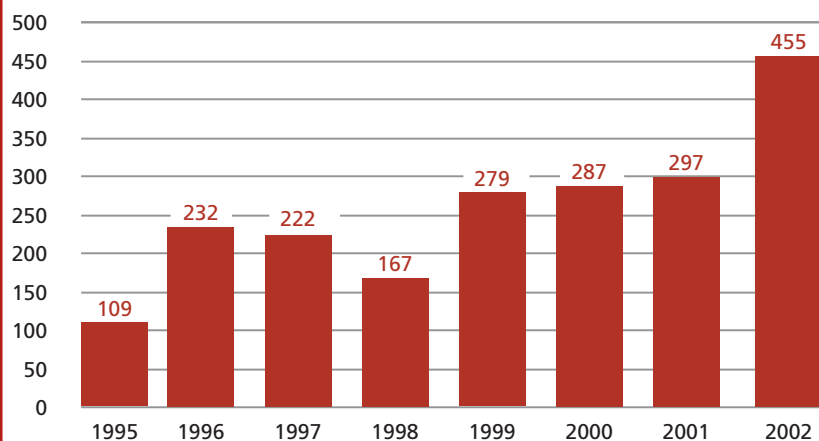
Se calcula que el nivel de exhaustividad de los datos recogidos de estos 130 entes es de un 60%. 29 de ellos no aportaron ninguna información al estudio (22%), 57 aportaron información completa para todos los años del período 1995-2002 (44%), y los 44 entes restantes aportaron información de manera parcial (34%).

Una vez tenidas en cuenta estas informaciones previas, cabe decir que la AOD local a salud reproductiva entre 1995 y el 2002 canalizó 2.048 millones de pesetas, lo que supone el 15% de toda la ayuda española para este período. La evolución de esta ayuda ha mantenido una línea ascendente, desde los 109 millones en 1995 a los 455 en el 2002 (Figura 36). Estas cifras incluyen las aportaciones locales a los fondos de cooperación.

### Universo de administraciones locales utilizado para recabar los datos de la AOD local a salud reproductiva

	Total	AOD entre 10 y 49 millones de pesetas		AOD entre 50 y 99 millones de pesetas		AOD superior a 100 millones de pesetas	
		Ayuntamientos	Diputaciones	Ayuntamientos	Diputaciones	Ayuntamientos	Diputaciones
Andalucía	21	8	2	3	4	2	2
Aragón	2	1	0	0	0	1	0
Asturias	2	1	0	0	0	1	0
Baleares	2	1	0	0	0	0	1
Canarias	4	2	1	0	0	0	1
Cantabria	1	1	0	0	0	0	0
Castilla-La Mancha	8	5	2	1	0	0	0
Castilla y León	15	7	4	2	2	0	0
Cataluña	20	13	2	2	0	2	1
Comunidad Valenciana	12	6	2	1	0	2	1
Extremadura	1	1	0	0	0	0	0
La Rioja	1	0	0	1	0	0	0
Galicia	3	2	1	0	0	0	0
Madrid	19	13	0	5	0	1	0
Murcia	4	3	0	0	0	1	0
Navarra	2	1	0	0	0	1	0
País Vasco	13	6	0	2	0	2	3

**Figura 36. Evolución de la AOD local a población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas**



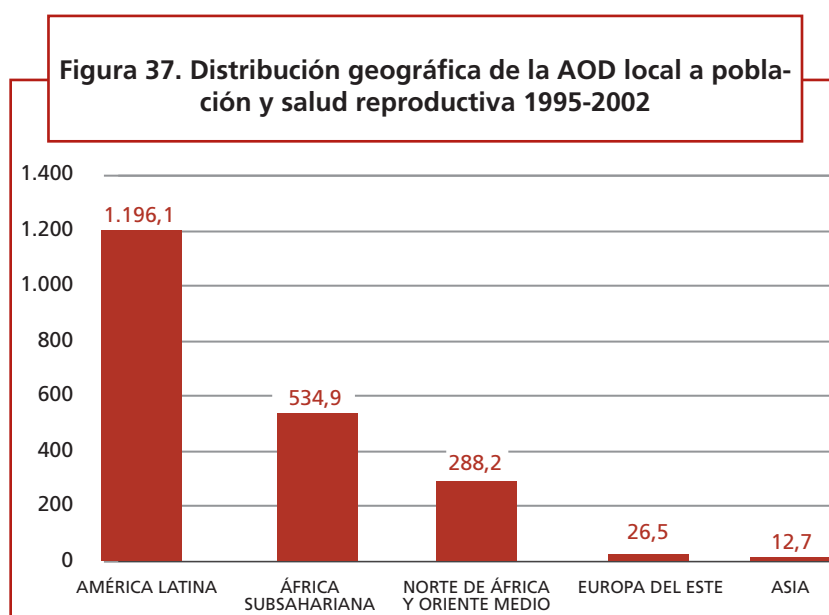
Fuente: elaboración propia

En cuanto a la distribución geográfica, la AOD local es el canal de ayuda española que mayor proporción destina a América Latina. Esta región recibe el 58% de la AOD local en salud reproductiva, seguida del África Subsahariana, con el 26%. Por países, Honduras, con 237 millones, y Nicaragua, con 226, encabezan la lista de países receptores, siguiéndoles a continuación la población saharai, con 139 millones. Por lo que respecta al África Subsahariana, Tanzania es el principal país receptor, con 132 millones. Esta distribución geográfica sitúa la AOD local en peor disposición que la ayuda autonómica a la hora de priorizar a países con índices de riesgo reproductivo altos o muy altos, con el 32% (la AOD autonómica destina cerca del 43%). Es además el tipo de ayuda que mayor porcentaje dedica a países con riesgo reproductivo muy bajo (más del 4%). (Figuras 37, 38 y 39).

La distribución por subsectores hace de la ayuda local la que mayor proporción destina a servicios básicos de salud reproductiva, más del 76%, en detrimento de los proyectos de ETS y VIH/Sida, que sólo reciben un 20% de la ayuda. El 4% restante es para planificación familiar. (Figura 40).

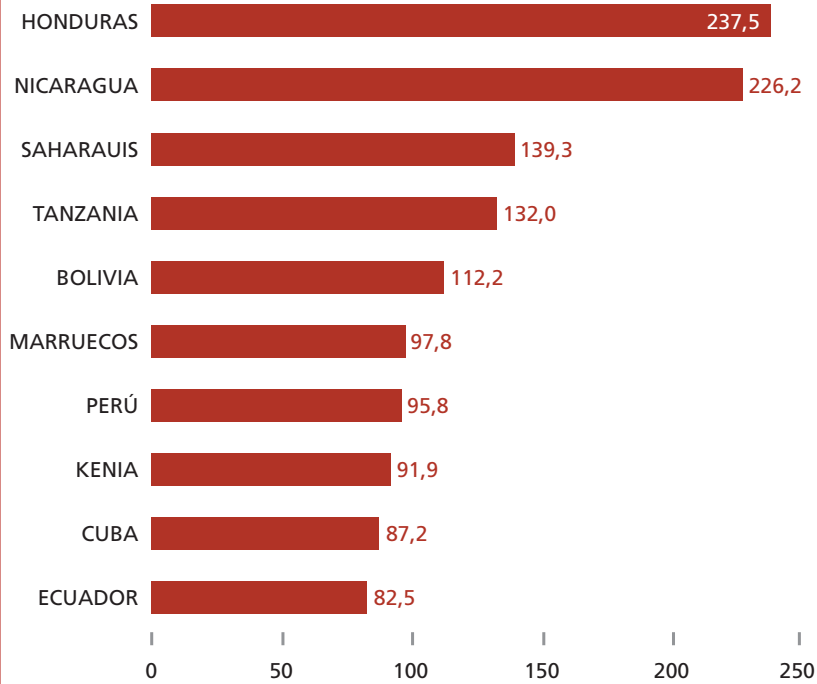
El ente local que en mayor medida ha contribuido al sector de salud reproductiva, y que destaca de manera muy importante por encima de los demás, es el Ayuntamiento de Madrid. Sólo esta administración local ha suministrado el 21% de toda la ayuda local española al sector, cerca de 411 millones de pesetas en 1995-2002. Una cifra que, para hacernos una idea, sólo se ve superada por las comunidades de Navarra, Valencia y Euskadi. Eso significa que el Ayuntamiento de la capital de España realiza una contribución superior a la de gobiernos autonómicos como Andalucía o Cataluña. A mucha distancia del Ayuntamiento de Madrid le siguen el Fons Català de Cooperació, con 206 millones, el Ayuntamiento de Barcelona, con 104,3 millones, el Ayuntamiento de Zaragoza, con 99,2 millones, el Fons Mallorquí, con 87,5 millones, y la Diputación de Vizcaya, con 85,9 millones. (Figura 41).

**Figura 37. Distribución geográfica de la AOD local a población y salud reproductiva 1995-2002**



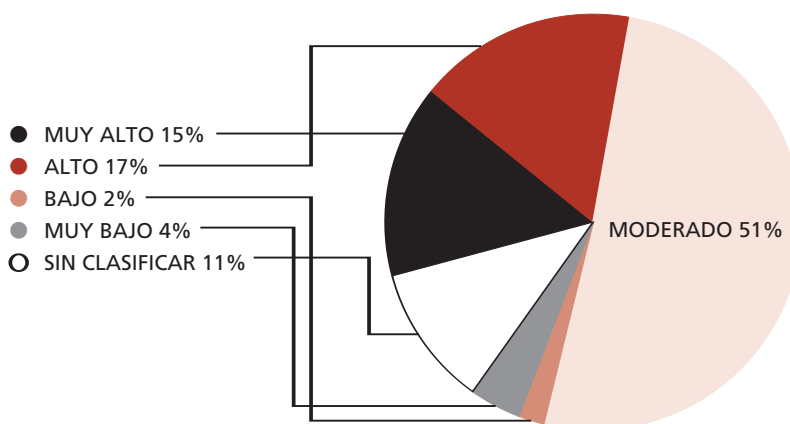
Fuente: elaboración propia

**Figura 38. Los 10 primeros países receptores de AOD local a población y salud reproductiva 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

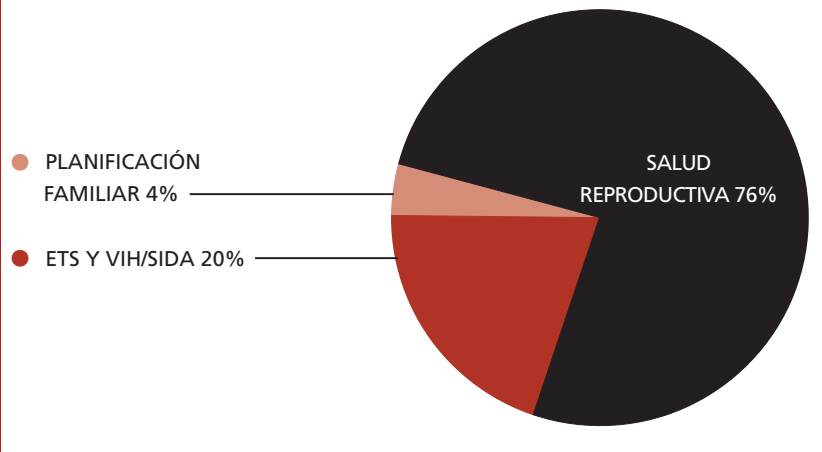
**Figura 39. Distribución de la AOD local según el índice de riesgo reproductivo del país receptor 1995-2002**



Fuente: elaboración propia



**Figura 40. AOD local a población y salud reproductiva por sectores 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

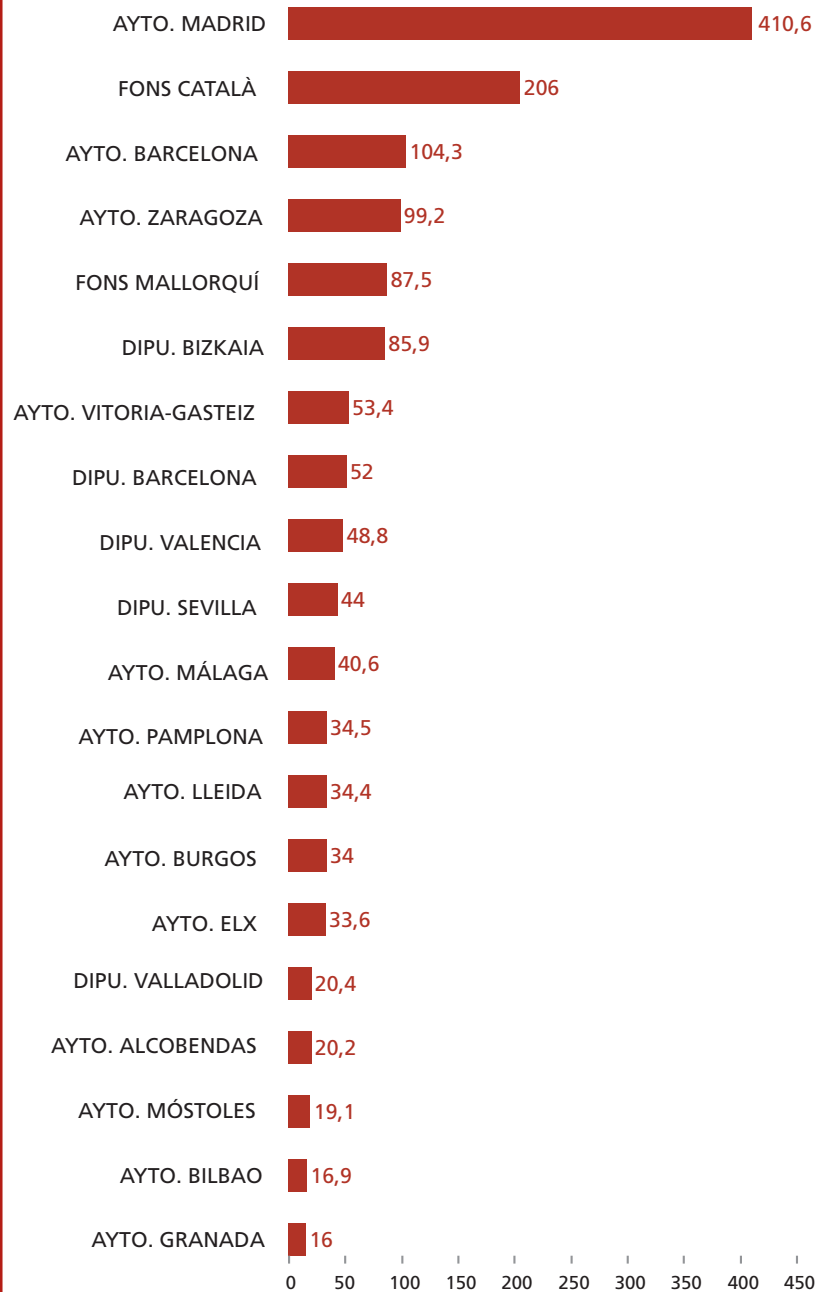
Si agrupamos la ayuda de los entes locales por comunidades autónomas, son los municipios catalanes los que en mayor medida han contribuido al sector de salud reproductiva, con 545 millones, seguidos de los madrileños, con 490,7 millones. A considerable distancia vienen las administraciones locales de Andalucía, con 218,6 millones, del País Vasco, con 210,6 millones, y de la Comunidad Valenciana, con 131,7 millones. Los últimos lugares los ocupan Murcia, Galicia, Castilla-La Mancha y Canarias, que en el período 1995-2002 no han desembolsado ni siquiera un millón por año en salud reproductiva. (Figura 42).

La ayuda de los entes locales se canaliza básicamente a través de subvenciones a ONG, y en el sector que nos ocupa las ONG sanitarias canalizan cerca del 45% de la ayuda local. Médicos Sin Fronteras es la ONG que ha recibido mayor volumen de financiación de ayuntamientos y diputaciones para proyectos de salud reproductiva, el 12% del total, seguida de Médicos del Mundo, con el 11%, de Cruz Roja, con el 9%, y de Medicus Mundi, con el 6%. La primera ONG no sanitaria en canalizar dichos fondos es Entrepueblos, con el 5%. La vía local desembolsa a las órdenes religiosas apenas un 3% para proyectos de salud reproductiva. Destacan también las diversas asociaciones de amistad con el pueblo saharauí, dado que dicha población es el tercer receptor de la AOD local al sector. (Figura 43).

### **Ayuntamiento de Madrid**

Desde el año 1995, el Ayuntamiento de Madrid viene desarrollando el Programa Municipal de Cooperación con Países en Desarrollo y en el término municipal de Madrid, destinando el 0,7% del total de su presupuesto anual a este fin. El Programa Municipal de Cooperación, como reza su memoria, "comparte los conocidos objetivos de desarrollo para el Milenio" en cuanto a la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, la extensión de la educación primaria, la promoción de la mujer,

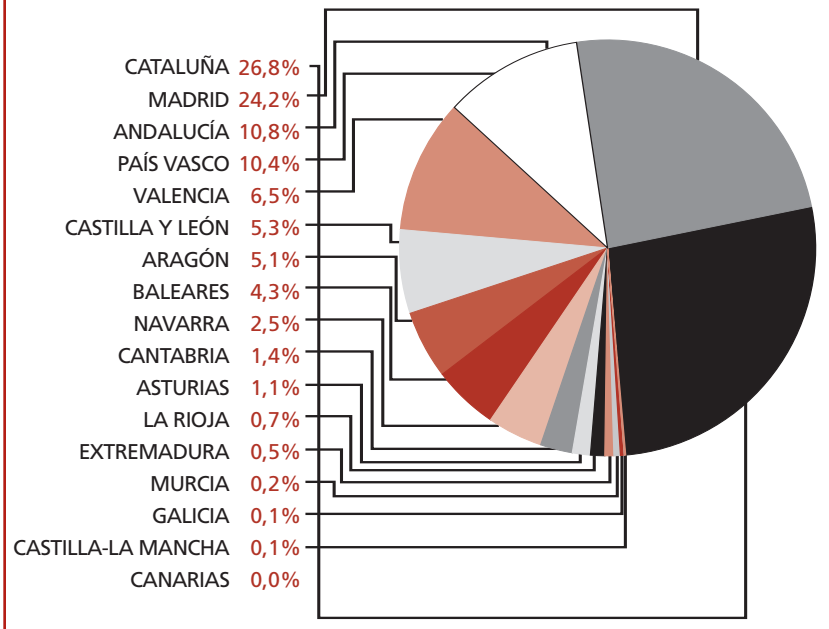
**Figura 41. Los 20 primeros donantes locales de AOD a población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas**



Fuente: elaboración propia

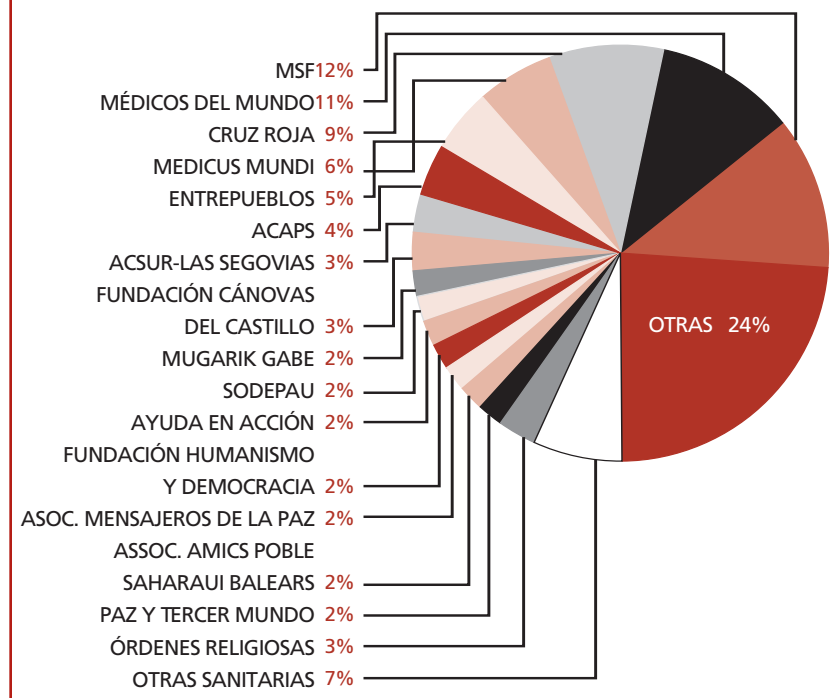
la reducción de la tasa de mortalidad infantil y la mejora de la salud materna, unidas a la lucha contra el Sida y la promoción del desarrollo medioambiental sostenible". Las bases reguladoras de las convocatorias para la concesión de ayudas para proyectos de cooperación, que datan de

**Figura 42. Distribución autonómica de la AOD local a población y salud reproductiva 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

**Figura 43. ONG canalizadoras de la AOD local a población y salud reproductiva 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

1995, priorizan las áreas de actuación educativa, sanitaria, de servicios sociales y de promoción social, productiva e infraestructuras.

De los 411 millones del Ayuntamiento de Madrid, el 34% se ha destinado a proyectos de VIH/Sida, y el resto a servicios básicos de salud reproductiva, principalmente de atención materno-infantil. La Cruz Roja ha canalizado el 23% de esta ayuda, seguida de Médicos del Mundo, con el 16%, y Acsur-Las Segovias, con el 11%. El África Subsahariana es la región más favorecida por las ayudas del Ayuntamiento de Madrid, con el 41% (167 millones), seguida de América Central y Caribe, con el 33% (135 millones), América del Sur, con el 15% (60 millones), y el norte de África, con el 12% (49 millones). Honduras es el primer país receptor de ayuda a través de un proyecto de apoyo en salud materno-infantil desarrollado por Medicus Mundi, y de otro de violencia de género de ACSUR-Las Segovias. Le sigue Ecuador, con un proyecto de Ayuda en Acción de apoyo a la salud materno-infantil y otro de Cruz Roja de apoyo a parteras del Alto Napo. A continuación viene el apoyo destinado a Marruecos, concretamente a un centro materno-infantil en Larache, a través de Cruz Roja, y a Burundi, a través de proyectos de Sida de los Padres Blancos y de Cruz Roja. En República Dominicana se ha dado apoyo a un proyecto de salud materno-infantil de la Fundación Humanismo y Democracia y a otro de VIH/Sida de Medicus Mundi. Otras ayudas son las concedidas a proyectos de salud materno-infantil en Senegal de Médicos del Mundo, en Kenia de Mensajeros de la Paz, y en Tanzania a uno de VIH/Sida de Médicos del Mundo.

### **Ayuntamiento de Barcelona**

El Ayuntamiento de Barcelona es la segunda administración pública en fondos destinados a proyectos de salud reproductiva, aunque a distancia considerable del de Madrid. 104 millones desembolsados en ocho años, y distribuidos en un 57% a servicios básicos de salud reproductiva, un 37% a ETS y VIH/Sida y un 10% a planificación familiar. La cooperación de Barcelona se caracteriza por priorizar a los países mediterráneos. Así, Marruecos y Palestina han recibido el 42% de la ayuda al sector, seguidos de América Central y Caribe, con el 25%. Rumanía ha recibido el 18%, América del Sur el 10% y destaca la mínima contribución a las necesidades en materia sexual y reproductiva del África Subsahariana, con sólo un 5%. Cuatro ONG se reparten más del 50% de la ayuda barcelonesa. En primer lugar Sodepau (16%), en proyectos de VIH/Sida en Nicaragua (en colaboración con la Associació Ciutadana Antisida de Catalunya) y de disminución de mortalidad materna e infantil en Marruecos. En segundo lugar Salud y Familia (15%), en proyectos de salud materno-infantil principalmente en Palestina y también en otros países del Mediterráneo sur. La Fundación Salud y Comunidad, con un 13%, ocupa el tercer lugar, con proyectos de VIH/Sida en Rumanía, y a continuación sigue Medicus Mundi, con un 10% para un proyecto de salud materno-infantil en Cisjordania.

### **Ayuntamiento de Zaragoza**

El Ayuntamiento de la capital aragonesa es la tercera administración local que prioriza en sus desembolsos la salud reproductiva. 99,2 millones de pesetas se han destinado a financiar en un 75% proyectos de servicios básicos de salud reproductiva y en un 25% de prevención y

control de ETS y VIH/Sida. Geográficamente, el 77% se ha concentrado en países de América Central y Caribe, el 18% en el África Subsahariana y el 5% restante en América del Sur. La Fundación Cánovas del Castillo ha recibido el 40% de las ayudas, destinadas a sus proyectos en Honduras. Le sigue Médicos del Mundo, con el 22%, destinado a proyectos materno-infantiles en Bolivia y Honduras y de VIH en Kenia. La Fundación Humanismo y Democracia ha recibido el 12% para su actividad en materia de ETS en la República Dominicana, y le sigue la Acción Solidaria Aragonesa con proyectos de salud de la mujer en Guatemala.

### **Diputación Foral de Vizcaya**

Con anterioridad al 2001, la Diputación Foral de Vizcaya destinaba su presupuesto de cooperación a las aportaciones que realizaba a través del FOCAD (Fondo de Cooperación al Desarrollo del Gobierno Vasco). Es a partir de ese año que realiza su propio programa de cooperación. En sólo dos años ha destinado 86 millones a salud reproductiva, convirtiéndose en la cuarta administración local del Estado en apoyo al sector. Dicha financiación se ha destinado a cuatro proyectos: 32 millones para fortalecimiento de la red de atención primaria para mejorar los indicadores de mortalidad y morbilidad materna, infantil y neonatal en Honduras a cargo de Paz y Tercer Mundo en colaboración con la Asociación para la Defensa de la Salud Pública (OP); 22 millones para fortalecimiento de un programa materno en Bolivia a cargo de Médicos Sin Fronteras; 22 millones para mejora de la salud materno-infantil en Mozambique a cargo de Médicos del Mundo, y 9 millones también a Médicos del Mundo para un proyecto de mejora de la calidad de vida de las mujeres en Senegal.

### **Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz**

La cooperación de la capital vasca, cifrada en 53 millones, el 92% para salud materno-infantil y el 8% para Sida, se ha destinado en su totalidad a países de América Latina. El 84% ha ido a América Central y Caribe y el 16% a Perú. Médicos Sin Fronteras ha canalizado el 37% de la ayuda vitoriana para un proyecto materno-infantil en Honduras, Mugen Gainetik el 17% para atención a la mujer en El Salvador, Medicus Mundi el 16% para capacitación de parteras tradicionales en Jaén (Perú), Paz y Tercer Mundo el 14% para capacitación de promotoras de salud y parteras en México, y Solidaridad Internacional y Mugarik Gabe ambas el 8%, la primera para lucha contra el Sida en Cuba y la segunda para atención materna en El Salvador.

### **Diputación de Barcelona**

La Diputación de Barcelona ha destinado 52 millones en ocho años, de los cuales el 58% ha sido para proyectos de servicios básicos de salud reproductiva y el 42% para prevención de ETS y VIH/Sida. El 57% se ha destinado a América Central y Caribe, el 33% a América del Sur y el 10% a Rumanía. La distribución por ONG ha sido muy diversa, destacando la Cruz Roja con el 29% para centros de atención a mujeres embarazadas en Bolivia, Cooperacció con el 17% para educación para la salud de mujeres jóvenes en Nicaragua, Médicos Sin Fronteras con

otro 17% para prevención de ETS en Cuba, y la Fundación Josep Comaposada con el mismo porcentaje para atención primaria de salud de las mujeres en El Salvador y para promoción de los derechos laborales y la salud sexual en Nicaragua.

### **Diputación de Valencia**

48,8 millones ha destinado la Diputación valenciana a salud reproductiva. Toda la financiación se ha concedido a proyectos de servicios básicos de salud reproductiva en América Latina, el 65% a América Central y Caribe y el 35% restante a América del Sur. La Fundación Cánovas del Castillo ha canalizado el 44% de las ayudas para su apoyo a clínicas materno-infantiles en Honduras, Médicos Sin Fronteras el 25% para salud sexual y reproductiva en Ecuador, el CIC el 12% para ecografías en El Salvador, FUDEN el 8% para urgencias materno-infantiles y obstétricas en la República Dominicana, Ollantay el 8% también para un centro obstétrico en Perú, y otras ayudas menores han servido para apoyar una maternidad en Perú y un dispensario materno-infantil en Nicaragua.

### **Diputación de Sevilla**

La Diputación de Sevilla es la primera administración local andaluza en financiar proyectos de salud reproductiva, con 44 millones desembolsados. El 89% de la ayuda se ha destinado a América Central y Caribe, el 10% a América del Sur y un marginal 1% al África Subsahariana. Debemos destacar ante todo que se trata de la primera administración pública del Estado español en proporción de ayuda a proyectos de planificación familiar dentro del sector de población y salud reproductiva, pues un 25% de los 44 millones se ha destinado al centro de planificación familiar de Port-au-Prince en Haití a través de la Asociación de Amistad con el Pueblo de Haití, proyecto también financiado por la Junta de Andalucía. El resto de la ayuda ha servido para financiar otros servicios básicos de salud reproductiva. También destaca que cerca del 12% ha sido cooperación directa, para un centro maternal en Cuba y para violencia y explotación sexual en la República Dominicana. La mayor parte de la ayuda de la Diputación de Sevilla (23 millones) se ha destinado a la Fundación Popol-Na para construcción y funcionamiento de una clínica materno-infantil en Posoltega (Nicaragua). Otras ayudas se han destinado a prevención y tratamiento de la violencia de género en Cochabamba (Bolivia) a cargo de la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres, y a Medicus Mundi para erradicación de la mutilación genital femenina en Burkina Faso.

### **Ayuntamiento de Málaga**

Con 40,6 millones de pesetas, el Ayuntamiento de Málaga es el primer ayuntamiento andaluz en AOD a salud reproductiva. Cinco son las acciones financiadas en ocho años: 17,2 millones a Médicos Sin Fronteras para prevención de VIH en Kenia, 11,2 millones a Medicus Mundi para prevención, control y tratamiento de ETS en Burkina Faso, 7,1 millones a Cruz Roja para Sida en Rwanda, 2,6 millones a Nous Camins para salud materno-infantil en Bolivia y 2,5 a OCSI para salud materno-infantil en El Salvador y salud de la mujer en Venezuela.

### **Ayuntamiento de Pamplona**

La AOD a salud reproductiva de la capital navarra se cifra en 34,5 millones de pesetas, repartidos en doce subvenciones a servicios básicos de salud reproductiva, principalmente de atención materno-infantil. El 56% se ha destinado a países de América Central y Caribe, el 38% a América del Sur y el 7% restante a la República Democrática del Congo. La distribución a través de ONG ha sido muy diversificada, si bien destaca Mugarik Gabe como canalizadora del 30% de las ayudas a salud reproductiva para sus acciones de apoyo a la salud de las mujeres en México. Le sigue la Asociación de Misiones Diocesanas con un proyecto materno-infantil en Venezuela, UNICEF Navarra también en Venezuela con un proyecto de salud sexual y reproductiva de adolescentes, Paz y Tercer Mundo con un proyecto en Chiapas de salud de las mujeres, y la Asociación Navarra Nuevo Futuro para hogares maternos en La Habana, entre otros.

### **Ayuntamiento de Lleida**

Lleida es el segundo ayuntamiento catalán en apoyar proyectos de salud reproductiva, con 34,4 millones de pesetas en ocho años. El 58% se ha destinado a servicios básicos de salud reproductiva, el 40% a ETS y VIH/Sida, y el 2% restante a planificación familiar. La distribución geográfica de la ayuda es en un 45% para América del Sur (Perú, Bolivia y Colombia), un 41% para el África Subsahariana (Kenia y Guinea Ecuatorial) y un 14% para el Caribe (Cuba y República Dominicana). Cruz Roja ha canalizado la mayor parte de la ayuda, con un 30% para su proyecto de atención integral a la mujer en Bolivia, seguida de Médicos Sin Fronteras, con un 22% para prevención de VIH/Sida en Kenia, y Manos Unidas, con un 16% para salud materno-infantil también en Kenia. Otras ayudas menores han ido a Juristas Sin Fronteras, para violencia intrafamiliar en Perú, a Lleida Solidària, para prevención de VIH en la República Dominicana, o a Amics de Cuba, para prevención de VIH/Sida en la isla caribeña.

### **Ayuntamiento de Burgos**

Se trata de la primera administración local castellano-leonesa en priorizar la salud reproductiva a través de su AOD, con 34 millones de pesetas. La ayuda burgalesa se ha dirigido a cinco proyectos en América Latina. Entrepueblos ha canalizado el 47% de la ayuda a dos proyectos, uno de fortalecimiento a una clínica materno-infantil en Nicaragua (9 millones) y otro sobre violencia sexual en El Salvador (7 millones). Le sigue Médicos del Mundo, con el 46% destinado también a dos acciones, una de asistencia sanitaria a la mujer en Chiapas (11 millones) y otra de salud materno-infantil en Bolivia (5 millones). El proyecto restante es de Sotermun (2 millones) para capacitación a comadronas en Guatemala.

### **Ayuntamiento de Elx**

El Ayuntamiento de Elx es la segunda administración local de la Comunidad Valenciana, tras la Diputación de Valencia, y el primer

ayuntamiento de la comunidad en subvencionar proyectos de salud reproductiva. 34 millones se han distribuido en ocho años a cinco proyectos de servicios básicos de salud reproductiva y uno de VIH/Sida. Todas las acciones se han dirigido a países de América Central y Caribe. Solidaridad Internacional ha recibido 9,5 millones para salud de la mujer en Nicaragua, Cáritas Interparroquial 8,3 millones para atención a enfermos de Sida en Honduras, y la Agrupación Antibloqueo al Pueblo Cubano 7,3 millones para suministro de compresas en Cuba, entre otros.

### **Diputación de Valladolid**

20,4 millones ha desembolsado la Diputación de Valladolid, de los que 14 han servido para financiar diversas acciones de salud y educación sexual y reproductiva para mujeres y adolescentes en Nicaragua, 5 millones para luchar contra ETS y Sida en Guinea Ecuatorial a cargo de Salud y Desarrollo, y 1,4 para un programa de mujer y salud en Guatemala a cargo de la Fundación Cauce.

### **Ayuntamiento de Alcobendas**

Dicho Ayuntamiento ha destinado 20,2 millones de pesetas a proyectos de Médicos del Mundo en tres países: 10,5 para atención a la mujer gestante de alto riesgo biopsicosocial en Paraguay, 7,2 para prevención de VIH/Sida en Tanzania, y 2,5 para salud y mujer en las provincias altas de Cusco (Perú).

### **Ayuntamiento de Móstoles**

Móstoles sigue en el ranking a Alcobendas, con 19 millones para cuatro proyectos de salud materno-infantil de Médicos Sin Fronteras en Panamá, Paz y Tercer Mundo en Guatemala, IPADE en la República Dominicana y Círculo Solidario en Perú.

### **Ayuntamiento de Bilbao**

El Ayuntamiento de Bilbao tiene una línea propia de cooperación al desarrollo desde 1999. Con anterioridad sus aportaciones las realizaba a través del FOCAD. En el período 1999-2002 Bilbao ha financiado cada año proyectos de salud reproductiva, desembolsando cerca de 17 millones de pesetas. Cinco proyectos han sido subvencionados en este período, sobre salud materno infantil en Ecuador de la Fundación ADSIS, en Nicaragua de Médicos del Mundo, dos en Honduras de la Asociación para la Defensa de la Salud Pública (OP), y el último sobre VIH/Sida en México presentado por La Araucana.

### **Ayuntamiento de Granada**

Granada es el segundo ayuntamiento andaluz en priorizar la salud reproductiva en su AOD, después del de Málaga, con 16 millones de pesetas desembolsados entre 1999 y el 2000 a Medicus Mundi para dos proyectos en Burkina Faso, uno de prevención de ETS y otro de maternidad sin riesgo.



### Otras administraciones locales

Hasta aquí hemos destacado las 18 primeras administraciones locales por volumen de AOD concedida a proyectos de salud reproductiva entre 1995-2002. Otras administraciones con desembolsos inferiores a los 16 millones de pesetas pero también destacables son, por este orden, el Ayuntamiento de Alicante (15,8 millones), el Ayuntamiento de Oviedo (14,1 millones), el Ayuntamiento de Valladolid (14 millones), la Diputación de Burgos (14 millones), el Ayuntamiento de San Sebastián (13,7 millones), la Diputación de Álava (13,3 millones), el Ayuntamiento de Terrassa (13,3 millones), el Ayuntamiento de Valencia (12,9 millones), el Ayuntamiento de Jaén (12,6 millones), la Diputación de Cádiz (12,3 millones), la Diputación de Lleida (12,3 millones), el Ayuntamiento de l'Hospitalet de Llobregat (12,3 millones), el Ayuntamiento de Logroño (10,8 millones), la Diputación de Jaén (10,6 millones), el Ayuntamiento de Majadahonda (10,5 millones), el Ayuntamiento de Cáceres (10,4 millones) y la Diputación de Córdoba (10 millones).

Existen administraciones, como la Diputación de Sevilla, el Ayuntamiento de Sevilla, el Ayuntamiento de Murcia, el Cabildo Insular de Gran Canaria y el Ayuntamiento de Gijón, que por su presupuesto destinado a cooperación podrían ocupar una plaza más destacada en este informe, pero al no haber recibido ninguna información de estos entes o haber sido muy parcial no podemos recoger toda la ayuda que posiblemente han destinado al sector. Lo mismo puede haber ocurrido con administraciones cuya contribución es superior a los 50 millones anuales, como el Ayuntamiento de Córdoba, el Ayuntamiento de Huelva, el Ayuntamiento de Jerez de la Frontera, la Diputación de Cádiz, la Diputación de Huelva, el Ayuntamiento de Albacete, el Ayuntamiento de Sabadell, el Ayuntamiento de Getafe y el Ayuntamiento de Leganés.

### Los fondos de cooperación

Los fondos de cooperación son una modalidad de creciente implantación en España, y ha sido elogiada por el Comité de Ayuda al Desarrollo. Su utilidad reside en la optimización de las pequeñas aportaciones de municipios que por sí solas difícilmente podrían redundar en beneficio de la cooperación al desarrollo, a través de fondos únicos. En la actualidad existe una confederación de fondos que agrupa a nueve fondos ya constituidos: el Fons Català de Cooperació al Desenvolupament, Euskal Fonda-Asociación de Entidades Locales Vascas Cooperantes, Fons Valencià per la Solidaritat, Fons Mallorquí de Solidaritat i Cooperació, Fons Menorquí de Cooperació, Fondo Galego de Cooperació e Solidariedade, Fons Pitiús de Cooperació, Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional y Fondo Extremeño Local de Cooperación al Desarrollo. Existe también un Fondo Local Navarro de Cooperación al Desarrollo promovido por la Federación Navarra de Municipios y Concejos, y en La Rioja a los efectos se unen los presupuestos del Gobierno autonómico, el Ayuntamiento de Logroño y otros ayuntamientos riojanos en una convocatoria única a modo de fondo regional. Las leyes de cooperación de Aragón y Castilla-La Mancha prevén la creación de sendos fondos regionales, y también en Asturias y Murcia parecen en proceso de configuración.

## Fons Català de Cooperació al Desenvolupament

El Fons Català nace en 1986 con el objetivo de administrar y gestionar los fondos de cooperación descentralizada que los municipios catalanes asignan a proyectos de desarrollo, de manera que se agrupan y centralizan las pequeñas –y no tan pequeñas– cantidades que cientos de municipios y otras entidades aportan a la cooperación. El Fons Català agrupa a 241 municipios catalanes, además de consejos comarcales, diputaciones provinciales y otras entidades de la sociedad civil, incluidas ONG. La Generalitat de Catalunya, por su parte, también aporta una cantidad a este fondo de cooperación. Los 241 municipios socios suponen el 85% de toda la población catalana.

El Fons Català prioriza en sus actuaciones el desarrollo del municipalismo, del poder local y la descentralización, así como el desarrollo humano y sostenible, con especial énfasis en sectores poblacionales oprimidos como infancia y mujeres. Su área geográfica de actuación básica es América Latina (principalmente América Central y Caribe), si bien también en menor medida apoya proyectos en el Mediterráneo y el África Subsahariana.

El Fons Català es el segundo canalizador de ayuda local a salud reproductiva después del Ayuntamiento de Madrid, con 205 millones de pesetas entre 1995 y el 2002. Casi la mitad de la ayuda en salud reproductiva, un 45%, se ha destinado a países árabes, principalmente a los campamentos saharauis, un 30% ha ido dirigido a América Central y Caribe, principalmente a Nicaragua, un 14% al África Subsahariana (Gambia, Rwanda y Mozambique), un 7% a América del Sur y el 4% restante a Afganistán. La mayor parte de esta financiación (70 millones) se ha destinado al Hospital Materno-Infantil Catalunya de los campamentos de refugiados saharauis en Tinduf, por medio de la Associació Catalana d'Amics del Poble Sahrauí (ACAPS). Otros proyectos destacables, según el volumen de financiación, son el promovido por la Comissió d'Agermanament Salt-Quilalí para la Casa de la Mujer en Quilalí (Nicaragua) por valor de 18,5 millones, el llevado a cabo por Entrepobles en Nicaragua con 15 millones de apoyo a un Centro de Servicios Integrales para la Mujer en Managua, para laboratorios clínico, bacteriológico y de patología con el fin de mejorar el control ginecológico y obstétrico y la calidad de los servicios de salud reproductiva, el de Ayuda en Acción con 14 millones para un centro de salud en Gambia, el de Sodepau de creación de una red de asistencia primaria en el norte de Marruecos para disminuir la mortalidad materna e infantil, con 13,3 millones, el ejecutado por Health Work Committees de apoyo al departamento materno-infantil de la Clínica de Tubas en Palestina, con 9 millones, y el ejecutado por la Comunidad de San Egidio de apoyo a la maternidad de un centro de salud de Matola en Mozambique, con 8,3 millones. Hasta 21 proyectos más han sido financiados por el Fons Català en materia de salud reproductiva. El 94% de la ayuda se ha destinado a proyectos de servicios básicos de salud reproductiva, y el 6% a prevención de ETS y VIH/Sida. Debemos destacar el especial apoyo del Fons Català a diversos proyectos de fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos como parte indisociable de los derechos humanos, principalmente en países de América Latina.

### **Fons Mallorquí de Solidaritat i Cooperació**

Es el segundo fondo en aportaciones a salud reproductiva y se sitúa en quinto lugar de las entidades canalizadoras de ayuda local española al sector. Creado en 1993, agrupa a 57 socios, de los que 50 son ayuntamientos de la isla que representan a más del 90% de Mallorca. Cerca de 87,5 millones ha desembolsado el Fons Mallorquí, el 96% de los cuales se ha destinado a servicios básicos de salud reproductiva y el 4% restante a VIH/Sida. La Associació d'Amics del Poble Sahrauí ha canalizado el 37% de la ayuda del Fons Mallorquí para apoyo a la prevención, formación continua y atención a la salud materno-infantil en los campamentos de refugiados de Tinduf. Cuba ha sido el segundo país receptor, con el 29% de la ayuda, principalmente a través de Mallorca Solidària, para sus acciones de apoyo a la salud reproductiva, y también de otras organizaciones como Mallorca Amiga y Drets Humans de Mallorca. Burkina Faso ha recibido el 9% para una acción de Mallorca Amiga consistente en una campaña para la igualdad de la mujer y la lucha contra la ablación y otras violencias, México un 7% para apoyo a parteras y salud materno-infantil a cargo de ACSUR-Las Segovias y Apotecaris Solidaris, y el resto de las ayudas se distribuyen entre Brasil, Perú, Venezuela y Nicaragua.

### **Fondo Local Navarro de Cooperación al Desarrollo**

El Fondo Navarro nace en 1998 por iniciativa de la Federación Navarra de Municipios y Concejos. Cerca de un centenar de ayuntamientos, concejos y mancomunidades están adheridas al fondo, que no cuenta con una institucionalización al uso de los demás fondos. En el primer año destinó 14 millones de pesetas y en el 2002 la cifra llega a los 21 millones de pesetas. Salud, abastecimiento de agua y educación son los sectores priorizados. El Fondo Navarro es el tercer fondo local en financiar proyectos de salud reproductiva, tras el catalán y el mallorquí. En 1998 aportó 1,3 millones al proyecto de creación de un centro de atención médica a la mujer (ginecológica, maternal, prenatal, familiar,...) en la zona de la selva de la ciudad de Palenque, a cargo de Mugarik Gabe. En 1999-2000 se aportaron 6,4 millones al proyecto Guaraní de salud familiar y comunitaria de Medicus Mundi en Bolivia. Otras cifras menores de pequeños municipios navarros se han destinado en años posteriores a este proyecto y a otros en México, Cuba, Palestina y Rumanía, sobre salud reproductiva.

### **Euskal Fondoa-Asociación de Entidades Locales Vascas Cooperantes**

El Fondo Vasco se creó en 1988. Participado inicialmente también por ONG, en 1996 priorizó su carácter municipalista, constituyéndose como Asociación de Entidades Locales Vascas Cooperantes-Euskal Fondoa. Actualmente, cerca de 60 entidades locales vascas participan en él. Euskal Fondoa financió en Nicaragua la promoción de la salud sexual y reproductiva de las mujeres a través del fortalecimiento de la clínica Salud y Vida de Managua, con el fin de preservar la salud materno-infantil y disminuir la morbimortalidad materna, perinatal e infantil.

## Otros fondos

El resto de fondos no ha financiado aún ningún proyecto de salud reproductiva, o al menos no se tiene información al respecto. Por orden de creación, los fondos que aún no han favorecido el sector de salud reproductiva son los siguientes:

1992. *Fons Valencià*. Cuenta con más de 50 municipios (un 8,11% de los municipios valencianos).

1993. *Fons Menorquí*. Participado por el 100% de municipios de Menorca y el 90% de las ONG de esta isla balear.

1997. *Fondo Galego*. Actualmente tiene 60 socios, de los que 56 son ayuntamientos que concentran el 56% de la población gallega. También forman parte las diputaciones de A Coruña, Ourense y Pontevedra. El Fondo Galego establece la salud como una de las áreas prioritarias en que financiar proyectos de cooperación, además de educación, atención social, así como que los proyectos vayan dirigidos a los grupos de población más vulnerables.

1999. *Fons Pitiús*. Agrupa a 16 socios, mayoritariamente ONG, aunque también se incluyen el Gobierno balear i el Consell Insular d'Eivissa i Formentera. Entre sus socios se encuentran los municipios de Eivissa, Formentera y Sant Antoni, que suponen el 50% de la administración local de estas islas.

2000. *Fondo Andaluz de Municipios para la Solidaridad Internacional*. Tiene como finalidad fortalecer la cooperación para el desarrollo impulsada desde los municipios, mancomunidades y diputaciones de Andalucía y apoyar la promoción de la solidaridad como actitud generalizada en la sociedad andaluza. En su constitución participaron 25 entidades, pero rápidamente empezó a crecer en una comunidad geográficamente muy extensa. Además de las entidades asociadas, el FAMSÍ cuenta con una red de entidades colaboradoras institucionales (Junta de Andalucía, Cajas de Ahorros) y asociativas (FAMP, Coordinadora de ONG de Andalucía, Confederación de Asociaciones de Vecinos de Andalucía, Asociación de Emisoras Municipales de Radio y Televisión de Andalucía, etc.).

2002. *Fondo Extremeño Local de Cooperación al Desarrollo*. Integrado por instituciones públicas locales, actualmente cuenta con 21 socios, entre los que se cuentan las diputaciones de Badajoz y de Cáceres. Sus prioridades se centran en el municipalismo, la descentralización, la participación ciudadana, el desarrollo local, los derechos humanos y de los pueblos y el desarrollo sostenible.

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

Conclusiones y recomendaciones

## CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

---

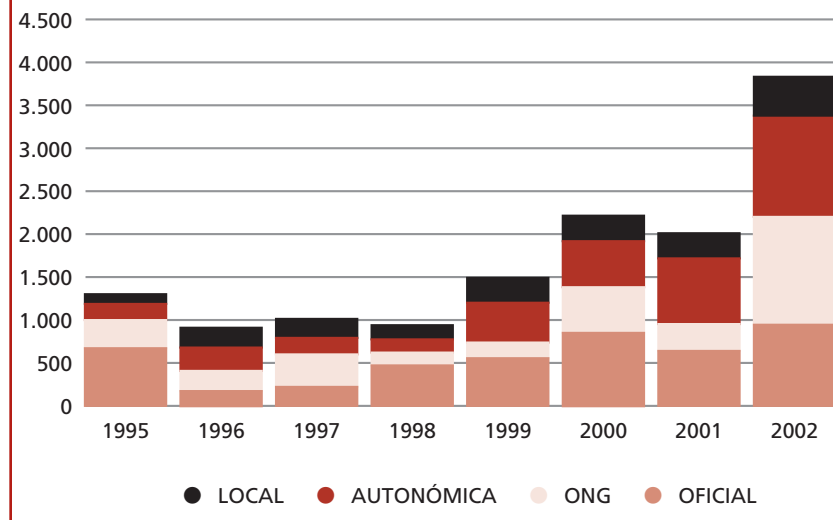
### **Radiografía de la AOD española en salud reproductiva**

En 1999, con motivo del proceso de seguimiento y evaluación de Cairo+5, el GIE publicó el primer informe de la AOD española en población y salud reproductiva, en el cual destacaba la mínima contribución de España a los compromisos financieros adoptados en la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo de 1994. Cinco años más tarde, a las puertas de la evaluación de Cairo+10, el presente informe constata una lenta pero paulatina mejora en el perfil de la ayuda española a un sector básico del desarrollo humano como es la salud reproductiva.

Si en el período 1995-1998 los niveles de ayuda a salud reproductiva se cifraban en un 0,46% de toda la AOD española, en el período acumulado 1995-2002 los niveles han aumentado al 0,78%. Un avance pírrico pero avance al fin y al cabo. Es precisamente a partir de 1999 cuando se observa un crecimiento sostenido tanto en cifras absolutas como relativas de la ayuda a salud reproductiva, destacando en especial el importante incremento ocurrido en el 2002. Este aumento se debe básicamente a la aprobación de dos programas presentados por ONG destinados a salud materno-infantil, en el marco del nuevo sistema de financiación plurianual de ONG por parte de la AEI, así como a un aumento importante también de la contribución de la ayuda autonómica al sector. Estos hechos siguen mostrando, cuatro años después del primer informe, que nos seguimos moviendo en niveles tan bajos que la aprobación de proyectos o programas de cierta entidad suponen importantes incrementos en los niveles de ayuda al sector. (Figura 44).

Por lo que respecta al porcentaje de ayuda a salud reproductiva en relación con el global de AOD española, debemos destacar que en el año 2000 se ha superado la barrera del 1%, para alcanzar en el 2002 el 1,27%. El descenso del 2001 al 0,64% es un hecho coyuntural que se debe tanto a un ligero descenso de la ayuda en términos absolutos como sobre todo al aumento de la AOD global debido a la operación de compra de la deuda que Nicaragua había contraído con Guatemala, y que hizo que en aquel año la AOD española global supusiera el 0,30% del PNB. Recordemos que las recomendaciones internacionales acuerdan

**Figura 44. La AOD española en materia de población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas**



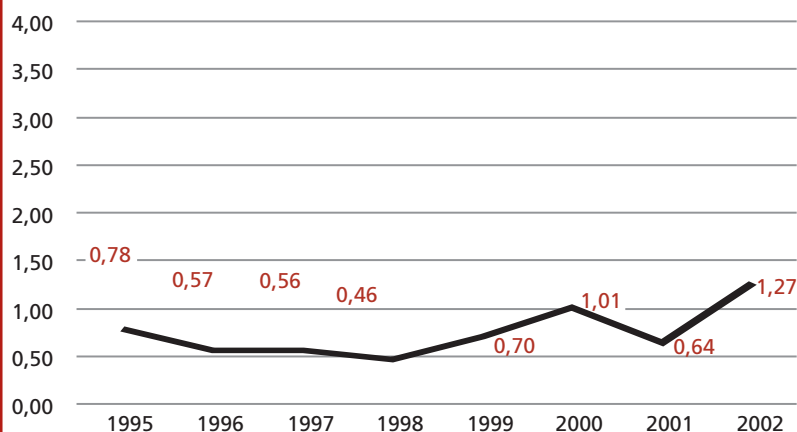
Fuente: elaboración propia

una atención al sector de salud reproductiva de entre el 4 y el 5% del total de la AOD de un país. Por tanto, España sigue lejos de este objetivo, y lejos también de la media de los países donantes, que se sitúa en casi un 3%. (Figura 45).

La ayuda a salud reproductiva se caracteriza en términos globales por una preponderancia casi absoluta del canal bilateral, mediante el cual se ha desembolsado el 88% de toda la ayuda concedida en el período 1995-2002, en detrimento tanto de la ayuda multilateral (9%) como de la multilateral (3%). (Figura 47). Si analizamos más en profundidad los diferentes canales de ayuda bilateral, observamos que la bilateral directa del Gobierno central sólo abarca el 21% del total, mientras que la cofinanciación de la AECI a ONG supone el 25% y la ayuda descentralizada el 42% restante. En definitiva, más del 67% de la AOD española a salud reproductiva se canaliza a través de proyectos de ONG. Es evidente, pues, el débil liderazgo del Gobierno español, y en concreto de la AECI en la cooperación al sector que nos ocupa. (Figura 46).

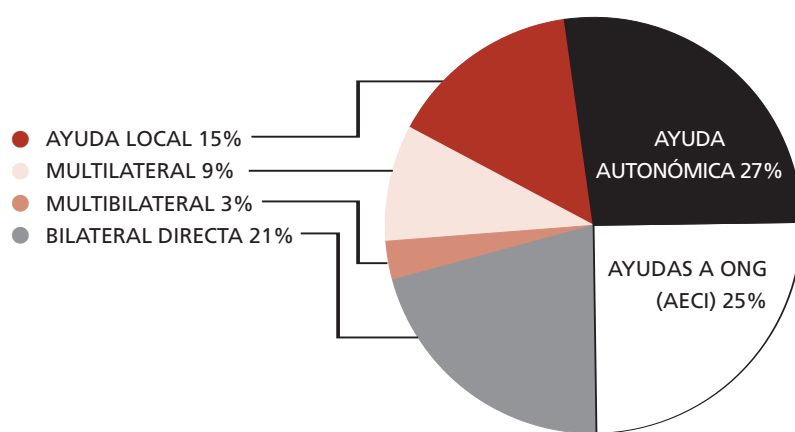
Por lo que respecta a la distribución por subsectores, la principal característica de la ayuda española es su débil aportación a servicios de planificación familiar, en relación tanto con las recomendaciones de El Cairo como con la media de los países donantes. Por el contrario, los servicios básicos de salud reproductiva, mayormente orientados a la atención materno-infantil, suponen el grueso de la ayuda. España concede al subsector de ETS y VIH/Sida una proporción mayor que la recomendada en El Cairo pero menor que la media otorgada por el conjunto de donantes internacionales. También destaca la débil aportación

**Figura 45. Porcentaje de la AOD española a programas de población y salud reproductiva**



Fuente: elaboración propia

**Figura 46. La AOD en población y salud reproductiva 1995-2002 según canales de desembolso**



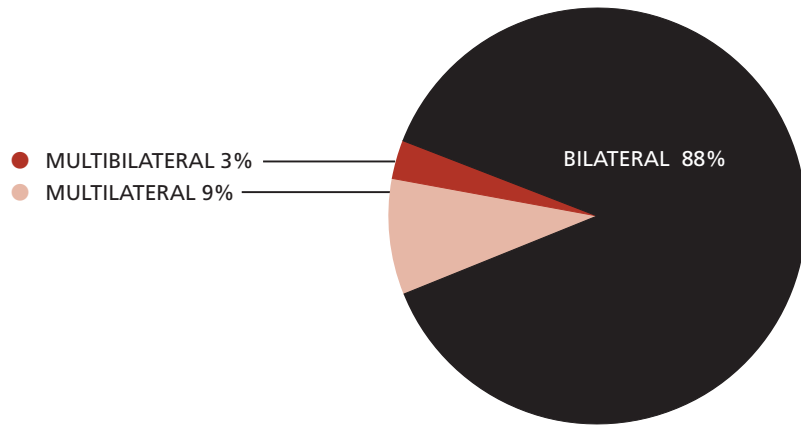
Fuente: elaboración propia

a la recogida de datos, asistencia en la elaboración de censos y de políticas de población y desarrollo. (Figura 48).

También en la distribución geográfica de la ayuda, España destaca por mantener una tónica muy distinta de la global de los donantes. El importante peso de la ayuda a América Latina y Caribe en primer lugar, y al norte de África en segundo lugar, juega en detrimento del apoyo a los países del África Subsahariana (excepción hecha de la ayuda descen-

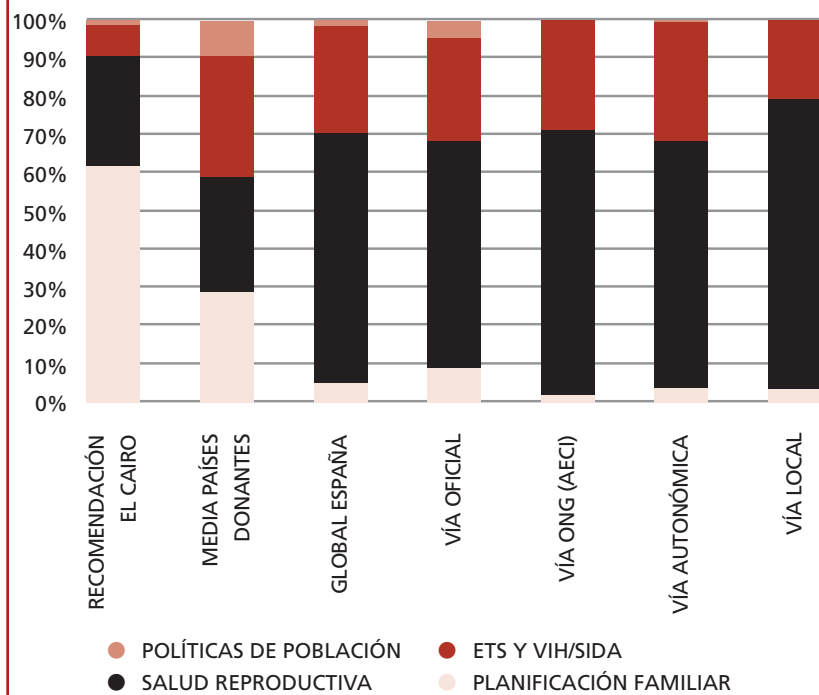


**Figura 47. Distribución de los canales de la AOD española a población y salud reproductiva 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

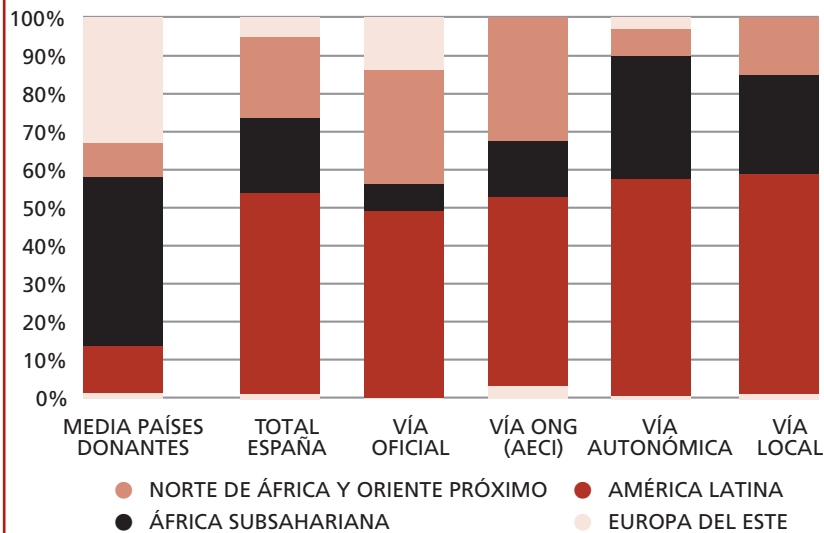
**Figura 48. Proporción de la ayuda a población y salud reproductiva distribuible por subsectores 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

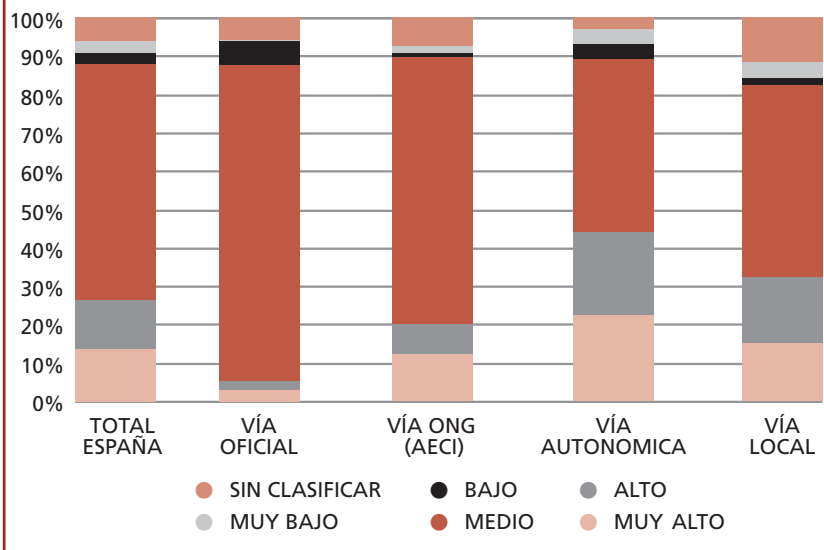
tralizada), donde se concentran los países con índices de mayor riesgo reproductivo. (Figuras 49 y 50). Así pues, entre los diez primeros receptores de AOD española a salud reproductiva, lista que encabeza

**Figura 49. Proporción de la ayuda distribuible por regiones**



Fuente: elaboración propia

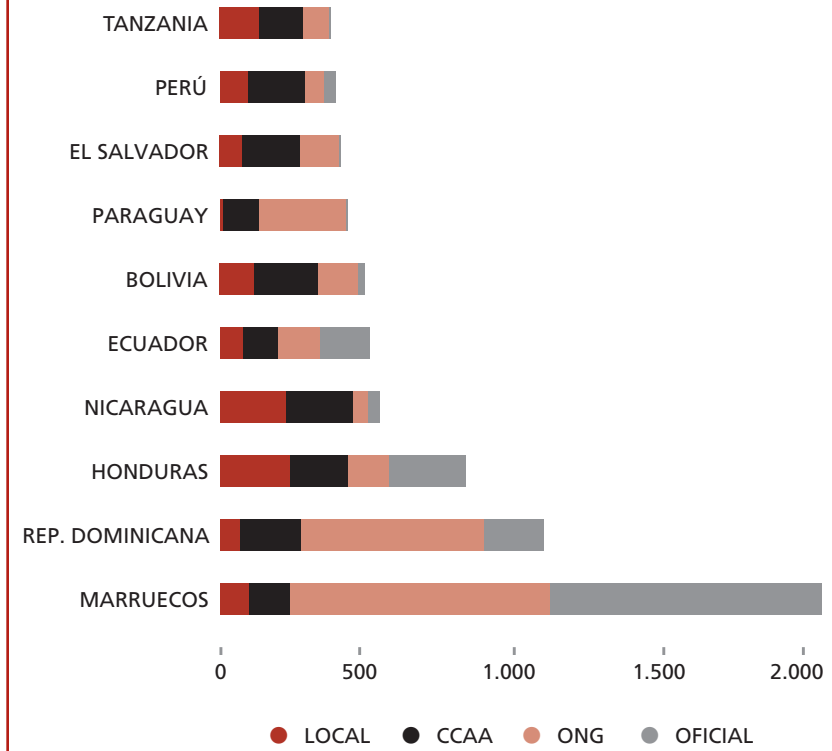
**Figura 50. AOD española a población y salud reproductiva según índice de riesgo reproductivo de los países receptores 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

Marruecos con una concentración de la ayuda española que alcanza el 17%, ocho son países de América Latina, y sólo el que ocupa el puesto número diez es del África Subsahariana, Tanzania, con un índice de riesgo reproductivo muy alto. (Figuras 51 y 52).

**Figura 51. Los diez primeros países receptores de AOD española en población y salud reproductiva 1995-2002 en millones de pesetas**



Fuente: elaboración propia

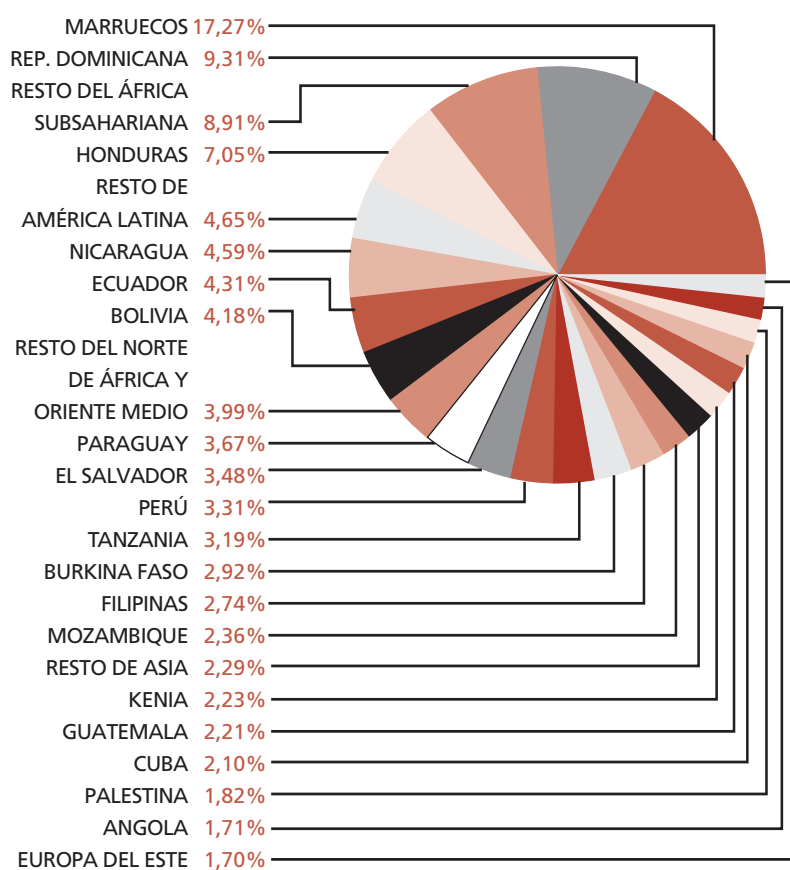
## Recomendaciones para la cooperación española

### El contexto internacional

1. Desde 1994 la agenda de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de El Cairo se ha visto reforzada por las cumbres y conferencias sucesivas, en especial por la Cumbre del Milenio y los correspondientes objetivos de desarrollo del Milenio para el 2015.

A punto de cumplirse diez años de la CIPD, la agenda de El Cairo sigue movilizando a la comunidad internacional a favor del cumplimiento de los compromisos adoptados en materia de población y desarrollo. Absolutamente todas las cumbres y conferencias posteriores han reafirmado y ampliado los objetivos de El Cairo, convirtiéndolos en elementos básicos para alcanzar un desarrollo humano sostenible e incluyendo de manera destacada entre los objetivos de desarrollo del Milenio la necesidad de mejorar la salud materna, la salud infantil y frenar la expansión del VIH/SIDA mediante el aumento de la planificación familiar.

**Figura 52. Distribución por países de la AOD española a población y salud reproductiva 1995-2002**



Fuente: elaboración propia

Desde la Cumbre de Beijing de 1995, España no ha destacado por un papel de liderazgo en las cumbres que establecen la agenda internacional de desarrollo, y su perfil es especialmente bajo en aquellas cumbres relacionadas con los temas de población y salud reproductiva. El Gobierno español debe asumir como miembro destacado de la comunidad internacional un mayor protagonismo en dichos encuentros.

*2. Las contribuciones financieras de los donantes internacionales a los objetivos de El Cairo siguen siendo insuficientes al aumentar de manera muy lenta, e incluso se observan retrocesos con la orientación política e ideológica contraria al enfoque global de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.*

Uno de los avances de El Cairo fue establecer metas financieras concretas en lo que se refiere a población y salud reproductiva. Tanto el CAD como la Unión Europea han incluido en sus orientaciones y estrategias de financiación del desarrollo los objetivos de mejorar la salud sexual y

reproductiva como estrategia para la erradicación de la pobreza. Sin embargo, en el año 2000, los países donantes apenas cumplieron en un 46% su compromiso. La media de AOD destinada por los países donantes al sector de población y salud reproductiva fue en el 2000 del 2,93%, siendo los países nórdicos quienes encabezan el cumplimiento de movilización de recursos.

España se encuentra en la cola del pelotón en lo que a movilización de recursos de la CIPD se refiere, y debería hacer un esfuerzo en los próximos años, especialmente cara a la evaluación de Cairo+10, por abandonar los últimos puestos, siguiendo los pasos ya iniciados por otros donantes en situación similar a la española, como Italia. El mayor protagonismo de la Unión Europea ante los recortes de la cooperación norteamericana, la coordinación y coherencia con las políticas comunitarias y las directrices en esta materia del CAD debería servir de acicate para mejorar la posición de España.

### **La cooperación española**

*3. El 0,26% de AOD en el 2002 es un nivel muy reducido para el potencial de la economía española, observándose en los últimos años un crecimiento irregular y excesivamente lento para alcanzar no ya el objetivo del 0,7% sino incluso objetivos intermedios como el 0,33% para el 2006.*

Bajo la presidencia española, el Consejo Europeo celebrado en Barcelona en marzo del 2002 anunció el compromiso de alcanzar el 0,33% de AOD en el 2006 para aquellos países que como España se encuentran en niveles bajos de ayuda. Cumplir el compromiso debe implicar un rápido incremento de la AOD española.

La lenta pero sostenida recuperación que ha llevado a España a situarse por primera vez en 1997 por encima de la media de los países donantes debe acelerarse a muy corto plazo.

*4. La orientación sectorial y geográfica de la cooperación española en general no favorece la erradicación de la pobreza ni se dirige prioritariamente a atender las necesidades básicas.*

La ayuda bilateral española tiene aún un importante componente de créditos FAD, pese a haber disminuido del 80% en 1993 al 34% en el 2002. El crecimiento de las donaciones se produce principalmente por el incremento de la ayuda descentralizada. La orientación geográfica de la cooperación española no favorece a los países más pobres (6,48% de la ayuda bilateral a países menos adelantados en el 2001, cuando la media del CAD se sitúa en el 20,6%). Según el CAD, sólo el 9% de la AOD española se destina a servicios sociales básicos. La ayuda a sectores como educación y salud no

va destinada prioritariamente a servicios básicos sino a becas y educación superior, en el caso de la educación, y a infraestructuras e instalaciones de nivel superior, en el caso de la salud.

España debería reorientar su ayuda hacia la educación y sanidad básicas. Una mayor dedicación a la sanidad básica debería incidir en una mejor cobertura de los servicios de salud sexual y reproductiva a través de la atención primaria. Asimismo, debería aumentar su aportación al desarrollo de los países menos adelantados.

### **Población y salud reproductiva en las prioridades**

*5. La cooperación española se ha dotado de normas y líneas directrices en lo que supone un salto cualitativo y un importante esfuerzo en ordenar y racionalizar la política de cooperación. Destaca en especial la aprobación de la estrategia de salud que incluye elementos de salud sexual y reproductiva en las prioridades, aunque aún no se ha incorporado un enfoque integral del sector.*

La aprobación en el 2003 de la Estrategia de la Cooperación Española en Salud, en la que se incluyen elementos de salud sexual y reproductiva, deberá mejorar la prioridad que hasta el momento se ha dado al sector. No obstante los elementos aparecen inconexos sin un enfoque global integrador como propuso El Cairo.

España debe seguir los pasos de otros donantes y dotarse de una estrategia específica en materia de población y salud reproductiva que refuerce, amplíe y mejore la estrategia de salud, pasando de enfoques verticales a un enfoque integral del sector. Por otra parte, la futura Estrategia de Igualdad entre Mujeres y Hombres debe ser una verdadera estrategia de género y desarrollo, y no limitarse a un enfoque de mujer en desarrollo.

*6. No parece existir una relación coherente entre el Plan Director, los planes anuales, las estrategias y la realidad de la ayuda por lo que respecta al sector de salud reproductiva. Las prioridades aparecen y desaparecen sin seguir una tendencia continuada que suponga una acumulación de experiencia.*

El caso más claro es la casi ausencia de proyectos de planificación familiar cuando la necesidad de actuar en este sector aparece mencionada específicamente en el Plan Director.

La cooperación española debería mantener una planificación acorde con las prioridades escritas en las líneas estratégicas y actuar efectivamente en aquellos sectores del desarrollo mencionados en la normativa de la cooperación española.

*7. Terminología obsoleta, centrada en el binomio madre-hijo, sin un adecuado enfoque de género y con una visión vertical y no integradora del sector de salud y derechos sexuales y reproductivos.*

Se observa todavía en la cooperación española un enfoque pre-Cairo de salud materno-infantil como un binomio indisoluble y que en muchas ocasiones sigue viendo la salud de la madre como un medio para mejorar la salud infantil y de la familia. Este enfoque denota una débil introducción de la perspectiva de género y una ausencia de un marco integral de salud y derechos sexuales y reproductivos, excepción hecha del Instituto de la Mujer, que sí adopta una terminología internacionalmente reconocida.

España debería esforzarse por introducir el concepto integrador de salud y derechos sexuales y reproductivos que lleva ya una década siendo aplicado en otras cooperaciones y en las políticas de la mayor parte de los países en desarrollo.

### **La ayuda vía oficial del gobierno español**

*8. La ayuda multilateral a salud reproductiva es excesivamente reducida, y dentro de ésta, el apoyo al FNUAP es manifiestamente mejorable. Existe una clara preferencia por el canal bilateral. Se prefiere dejar en manos del canal bilateral y especialmente de las ONG la cooperación en salud reproductiva, en lo que supone una falta de liderazgo por parte de la AECI y de otras administraciones centrales para con el sector básico de salud reproductiva.*

La ayuda multilateral sólo supone un 19% de toda la ayuda vía oficial del Gobierno español a salud reproductiva. En concreto la contribución al FNUAP es muy reducida, teniendo en cuenta que es la principal institución dentro del sistema de Naciones Unidas encargada de llevar a buen puerto el programa de Acción de El Cairo y la que más experiencia y capacidad técnica ha acumulado en el sector que nos ocupa. Además de no gozar de preferencia, es un canal que se ha mantenido estancado en los últimos ocho años, sin superar los 150 millones de pesetas anuales.

La cooperación española debería confiar más en los organismos multilaterales con mayor experiencia técnica y capacidad de desarrollar programas de mayor impacto. La evaluación de Cairo+10 es un momento idóneo para revisar la política de la cooperación española con el FNUAP y elevar su contribución voluntaria.

*9. La AOD vía oficial del Gobierno español es la más diversificada en lo que a distribución por subsectores de salud reproductiva se refiere. Sin embargo, en relación con las recomendaciones de financiación del*

*Programa de Acción de El Cairo destaca la escasa atención a planificación familiar.*

La ayuda vía oficial del Gobierno español es el más diversificado de todos los canales de ayuda española. Sin embargo, las proporciones asignadas difieren muy acusadamente de las recomendaciones financieras a cada uno de los componentes del Programa de El Cairo. Destaca la escasa atención al sector de planificación familiar, lejos de recibir el 60% recomendado en El Cairo, o incluso el 30% que como media destinan los países donantes, ya que la ayuda española a salud reproductiva sólo dedica un 10% a planificación familiar. Los proyectos de planificación familiar siguen siendo la excepción en el global de la cooperación española pese a mencionarse en el Plan Director 2001-2004.

El Gobierno español debe aumentar de manera considerable el apoyo prestado a proyectos de planificación familiar, pues supone la cobertura de una necesidad social básica que se encuentra plenamente integrada en los objetivos de desarrollo del Milenio como un indicador para reducir la mortalidad materna y la erradicación de la pobreza.

*10. La AOD del Gobierno español a salud reproductiva tiene un elevado nivel de concentración geográfica, con Marruecos como país prioritario. No obstante, destaca la mínima atención prestada a países del África Subsahariana donde se encuentran los índices de riesgo reproductivo más elevados.*

Marruecos es el país más favorecido por esta concentración geográfica, seguido de Filipinas, Honduras, la República Dominicana, Ecuador y Argelia. Los países del África Subsahariana con índices altos o muy altos de riesgo reciben, sin embargo, una escasa atención. El 82% de la ayuda del Gobierno español se dirige a países con un riesgo reproductivo moderado, principalmente de América Latina y el norte de África, mientras que los países con elevados niveles de riesgo sólo se benefician de un 5% de la ayuda vía oficial.

El Gobierno español debe aumentar la atención a las necesidades en materia de salud sexual y reproductiva a los países del África Subsahariana y aquellos con peores índices de riesgo reproductivo. Destinar sólo un 5% a estos países muestra que existe un amplio margen de incrementar la ayuda sin por ello variar las prioridades geográficas de la cooperación española.

### **Ayudas a ONG de la AECI**

*11. Las ayudas a proyectos de salud reproductiva de ONG y entidades sin ánimo de lucro han tenido una evolución irregular en los últimos años, destacando el fuerte incremento en el año 2002, en el marco del nuevo*



*sistema de cofinanciación plurianual. Aun así, se observa un elevado nivel de rechazo por parte de la AECl de proyectos presentados por las ONG.*

La AOD española a salud reproductiva ha canalizado un 25% a través de las convocatorias a subvenciones a ONG de la AECl. El destacado aumento en el año 2002 se debe principalmente a la aprobación de dos programas plurianuales de salud materno-infantil. Aun así, destaca la reducida presencia de proyectos en esta área. El hecho de que en el 2001 se rechazaran 14 de las 17 acciones de cooperación presentadas en el sector de salud reproductiva muestra un nivel de rechazo elevado, teniendo en cuenta la relación directa con los objetivos de desarrollo del Milenio que tienen elementos como planificación familiar, salud reproductiva y la lucha contra el Sida.

Las convocatorias deben comprender de manera específica entre sus prioridades la atención a la salud reproductiva, incluida la planificación familiar y ETS y VIH/Sida, y aumentar los niveles de financiación a este tipo de proyectos presentados por las ONG.

*12. De las seis ONG que concentran el 75% de las subvenciones de la AECl a proyectos de salud reproductiva, tres son sanitarias y tres de inspiración cristiana católica.*

Las ONG de carácter sanitario concentran el 58% de las ayudas a proyectos de salud reproductiva. Destaca la presencia relevante de ONG inspiradas en el humanismo cristiano y en la doctrina social de la Iglesia en un sector que ha recibido una importante oposición por parte de la Iglesia católica. El 26% de las ayudas de la AECl a proyectos de salud reproductiva se ha destinado a proyectos de estas asociaciones. Es una proporción que llama la atención dado que es un sector particularmente conflictivo y en abierta contradicción con la doctrina católica en esta materia.

Las subvenciones a ONG en el sector de salud reproductiva deberían primar a aquellas ONG, sanitarias o no, que trabajen con un claro enfoque integral de salud y derechos sexuales y reproductivos y que no muestren ningún tipo de actitud reacia a trabajar cualquiera de los elementos que componen la atención al área sexual y reproductiva.

*13. La orientación geográfica y sectorial de los proyectos financiados a ONG sigue las directrices de la cooperación oficial, y se observa incluso una peor cobertura al sector de planificación familiar, e igualmente una escasa atención a países con mayores riesgos reproductivos.*

Después de la ayuda vía oficial del Gobierno español, las subvenciones a ONG son la vía que en menor grado ha favorecido a los países del África Subsahariana, con sólo un 15% de la ayuda. Existen unos mayores niveles de apoyo a países con riesgo reproductivo alto o muy

alto, pero a todas luces insuficientes para la orientación que debería esperarse del trabajo de las ONG. Los proyectos de planificación familiar sólo han significado un 2% de la financiación; en este sentido, la situación ha empeorado con respecto a 1998, cuando alcanzaban un ya exiguo 4%.

La cofinanciación a proyectos de ONG debería mejorar su atención a países con índices elevados de riesgo reproductivo, principalmente del África Subsahariana, y aumentar el apoyo al sector de planificación familiar.

### Cooperación autonómica

*14. La cooperación autonómica es el tipo de ayuda que ha crecido de manera más espectacular en su apoyo a proyectos de salud sexual y reproductiva, suponiendo el 27% de toda la AOD española al sector. Sin embargo, destaca la poca atención prestada por parte de algunas comunidades con importantes presupuestos de cooperación.*

Las comunidades autónomas han llevado a cabo un desarrollo normativo y presupuestario que ha significado un importante aumento en la ayuda a salud reproductiva. Con unos niveles del 3% de AOD al sector, se encuentra muy por encima de la media global española, que no alcanza el 1%. Sin embargo, el margen de crecimiento de esta ayuda es aún elevado, puesto que existen comunidades autónomas con importantes presupuestos a cooperación que no han destacado hasta el momento por una adecuada atención a la salud sexual y reproductiva.

Cataluña, Madrid y el País Vasco deben mejorar sus niveles de AOD a salud reproductiva y acercarse a la media de donantes autonómicos, situada en el 3%, siguiendo el ejemplo de otras comunidades, como Navarra y Valencia.

*15. Pese a los avances en materia normativa y de fijación de prioridades y objetivos, sólo el País Vasco, Castilla-La Mancha, en menor medida Navarra y más recientemente Madrid y Cataluña incuyen entre sus prioridades sectoriales menciones específicas a sectores de salud reproductiva.*

La normativa autonómica en lo que a líneas directrices se refiere es bastante diversa, si bien se observa cada vez más una mayor integración de los objetivos internacionalmente reconocidos en materia de salud sexual y reproductiva. La planificación estratégica más avanzada en plasmar objetivos de salud reproductiva es la recientemente aprobada por Cataluña. De todos modos, la especificación de prioridades sectoriales no siempre trae como consecuencia una mayor atención al sector, como ocurre en el caso del País Vasco.

Las comunidades autónomas deberían especificar más claramente en sus prioridades en materia de cooperación la importancia de la salud reproductiva como parte de los objetivos del Milenio. Los proyectos de ley en curso como los de Andalucía y Baleares, así como futuras legislaciones y planificaciones en otras comunidades, deberían incluir menciones específicas al sector. Asimismo, debería asegurarse que se cumplen las prioridades sectoriales en la financiación de proyectos.

*16. La AOD autonómica es la que mayor proporción destina a países con riesgo alto y muy alto, así como a VIH/Sida, revelándose como el canal de la ayuda española que parece adecuarse mejor a las necesidades internacionales en salud sexual y reproductiva. Por el contrario, la cobertura en materia de planificación familiar es escasa, con algunas excepciones.*

Destacan comunidades como el País Vasco o Asturias que destinan la mayor parte al África Subsahariana y al VIH/Sida. En cambio, Cataluña destaca por conceder hasta un 29% de su ayuda al sector a países con riesgo reproductivo bajo o muy bajo. Sólo Andalucía (16%), Extremadura (11%), Castilla-La Mancha (5%), Aragón (5%), Navarra (4%) y Baleares (3%) han financiado proyectos de planificación familiar.

La ayuda autonómica debe mantener los elevados niveles de ayuda a los países con peores indicadores de salud reproductiva y aumentar la ayuda al sector de planificación familiar, así como fomentar la integración del enfoque integral de salud y derechos sexuales y reproductivos, en detrimento de enfoques materno-infantiles carentes de perspectiva de género.

### **AOD local**

*17. Los entes locales canalizan el 15% de toda la ayuda española a salud reproductiva, manteniendo una línea ascendente pero en menor grado que la autonómica. Su distribución geográfica y sectorial es similar a la autonómica, si bien prioriza en menor grado que ésta la ayuda a países con riesgo reproductivo más elevado, y es el canal que mayor proporción destina a países de bajo riesgo.*

La ayuda local es la que mayor proporción destina a América Latina, lo que la sitúa en peor disposición a la hora de priorizar a países con índices de riesgo reproductivo altos o muy altos. Es además la que menos prioriza en VIH/Sida y la segunda peor situada en apoyar proyectos de planificación familiar. Pese a ello, es de destacar que la Diputación de Sevilla es la administración pública española que mayor proporción destina a este sector tan marginal en la cooperación española.

La cooperación de los entes locales debería incrementarse a un ritmo similar a la cooperación autonómica, pues en los últimos años se observa un cierto estancamiento. Por otra parte, debería atender en mayor

medida las necesidades de los países con peores indicadores de salud reproductiva, así como las necesidades no cubiertas de planificación familiar.

*18. El Ayuntamiento de Madrid es el mejor ejemplo de administración local en la priorización de proyectos de salud reproductiva en su AOD.*

El Ayuntamiento de Madrid ha suministrado el 21% de toda la ayuda local al sector, superando en contribución incluso a gobiernos autonómicos como el andaluz y el catalán. Agrupados por comunidades, son los municipios catalanes quienes encabezan las contribuciones locales a salud reproductiva, seguidos de los madrileños.

Algunas administraciones locales que destacan por su volumen de AOD global deberían incrementar la atención a este sector básico. Es el caso de ayuntamientos como Barcelona, Sevilla, Murcia, o Gijón, o diputaciones como Álava, Córdoba, o el cabildo insular de Gran Canaria. Por comunidades autónomas, las administraciones locales de Murcia, Galicia, Castilla-La Mancha y Canarias deberían también incrementar sus recursos a salud reproductiva.

*19. Las dificultades por recoger y analizar datos de la ayuda local española siguen siendo evidentes, en especial en aquellas administraciones con menores presupuestos de cooperación.*

La ayuda local cuenta en general con una insuficiente infraestructura para planificación y evaluación, dada la pequeña escala de la mayoría de donantes. La capacidad de responder a las solicitudes de información requeridas para la realización de este informe y otros similares debería ser mejorada.

Se debe mejorar la publicidad de las acciones de cooperación local, por ejemplo a través de las páginas web de las corporaciones locales y provinciales.

# La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de Población y Salud Reproductiva 1995 - 2002

## Un informe de El Cairo + 10

Referencias bibliográficas

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

"Catalunya i la cooperació al desenvolupament", *dCIDOB*, no. 63-64. 1998.

ALONSO J. A. *Estrategia para la cooperación española. Estudio para el Primer Plan Director*. Madrid, 1999.

Boletines *Cara a Cara*, Federación de Planificación Familiar de España.

CONLY, S.R. y DE SILVA, S. *Paying their fair share?* Washington: Population Action International, 1999.

*Declaración de Amsterdam. Una vida mejor para las futuras generaciones*. Conferencia organizada por el FNUAP (6-9 noviembre 1989).

Documentos oficiales de las diversas cumbres y conferencias internacionales 1995-2003.

ESPINOSA, J., MAROTO, F. J. La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria". Informe 2003. Medicus Mundi, Prosalus, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, 2003.

Estrategia de la Cooperación Española en Salud, Ministerio de Asuntos Exteriores, 2003.

Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Democracia y del Estado de Derecho.

FEMP; La cooperación descentralizada de los entes locales. Informe 1998-1999. Ed. Dykinson, SL, Madrid, 1999.

Financial Resource Flows for Population Activities in 2000, NIDI-UNFPA.

GONZÁLEZ, J. R. y CORRAL, J. C. *Cooperación descentralizada: ¿un nuevo modelo de relaciones Norte-Sur?* Madrid, 1998.

Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5-13 septiembre 1994).

Informes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD). CAD-OCDE.

IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2006. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2003.

JIMÉNEZ, T. *Población, desarrollo y salud reproductiva*. Fundació CIDOB, Barcelona, 1997.

LEGARRETA, J. "Cooperación pública vasca", en *Revista Española de Desarrollo y Cooperación*, no. 3/1998.

Legislación y boletines oficiales de diversas comunidades autónomas, 1995-2003.

*Ley de Cooperación para el Desarrollo*. Comunidad de Madrid, 1999.

LÓPEZ BLANCO, P. *Legislación básica de cooperación internacional*. Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid, 1989.

LÓPEZ MÉNDEZ, I. *Informe sobre Acciones presentadas y aprobadas en materia de salud sexual y reproductiva en las convocatorias de la AECI del 2001*. GIE, 2002.

Memorias de diversas ONG.

Memorias de los diversos fondos locales de cooperación.

*Mundos diferentes: salud y riesgos sexuales y reproductivos*. Informe de PAI del 2001.

OECD DAC Review of Spain, OCDE, 2002.

Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004, Ministerio de Asuntos Exteriores, 2000.

*Planes anuales de cooperación internacional (PACI) 1994, 1995, 1996, 1997 y 1998*. Oficina de Planificación y Evaluación, Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid.

ROYO, E. *La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en materia de población y salud reproductiva 1995-1998. Un informe de El Cairo + 5*. GIE-CIDOB, 1999.

*Salud: la llave del desarrollo. Jornadas de Cooperación Sanitaria*. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1998.

*Seguimientos PACI 1994-2002*. Oficina de Planificación y Evaluación, Ministerio de Asuntos Exteriores, Madrid.

*Serie de exámenes en materia de cooperación para el desarrollo. España, 1998*, no. 27. CAD-OCDE.

SINGH, J. S. *Un nuevo consenso sobre población: balance y propuestas en el umbral del siglo XXI*. Icaria-CIDOB, 2001.

The DAC Journal Development Co-operation 2002 Report, OECD, 2003, Volume 4, no.1.

VERONA, N. La salud en la cooperación al desarrollo española: Informe 2002. Medicus Mundi, Prosalus, Médicos Sin Fronteras, Médicos del Mundo, 2002.

VLASSOFF M.; EXTERKATE, M. y EELENS, F.; *Global resource flows for population activities: Post-ICPD experience*. NIDI-UNFPA, 1998.