

INFORME

PROGRESOS y PROMESAS

LA AYUDA OFICIAL AL DESARROLLO
ESPAÑOLA EN SALUD SEXUAL y
REPRODUCTIVA
1995-2005



Grupo de Interés
Español en
Población,
Desarrollo y Salud
Reproductiva

La plataforma **GRUPO DE INTERES ESPAÑOL EN POBLACION, DESARROLLO Y SALUD REPRODUCTIVA** está constituida por ATELIER, CATOLICAS POR EL DERECHO A DECIDIR, CAPS, CENTRO DE ESTUDIOS DEMOGRAFICOS, FUNDACION PRO SALUD REPRODUCTIVA, MEDICOS DEL MUNDO, MEDICUS MUNDI, MUJERES POR LA SALUD Y LA PAZ Y LA FEDERACION ESTATAL DE MATRONAS. Estas organizaciones se constituyeron en plataforma para promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos y favorecer el cumplimiento del Programa de Acción de El Cairo. De esta forma, sin perder su identidad propia, estas organizaciones intentan compartir experiencias entre ellas y con otros colectivos y realizar acciones conjuntas de incidencia política para promover los cambios, sociales y normativos necesarios para disfrutar de la SDSR en todo el mundo.

El presente informe ha sido elaborado por Adriana Zumarán y Marta O'Kelly. Agradecemos la colaboración de todas las entidades y organizaciones que gustosamente nos han facilitado la información imprescindible para la elaboración del mismo. Por otro lado, queremos reconocer muy especialmente el apoyo de la William and Flora Hewlett Foundation al trabajo desarrollado por la plataforma durante estos años, y agradecer en concreto el soporte prestado para hacer posible la publicación de este informe.

Primera edición, noviembre 2007

© Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva
Juan Montalvo, 6
28040 Madrid
www.grupogie.org

Diseño de la cubierta: ARTEXT

Foto de la cubierta: GIE

Derechos reservados conforme a la ley.

Impreso y hecho en España

Printed and made in Spain

Fotocomposición e impresión: ARTEXT

Impreso en papel reciclado

Tabla de contenidos

Resumen ejecutivo	V
Principales recomendaciones	IX
Sección 1. Contexto general de la cooperación española: avances y limitaciones.....	1
Sección 2. Contribución a los ODM: la Ayuda orientada a la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA	5
Sección 3. La salud y los derechos sexuales y reproductivos en las prioridades de la cooperación al desarrollo	9
Sección 4. Radiografía de una década: la Ayuda Oficial al desarrollo en salud y derechos sexuales y reproductivos en el periodo 1995-2005	17
Sección 5. Canales de Ayuda: La vía multilateral y la vía bilateral.....	21
Sección 6. Destinos geográficos	33
Sección 7. Orientación sectorial	43
Sección 8. La Ayuda de las Comunidades Autónomas y el caso de Cataluña.....	55
Bibliografía.....	65
Consideraciones metodológicas	67
Lista de acrónimos	71

Resumen ejecutivo

El presente informe analiza la evolución y contribución de la cooperación española a un ámbito difícil y controvertido, aunque no menos prioritario para el desarrollo humano como es la salud sexual y reproductiva. Unos meses después de superar el “ecuator” de los Objetivos del Milenio, nos encontramos todavía ante retos de gran magnitud que deberán ser acometidos con determinación para conseguir acercarnos a los compromisos de la agenda contra la pobreza. En el ámbito de la salud, la incorporación en 2005 de una nueva meta dentro del Objetivo de Salud Materna, que persigue garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva antes de 2015, nos sintoniza de nuevo con el Programa de Acción de El Cairo y añade nuevas necesidades de recursos y compromisos políticos.

Los progresos realizados desde el año 2000 en este ámbito son numerosos pero no suficientes para aventurar el cumplimiento de los objetivos marcados antes del 2015. A pesar de que todas las regiones, incluso África subsahariana, han experimentado cierto avance a la hora de garantizar que las mujeres reciban asistencia prenatal al menos una vez durante todo el embarazo y que ha aumentado el porcentaje de partos atendidos por personal cualificado, todavía **más de medio millón de mujeres siguen muriendo cada año por complicaciones tratables y prevenibles durante el embarazo y el parto**. Aproximadamente 137 millones de mujeres tienen una necesidad de planificación familiar no satisfecha y otros 64 millones utilizan métodos tradicionales de anticoncepción de baja eficacia. Aunque la prevalencia anticonceptiva aumentó lentamente desde un 55 por ciento en 1990 hasta un 64 por ciento en 2005, continúa siendo demasiado baja en África subsahariana, con un 21 por ciento. Por otro lado, la magnitud del VIH/SIDA va en aumento, y aunque 700.000

personas recibieron por primera vez tratamiento en 2006, se calcula que unos 4,3 millones de personas se infectaron en ese año, destacando de este modo la urgente necesidad de intensificar los esfuerzos de prevención y analizar en qué se está fracasando.

La Ayuda oficial al desarrollo española está viviendo desde hace unos años un amplio proceso de crecimiento y organización programática, encaminado a responder a los retos de la Agenda del Milenio y a los compromisos de la Conferencia de Monterrey y la Declaración de París. En este marco, está previsto que la AOD alcance el 0,7% de la RNB en 2012, con una etapa intermedia del 0,5% en 2008, lo cual está suponiendo un fuerte incremento de la Ayuda en un plazo relativamente corto de tiempo. **Es importante que el aumento de los volúmenes de AOD se vea reflejado en el cumplimiento de compromisos internacionales largamente anhelados, como la implementación de la Iniciativa 20/20 o el acuerdo de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo de destinar el 5% de la AOD a programas y políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos.** Por otro lado, es preciso ser creativos a la hora de articular mecanismos disponibles para la ejecución de la AOD y apostar por instrumentos más flexibles a la vez que eficaces.

A nivel programático, los ODM constituyen el eje articulador de la Ayuda Oficial al Desarrollo española. Las estrategias concretas que la cooperación española pretende priorizar en relación con el objetivo de Salud Materna y de prevención del VIH/SIDA, han sido definidas en el marco de dos documentos sectoriales recientemente aprobados por la Secretaría de Estado de Cooperación. Ambos representan un avance cualitativo importante con respecto a posicionamientos anteriores y mejoran notablemente la perspectiva política de la cooperación española en el



ámbito de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos, equiparándola a la de otros socios europeos como Suecia, Dinamarca o Bélgica. De la Estrategia de Cooperación en Salud, es destacable que por vez primera contempla una línea de acción específica dirigida a la “Mejora de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos”, articulada en torno a 4 líneas principales de intervención: derechos sexuales y reproductivos, acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, jóvenes e integración de la SDRS en las estrategias de prevención del VIH/SIDA y acciones de emergencia. Por otro lado, la Estrategia de Género en Desarrollo reconoce explícitamente los derechos sexuales y reproductivos como uno de los ejes de los derechos humanos de las mujeres, y sostiene el fortalecimiento de estos derechos como uno de los objetivos prioritarios de la cooperación española.

Este compromiso de la política española con la salud materna, los servicios de salud sexual y reproductiva y la lucha contra el VIH/SIDA, se torna mucho más débil, no obstante, cuando entramos a valorar la orientación de la Ayuda española dentro de la Agenda del Milenio. En este contexto, **es preocupante que las acciones dirigidas a promover la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA representen un escaso 1,75% de la AOD total dirigida al cumplimiento de los Objetivos del Milenio y que, en concreto, el objetivo de salud materna sea el que menos volumen de Ayuda recibe de todo el conjunto.** De esta forma, si bien en términos de volumen es destacable que la Ayuda focalizada en estos dos objetivos se haya triplicado en los últimos tres años, es urgente que la cooperación española incremente la atención que presta a estos dos sectores para realizar una contribución más significativa a las metas marcadas para 2015.

En términos generales, la AOD española destinada a programas de fortalecimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (en adelante SDRS) ha triplicado su volumen entre 1995 y 2005, alcanzando un total de 160 millones de euros. No obstante, al comparar la evolución de este sector de la Ayuda con respecto al resto de la cooperación, observamos que su importancia relativa mantiene la tendencia de crecimiento registrada desde 1995, aunque no aumenta al ritmo que hubiera sido deseable. **La Ayuda española a SDRS representó tan sólo un 0,95% del total de la Ayuda al desarrollo en este periodo,** lo cual queda evidentemente muy lejos de la meta del 5% fijada en El Cairo diez años antes. Comprender el poco avance que se ha producido en este ámbito de la cooperación al desarrollo dentro de este nuevo marco de crecimiento de la AOD y de fuerte compromiso político con la SDRS puede ser difícil si

no tenemos en cuenta que es sobre todo a partir de 2003 cuando comenzamos a notar cambios estructurales en las tendencias de la cooperación. De esta forma, si bien en los últimos 3 años del periodo analizado el porcentaje de ayuda a SDRS se incrementa desde el 0,78% de la AOD hasta el 1,26%, con algún año incluso en que se alcanza el 1,72% (2003), las cifras de todo el periodo arrojan datos más modestos que reflejan los altibajos en el volumen de los desembolsos que este sector de la cooperación ha vivido a lo largo de la década.

La Ayuda española dirigida a programas de salud y derechos sexuales y reproductivos representa un 0,95% del total de la AOD en el periodo 1995-2005.

El análisis de la AOD en SDRS sitúa al Estado como el principal actor de la cooperación en este sector, con un 64% del total de la AOD. Este canal de la Ayuda, que alcanzó los 103 millones de euros en 2005, se ve reforzado sobre todo en los últimos años a través de su componente multilateral, dentro del cual el fuerte aumento de las contribuciones al Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis en 2003 juega un papel muy relevante. Por otro lado, aunque en menor medida, la Ayuda estatal se ve consolidada a través de un mayor apoyo a las estrategias, programas y proyectos de las ONG españolas en el sector. El canal bilateral directo, en cambio, continúa siendo poco utilizado por la cooperación española en SDRS y aunque a partir del año 2000 se denota un mayor recurso a este tipo de iniciativas, su representatividad es bastante baja y alcanza sólo el 12,8% de la Ayuda estatal.

A nivel multilateral es destacable que, de continuar con la tendencia iniciada en 2005 y consolidada en 2006 y 2007, España afianzará su posición dentro de los 10 principales donantes del Fondo de Población de las Naciones Unidas y del Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. En este marco, sería interesante que el Gobierno pudiera contar con mayor representación en el comité ejecutivo de este último organismo y participar más activamente en el mismo, trasladando también la voz de la sociedad civil española respecto a aquellos aspectos que necesitan o pueden ser mejorados. Por otro lado, dentro del Comité Ejecutivo del Fondo de Población de las Naciones Unidas es importante que España se alíe con países como Bélgica, Dinamarca, o Reino Unido para impulsar la defensa de la salud y

los derechos sexuales y reproductivos y promover e impulsar la eficacia y el impacto de las acciones de este organismo.

Las acciones desarrolladas por las ONG en el ámbito de la SDR entre 1995 y 2005 han representado cerca de 35 millones de euros aunque una gran parte se ha desembolsado a partir de 2003. Desde esa fecha, las estrategias y programas plurianuales comienzan a destacar como instrumentos prioritarios para el financiamiento de acciones de las ONG, de forma que en el ámbito de la SDR, llegan a representar algo más del 60% de las subvenciones a ONG entre ese año y 2005.

Durante toda la década son 37 las ONG que reciben fondos para ejecutar proyectos en el área de SDR, aunque sólo 10 de ellas (Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Cruz Roja, CESAL, Fundació Clínic, Fundación Humanismo y Democracia, Asamblea de Cooperación por la Paz, Fundación Cánovas del Castillo, Ayuda en Acción y Mujeres en Zona de Conflicto) concentran el 85% de la Ayuda. Doce organizaciones se añaden a la lista de ONG que trabajan en SDR a partir de 2003, lo cual denota un mayor dinamismo en estos últimos años en consonancia con el crecimiento de los volúmenes de Ayuda. Las nuevas incorporaciones incluyen a un grupo de ONG no específicamente sanitarias y de perfil muy variado, que engloba a la Asociación de Investigación y Espe-

cialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI), AFESIP-Asociación Somaly Mam, Intermon Oxfam, Acsur - Las Segovias, la Fundación AMREF España, la Fundación Barcelona Sida 2002, la Asociación Promesa - Promoción de la Educación, la Salud y La Agricultura, la Fundación Tierra De Hombres España, la Fundación Vasca de Protección a la Infancia, la Juventud y la Familia (Huarralde Fundazioa), la Federación de Mujeres Progresistas, la Asociación VIHDA, y las Misioneras Dominicanas del Rosario.

La orientación geográfica de la Ayuda estatal en SDR entre 1995 y 2005 presenta tendencias similares a la AOD general, al concentrar en América Latina y el Norte de África y Oriente Próximo más del 65% de los desembolsos de Ayuda bilateral estatal. Sin embargo, en los últimos tres años se observa una novedad en las prioridades de la Ayuda con una mayor atención hacia África Subsahariana. De esta forma, **mientras la AOD bilateral estatal en SDR dirigida a la región de América Latina y al Norte de África y Oriente Próximo se reduce a la mitad, en el caso de los países del África Subsahariana el porcentaje se triplica**, de tal manera que entre 2003 y 2005, tres de cada diez euros de AOD en SDR se destinan a esta región.

A nivel de país, Marruecos es el principal receptor de AOD española en SDR a lo largo de toda la década, recibiendo un total de 15 millones de euros, es decir



© Médicos del Mundo

el 23% de la AOD bilateral estatal distribuible en SDRS. No obstante, a excepción de este caso, también se hacen notar cambios a partir de 2003, cuando algunos países de América Latina (República Dominicana, Paraguay) dejan de estar en los primeros puestos de los receptores de Ayuda, para dar paso a los de África Subsahariana (Mozambique, Senegal). El Salvador, Ecuador y Nicaragua todavía se mantienen entre los 10 principales receptores de AOD en SSR, pero sin embargo Bolivia, país con una de las tasas más altas de mortalidad materna de la región, sale de este grupo.

A nivel sectorial, la Ayuda española a SDRS se caracteriza en estos 10 años por su reducida implicación en los componentes de planificación familiar e investigación y políticas. No se asumen tampoco las recomendaciones del Proyecto del Milenio que sugieren que alrededor de un 70% de los fondos estimados deben destinarse a atender la necesidad de servicios básicos de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, y un 30% a actividades relacionadas con las ITS y el VIH/SIDA. De hecho, el componente de planificación familiar (con un exiguo 2,5%) y salud reproductiva concentran alrededor del 43% de la AOD en SDRS, mientras que **el componente de prevención de ITS y VIH/SIDA es el que aglutina más recursos, acumulando un 45%.**

En cuanto a la cooperación descentralizada, en términos absolutos, este canal de la Ayuda ha experimentado un incremento proporcional bastante superior al de la Ayuda estatal entre 1995 y 2005, multiplicándose por seis en el caso de las Comunidades Autónomas y por cuatro en el caso de la AOD local. Al tratarse de una cooperación mucho menos ligada a intereses estatales y más cercana a las inquietudes de la sociedad civil, el apoyo a la cobertura de necesidades sociales básicas, como la salud y la atención a colectivos más vulnerables es mucho más predominante que en la Ayuda estatal. En este sentido, durante esta década, **la atención a la salud sexual y reproductiva supone el 2,6% del global de la Ayuda descentralizada y 4 autonomías, Castilla-León, La Rioja, Asturias y Navarra, cumplen con creces el compromiso de la Conferencia de Población y Desarrollo de El Cairo de destinar el 5% de su AOD a programas de SDRS.**

Cataluña, aunque no llega a estos niveles hasta 2005, muestra un incremento sin precedentes en su

volumen de Ayuda a este sector, llegando a convertirse en entre 2003 y 2005, en la CCAA con mayor volumen de desembolsos para SDRS y concentrando el 26,8% de la Ayuda autonómica total a SDRS en dicho periodo. Al mismo tiempo, se torna preocupante que Madrid, una de las CCAA con mayor presupuesto a cooperación, sea la región que menos destina a SDRS con un 0,13% de su presupuesto a cooperación y que Valencia, País Vasco, Andalucía hayan reducido sus aportaciones.

A partir de 2004, Cataluña y Extremadura comienzan a apoyar a organismos multilaterales que trabajan específicamente en todos o alguno de los sectores de SDRS como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, ONUSIDA y el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis. Estas iniciativas abren un nuevo escenario en el que serán importantes los esfuerzos de coordinación para que las contribuciones se distribuyan de la manera más estratégica posible.

En términos generales **Cataluña, el País Vasco y La Rioja son las comunidades que más destacan por recoger de manera detallada e integral la SSR en sus políticas de cooperación.** Estas CCAA toman en consideración las diferentes dimensiones de la salud sexual y reproductiva, (anticoncepción, atención durante el embarazo, parto y posparto o la detección diagnóstico y tratamiento de ETS y VIH/SIDA), a lo largo de todo el ciclo vital. Sin embargo, solamente Cataluña y la Rioja identifican a los jóvenes como grupo prioritario con necesidades específicas de SDRS, y sólo el País Vasco apuesta claramente por un enfoque de trabajo en derechos sexuales y reproductivos.

En definitiva, desde la adopción del Programa de Acción de El Cairo en 1994, la Ayuda en SDRS ha crecido de forma paulatina aunque con grandes altibajos y a un ritmo lento. Si bien, a partir de 2003 se nota un cierto aceleramiento, es urgente no perder más tiempo y avanzar de forma determinada y contundente hacia los objetivos que nos hemos marcado desde hace muchos años. **En el 2008, España debería concentrar al menos un 5% de su AOD en programas y políticas de SSR de forma que no sólo pueda cumplir los compromisos de El Cairo, sino también equipararse a otros países europeos y mejorar su contribución a los Objetivos del Milenio.**

Recomendaciones principales

- 1 Incrementar la Ayuda dirigida a programas de salud y derechos sexuales y reproductivos, hasta alcanzar como mínimo el 5% de la AOD a más tardar en 2008**, acompañando este crecimiento de una consolidación general de la cooperación en salud orientada al fortalecimiento de los sistemas sanitarios.
- 2 Mejorar el nivel de compromiso de la cooperación con los ODM**, aumentando el porcentaje de AOD dirigida a la consecución de estos objetivos hasta el 75%, de acuerdo a las recomendaciones del Proyecto del Milenio, **e incrementar los recursos destinados a la consecución de la lucha contra la mortalidad materna y la prevención del VIH/SIDA**, en el marco de esta Agenda de Desarrollo.
- 3 Consolidar una política de cooperación activa a favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos**, potenciando la presencia de la cooperación española en los foros multilaterales internacionales relacionados con este sector.
- 4 Reforzar la cooperación bilateral no reembolsable** (fundamentalmente proyectos y programas de AECI, ONGD y ayuda humanitaria) **destinada a la implementación y desarrollo de políticas y programas de salud y derechos sexuales y reproductivos** en los países con mayor índice de riesgo reproductivo.
- 5 Mejorar la presencia de los aspectos de salud y derechos sexuales y reproductivos dentro de las Estrategias País de la cooperación española** y favorecer su inclusión dentro de los Planes Nacionales de Desarrollo y otros documentos sectoriales de los países en desarrollo.
- 6 Reforzar la orientación de la Ayuda en SDRS hacia los países menos adelantados y concentrar un 70% de esta ayuda en países con riesgo reproductivo muy alto o alto.**
- 7 Dar prioridad al fortalecimiento de la sociedad civil de los países en desarrollo** como estrategia necesaria para favorecer su participación activa en la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- 8 Favorecer la implementación efectiva de la Estrategia de Cooperación en Salud y la Estrategia de Género en Desarrollo**, desarrollando al mismo tiempo indicadores y procesos que permitan su seguimiento y evaluación.
- 9 Apostar por un enfoque transversal de género y derechos sexuales y reproductivos** e incrementar la contribución de la AOD a programas específicos de fortalecimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, acceso a planificación familiar o mejora de la SSR de los y las adolescentes, hasta ahora muy minoritarios o casi inexistentes en la cooperación española.
- 10 Incrementar la colaboración con organismos de Naciones Unidas que trabajan en SDRS**, como UNFPA y ONUSIDA, y consolidar la participación activa de España dentro del Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, favoreciendo la integración de un enfoque de SDRS dentro de sus estrategias.
- 11 Impulsar un mayor compromiso financiero y político de la cooperación descentralizada hacia la salud y los derechos sexuales y reproductivos**, especialmente en aquellas autonomías donde todavía las prioridades de la ayuda al desarrollo se centran exclusivamente en un enfoque de salud materno-infantil, con el objetivo de destinar al sector, a más tardar en 2010, un mínimo del 5% del total de esta Ayuda.

Sección 1

Contexto general de la cooperación española: avances y limitaciones

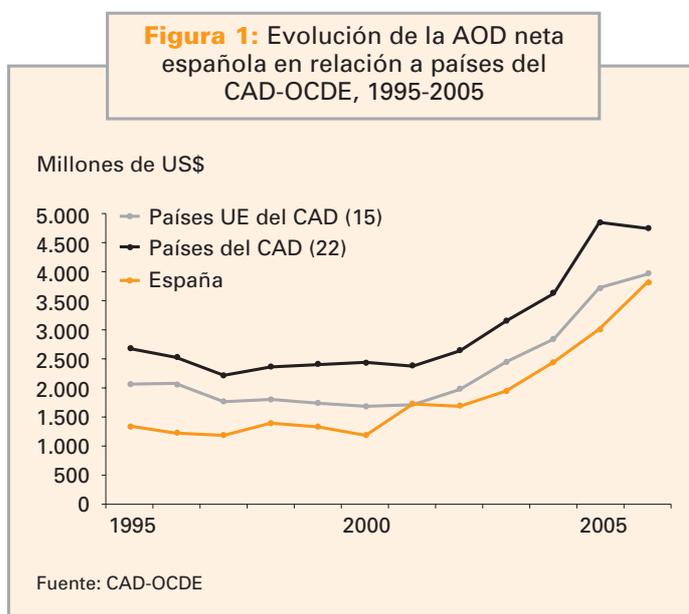
La ayuda oficial al desarrollo española ha vivido un proceso de crecimiento sostenido en los últimos años, que la ha acercado en 2006 a la media del volumen de los países europeos que conforman el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE. (Figura 1)

En el marco de la Conferencia Internacional sobre Financiación del Desarrollo de Monterrey, celebrada en 2002, los países miembros de la Unión Europea acordaron la meta común de alcanzar, un nivel de ayuda al desarrollo equivalente al 0,7% de su RNB antes de 2015. En este marco, cada país estableció su propio calendario para el aumento progresivo de su ayuda oficial y en el caso de España, se adoptó un compromiso de alcanzar el 0,7% en el año 2012, con etapas intermedias del 0,33% en 2006 y 0,5% en 2008.

Los esfuerzos por cumplir la primera etapa del camino y elevar el porcentaje de AOD del 0,24% vigente en 2002 al 0,33%, sitúan a España en el tercer lugar de los países del CAD con mayor incremento de volumen de AOD en 2006. No obstante, mientras las cooperaciones austriaca y alemana, con metas similares, alcanzan los objetivos marcados, España se queda a una diferencia de mínimos en porcentaje (0,32%), pero relevante si se traduce en volumen de AOD. (Figura 2)

En este sentido, es evidente que **la programación de Monterrey, así como los demás compromisos internacionales adquiridos, deben ser considerados siempre mínimos antes que máximos en el momento de programar la ayuda**, evitando de esta forma que, como ha ocurrido en 2006, un crecimiento económico superior al previsto en el momento de la programación de la AOD impida cumplir con los objeti-

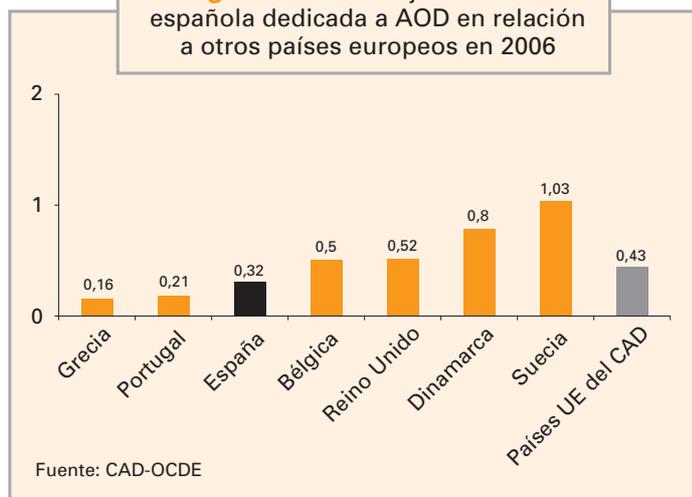
Figura 1: Evolución de la AOD neta española en relación a países del CAD-OCDE, 1995-2005



vos y el calendario establecidos para el crecimiento de la ayuda al desarrollo.

Por otro lado, es preciso tener en cuenta que estas cifras de la ayuda oficial incluyen en su balance los volúmenes resultantes de la condonación de deuda aplicada a los países en desarrollo. En 2005, por ejemplo, estas cantidades representaron unos 502 millones de euros dirigidos a operaciones de condonación, alivio o conversión de deuda con Irak, República Democrática del Congo o Madagascar. Los supuestos de conversión de deuda consistieron fundamentalmente en sustituir “deuda por educación” en países como Nicaragua, Honduras, El Salvador y Uruguay. Aunque en otros países la deuda se reformuló hacia infraestructura básica, no hubo ningún caso en que se dirigiera a fomentar acciones relacionadas con la salud en general o la salud sexual y reproductiva.

Figura 2: Porcentaje de la RNB española dedicada a AOD en relación a otros países europeos en 2006



En ese mismo año, nueve países del CAD (Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Japón, Portugal, Reino Unido y España) computaron más del 20% de su AOD total al sector de alivio de la deuda, superándose el 30% en el caso de España, donde fue el sector más representativo de los reportados por el CAD. Si bien en términos formales el CAD considera estas cantidades como Ayuda oficial, siempre que *“tengan como principal objetivo el bienestar y desarrollo económico de los países en desarrollo”*, su inclusión en las cifras de AOD no deja de ser discutible por diferentes razones, destacando el hecho de que se trata de cantidades que no ingresan en los países empobrecidos y que probablemente no hubieran sido cubiertas en ningún momento por los deudores. En este sentido, es fundamental que se redoblen los esfuerzos para implementar las directrices del Consenso de Monterrey, que alientan a *“los países donantes a tomar medidas para asegurarse de que los recursos que suministren para el alivio de la deuda no menoscaben los de AOD destinados a los países en desarrollo”*.

Otro aspecto estructural de la AOD a considerar tiene que ver con la representatividad de la Ayuda ligada dentro del marco de la cooperación española, que afecta especialmente a sectores como el de la salud. **A pesar de la notable tendencia a la baja de los últimos años, España sigue siendo el país con mayor porcentaje de Ayuda bilateral ligada del conjunto de los países europeos del CAD generalmente materializada a través de créditos FAD.** (Figura 3)

En este contexto, cabe insistir en que la naturaleza de los créditos FAD obedece más a la necesidad de afianzar los sectores comerciales de los países donantes que a generar desarrollo sostenible en los países que reciben la ayuda, puesto que no refuerzan procesos productivos locales y generan cargas económicas adicionales para el pago de los intereses de los créditos. Es por ello que no parecen el instrumento más adecuado para promover el desarrollo sostenible, especialmente en sectores clave como el de la salud y urge eliminarlos de la cooperación española.

Por otro lado, es urgente incrementar el nivel de orientación de la cooperación al desarrollo hacia el fortalecimiento de los sectores sociales básicos. De acuerdo a la Iniciativa 20/20, consensuada en la Cumbre de Copenhague de 1995, los países donantes se comprometieron a destinar un 20% de su AOD al fortalecimiento de los servicios sociales básicos y los países receptores se obligaron a hacer lo mismo con su gasto público. Estos servicios incluyen aquellos relacionados con la salud básica, dentro de la cual se engloban los programas de población y salud reproductiva, la educación básica, los programas de nutrición y los programas de saneamiento y agua potable.

Según estimaciones del Gobierno, España alcanza por primera vez este compromiso en 2005, cuando dirige el 21,3% de su AOD total a estos servicios básicos (Figura 4). No obstante, es interesante remarcar que según otras fuentes, esta cifra desciende hasta el 17% si se excluyen los desembolsos correspon-

Figura 3: Evolución del porcentaje de AOD reembolsable neta en relación al porcentaje de AOD reembolsable bruta en salud, 2002 - 2005

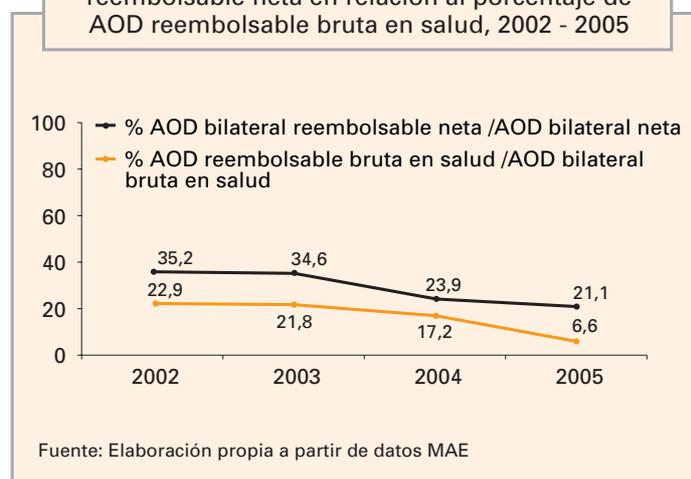


Figura 4: Evolución de la AOD a sectores sociales básicos, 2002-2005



En el periodo 2000-2004, la cooperación española destinó a programas de salud reproductiva únicamente el 10,2 % del total de la AOD del sector salud, mientras que el promedio del CAD se situó en el 43,1%.

el 6,7% del total de la Ayuda a SSB al 11,9%. Es importante que esta tendencia se mantenga y se continúe reforzando un sector que ha recibido tradicionalmente un menor apoyo dentro del conjunto de los SSB. (Figura 5)

Rasgos de la ayuda a SDR en el marco de las tendencias del sector salud de la cooperación española

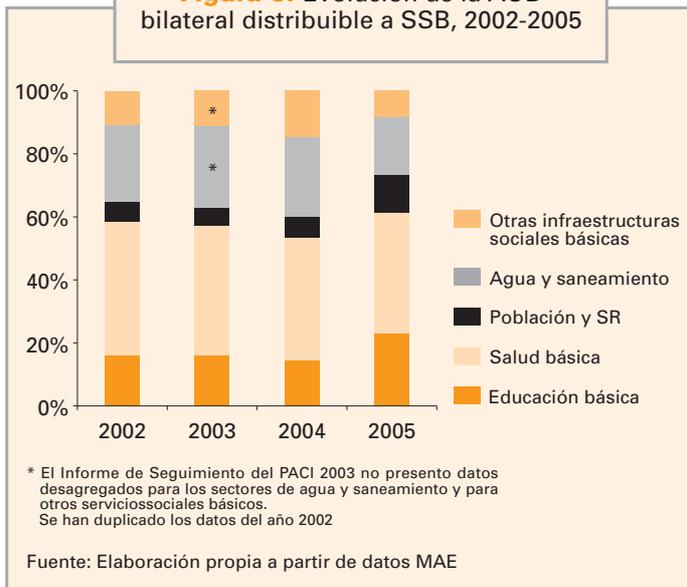
El Plan Director de la Cooperación Española, dentro de la estrategia de aumento de las capacidades humanas, prioriza la cobertura de las necesidades sociales básicas, entre las que se encuentra la salud. El apoyo a este sector se plantea desde un enfoque de derechos humanos, orientado al fortalecimiento de los servicios públicos en el marco de un sistema de Atención Primaria de Salud.

En términos generales, **la AOD española en salud se ha mantenido relativamente estable en los últimos años, con volúmenes por debajo de la media del CAD-OCDE y dentro de una tendencia preocupante de estancamiento de su importancia relativa dentro de la cooperación general.** En 2004, un 5,44% de la AOD se dirigió a salud mientras que en 2005 este porcentaje bajó hasta el 5,18%². Aunque datos e informaciones preliminares de 2006 y 2007 indican algunos cambios en esta evolución, fundamentalmente determinados por el notable

incremento de las contribuciones multilaterales en salud, es difícil asegurar que el renovado compromiso político con este sector vaya a traducirse asimismo en un incremento de la cooperación bilateral.

Según algunas fuentes la distribución sectorial de la AOD general en salud permite observar una escasa atención a la salud reproductiva frente a otros aspectos relacionados con la salud básica o la salud general. Aunque como veremos más adelante, éste primer

Figura 5: Evolución de la AOD bilateral distribuible a SSB, 2002-2005

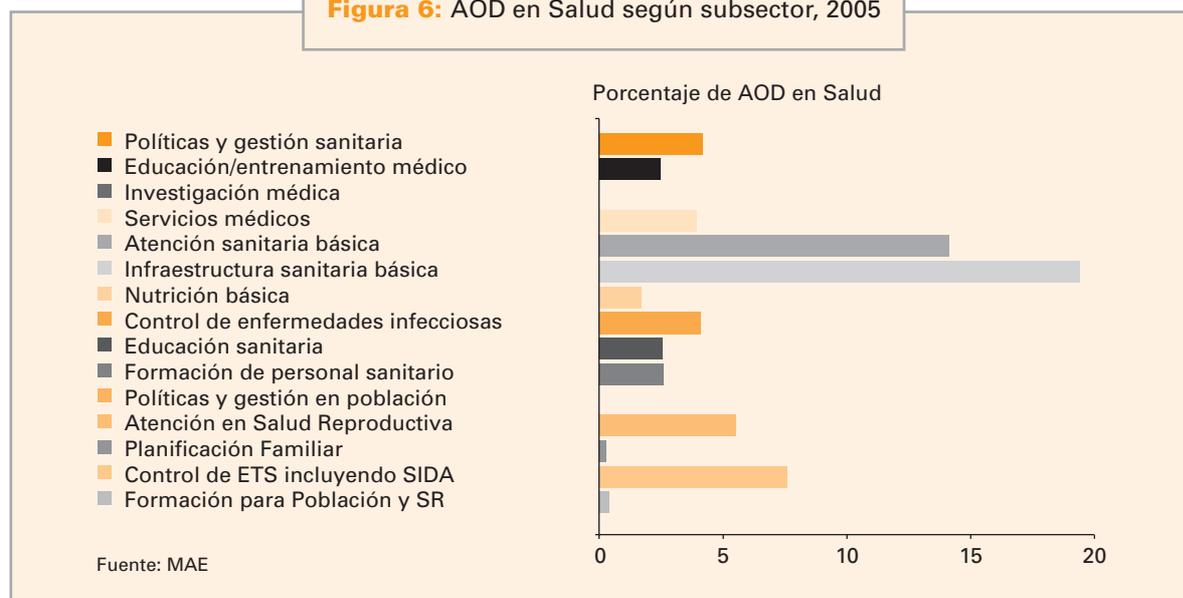


dientes a los créditos FAD¹. De esta forma, es evidente que los esfuerzos por afianzar el Consenso 20/20 e incluso superarlo deben continuar siendo una prioridad para la cooperación española en los próximos años. Por otro lado, en relación a los programas de población y salud reproductiva, observamos que a partir de 2005 se produce un cierto incremento de la Ayuda brindada a este componente de la salud básica, de forma que estos servicios pasan de concentrar

¹ Intermón Oxfam (2006) La Realidad de la Ayuda 2006-2007. Barcelona.

² Medicos del Mundo, Medicus Mundi y Prosalus (2007), La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria. Informe 2006.

Figura 6: AOD en Salud según subsector, 2005



aspecto ha experimentado un remarcable crecimiento en los últimos dos años, entre 2000 y 2004, el subsector de salud reproductiva representó únicamente el 10,2% de la AOD total en salud, mientras que la salud básica y la salud general, en cambio, concentraron un 50,86% y un 38,6% respectivamente³. (Figura 6)

La escasa representatividad de la salud reproductiva dentro de la AOD española en salud contrasta además con la tendencia de los demás países del CAD, donde en el periodo 2000-2004, este sector representó un promedio del 43,1% del total de la AOD. Estas diferencias se observan también al interior del mismo cuando abordamos sus diversos componentes. Así, mientras la inversión española en programas de planificación familiar fue casi nula en los primeros cuatro años de esta década, los países del CAD destinaron un 5,8% a este tipo de actuaciones⁴.

³ Ibidem

⁴ Ibidem

La brecha más grande, no obstante, se observa en relación al sub-sector de lucha contra el VIH/SIDA, puesto que mientras los países del CAD dirigen un 25,30% de su AOD a este componente, en la cooperación española sólo representa un 5,8% de la Ayuda a salud. En 2005, las tendencias muestran ciertos cambios con respecto a los años anteriores y mientras la importancia de otros sub-sectores se reduce, la salud reproductiva se duplica pasando a representar un 20% de la AOD en salud⁵. Este proceso es positivo puesto que acerca la cooperación española a los niveles del CAD. En cualquier caso, será preciso seguir reforzando esta tendencia en los próximos años para consolidar la contribución española a la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y para dar cumplimiento a los retos y prioridades que en este ámbito han sido asumidos desde la nueva Estrategia de la Cooperación Española en Salud.

⁵ Ibidem

Recomendaciones

- ▶ **Mejorar el nivel de cumplimiento de las previsiones de AOD y alcanzar al menos el 0,5% de la RNB en 2008**, de acuerdo a lo comprometido en la Conferencia sobre Financiación del Desarrollo Internacional de Monterrey.
- ▶ **Eliminar la Ayuda ligada de forma urgente**, especialmente en aquellos casos en que se dirige a sectores sociales básicos como la salud y a países menos adelantados.
- ▶ **Incrementar la Ayuda no reembolsable orientada a los sectores sociales básicos** para cumplir holgadamente el compromiso 20/20.
- ▶ **Mantener el crecimiento de los recursos dirigidos a salud reproductiva** hasta acercarnos al menos a la media de los países del CAD y consolidar su relevancia dentro del sector salud.

Sección 2

Contribución a los ODM: la Ayuda orientada a la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA

Los ODM constituyen actualmente el eje articulador de la Agenda Internacional del Desarrollo y están directamente vinculados a la reducción de la pobreza. Aunque en un principio, el acceso a la salud reproductiva no es considerada como una de las metas para el 2015, las demandas de numerosas organizaciones que trabajan por la salud y los derechos sexuales y reproductivos en todo el mundo, unidas al análisis de la evidencia sobre los avances en reducción de la mortalidad materna y el VIH/SIDA, animan a la XI Asamblea General de las Naciones Unidas, a incorporar este aspecto dentro del marco del ODM 5 a finales de 2005. De esta manera, se llena un vacío evidente en la Agenda del Milenio, en un principio ajena al legado de El Cairo, y se asume la importancia de los servicios de prevención, tratamiento y cuidados de SSR para la mejora de la salud materna.

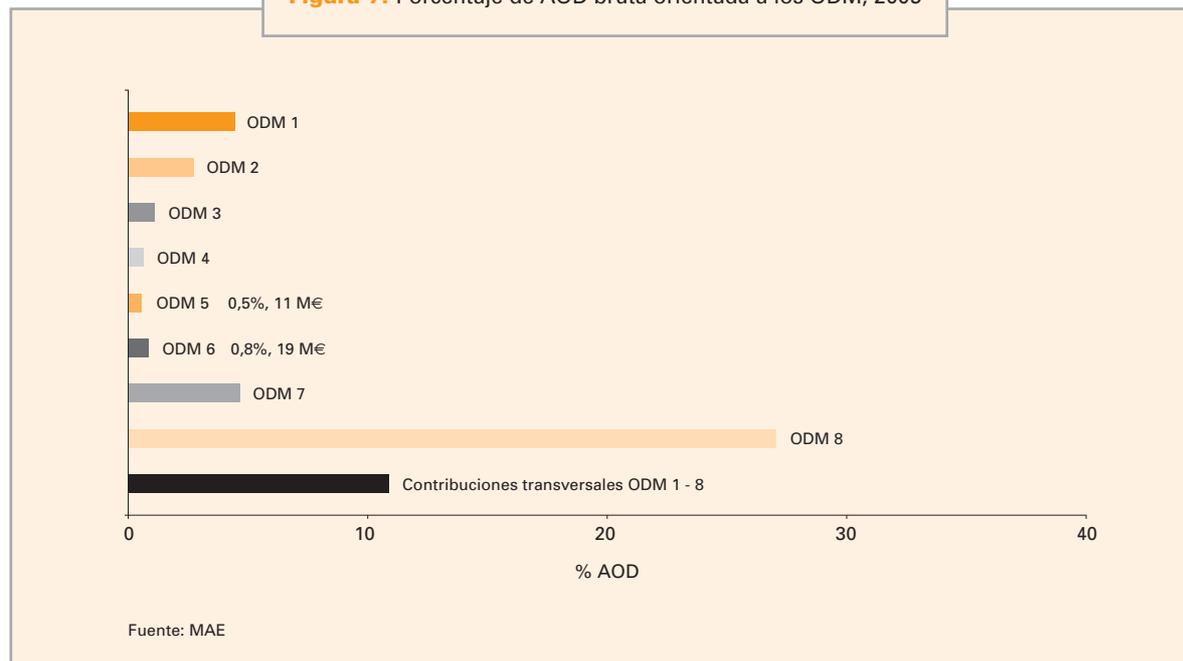
Los progresos realizados desde el año 2000 en el ámbito de la salud son numerosos pero no suficientes para aventurar el cumplimiento de los objetivos marcados antes del 2015. A pesar de que todas las regiones, incluso África subsahariana, han experimentado cierto avance a la hora de garantizar que las mujeres reciban asistencia prenatal al menos una vez durante todo el embarazo, y que ha aumentado el porcentaje de partos atendidos por personal cualificado, todavía más de medio millón de mujeres siguen muriendo cada año por complicaciones tratables y prevenibles durante el embarazo y el parto. Además, en regiones donde el índice de nacimientos de niños con madres adolescentes sigue siendo alto, una gran cantidad de mujeres, especialmente las más jóvenes, se enfrentan, junto con sus hijos, a un riesgo mayor de muerte y de discapacidad. **En África subsahariana, Asia meridional y América Latina y el Caribe, el alto índice de nacimientos de hijos de madres adolescentes predominante en 1990 no ha experimentado una**

reducción significativa, a pesar de la disminución progresiva de en la fertilidad total en dichas regiones. Aproximadamente 137 millones de mujeres tienen una necesidad de planificación familiar no satisfecha y otros 64 millones utilizan métodos tradicionales de anticoncepción de baja eficacia. Aunque la prevalencia anticonceptiva aumentó lentamente desde un 55 por ciento en 1990 hasta un 64 por ciento en 2005, sigue siendo demasiado baja en África subsahariana, con un 21 por ciento.

Por otro lado, continúan ampliándose los esfuerzos para ofrecer tratamiento a las personas afectadas por el VIH y por el SIDA. En diciembre de 2006, se calculaba que alrededor de 2 millones de personas se encontraban recibiendo tratamiento con antiretrovirales en las regiones en desarrollo, lo cual representa tan solo al 28 por ciento de los 7,1 millones de personas que lo necesitan. Aunque África subsahariana alberga a la gran mayoría de personas de todo el mundo afectadas por el VIH (63%), sólo aproximadamente una cuarta parte de esos 4,8 millones de personas que podrían beneficiarse del tratamiento con antiretrovirales, acaban recibéndolo. Desafortunadamente, la magnitud de este problema va en aumento pues aunque 700.000 personas recibieron por primera vez tratamiento en 2006, se calcula que unos 4,3 millones de personas se infectaron en ese año, destacando de este modo la urgente necesidad de intensificar los esfuerzos de prevención y analizar en que se está fracasando.

En términos de recursos, propuestas del Proyecto del Milenio indican que para hacer frente a todas estas problemáticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y avanzar hacia el logro de ODM, será necesario que los países donantes dupliquen el porcentaje de su AOD entre 2006 y 2015, como parte del proceso para alcanzar el 0,7%. Al mismo tiempo,

Figura 7: Porcentaje de AOD bruta orientada a los ODM, 2005



En 2005, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva es reconocido como una meta fundamental para alcanzar el Objetivo de Salud Materna.

se recomienda que un 75% de la AOD de cada uno de los países donantes se destine a la consecución de estos objetivos, aunque sin realizar distinciones a nivel de cada objetivo particular.

Si bien el Plan Director de Cooperación al Desarrollo 2005-2008, así como numerosos Planes Directores de la cooperaciones autonómicas, reconocen los ODM como el marco general de la cooperación española, y en los últimos años se puede observar un incremento de la ayuda enfocada hacia la consecución de estos objetivos, todavía existen grandes distancias para alcanzar los niveles de compromiso sugeridos por el Proyecto del Milenio. Así, por ejemplo, **en 2003 el porcentaje de AOD dirigida a los ODM se situaba en un 40,3%, elevándose paulatinamente hasta el 51,8% en 2005 pero lejos aún del 75%.**

Con respecto a la Ayuda dirigida a la consecución de los ODM de salud materna, salud infantil y lucha con-

tra el VIH/SIDA (ODM 4, 5 y 6), estas cifras continúan reflejando la escasa prioridad que estos sectores reciben frente a otros objetivos de desarrollo. Así, estos objetivos, que concentran 7,8 millones de euros en 2003, pasan a recibir 44,5 millones en 2005, de los cuales 11 millones de euros se invierten en salud materna y otros tantos en acciones de prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En términos generales, no obstante, los ODM 5 y 6 de lucha contra el VIH/SIDA y de salud materna representan un tibio 1,75% de la AOD total dirigida al cumplimiento de los Objetivos del Milenio en 2005, siendo concretamente el objetivo de salud materna el que menos volumen de Ayuda recibe de todo el conjunto. (Figura 7)

Los ODM de lucha contra el VIH/SIDA y de salud materna han concentrado un escaso 1,75% de la AOD total dirigida al cumplimiento de los Objetivos del Milenio en 2005. El objetivo de salud materna es el que menos volumen de ayuda ha recibido del conjunto de los 8 objetivos.

Cuadro 1. Objetivos del Milenio relacionados con la mejora de la salud sexual y reproductiva:**ODM 5:** Mejora de la salud materna

Meta 1: reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes.

Indicadores:

- Tasa de mortalidad materna.
- Porcentaje de partos con asistencia de personal sanitario especializado.

Meta 2: lograr el acceso universal a la salud reproductiva.

Indicadores:

- Tasa de nacimiento en mujeres adolescentes.
- Cobertura de atención prenatal.
- Demanda insatisfecha de planificación familiar.

ODM 6: Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Meta: conseguir detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA.

Indicadores:

- Prevalencia de VIH entre gestantes de 15 a 24 años.
- Porcentaje de uso de preservativos dentro de la tasa de uso de anticonceptivos.
- Relación entre la matriculación de niños huérfanos y la matriculación de niños no huérfanos de 10 a 14 años.

© Médicos del Mundo



Cuadro 2. “Opciones públicas, decisiones privadas: salud sexual y reproductiva y los Objetivos de Desarrollo del Milenio”

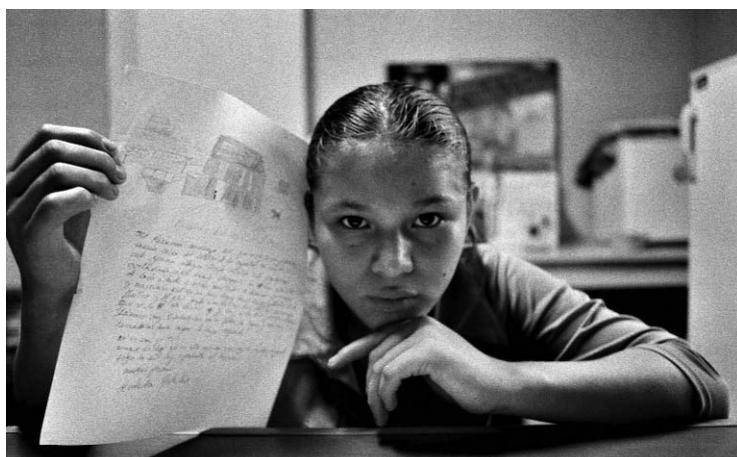
Este informe, elaborado por el Proyecto del Milenio, reafirma los múltiples puntos en común entre los ODM y el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD). El documento analiza cada una de las metas del milenio desde la perspectiva de la salud sexual y reproductiva y pone de manifiesto cómo una mejora de la atención sanitaria en este campo puede tener una influencia crucial de cara a la consecución de las metas propuestas para 2015, entre las que se encuentran la lucha contra el VIH/SIDA, la promoción de la equidad de género o la mejora de la salud materna e infantil.

El informe, que fue presentado en la XXXIII Conferencia Internacional Anual sobre Salud Global, puso de manifiesto que una correcta atención ginecológica y el acceso a servicios de planificación familiar podrían reducir radicalmente el índice de muertes y daños causados durante el parto o el embarazo. Asimismo, se subraya la necesidad de implicar a los hombres como sujetos activos en los temas de salud sexual y reproductiva y como actores cruciales para promover el cambio hacia una vida más saludable para las mujeres y las niñas.

Según el documento, para alcanzar el acceso universal a SSR sería necesario invertir 36 mil millones de dólares (unos 28 mil millones de euros) cada año hasta 2015. En esta cifra se incluyen estimaciones de los costes de la provisión de servicios de planificación familiar y otros servicios básicos de salud materna y reproductiva, así como un aumento presupuestario para los programas de lucha contra el VIH/SIDA.

Junto con estas necesidades no cubiertas, el informe también elaboró una serie de recomendaciones para integrar la salud sexual y reproductiva en las estrategias de desarrollo:

- Incorporar la salud sexual y reproductiva tanto en las estrategias nacionales de reducción de la pobreza como en el fortalecimiento de los sistemas de salud.
- Integrar, evaluando y realizando un seguimiento continuo y transversal mediante la recolección sistemática de datos sobre salud sexual y reproductiva en los sistemas sanitarios.
- Llevar a cabo iniciativas de impacto rápido en el marco de la salud reproductiva, entre las que se encuentra la asignación de fondos suficientes para materiales, abastecimiento y logística de estos campos.
- Detectar las necesidades particulares de la población, específicamente de los y las adolescentes, los hombres, las personas que viven en la pobreza y las víctimas de crisis humanitarias.



Borja Alegría

Recomendaciones

- ▶ **Mejorar el nivel de orientación de la cooperación hacia los ODM** y, de acuerdo a las recomendaciones del Proyecto del Milenio, incrementar el porcentaje de AOD dirigida a la consecución de estas metas desde el 52% actual hasta el 75%.
- ▶ **Incrementar notablemente la Ayuda dirigida a los objetivos de mejora de la salud materna y lucha contra el VIH/SIDA** dentro del marco general de apoyo a la Agenda del Milenio.

Sección 3

La salud y los derechos sexuales y reproductivos en las prioridades de la cooperación al desarrollo

A nivel programático, la cooperación española ha evolucionado de forma favorable a lo largo de esta década, esforzándose por desarrollar nuevas estrategias sectoriales y por definir de forma más concreta, las prioridades y los distintos enfoques de la cooperación española. Este mismo proceso se ha visto reflejado en los distintos aspectos de la SDR, que aparecen recogidos cada vez de forma más integral y coherente dentro de los planes y estrategias de cooperación.

En 2005, la cooperación española abrió un proceso de planificación sectorial en salud y en género que ha culminado con la adopción de dos nuevas estrategias, que aportan numerosos avances en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Ambos documentos suponen un salto cualitativo importante con respecto a las estrategias anteriores y mejoran notablemente la perspectiva política de la cooperación española en este ámbito, equiparándose a otros socios europeos como Suecia, Dinamarca, Bélgica o Reino Unido. De esta forma, a pesar de que estos países cuentan con estrategias específicas sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, **la Estrategia de Salud y la Estrategia de Género entrelazadas, generan un marco normativo y político sobre SDR lo suficientemente exhaustivo para que no sea necesario pensar en elaborar un documento específico para este sector.**

La Estrategia de Cooperación en Salud

Uno de los aspectos más innovadores del planteamiento de la nueva Estrategia de Salud reside en contemplar una línea de acción específica para la “Mejora de la Salud y los Derechos sexuales y Reproductivos”, articulada en torno a 4 ámbitos de intervención: derechos sexuales y reproductivos,

En la nueva estrategia de salud, la mejora de la salud sexual y reproductiva se transforma en una línea de acción prioritaria de la cooperación, junto a la salud infantil, la lucha contra las enfermedades prevalentes, el acceso a medicamentos o el fortalecimiento de los recursos humanos sanitarios.

servicios de salud sexual y reproductiva, jóvenes, e integración de la SDR con otros ámbitos de actuación como los programas de VIH/SIDA y las acciones de emergencia.

En términos de principios inspiradores, **se valora muy positivamente que la estrategia opte por un enfoque de salud y derechos, avanzando con respecto a una visión estrictamente biomédica y reconociendo los derechos sexuales y reproductivos según fueron definidos en la CIPD.** Lo mismo puede aplicarse al reconocimiento que realiza de la necesidad de acabar con los programas verticales, la apuesta por el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria de salud y la prioridad de incorporar el enfoque cultural como elemento transversal para las actuaciones y servicios de salud sexual y reproductiva.

A nivel de contenidos, la planificación familiar deja de ser la gran ausencia y aparece potenciada como parte integrante de los servicios de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo, se reconoce acertadamente la necesidad de fortalecer las capacidades de aprovisionamiento, distribución y acceso de los países en desarrollo a los métodos anticonceptivos, así como a otros suministros de salud reproductiva necesarios para la atención al embarazo o el parto o la prevención del VIH/SIDA.

La atención a las necesidades de SSR de los y las jóvenes, junto con la mención a la lucha contra el aborto inseguro, es quizás otra de las grandes novedades que aporta la estrategia de salud, en cuanto que se pronuncia a favor de apoyar el acceso de este colectivo a información y servicios de SSR abiertos y de confianza, a la vez que se inclina hacia apoyar aquellas actividades encaminadas a mejorar la educación en temas como la igualdad de género, las relaciones sexuales seguras, la reproducción y la prevención de embarazos, la anticoncepción o las ITS (incluido el VIH/SIDA). De esta forma, por primera vez, un documento de la cooperación española apuesta de forma directa por acciones concretas dirigidas a un sector de población vulnerable a la par que estratégico que representa a la mitad de la población de los países en desarrollo.

Es valorado como muy positivo que la estrategia se haga eco de la urgencia de articular y transversalizar los programas y estrategias de SSR en otros ámbitos como el de la lucha contra el VIH/SIDA o las acciones de emergencia y que promueva la incorporación de estos aspectos dentro de los procesos e instrumentos de la cooperación española. No obstante, no deja de ser extraño que mientras la mayoría de las cooperaciones europeas y el CAD ubican la prevención y tratamiento del VIH/SIDA como un aspecto más de sus estrategias de SDR, España lo encuadre junto con la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades endémicas, dentro de la línea estratégica relacionada con la lucha contra las enfermedades prevalentes. Esta separación del resto de intervenciones definidas en el sector de la SDR puede ser un obstáculo para mantener la perspectiva del VIH/SIDA como una ITS y no favorece un enfoque integral de prevención conectado con los demás aspectos de la salud sexual y reproductiva, a los que está íntimamente ligado.

La nueva estrategia de salud es en definitiva un documento ambicioso que plantea nuevos enfoques y prioridades en el ámbito de la SDR y en el de la salud en general, dado que apuesta por una intervención amplia tanto a nivel de problemas de salud como de fortalecimiento de la estructura de los sistemas básicos de salud. Por esto mismo, el documento puede adolecer de excesiva amplitud y falta de concreción en cuanto a la definición de sus indicadores de evaluación y objetivos, lo cual requerirá esfuerzos adicionales para garantizar un enfoque coordinado entre los distintos sectores de intervención.

Es probable, además, que dentro del sector de “Mejora de la SDR”, así como en los distintos marcos regionales específicos, se haya perdido una buena oportunidad de visibilizar y priorizar de forma más contundente la lucha contra un problema clave para el desarrollo como el de la mortalidad materna. Este constituye aún hoy uno de los problemas de salud más graves en los países empobrecidos y una de las principales causas de mortalidad de las mujeres. Así, aunque está demostrado que prevenir la mortalidad materna no requiere de gran infraestructura y recursos, veinte años después de la adopción de la Iniciativa por la Maternidad Segura y de los esfuerzos realizados para revertir los niveles de mortalidad, el balance es aún negativo en muchos países, especialmente en África Subsahariana.

Aunque evidentemente se considera la salud materna como el eje de la salud reproductiva, es importante que este aspecto reciba mayores esfuerzos y mayores desembolsos de la AOD a través de una apuesta por intervenciones eficaces, que articuladas y combinadas con el impulso de la planificación familiar y la prevención del aborto inseguro puedan reducir las muertes asociadas al embarazo y al parto.



© Médicos del Mundo

Los derechos sexuales y reproductivos reforzados por la Estrategia de Género en Desarrollo

La nueva estrategia de género nos invita a **superar la perspectiva tradicional de la salud materno-infantil**, siempre vinculada a la función reproductora y maternal de las mujeres y a recuperar y explicitar el mandato de la Plataforma de El Cairo, que promueve el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproduc-

tivos como derechos humanos y sostiene una visión integral de la salud de las personas en todo el ciclo de vida. Para ello, basa toda su articulación en torno a los derechos humanos de las mujeres, en cualquiera de sus acepciones, y los derechos sexuales y reproductivos aparecen como eje y condición “sine qua non” para hablar de salud, empoderamiento y género en desarrollo.

La salud sexual y reproductiva deja de ser un objetivo en sí misma y se traslada el énfasis hacia “*difundir y promover el pleno ejercicio de los dere-*

Cuadro 3. ¿A qué llamamos derechos sexuales y reproductivos?

Derechos sexuales	Derechos reproductivos
<ul style="list-style-type: none"> • Derecho al placer físico y emocional y a desarrollar una sexualidad plena y sin riesgos. • Derecho a contar con protección frente a cualquier atentado, violencia, explotación, agresión o práctica perjudicial contra el propio cuerpo o la sexualidad. • Derecho a tomar decisiones autónomas y libres de coerción sobre la propia sexualidad y el propio cuerpo, incluyendo la orientación sexual, la identidad sexual, la elección de la pareja, el contraer o no matrimonio y la actividad sexual. • Derecho a disfrutar de un marco normativo y social equitativo que permita a todas las personas desarrollar su vida sexual en igualdad. • Derecho a disfrutar de una salud sexual satisfactoria y a acceder a una amplia gama de servicios socio-sanitarios que enfoquen la sexualidad en su dimensión física, mental y social, que sean accesibles en ubicación y costo y que sean adecuados a las características y necesidades de edad, sexo, cultura, educación y condición social de las personas. • Derecho a recibir una educación sexual basada en un enfoque positivo de la sexualidad. • Derecho a beneficiarse de aquellos tratamientos, investigaciones y avances del conocimiento que contribuyan a mejorar el bienestar y la salud sexual. • Derecho a pensar y manifestar libremente las ideas relacionadas con la sexualidad y a tener acceso a información completa, clara y veraz sobre sexualidad. • Derecho de reunión y asociación con otras personas para promover o defender cuestiones relacionadas con la sexualidad. • Derecho a la confidencialidad de la información relacionada con la propia sexualidad y los servicios. • Derecho a estar libre de tortura o trato inhumano o degradante y a contar con protección frente al comercio y la explotación sexual, la experimentación no consentida con el cuerpo, las violaciones sistemáticas, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Derecho a la vida y a que ésta no sea puesta en peligro por motivos relacionados con el embarazo o el parto. • Derecho a decidir libremente si formar o no una familia y si tener o no hijos, el número que se desea tener y el momento en que tenerlos. • Derecho a disfrutar de un marco normativo, social y laboral equitativo que permita a todas las personas desarrollar su vida reproductiva en igualdad. • Derecho a acceder a información, servicios socio-sanitarios y recursos sensibles, eficaces y de calidad que respondan a las necesidades reproductivas de cada persona. • Derecho a recibir educación e información completa en temas relacionados con la reproducción, incluyendo lo relativo a la maternidad y paternidad. • Derecho a ejercer la paternidad y maternidad si así se decide. • Derecho a beneficiarse de aquellos tratamientos, investigaciones y avances en el conocimiento que contribuyan a alcanzar las metas reproductivas. • Derecho a la privacidad de la vida reproductiva y a tener acceso a servicios relacionados con este ámbito que garanticen la confidencialidad. • Derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y expresión sobre la reproducción y al acceso a información completa y transparente sobre estos temas. • Derecho de reunión, asociación y participación para la defensa de la reproducción y la maternidad/paternidad.

chos sexuales y reproductivos de la diversidad de las mujeres en los diferentes países, regiones y culturas, como parte integrante de sus derechos humanos". Para lograrlo se priorizan acciones encaminadas a adecuar la normativa internacional sobre derechos sexuales y reproductivos, apoyar políticas públicas regionales, nacionales y locales para la difusión y cumplimiento de estos derechos, o garantizar protección social y jurídica ante la violación de los mismos. De esta forma, además de seguir apostando por la salud sexual y reproductiva se opta por una intervención mucho más profunda y estratégica a través del fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos visibilizan la aplicación de los derechos humanos, universalmente reconocidos, a dos dimensiones clave para el desarrollo humano, la sexualidad y la reproducción, y garantizan a hombres y mujeres unos niveles mínimos de disfrute, respeto y dignidad en estas esferas. Ambas dimensiones del ser humano merecen y necesitan del mismo respeto y protección y están interrelacionadas entre sí. Estos derechos son exigibles, inalienables e inherentes a todas las personas. Asimismo entrañan responsabilidades para los individuos y los Estados y deben de constituir una de las bases primordiales para las políticas sanitarias, sociales y de desarrollo de cualquier país.

La nueva estrategia de Género, reconoce los derechos sexuales y reproductivos como eje prioritario y condición imprescindible para hablar de salud, empoderamiento y género en desarrollo. De esta forma, además de seguir mejorando la salud sexual y reproductiva, la estrategia apuesta por un cambio más profundo y estratégico en las relaciones de hombres y mujeres.

Aunque la estrategia en su conjunto supone un salto de gigante en el posicionamiento conceptual de la cooperación española en temas de género y derechos sexuales y reproductivos, es especialmente destacable la importancia que concede al fortalecimiento del diálogo social y político en materia de derechos sexuales y reproductivos, VIH/SIDA y género. Apoyar acciones en este ámbito nos parece fundamental e imprescindible para generar cambios estructurales de base a nivel social y político, que dependerán en gran medida del apoyo a las organizaciones, plataformas de diálogo social y político y redes de mujeres internacionales, regionales, nacionales y locales que trabajan en estos tres sectores.



© Sergi Robredo

Cuadro 4. Cronología de la cooperación española

Año	Agenda Internacional	Cooperación Española
1970	Naciones Unidas fija el objetivo del 0,7%	Se crea la Dirección General Técnica de Cooperación Internacional (DGTCI)
1979	Naciones Unidas aprueba la Convención Sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer. España la ratifica en 1984.	
1981		España deja de ser reconocida como país receptor de ayuda internacional.
1985		Desaparece la DGTCI y se crea la Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica (SECIPI)
1986		Se crea la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional (CICI)
1987	Conferencia Internacional de Maternidad Segura en Nairobi.	Se elaboran las primeras “Líneas directrices para la cooperación al desarrollo”.
1988		Se crea la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI)
1991		España se incorpora al Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE)
1994	Naciones Unidas sostiene la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo. España elogia el Programa de Acción.	
1995	La Cumbre de Desarrollo Social de Copenhague aprueba la Iniciativa 20/20. Conferencia Internacional de la Mujer en Pekín.	Se crea el Consejo para la Cooperación al Desarrollo.
1998		Se aprueba la primera Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
1999	La Asamblea General de NNUU evalúa la implementación de la CIPD.	
2000	Declaración del Milenio de las Naciones Unidas. Conformación del Proyecto del Milenio y establecimiento de los Objetivos del Milenio.	Se aprueba el primer Plan Director de la Cooperación Española (2001-2004) No se incluyen los ODM. Se crea la Comisión Interterritorial de Cooperación para el Desarrollo.
2002	Conferencia Internacional de Financiación para el Desarrollo en Monterrey.	En la cumbre de Monterrey, España se fija un calendario para alcanzar el 0,7% en el 2012.
2003		Se aprueba la primera Estrategia de la Cooperación Española en Salud. Se aprueba la Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres.
2005	La Asamblea General de las Naciones Unidas evalúa el avance de los ODM.	Se aprueba el segundo Plan Director de la Cooperación Española (2005-2008) que señala la Declaración del Milenio como el principal referente para la política de cooperación española.
2006		Aprobación del Plan África 2006-2008
2007		Se aprueban las nuevas Estrategia de Género en Desarrollo y de Cooperación Española en Salud.

La salud sexual y reproductiva en los Documentos Estrategias País

Aún con matices, cada vez es mayor la presencia de la salud sexual y reproductiva en los DEP. Ésta suele ser parcial enfocándose fundamentalmente hacia la salud materna o la prevención del VIH/SIDA. En los DEP de Angola, Namibia y Ecuador, por ejemplo, se apoyan iniciativas de lucha contra el VIH/SIDA, mientras que en los de El Salvador, Paraguay, Marruecos, Túnez, Mauritania y Cabo Verde solo se abordan problemas relacionados con la salud materna. De todos los países socios de la cooperación, sólo 8 DEP (Cabo Verde, Marruecos, Túnez, Población Saharaui, Bolivia, El Salvador, Honduras y Nicaragua) recogen entre sus objetivos estratégicos de mejora de la SSR el acceso e información sobre planificación familiar y educación sexual, la promoción de la paternidad responsable y la prevención de embarazos, además de las acciones

relacionadas directamente con la salud materna. Por otro lado, un sólo un país, Túnez, contempla acciones específicamente dirigidas a los y las jóvenes, aunque en la práctica no se ha encontrado ninguna actuación en este ámbito.

Llama la atención que los DEP de países menos adelantados como Haití o Mauritania, con altos índices de riesgo reproductivo, presten nula o menor atención a la SSR que otros países con menos necesidades en este sector como son Túnez o Vietnam. En este sentido, España debería reforzar su cooperación en SDRS con aquellos países que presentan condiciones y problemáticas más agudas en este ámbito de la salud. Al mismo tiempo sería interesante que España revisara el apoyo que brinda a países con Índice de Riesgo Reproductivo (IRR) bajo o moderado, asegurando que sus intervenciones estén orientadas bien hacia aquellas zonas o regiones de menor desarrollo en el país o bien hacia colectivos especialmente marginados.

Cuadro 5. Países prioritarios de la cooperación española

País	Clasificación según CAD-OCDE ⁶	Índice de Riesgo Reproductivo ⁷	SSR como prioridad en DEPs
Honduras	Ingreso Medio bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/SIDA
Nicaragua	Ingreso Bajo	Riesgo Moderado	SSR y VIH/SIDA
El Salvador	Ingreso Medio bajo	Riesgo Moderado	SSR
Guatemala	Ingreso Medio bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/SIDA
Haití	Menos Desarrollado	Muy alto Riesgo	SSR y VIH/SIDA
República Dominicana	Ingreso Medio bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/SIDA
Paraguay	Ingreso Medio bajo	Alto Riesgo	SSR
Bolivia	Ingreso Medio bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/SIDA
Perú	Ingreso Medio bajo	Riesgo Moderado	SSR y VIH/SIDA
Ecuador	Ingreso Medio bajo	Riesgo Moderado	VIH/SIDA
Argelia	Ingreso Medio bajo	Riesgo Moderado	No priorizado
Marruecos	Ingreso Medio bajo	Alto Riesgo	SSR
Mauritania	Menos Desarrollado	Muy alto Riesgo	SSR
Túnez	Ingreso Medio bajo	Bajo Riesgo	SSR
Población Saharaui	No evaluado	No evaluado	SSR
Territorios Palestinos	Ingreso Medio bajo	No evaluado	No tiene DEP
Mozambique	Menos Desarrollado	Muy alto Riesgo	SSR
Angola	Menos Desarrollado	Muy alto Riesgo	VIH/SIDA
Namibia	Ingreso Medio bajo	Alto Riesgo	VIH/SIDA
Senegal	Menos Desarrollado	Alto Riesgo	SSR y VIH/SIDA
Cabo Verde	Menos Desarrollado	No evaluado	SSR
Filipinas	Ingreso Medio bajo	Riesgo Moderado	SSR y VIH/SIDA
Vietnam	Ingreso Bajo	Bajo Riesgo	No priorizado

⁶ CAD (2006) Lista de países receptores de AOD para el periodo 2005 - 2007

⁷ www.populationaction.org

Recomendaciones

- ▶ Favorecer la implementación efectiva de la Estrategia de Cooperación en Salud y la Estrategia de Género en Desarrollo y establecer indicadores y procesos que favorezcan su seguimiento y evaluación.
- ▶ Impulsar de manera prioritaria el fortalecimiento de la sociedad civil de los países en desarrollo como estrategia necesaria para favorecer su participación activa en la defensa y promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- ▶ Prestar mayor apoyo a la lucha contra la mortalidad materna a través del soporte a la elaboración e implementación de Hojas de Ruta a nivel estatal, la mejora del acceso a planificación familiar, la formación de matronas, el acceso a la atención durante el embarazo y el parto, los servicios básicos de emergencia obstétrica, los sistemas de referencia y el trabajo comunitario.
- ▶ Consolidar la presencia de los aspectos de SDR dentro de las Estrategias País de la cooperación española, así como dentro de los Planes Nacionales de Desarrollo y otros documentos sectoriales de los países en desarrollo.

© Médicos del Mundo



© Médicos del Mundo



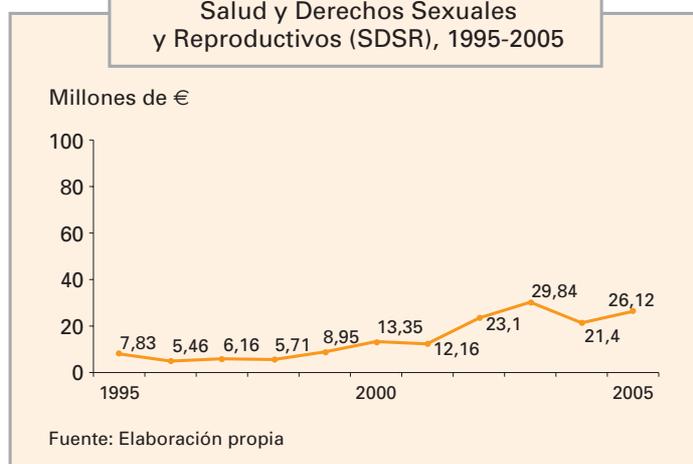
© Médicos del Mundo



Sección 4

Radiografía de una década: la ayuda oficial al desarrollo en salud y derechos sexuales y reproductivos 1995-2005

Figure 8: Evolución de la AOD en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR), 1995-2005



La AOD española destinada a programas de fortalecimiento de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se ha triplicado en volumen entre 1995 y 2005, alcanzando un total de 160 millones de euros. Se observa por tanto, que en términos absolutos, el compromiso de la cooperación española con este sector del desarrollo ha experimentado un proceso de crecimiento, que si bien no ha sido sostenido ha resultado fortalecido en los últimos años.

Es a partir de la adopción en 1994 del Programa de Acción de El Cairo, cuando España comienza a prestar su apoyo a este tipo de intervenciones de forma tímida y con altibajos. No es hasta 2002, sin embargo, cuando se observa un crecimiento más significativo de la AOD enfocada al sector, con unos desembolsos que llegan a duplicarse en los últimos 4 años. (Figura 8)

Al comparar la evolución de la AOD en SSR con respecto al resto de la cooperación, observamos que la importancia relativa de este sector ha crecido de forma sostenida a lo largo de la década, aunque no al ritmo que

hubiera sido deseable. Este sector representó un 0,58% del total de la AOD entre 1995 y 1998, mientras que en 2002 este porcentaje aumenta hasta el 0,78%. **Si tomamos como referencia el periodo 1995-2005, encontramos que la Ayuda a SDSR ha significado un 0,95% del total de la Ayuda al desarrollo, lo cual queda evidentemente muy lejos de la meta del 5% fijada en El Cairo.** Si bien en los últimos 3 años del periodo analizado el porcentaje de ayuda a SDSR se incrementa desde el 0,78% de la AOD hasta el 1,26%, con algún año incluso en que se alcanza el 1,72%, las cifras de todo el periodo arrojan datos más modestos que reflejan los altibajos en el volumen de los desembolsos que este

sector de la cooperación ha vivido a lo largo de la década. Es positivo por tanto, que la Ayuda española a SDSR se haya estabilizado por encima del 1% del total de AOD a partir de 2003, aunque serían necesarios mayores esfuerzos para acercarnos a más tardar en 2008 a los compromisos establecidos en el Programa de Acción de El Cairo y renovados por el Proyecto del Milenio. (Figura 9)

Figura 9: Evolución del porcentaje de la AOD en SDSR, 1995-2005

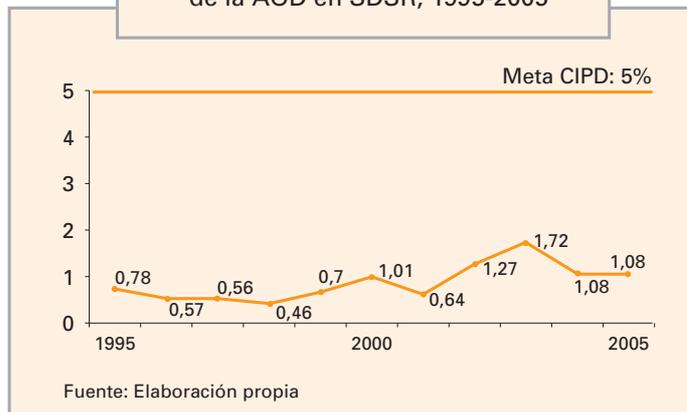
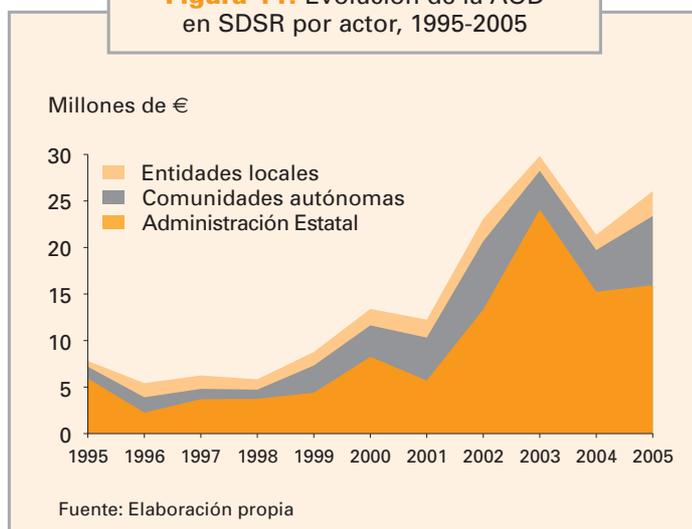


Figura 10: Distribución de la AOD en SDSR según canal de desembolso, 1995-2005



Figura 11: Evolución de la AOD en SDSR por actor, 1995-2005



El análisis de la AOD en SDSR sitúa al Estado como el principal actor de la cooperación en este sector, con un 64% del total de la AOD. Este canal de la Ayuda, que ha alcanzado los 103 millones de euros en 2005, ha visto reforzada su importancia relativa dentro del sector en los últimos 3 años, en base fundamentalmente al fuerte aumento de las contribuciones multilaterales que se producen a raíz del inicio de la colaboración con el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis y por otro lado, a la consolidación del apoyo a las estrategias, programas y proyectos de las ONG españolas en el sector. (Figura 10)

Uniéndolo la Ayuda multilateral y la multilateral del periodo 1995-2005, obtenemos que los organismos internacionales han acaparado casi un 30% del total de la Ayuda a SDSR, lo cual supone una transforma-

ción importante con respecto a los datos de 2002, donde este porcentaje representaba el 12%. En relación específicamente con la Ayuda estatal, la representatividad de los organismos multilaterales es aún mayor (46,3%), conformándose como los principales actores de la cooperación estatal entre 1995 y 2005, seguidos de las ONG que gestionan un 33,7% de ayuda estatal. El canal bilateral continúa siendo poco utilizado por la cooperación española y las ONG por su parte, fortalecen su participación a partir de 2003, cuando se ponen en marcha nuevas estrategias, programas y proyectos de cooperación, aventurándose el comienzo de una cierta consolidación del sector.

La Ayuda estatal evoluciona de forma sostenida a lo largo de todo el periodo con excepción de algunos momentos de fuertes ascensos. Una de estas situaciones se produce en el año 2000, coincidiendo con la celebración de la Cumbre del Milenio y la adopción de los ODM, que revitalizan el compromiso de la cooperación hacia la SSR y el otro en 2003, cuando se realiza una contribución de casi 30 millones de euros al Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, de los cuales un 58% se destinan a la lucha contra VIH/SIDA. (Figura 11)

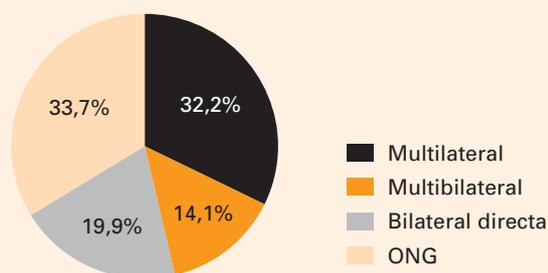
Si nos centramos en la **cooperación descentralizada**, observamos que este canal de Ayuda ha representado un total de **56,93 millones de euros en el periodo 1995-2005, consolidándose como uno de los actores fundamentales de la cooperación en**

SDSR. De hecho, este sector de la cooperación ha experimentado un incremento en volumen bastante superior al de la Ayuda estatal, puesto que se ha multiplicado por seis en el caso de la cooperación de las comunidades autónomas y por cuatro en el de las entidades locales. No obstante, si comparamos el papel actual de la cooperación descentralizada dentro de la AOD total a SDSR con respecto al comportamiento del periodo 1995-2002, podemos comprobar que mientras la Ayuda estatal ha ganado en importancia relativa, la Ayuda autónómica y la local descienden algunos puntos, pasando de representar un 27% y 15% respectivamente a un 24% y 11,5%. (Figura 12)

Este descenso también se refleja en el **porcentaje de Ayuda dirigido a programas de salud sexual y reproductiva que hasta 2002 se sitúa en un 3% del total**

de la Ayuda autonómica y desciende al 2,6% para todo el periodo 1995-2005. Esto es causado en cierta forma por el fuerte descenso de la Ayuda dirigida a este sector que se produce en numerosas comunidades autónomas a partir de 2003 y que afecta a regiones como Valencia, País Vasco, Andalucía, Extremadura, Baleares o La Rioja.

Figura 12: Distribución de la AOD estatal en SDR según canal de desembolso, 1995-2005



Fuente: Elaboración propia

Recomendaciones

- **Incrementar la Ayuda al Desarrollo destinada a programas y políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos hasta alcanzar al menos el 5% de la AOD, a más tardar en 2008.**

Reforzar la cooperación bilateral no reembolsable (fundamentalmente proyectos y programas de AEI, co-financiación de ONGD y ayuda humanitaria) destinada a la implementación y desarrollo de políticas y programas de salud y derechos sexuales y reproductivos en los países con mayor índice de riesgo reproductivo.

- **Garantizar que el incremento de la ayuda vaya ligado a posicionamientos claros y de liderazgo** en la defensa y promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional.



© Médicos del Mundo

Sección 5

Canales de Ayuda: La vía multilateral y la vía bilateral

La vía multilateral

La cooperación española mantiene una larga tradición de colaboración con organismos multilaterales de fuera y dentro del sistema de Naciones Unidas. La Ley de Cooperación de 1999 ya se hace eco de la necesidad de participar activamente en los organismos internacionales y colaborar en la consecución de sus objetivos y el Plan Director 2005-2008 y la Estrategia de Política Multilateral de Desarrollo vienen a profundizar un poco más en este sentido, marcando las líneas prioritarias de la acción multilateral española.

En este marco, la cooperación española realiza contribuciones voluntarias a los fondos estructurales de organismos que bien disponen de un mandato específico en el sector de la salud sexual y reproductiva, como es el caso del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), o bien intervienen en alguno de los aspectos de este sector, como puede ocurrir con la OMS o la OPS, en el caso de la salud materna, y con el Fondo Global de lucha contra el SIDA, la malaria y la tuberculosis y ONUSIDA, en el caso del VIH/SIDA. Al mismo tiempo, también se apoya a otras instituciones cuya actividad puede en un momento puntual estar relacionada con la SDR, como es el caso de UNIFEM, UNICEF o el PNUD, aunque para la valoración de las cifras de la AOD multilateral dirigida a SDR, las contribuciones a este tipo de organismos no han sido tomadas en cuenta puesto que no es posible determinar que prioridad otorgan a la SDR dentro de sus presupuestos y sus actuaciones.

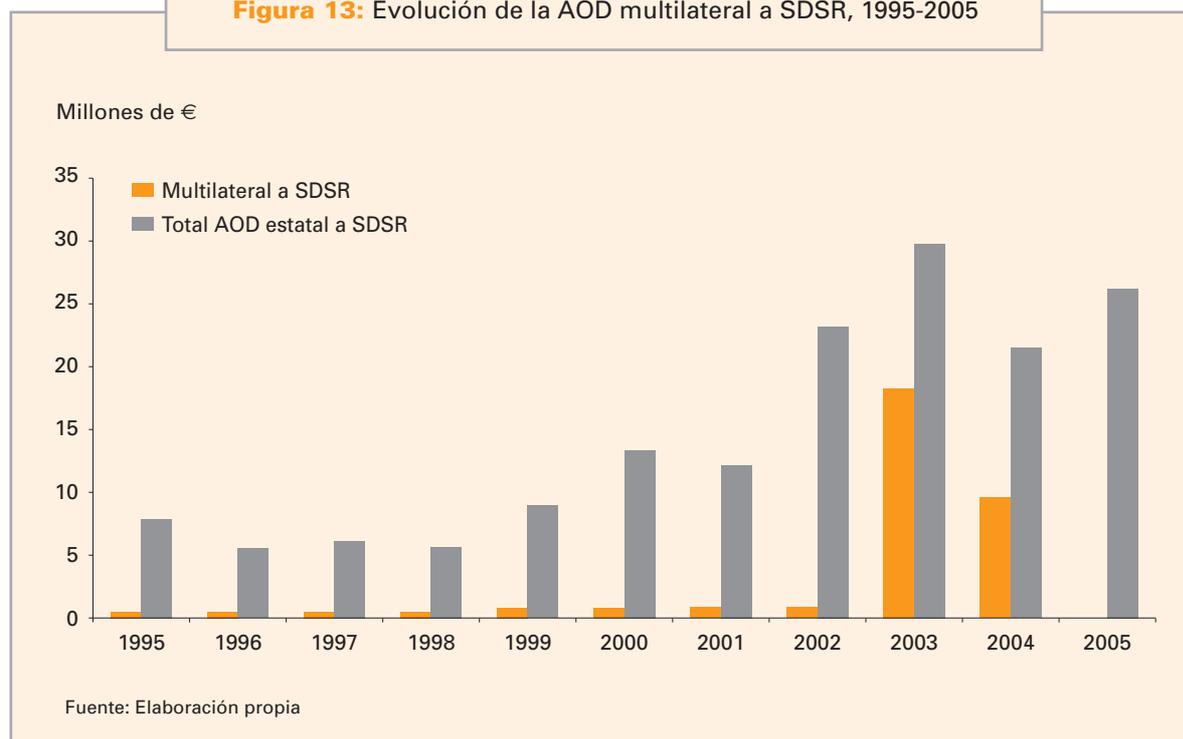
La participación de España en los foros multilaterales donde se abordan las cuestiones relativas a la SDR, es fundamental para evitar retrocesos en la agenda internacional y favorecer políticas cada vez más com-

prometidas con la mejora de las condiciones de vida y los derechos de las personas. Esto requiere garantizar, por un lado, una presencia activa en agencias de Naciones Unidas y organismos financieros, y por otro desarrollar un discurso coherente en todos los foros o encuentros internacionales de desarrollo. Para ello, es importante que los delegados españoles reciban instrucciones similares y persigan objetivos comunes.

Desde 1995, España ha mantenido una participación modesta en organismos relacionados con la SDR, observándose un aumento en el volumen de las contribuciones a partir de 2003, especialmente en el caso del Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, UNFPA o UNIFEM. En términos generales, la ayuda multilateral española en SDR ha concentrado unos 33 millones de euros entre 1995 y 2005, lo cual representa un bajo porcentaje de la AOD multilateral total aplicable a todos estos años y pone de relieve por un lado, cierta inestabilidad en las prioridades de España con respecto a las estrategias de SSR y por otro, la necesidad de consolidar procedimientos y canales para que los desembolsos se realicen de manera oportuna. (Figura 13)

Si tomamos como referencia el total de la AOD multilateral española, la contribución a organismos específicos de SSR entre 2003 y 2005 ha representado un promedio del 1,2%, siendo el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, el receptor del 93% de estos fondos. Al mismo tiempo, si consideramos la evolución de la ayuda multilateral en relación al resto de componentes de la ayuda oficial, podemos observar como las aportaciones a organismos multilaterales han experimentado un crecimiento muy fuerte en los últimos 3 años, alcanzando a representar el 36% de la AOD estatal frente al 3,6% del periodo 1995-2002.

Figura 13: Evolución de la AOD multilateral a SDSR, 1995-2005



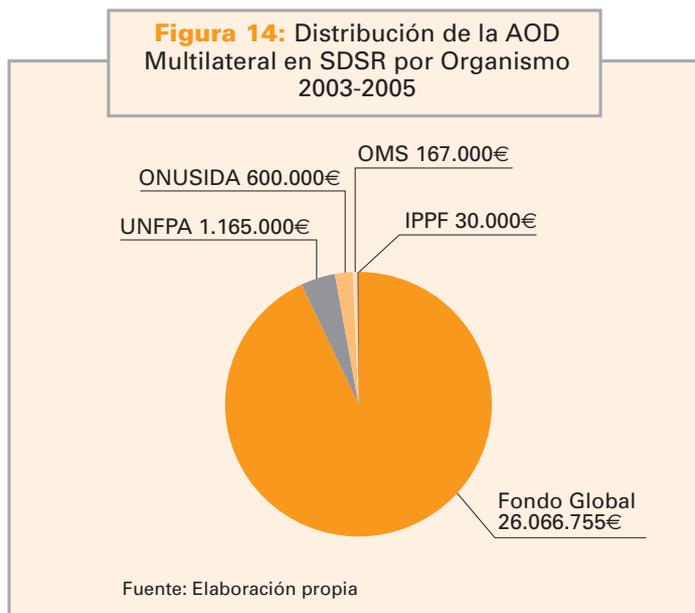
En relación con la Ayuda dirigida hacia otros organismos no específicos relacionados con este sector, el problema reside en que, en la mayoría de los casos, es complicado conocer con exactitud qué programas o iniciativas son las que están siendo apoyadas, con lo cual es difícil concretar la parte que corresponde a SDSR. En el caso de la **OMS**, por ejemplo, si existe información clara acerca de la contribución de 48.000 euros a un programa de salud reproductiva y a otro proyecto sobre determinantes de la salud de la mujer en 2005 con 119.000 euros. El Programa de Salud Reproductiva de la OMS incluye diferentes áreas como planificación familiar, MGF, maternidad segura, cáncer asociado al aparato reproductivo, ITS, VIH/SIDA, aborto inseguro o infertilidad, aunque no conocemos exactamente hacia que aspecto se dirigió la contribución española. (Figura 14)

En el caso de **ONUSIDA**, la agencia encargada de articular el trabajo que realiza Naciones Unidas frente al VIH/SIDA, la contribución de España ha aumentando progresivamente en los últimos años pasando de los 300.000 euros en 2003 y 2004 a cerca de un millón de euros en 2006. ONUSIDA desarrolla una amplia gama de actividades entre las que destacan la prevención del VIH, el desarrollo de sistemas nacionales de atención del VIH, el desarrollo de la capacidad de los países para aplicar los

“Tres Unos”⁸, desarrollo de programas que abordan la vulnerabilidad frente al VIH de mujeres y adolescentes, desarrollo de acciones nacionales para mitigar el impacto del VIH/SIDA, atención a niños afectados por el VIH/SIDA, atención basada en la familia y la comunidad, y respuesta frente al SIDA en regiones afectadas por conflictos y desastres.

Finalmente, la única organización internacional que ha recibido fondos de la cooperación española ha sido la **Federación Internacional de Planificación Familiar** (International Planned Parenthood Federation - IPPF) que en 2003 fue depositaria de una ayuda de 30.000 euros.

⁸ Los “Tres Unos” son principios que se consideran fundamentales para una respuesta exitosa frente al VIH/SIDA: 1) Un Plan Nacional consensuado que sirva como base de coordinación para todos los actores involucrados; 2) Una autoridad nacional de coordinación frente al SIDA, con un mandato amplio y multi-sectorial, y 3) Un sistema de evaluación y monitoreo consensuado a nivel nacional.



El Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis

La colaboración con este organismo financiero se inicia en junio de 2001, cuando se crea un Grupo Interministerial de Seguimiento constituido por los Ministerios de Sanidad, Asuntos Exteriores y Economía. Más tarde, en 2003 y en línea con otros países europeos, se crea la figura del Embajador Español ante el SIDA, posición que después de estar vacante durante algún tiempo ha sido cubierta por D. Francisco Elías de Tejada.

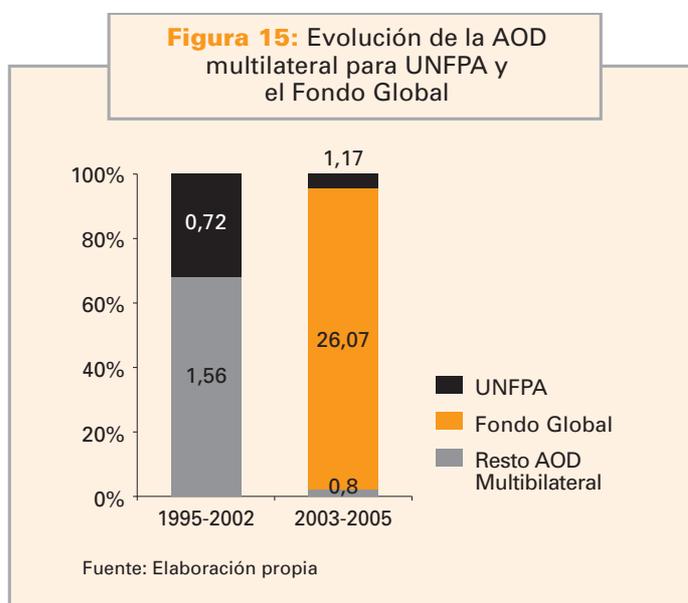
No es, sin embargo, hasta 2003 cuando se inician las contribuciones a este organismo, aunque por su envergadura se convierten inmediatamente en las más significativas de las realizadas a organismos que trabajan en aspectos relacionados con la SSR, hasta el punto incluso de pasar a liderar las tendencias de la AOD multilateral en este sector y determinar en muchos casos los bruscos cambios en el total de la ayuda dirigida al mismo. En 2003 y 2004, las aportaciones que realizó España al Fondo Global (casi 30 millones de euros en 2003 –17,4 millones para VIH/SIDA– y 15 millones de euros en 2004 –8.700.000 euros para VIH/SIDA–)⁹ supusieron un

⁹ El Fondo Global destina el 58% de sus recursos a actividades orientadas a la lucha contra el VIH/SIDA por lo que ésta ha sido la cantidad considerada en este informe como contribución multilateral a SDR.

notable incremento en la AOD multilateral para SSR con respecto a años anteriores. En cambio, en 2005, la ausencia de aportaciones a este organismo producen una drástica caída de la AOD multilateral en SSR hasta el 0,01%, influyendo consecuentemente en los volúmenes totales de AOD dirigida a este sector. (Figura 15)

Aunque no forma parte estrictamente del análisis de este estudio, queremos destacar que la contribución española al **Fondo Global de lucha contra el VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria** ha crecido más aún en los dos últimos años, alcanzando los 50 millones de euros en 2006 y los 75 millones en 2007. Con estas aportaciones, España se coloca en el puesto noveno de la lista de donantes de este organismo, detrás de Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Italia, Japón, Comisión Europea, Canadá y Alemania. En este marco, sería interesante que el Gobierno pudiera contar con mayor representación en el comité ejecutivo del Fondo y participar más activamente en el mismo, trasladando también la voz de la sociedad civil española respecto a aquellos aspectos que necesitan o pueden ser mejorados. Por el momento, parece que España representará a la cooperación bilateral en el Mecanismo Nacional

de Coordinación del Fondo Global en Angola, lo cual puede ser una oportunidad para impulsar un enfoque de integración de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el VIH/SIDA en las políticas y planes que se estén llevando a cabo en el país con apoyo de este organismo.



de Coordinación del Fondo Global en Angola, lo cual puede ser una oportunidad para impulsar un enfoque de integración de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y el VIH/SIDA en las políticas y planes que se estén llevando a cabo en el país con apoyo de este organismo.

El Fondo de Población de Naciones Unidas

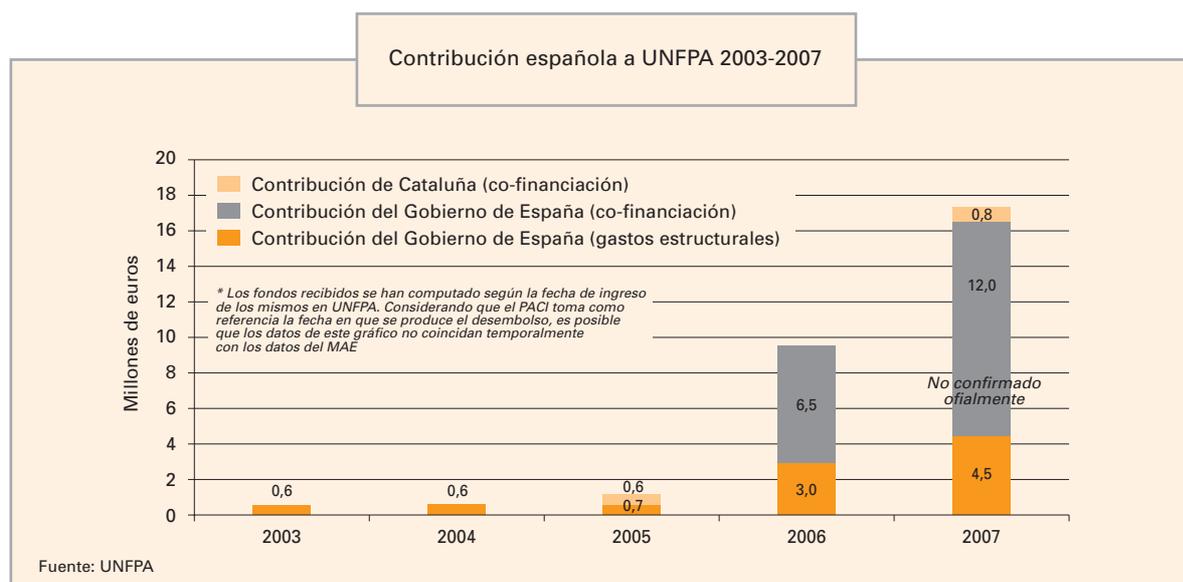
Profundizando un poco más sobre la colaboración con los distintos organismos multilaterales relacionados con la SDR, observamos que en el caso del **Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA)**, agencia encargada de implementar el Programa de Acción de El Cairo, España se ha mantenido hasta 2004 en un modesto puesto 20 en el ranking de donantes con aportaciones que alcanzaban los 610.000 euros anuales. No obstante, a partir de 2006, las aportaciones a esta agencia se han visto notablemente incrementadas, al igual que en el caso del Fondo Global, de tal forma que todas las previsiones apuntan a que España puede situarse en el grupo de los 10 principales donantes en 2007, si tenemos en cuenta tanto las aportaciones a los fondos estructurales como a proyectos multilaterales.

Solo a nivel de fondos estructurales, en 2006 España incrementó la contribución que venía realizando a UNFPA, de los 700.000 euros a 3 millones de euros. Si a ello le unimos las financiaciones de proyectos

específicos en el terreno, que aunque en términos técnicos se contabilizan como ayuda multilateral no dejan de ser fondos gestionados por este organismo, UNFPA recibió cerca de 7 millones de euros de la cooperación española en 2006, lo cual supone duplicar la contribución total.

Las proyecciones para 2007 muestran un crecimiento aún mayor, puesto que parece que el Gobierno se ha comprometido a destinar 10 millones de euros al programa de salud reproductiva para América Latina, además de haber contribuido con 500.000 euros a un proyecto de fortalecimiento de la atención obstétrica y neonatal de urgencia en Níger.

A nivel político, España forma parte en la actualidad del Comité Ejecutivo del Fondo de Población de Naciones Unidas, junto con Bélgica, Dinamarca, Portugal y Reino Unido, lo cual supone una excelente oportunidad para establecer lazos con estos países en defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover e impulsar la eficacia de las acciones de este organismo.

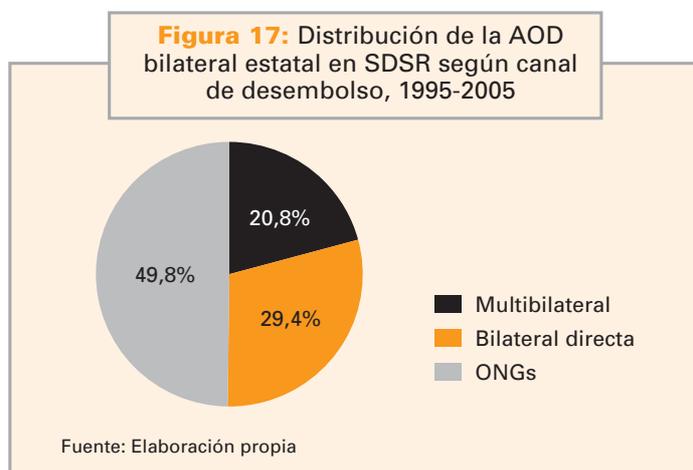
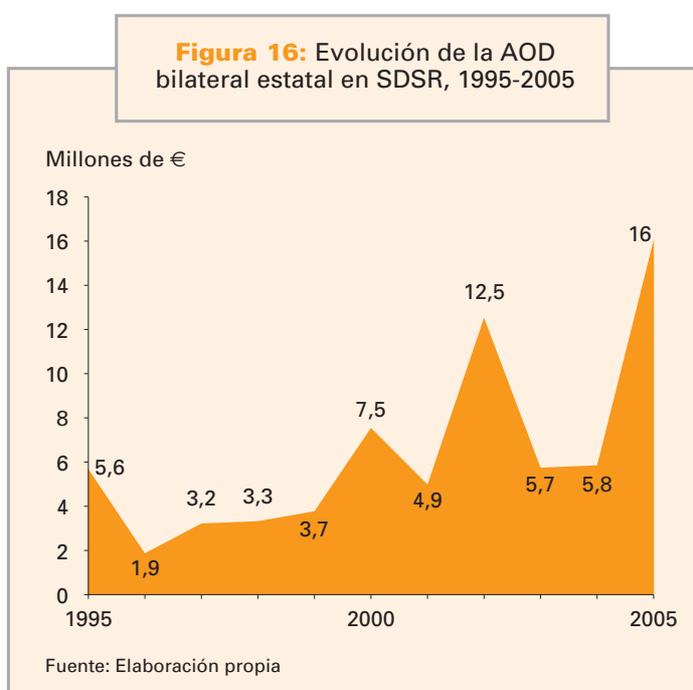


Recomendaciones

- ▶ **Reforzar la presencia activa de la cooperación española en los foros multilaterales internacionales** y consolidar una política coherente que garantice un discurso homogéneo a favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- ▶ **Incrementar la representación de España dentro del Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis** y mantener una participación más activa en este organismo, favoreciendo además la integración de un enfoque de SDR dentro de sus estrategias.
- ▶ **Consolidar la colaboración con organismos no financieros como UNFPA u ONUSIDA**, a través de estrategias plurianuales que faciliten el trabajo a más largo plazo.

La vía bilateral

En los últimos años, **la AOD bilateral estatal en SDR ha triplicado su volumen, ascendiendo a un total de 69,9 millones de euros, lo que representa el 67,76% de la AOD estatal para este sector.** La evolución de esta ayuda ha sido irregular y como muestra el gráfico más abajo, se ha mantenido muy por debajo de los 8 millones de euros, con excepción de 2002 y 2005. Los incrementos de estos dos años están fundamentalmente relacionados con mayores desembolsos para estrategias y programas de ONG, aunque en las cifras de 2005 también influye la inclusión de dos contribuciones a UNFPA y la Unión Europea (Programa EDCTP) que son consideradas como multilaterales, a pesar de no estar clara del todo esta naturaleza. (Figura 16)



La ayuda bilateral en SDR se ha canalizado a través de organismos multilaterales, acuerdos de país a país, y proyectos, programas y estrategias desarrolladas por las ONG. Este último conjunto de actuaciones ha concentrado los mayores desembolsos equivalentes a 34,8 millones de euros, es decir casi un 50% del total del sector, seguido a continuación por la ayuda bilateral directa, que sumó 20,6 millones de euros y las actuaciones multilaterales, con 14,53 millones. (Figura 17)

La Ayuda multilateral

Con respecto a la ayuda multilateral, que incluye programas de SDR gestionados por organismos multilaterales en países concretos, **las aportaciones de la cooperación española han sido fluctuantes y relativamente escasas durante el periodo 1995-2005, representando un 9,1% de la AOD total a SDR y un 20,8% de la AOD bilateral directa.** El año 2005 es destacable por concentrar los más altos volúmenes de AOD multilateral de todo el periodo. Después de dos años en los que no se realizaron este tipo de contribuciones, AECE financió en 2005, un programa de vacunación y refuerzo alimentario para mujeres embarazadas y niños en Uganda gestionado por UNICEF por importe de 200.000 euros y UNIFEM recibió 35.000 euros para una campaña por la que se promovió la incorporación de la perspectiva de género en la prevención y la erradicación de la violencia social en Colombia. ONU-SIDA por su parte recibió 397.894 euros para un programa de fortalecimiento de la capacidad de respuesta multisectorial al VIH/SIDA en Ecuador y UNFPA obtuvo alrededor de 1 millón de euros para la implementación de un programa de SDR para jóvenes afganos.

Fue también en este año cuando se realizaron importantes desembolsos para 2 programas que bien podrían considerarse como AOD multilateral. Uno de ellos, consistente en un desembolso de 2 millones de euros, se dirigió al Fondo Fiduciario para Suministros de SSR de UNFPA, que busca asegurar a escala global el abastecimiento de suministros de salud reproductiva, desarrollando para ello capacidades en los gobiernos para mejorar la gestión de los mismos, y facilitando estos productos en países que no disponen de los recursos necesarios para comprarlos, presentan roturas de stock o atraviesan crisis como desastres y conflictos. El segundo, por valor de 1 millón de euros, realiza-

do desde el Ministerio de Sanidad y Consumo, se destinó a la “Alianza para ensayos clínicos entre países europeos y en desarrollo” (European & Developing Countries Clinical Trial Partnership – EDCTP) que tiene como obje-

tivo desarrollar vacunas y medicamentos contra el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria y cuenta con un programa dirigido a investigar microbicidas y una vacuna para el VIH. (Figura 18)

Figura 18: Distribución de la AOD Multilateral en SDR, 2005

Canaliza	Actuación	Monto	País	Año	
UE	UE-Programa EDCTP	Microbicidas y vacunas del VIH/SIDA	1.000.000,00	No especificado	2005
	UNFPA	Proyecto SDR para jóvenes	1.102.881,00	Afganistán	2005
	UNFPA	Fondo Fiduciario Suministros SSR	2.000.500,00	No especificado	2005
	ONUSIDA	Respuestas multisectoriales al VIH/SIDA	397.894,00	Ecuador	2005
OINF	UNICEF	Atenciones en salud y vacunación incluyendo a mujeres embarazadas	200.000,00	Uganda	2005
	UNIFEM (PNUD)	Proyecto vidas seguras para las mujeres	35.000,00	Colombia	2005
		AOD Multilateral en SSR 2005	4.736.275,00		

Fuente: Elaboración propia

La Ayuda bilateral directa

En esta sección se incluye la ayuda canalizada de gobierno a gobierno, las ayudas para organizaciones locales gestionadas a través de la convocatoria abierta y permanente, así como aquellas actuaciones que son iniciativa fundamental del gobierno español, aunque para su ejecución contrate o subvencione a alguna ONG o institución. Se incluyen también las actuaciones financiadas mediante la convocatoria del Instituto de la Mujer, ya que se trata de proyectos que este organismo selecciona directamente de las propuestas presentadas por ONG de países en desarrollo para posteriormente encargar a ONG españolas el soporte y seguimiento de los mismos.

La ayuda bilateral directa ha representado un 12,8% de la AOD total destinada a SDR entre 1995 y 2005 y un 29,4% de la AOD bilateral, sumando un total de 20,55 millones de euros en dicho periodo. El promedio anual de los desembolsos en AOD bilateral directa para SDR fue de 1,87 millones de euros, observándose a partir del año 2000 un incremento medianamente estable en los volúmenes, comparativamente con los del quinquenio anterior.

En el periodo 2003-2005 este tipo de ayuda se enfocó principalmente a financiar actuaciones relacionadas con el subsector de salud reproductiva y la prevención y atención de la violencia de género. En el

caso de la salud reproductiva, las acciones que implicaron un mayor volumen de desembolsos fueron el Programa Maternidad Sin Riesgo desarrollado a partir de la creación del Hospital Español de Tetuán, a cargo de la Fundació Privada Clínic para la Recerca Biomèdica de Barcelona, y la rehabilitación del Hospital Materno Infantil de Diwaniyeh en Irak, a través del Centro de Investigación, Promoción y Cooperación Internacional (CIPIE). A estas dos iniciativas, promovidas por el gobierno español, se destinaron unos 5 millones de euros que representan el 62% de los fondos de ayuda bilateral directa para SDR en estos 3 años.

Por otro lado, con respecto a la prevención y atención de la violencia de género, destacan entre otras actuaciones, 18 proyectos financiados a través de las convocatorias del Instituto de la Mujer. Llama la atención la relativamente baja cantidad de fondos que estos proyectos involucran, puesto que el total de las acciones sumaron únicamente 572.000 euros, es decir alrededor del 7% de la AOD bilateral directa. Estos proyectos, ejecutados por ONG locales con el acompañamiento de ONG españolas, presentan temáticas diversas incluyendo la violencia doméstica o familiar, el abuso sexual, el incesto o la violencia sexual en general, la prostitución y la explotación sexual. Las estrategias de trabajo se orientan fundamentalmente a prevenir la violencia y a mejo-

rar el acceso y la atención en los servicios públicos que reciben a las mujeres que han sufrido violencia. También abarcan la promoción de medidas legales, sensibilización y capacitación del personal dedicado a la atención de estos casos, así como servicios de atención y asesoramiento psico-social y legal. En menos ocasiones, las propuestas plantean el desarrollo de estrategias comunitarias o de participación social para prevenir o actuar frente a la violencia de género.

En relación con las ayudas directas de gobierno a gobierno, podemos destacar que este canal de ayuda continúa siendo poco utilizado por la cooperación española. Los desembolsos realizados entre 2003 y 2005 sumaron algo más de 1,5 millones de euros para unas 15 actuaciones, es decir un 18,3% de la AOD bilateral directa, concentrándose en América Latina y en diversos subsectores de SDRS. Cabe señalar que en estos casos las contrapartes no fueron exclusivamente los ministerios de sanidad, sino que se colaboró también con sectores como educación o justicia, así como con gobiernos regionales y locales.

Entre estas actuaciones, encontramos también el único caso de crédito FAD relacionado directamente con SDRS, que consistió en dotar de equipamiento médico al Hospital Materno Infantil Haikou, en la provincia China de Hainán. El equipamiento incluía las áreas de sala de partos, obstetricia y ginecología, unidad de cuidados intensivos neonatal y pediátrica, emergencias, diagnóstico por imagen, radiología y laboratorio. La acción fue ejecutada por la empresa Icuatro S.A Proyectos Internacionales de Desarrollo Social y fue financiada en un 50% por una contribución en AOD española de 823 mil euros, con desembolsos de 735 mil en 2002 y 88 mil en 2003, gestionados por el Ministerio de Economía y Hacienda. El 50% restante se cubrió mediante un crédito OCDE. Como ya hemos señalado anteriormente, la utilización de créditos FAD es cuestionable como instrumento de desarrollo. Más aún, en el caso de China, cuando se trata de un país que a su vez realiza donaciones y otorga créditos a otros países empobrecidos, incluyendo algunos de África Subsahariana¹⁰.

Finalmente, a pesar de que no se trata de AOD computada para SDRS, cabe hacer mención a la contribución de España a la estrategia Sectorial de Salud (SWAP) de Mozambique. Se trata de una experiencia interesante para la cooperación española pues implica un nuevo marco para la canalización de la ayuda

que de acuerdo a las evaluaciones posteriores a su implementación está trayendo buenos resultados. España ha participado en el proceso del SWAP de Mozambique desde sus inicios en el año 2000, aunque sus aportaciones financieras se iniciaron en 2004 con un millón de euros y se elevaron hasta 3 millones en el periodo 2005-2006. La contribución española se dirige al Fondo Común Provincial, que cubre gastos corrientes, salarios y pequeñas inversiones del sector. Además, se han integrado en el SWAP intervenciones de ONG como Medicus Mundi, que participa en el mismo mediante un programa de fortalecimiento del desarrollo de la Atención Primaria de Salud y la salud materno-infantil, en la provincia de Cabo Delgado.

La Ayuda canalizada a través de ONG

Las ONG han ejecutado 34,8 millones de euros de AOD estatal en proyectos y programas de SSR entre 1995 y 2005, de los cuales 14,5 se desembolsaron a partir de 2003. **Este canal de ayuda representa el 21,7% del total de la ayuda dirigida a SDRS y casi el 50% del total de la AOD bilateral estatal**, siendo por tanto mucho más representativa que la ayuda canalizada a través de proyectos de organismos multilaterales en el país o a través de cooperación directa. Los datos de ayuda a ONG incluyen aquellas estrategias, programas y proyectos financiados a través de la Convocatoria Ordinaria de Subvenciones a Proyectos de Cooperación al Desarrollo de la AECL, así como a través de la Convocatoria Abierta y Permanente y otros organismos como el Ministerio de Sanidad y Consumo.

La evolución de este canal de la ayuda a lo largo de esta década muestra una serie de altibajos en el volumen de los desembolsos anuales, que no permiten del todo identificar una apuesta clara por este sector dentro de la cooperación española. Por otro lado, es visible que entre 2003 y 2005 se produce un crecimiento importante de la ayuda a ONG en SDRS, en cuanto que sólo en este periodo se concentra el 42% de los fondos de toda la década. En base a esta progresión es posible aventurar que se haya iniciado una fase de mayor apoyo a este tipo de actuaciones, aunque habría que esperar a analizar los datos de 2006 y 2007 para comprobar que se trate de un hecho consolidado y no puntual como en el caso del año 2002, cuando se produce un incremento repentino del volumen de Ayuda gestionado por las ONG a raíz de la aprobación de dos programas de atención materno-infantil a Medicus Mundi en el Norte de Marruecos y a CESAL en República Dominicana. (Figura 19)

¹⁰ Intermón Oxfam (2006) La Realidad de la Ayuda 2006-2007. Barcelona.

Figura 19: Evolución de la AOD bilateral estatal en SDRS destinada a ONG, 1995-2005

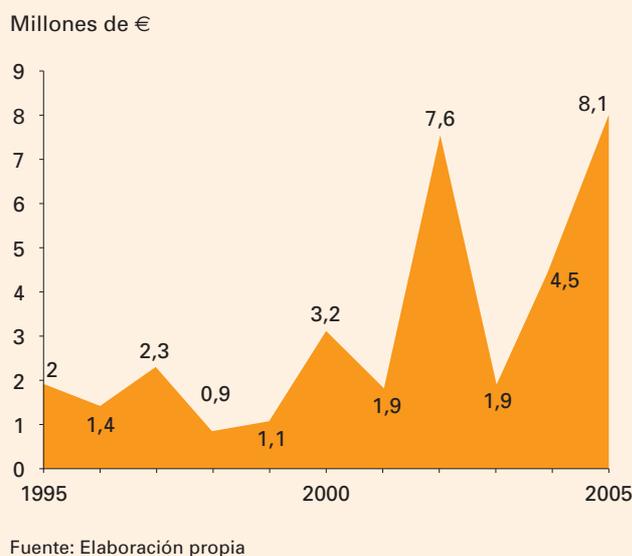


Figura 20: Principales ONG receptoras de AOD bilateral estatal en SDRS, 1995 - 2005



Diez ONG canalizaron el 85% de las subvenciones a SDRS en el periodo 1995-2005: Médicos del Mundo, Medicus Mundi, Cruz Roja, CESAL, Fundació Clínic, Fundación Humanismo y Democracia, Asamblea de Cooperación por la Paz, Fundación Cánovas del Castillo, Ayuda en Acción y Mujeres en Zona de Conflicto. En este contexto, destaca la consolidación de la presencia

de las ONG sanitarias en este sector, sobre todo con el fuerte aumento de las subvenciones recibidas por Médicos del Mundo. A pesar de los cambios en las posiciones, este grupo de 10 ONG se ha mantenido medianamente estable, con lo cual se evidencia su posición como las organizaciones más representativas en el sector de la última década. (Figura 20)

Destaca igualmente que 3 organizaciones de este grupo (CESAL, Fundación Humanismo y Democracia y Fundación Cánovas del Castillo) dejan de recibir fondos para proyectos de SDRS a partir de 2003. En el último caso, se termina de trabajar en este ámbito en 1998, al finalizar un proyecto de salud materno-infantil en 4 países de América Latina. Las otras dos organizaciones, en cambio, continúan realizando intervenciones en temas de SDRS, aunque con financiamiento autonómico o privado. CESAL ejecuta actualmente proyectos de prevención de la transmisión vertical del VIH y atención integral a personas que viven con VIH/SIDA en Uganda y de salud materno-infantil en Perú, y la Fundación Humanismo y Democracia brinda servicios móviles de detección del VIH/SIDA en República Dominicana a trabajadores haitianos que viven en ese país.

En términos totales, entre **1995 y 2005, treinta y siete ONG recibieron subvenciones para ejecutar proyectos en el área de SDRS. De ellas, 12 se añaden a esta lista partir de 2003, lo cual denota un mayor dinamismo en este sector en estos últimos años en consonancia con el crecimiento de los volúmenes de ayuda.** Las nuevas incorporaciones incluyen a un grupo de ONG no específicamente sanitarias y de perfil muy variado, que engloba a las Misioneras Dominicanas del Rosario, la Asociación VIHDA, la Federación de Mujeres Progresistas, la Fundación Vasca de Protección a la Infancia, Juventud y Familia (Hurralde Fundazioa), la Fundación Tierra de Hombres España, Asociación Promesa - Promoción de la Educación, la Salud y la Agricultura, la Fundación Barcelona Sida 2002, la Fundación AMREF España, Acsur - Las Segovias, Intermon Oxfam, AFESIP- Asociación Somaly Mam y la Asociación de Investigación y Especialización sobre Temas Iberoamericanos (AIETI).

Encontramos por tanto organizaciones con una amplia trayectoria junto a otras más jóvenes, como la Fundación Barcelona Sida 2002, AFESIP o la Asociación VIHDA. Destaca igualmente que entidades como la

Cuadro 6. Hacia una estrategia integral de cooperación en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos: la experiencia de Médicos del Mundo

En su recién aprobado Plan Estratégico 2007– 2010, Médicos del Mundo considera el **“Enfoque de derechos humanos con perspectiva de género”** como una de sus seis áreas de actividad misional. Desde esta perspectiva, el diseño de una estrategia de salud sexual y reproductiva, capaz de orientar al equipo técnico -en sede y en terreno- para la gestión y especialmente, para la formulación de nuevas acciones, se ha considerado una prioridad.

Para ello, Médicos del Mundo ha iniciado un proceso de revisión de todos sus proyectos, encaminado a consolidar una mayor presencia de la dimensión de la salud sexual y reproductiva dentro de sus acciones, con atención a todos sus elementos y no sólo a la salud materno-infantil, de acuerdo con las tendencias actuales de la Cooperación Española e Internacional en la materia y el planteamiento de los ODM (Objetivos de Desarrollo del Milenio). Todo ello desde la certeza de que la morbi-mortalidad materna e infantil presenta una casuística compleja y que por tanto, compleja y multidimensional ha de ser también la respuesta que la organización ofrezca a los problemas de salud de las mujeres y de las comunidades en las que trabajamos. Sobre esta base, por tanto, la argumentación no es sólo ética, sino que también, conlleva unas sólidas razones técnicas.

Este proceso de revisión ha conllevado hasta el momento diversas actuaciones entre las que podemos mencionar el trabajo de profundización del enfoque de género en el proyecto “Prevención y tratamiento de ITS/VIH/SIDA entre las mujeres vulnerables de las ciudades de Ouagadougou, Bobo-Doulasso, Banfora y Po” en Burkina Fasso. Este trabajo ha conllevado la introducción de nuevos elementos y también, la formulación de indicadores con los que evaluar la consecución de los nuevos objetivos planteados. Otras acciones parecidas se han llevado a cabo en el marco del “Programa de atención materno-infantil en los Campamentos de Refugiados Saharauis en Tindouf”. Este proyecto, que promueve el apoyo a la creación de una mesa de Concertación y Coordinación, la formación del personal sanitario y la sensibilización en salud sexual y reproductiva, salud materno-infantil y nutrición, está siendo ejecutado en base a un Convenio AECl y cuenta con un grupo de matronas expatriadas que fueron reunidas en un taller en agosto de este año, con el objetivo de identificar líneas para la ampliación del enfoque de salud materno-infantil, hacia un enfoque más amplio que incluya cuestiones de empoderamiento y elementos de refuerzo de la planificación familiar. Por otro lado, los convenios de atención primaria de salud, firmados por Médicos del Mundo y AECl en 2006 (4 proyectos de 4 años de duración en 3 países africanos (Senegal, Angola, Mozambique), incluyen un objetivo específico de salud sexual y reproductiva, con la intencionalidad de integrar este componente en la atención primaria de salud. Su presencia permite establecer la ineludible relación entre la SSR, el VIH/SIDA y el fortalecimiento institucional en atención primaria.

El enfoque de salud sexual y reproductiva implica para Médicos del Mundo pasar de un enfoque asistencial a un enfoque de derechos, y de un enfoque centrado exclusivamente en las mujeres, a un enfoque de género que tenga en cuenta las relaciones que se establecen entre los hombres y las mujeres de nuestras poblaciones beneficiarias. Todavía es pronto para obtener conclusiones, pero es importante que se haya abierto un proceso participativo de aportaciones desde el terreno para ir identificando los principales elementos de esta nueva estrategia. Estas aportaciones serán sistematizadas a través de un grupo temático en salud sexual y reproductiva, formado por personal del equipo y voluntarios/as, que está siendo el encargado de fortalecer y dar continuidad a todo el proceso.

Médicos del Mundo

Federación de Mujeres Progresistas, con un enfoque de trabajo más dirigido a la promoción de la igualdad de género a nivel nacional, comienzan a apoyar actuaciones concretas en el ámbito de la violencia de género en países como Argentina. En cuanto a los ámbitos de actuación de estas organizaciones, la mayoría se enfoca hacia áreas concretas como la lucha contra el VIH/SIDA (Asociación VIHDA, AMREF, Fundación Barcelona Sida 2002), la violencia de género y los derechos sexuales y reproductivos (AIETI, Federación de Mujeres Progresistas, Acsur - Las Segovias, Fundación Vasca de Protección a la Infancia, Juventud y Familia) o la trata de niños

y adolescentes, en el caso de AFESIP. Tierra de Hombres e Intermon son las únicas que trabajan en el ámbito de la salud reproductiva con el objetivo de mejora de la salud materna en Ecuador, Perú o Benin en el primer caso y en la India en el segundo, a través de un amplio programa integral de salud reproductiva, prevención de ITS, empoderamiento de las mujeres y prevención de la violencia. Estos dos últimos casos son especialmente destacables puesto que se trata de ONG no sanitarias que comienzan a intervenir en un sector como el de la salud materna, tradicionalmente destinado a las ONG con perfil médico.

Cuadro 7. Resumen de programas y estrategias en SDR 2003-2005

ONG	Programa/Estrategia	Países
Médicos del Mundo	Fortalecimiento de la atención en salud reproductiva en zonas postergadas de Centroamérica, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - adecuación de las infraestructuras y equipamiento - formación en salud reproductiva del personal de servicios y de gestión - formación de agentes comunitarios - fortalecimiento de organizaciones - promoción de la mujer - educación para la salud. 	Honduras Nicaragua Guatemala El Salvador
	Prevención de la transmisión del VIH/SIDA y atención a la población afectada, en el marco del fortalecimiento del sistema de salud, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - control de las infecciones de transmisión sexual - mejora de servicios de consejería y test voluntario - prevención de la transmisión materno infantil del VIH. - mejora del sistema de vigilancia epidemiológica en materia de ITS/VIH/SIDA. - cuidados domiciliarios y profilaxis/tratamiento de infecciones oportunistas. - Información y sensibilización sobre el VIH/Sida y para la reducción del estigma. 	Mozambique Senegal Namibia Angola
Cruz Roja Española	Estrategia de Cooperación CRE/AECI (2001-2004) que incluye los siguientes temas en acciones específicas por país: <ul style="list-style-type: none"> - atención integral en salud reproductiva para mujeres vulnerables - formación y apoyo a asociaciones de parteras - prevención del VIH/SIDA en escuelas - información y sensibilización sobre el VIH/SIDA - atención a personas afectadas por el VIH/SIDA - campaña para reducir el estigma y discriminación por el VIH/SIDA. 	Perú Ecuador Guatemala Mozambique Angola España
Fundación Clínic	Programa 2004-2007: Apoyo al Centro de Investigación en Salud de Manhiça, mediante el proyecto "Prioridades materno infantiles y desarrollo": <ul style="list-style-type: none"> - fortalecimiento de servicios de atención materno infantil - captación y formación de recursos humanos, - soporte al desarrollo del Plan Director del sector Salud - soporte para la creación de la Fundación Manhica 	Mozambique
Ayuda en Acción	Fortalecimiento de las capacidades locales para el control de la incidencia de VIH, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - apoyo a organizaciones locales de combate al VIH/SIDA - sensibilización comunitaria para la prevención del HIV/SIDA - apoyo psicosocial a miembros de las organizaciones de personas que viven con el VIH/SIDA. 	Mozambique
Intermón-OXFAM	Programa Derechos de las Mujeres, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - colaboración con organizaciones en la revisión de la aplicación del nuevo Código de Familia - apoyo a centros de atención a víctimas de violencia - apoyo a cooperativas de mujeres 	Marruecos
Medicus Mundi	Atención materno-infantil en el norte de Marruecos, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - mejora de infraestructuras y equipamiento a servicios sanitarios - formación de personal sanitario - formación de parteras tradicionales - promoción de la participación de las mujeres en políticas de salud. 	Marruecos
ACSUR-Las Segovias	Salud sexual y reproductiva para las mujeres palestinas, que brinda soporte a los comités de trabajo en salud locales, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - puesta en marcha de nueve centros de salud - equipamiento y soporte a equipos itinerantes especializados en salud de la mujer. 	Palestina
Solidaridad Internacional	Apoyo al programa de salud materno-infantil para población vulnerable, mediante: <ul style="list-style-type: none"> - infraestructuras y equipos para centros de salud y una clínica - formación de personal sanitario - educación para la salud. 	Libano (refugiados palestinos)

A partir de 2003, las estrategias y programas plurianuales se han ido destacando paulatinamente como instrumentos prioritarios para el financiamiento de acciones de las ONG. Así, estas actuaciones representaron cerca del 70% de los 14,5 millones de AOD bilateral destinado a este canal de ayuda entre 2003 y 2005. Las ONG que han recibido apoyo para este tipo de intervenciones han sido: Médicos del Mundo, Cruz Roja Española, Fundación Clinic, Ayuda en Acción, Intermón Oxfam, Medicus Mundi, ACSUR-Las Segovias y Solidaridad Internacional.

A nivel de sectores, las acciones de las ONG se encuadraron principalmente dentro del componente de servicios básicos de salud reproductiva, a través de actuaciones enfocadas a la salud materno-infantil y la prevención y atención de la violencia de género. Este componente concentró el 57,1% de las subvenciones a ONG, seguido de un 32,8% para prevención y tratamiento del VIH/SIDA y sus consecuencias. (Figura 21)

En cambio, podemos decir, que los sectores de planificación familiar y de investigación y políticas en SDR han continuado siendo desatendidos por las ONG. En el primer caso, es preocupante que no se haya producido ninguna intervención en este sector desde el año 2002 y que haya concentrado tan sólo el 1,36% de la ayuda de las ONG en toda la década. De esta forma, si bien la información u orientación en planificación familiar ha estado presente como complemento en algunos proyectos relacionados con la salud reproductiva, no se han desarrollado proyectos específicos dirigidos a mejorar el acceso o la calidad de servicios de planificación familiar. Los 4 únicos proyectos de este

tipo a lo largo de la década fueron desarrollados entre 1997 y 2001 por Médicos del Mundo en Marruecos, siendo la única ONG española que ha recibido fondos de la cooperación española para este subsector.

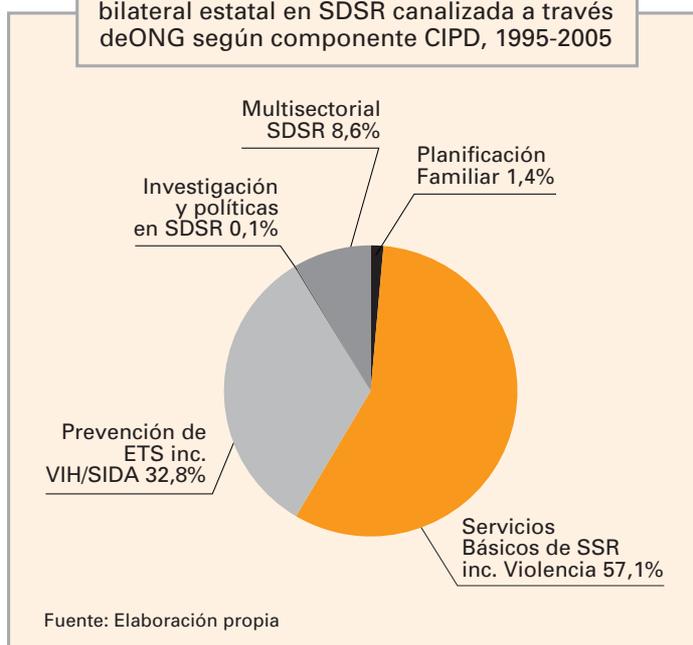
El subsector de investigación y políticas es también considerado crítico, al haberse destinado a este componente un reducido 0,09% de la ayuda a proyectos de SDR de las ONG y concentrarse en un “Seminario hispano-marroquí sobre la participación de la mujer en las políticas sociales y de salud sexual y reproductiva”, organizado en Marruecos por Medicus Mundi-Andalucía.

En cualquier caso **es destacable que en los últimos años las ONG hayan comenzado a apostar por programas más integrales que pretenden actuar sobre diferentes aspectos de la salud reproductiva.** Este tipo de actuaciones ha significado un 8,6% de la AOD dirigida a subvencionar proyectos de SDR de ONG y engloba actuaciones desarrolladas por: Médicos del Mundo, Cruz Roja, la Asociación de Investigación y Especialización en Temas Iberoamericanos (AIETI), la Asamblea de Cooperación por la Paz, y la Federación de Asociaciones de Medicus Mundi de España (FAMME).

La evolución geográfica de la AOD en SDR canalizada a través de las ONG sigue una tendencia similar a la del conjunto de la cooperación en SDR, siendo América Latina y el Norte de África las regiones que más atención recibieron en el periodo 1995-2002 (entre ambas concentraron tres cuartas partes de la ayuda). África Subsahariana, en cambio, pasa a convertirse en la principal región objetivo entre los años 2003 y 2005. Vinculado con ello está el hecho de que los países de riesgo reproductivo moderado dejan de concentrar la mayor parte de la ayuda canalizada por ONG para dejar paso a otros países que tienen riesgo alto o muy alto, es decir, aquellos en los que hay mayor mortalidad materna, mayor índice de fecundidad, mayor porcentaje de embarazo adolescente, mayor incidencia de VIH/SIDA y al mismo tiempo, menor porcentaje de mujeres usando anticonceptivos o recibiendo atención cualificada durante el parto.

Cabe destacar el importante rol que las ONG han cumplido en la reorientación geográfica de la cooperación española en este sector. Entre 2003 y 2005, el 93,5% de la AOD bilateral estatal en SDR dirigida a África Subsahariana fue canalizada por estas instituciones, a diferencia de lo sucedido en América Latina (35,3%), Norte de África y Oriente Próximo (23,4%) o Asia (13,23%) donde existe un mayor reparto con otros actores de la cooperación.

Figura 21: Distribución de la AOD bilateral estatal en SDR canalizada a través de ONG según componente CIPD, 1995-2005



En términos de países, las prioridades entre 1995 y 2005 son también medianamente similares a las del conjunto la cooperación española en SDR. Así, Marruecos, Mozambique, República Dominicana,

Paraguay, Angola, El Salvador y Namibia, están entre los diez principales destinatarios de la ayuda para el sector canalizada por las ONG y de la AOD bilateral estatal en conjunto.

Cuadro 8. Resumen de estrategias y programas con diferentes componentes de SDR

Intervención	ONG	Aspectos de SDR	País
Programa: Fortalecimiento de la atención en salud reproductiva en zonas postergadas de Centroamérica.	Médicos del Mundo	Planificación familiar, salud materna, enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino, violencia doméstica contra las mujeres y salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y adultas(os) jóvenes.	Honduras, El Salvador y Nicaragua
Programa de Promoción de Salud reproductiva dirigido a mujeres vulnerables	Cruz Roja Española	Atención ginecológica y citológica, tratamiento de ITS, planificación familiar, atención a gestantes, información y capacitación en diversos temas de SSR, derivación de casos de violencia, SSR de adolescentes, diálogo social sobre salud reproductiva.	Perú
Creación de un centro piloto de atención en violencia y salud sexual y reproductiva para adolescentes y promoción de los derechos humanos, sexuales, reproductivos, equidad de género y de una vida libre de violencia.	AJETI	Atención médica y ginecológica; planificación familiar; información y sensibilización sobre salud reproductiva; sexualidad y prevención de la violencia; atención integral ante violencia; educación no sexista.	Paraguay
Mejora de las condiciones sanitarias y de participación social en la salud pública de la población del departamento de Oussouye, con especial incidencia en las mujeres.	Asamblea de Cooperación por la Paz	En el marco del fortalecimiento integral de servicios de salud (salud básica, oftalmología) se apoyó el desarrollo de servicios de salud reproductiva y materno infantil y detección temprana del VIH/SIDA, acciones de sensibilización sobre salud reproductiva y cuidados materno infantiles y promoción de la participación de la población en salud.	Senegal
Fortalecimiento de programas preventivos del sistema básico de salud integral (SIBASI) de Ahuachapán.	Medicus Mundi	Con el objetivo de fortalecer el sistema de salud básico se brindó soporte para la atención del embarazo, parto y puerperio seguros, la atención de SSR a adolescentes mediante un centro integral y la generación de redes juveniles para formación de adolescentes en SSR.	El Salvador

Recomendaciones

- ▶ **Reforzar la cooperación bilateral no reembolsable** (fundamentalmente proyectos y programas de AECL, co-financiación de ONGD y ayuda humanitaria) destinada a la implementación y desarrollo de políticas y programas de salud y derechos sexuales y reproductivos en los países con mayor índice de riesgo reproductivo.
- ▶ **Continuar apoyando el desarrollo de convenios, estrategias, programas y proyectos de SDR**, preferiblemente con un enfoque integral de SDR.
- ▶ **Apoyar el intercambio de experiencias y la investigación-acción** participativa en este sector.

Sección 6

Destinos geográficos

En los últimos años, España ha comenzado a atender de forma más comprometida los acuerdos internacionales que promueven una mayor atención a los Países Menos Adelantados (PMAs) y en particular, a los países del África Subsahariana. En un notorio avance con respecto a la primera mitad de la década, la cooperación española ha incrementado la proporción de AOD que destina a los PMAs, aunque permanezca aún por debajo de la media de los países del CAD. (Figura 22)

En el periodo 2003-2005, tres de cada diez euros de Ayuda al Desarrollo en salud sexual y reproductiva se destinaron a África Subsahariana.

En el ámbito de la SDSR, la orientación geográfica de la Ayuda del periodo 1995-2005 presenta tendencias similares a la AOD general, concentrándose en América Latina, Norte de África y Oriente Próximo más del 65% de los desembolsos de Ayuda bilateral estatal (28,1 y 18,1 millones de euros respectivamente). En los últimos 3 años, en cambio, se inicia una situación novedosa al obtener los países de África Subsahariana un mayor protagonismo dentro del sector.

De esta forma, el porcentaje de la AOD bilateral estatal en SDSR dirigida a la región de América Latina se reduce a la mitad (26,1%) con respecto al periodo 1995-2002 y los fondos dirigidos al Norte de África y Oriente Próximo descienden de un 30,7%

Figura 22: Porcentaje de AOD española destinada a Países Menos Adelantados en relación con otros países del CAD-OCDE, 1994-2005

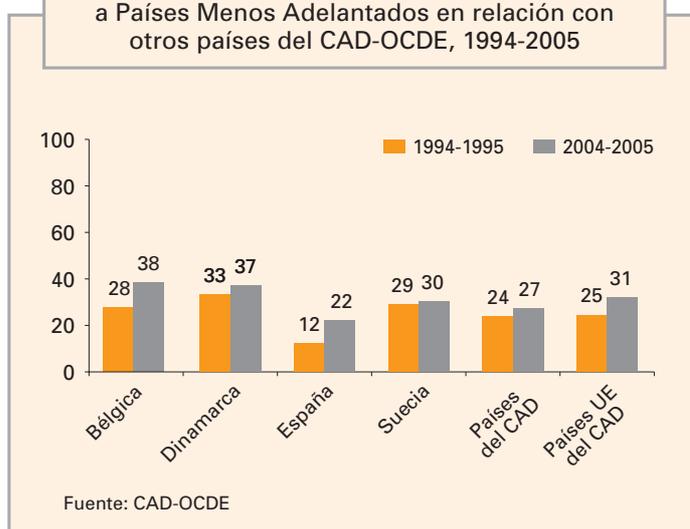
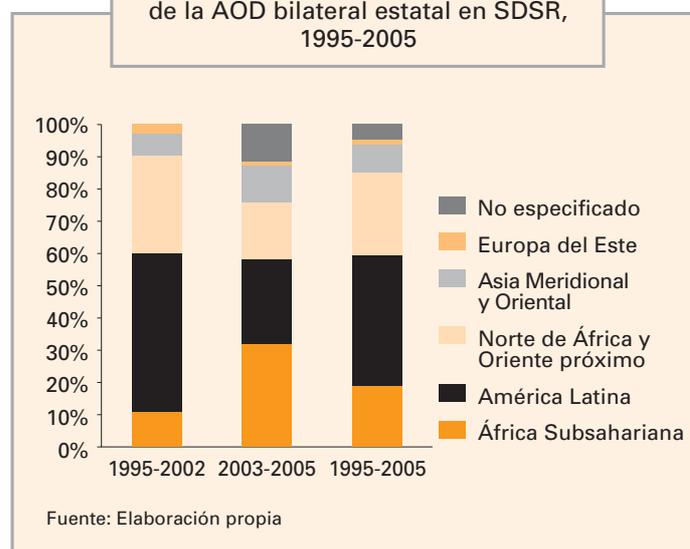


Figura 23: Evolución geográfica de la AOD bilateral estatal en SDSR, 1995-2005



al 18,1%. En el caso de los países del África Subsahariana, en cambio, el porcentaje lejos de reducirse se triplica, de forma que en esos años tres de cada diez euros de AOD en SDR se destinan a esta región (32,3%). La mayor parte de esta Ayuda, un 88,5%, fue canalizada en el marco del Programa VITA de Salud para África.

Muy relacionado con esta reorientación de la Ayuda está el incremento del porcentaje de AOD en SDR dirigido a PMAs. En el periodo 1995-2002 sólo el

10,3% de los desembolsos en AOD bilateral estatal se dirigieron a estos países, sin embargo, esta tendencia empieza a corregirse entre 2003 y 2005, cuando el porcentaje aumenta hasta superar el 30%. En conjunto, España ha realizado, entre 1995 y 2005, contribuciones por valor de 12,8 millones de euros para los PMAs, de los cuales 9,1 millones corresponden al trienio 2003-2005. (Figura 24)

Marruecos es el principal receptor de AOD española en SDR durante toda la década,

recibiendo un total de 15 millones de euros, es decir el 23% de la AOD bilateral estatal en SDR. Más de la mitad de esos fondos (alrededor de 8,3 millones de euros) se emplearon en la habilitación y puesta en funcionamiento del Hospital Español de Tetuán y en el Programa de Maternidad Sin Riesgo para la provincia ejecutado por la Fundació Clínic. (Figura 25)

No obstante, a excepción del caso de Marruecos, el panorama geográfico de la AOD en SDR cambia mucho a partir de 2003. Algunos países de América Latina (República Dominicana, Paraguay) dejan de estar en los primeros puestos de los receptores de Ayuda, para dar paso a los de África Subsahariana (Mozambique, Angola, Senegal). El Salvador, Ecuador y Nicaragua todavía

Figura 24: Evolución de la AOD bilateral estatal en SDR a Países Menos Adelantados, 1995 - 2005

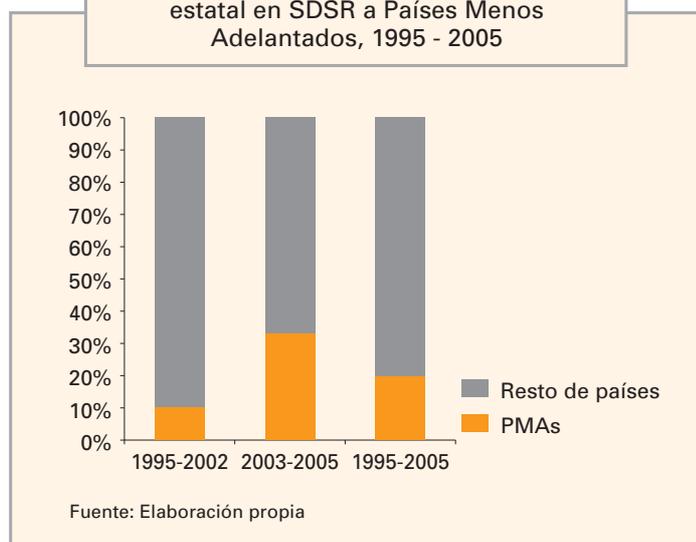
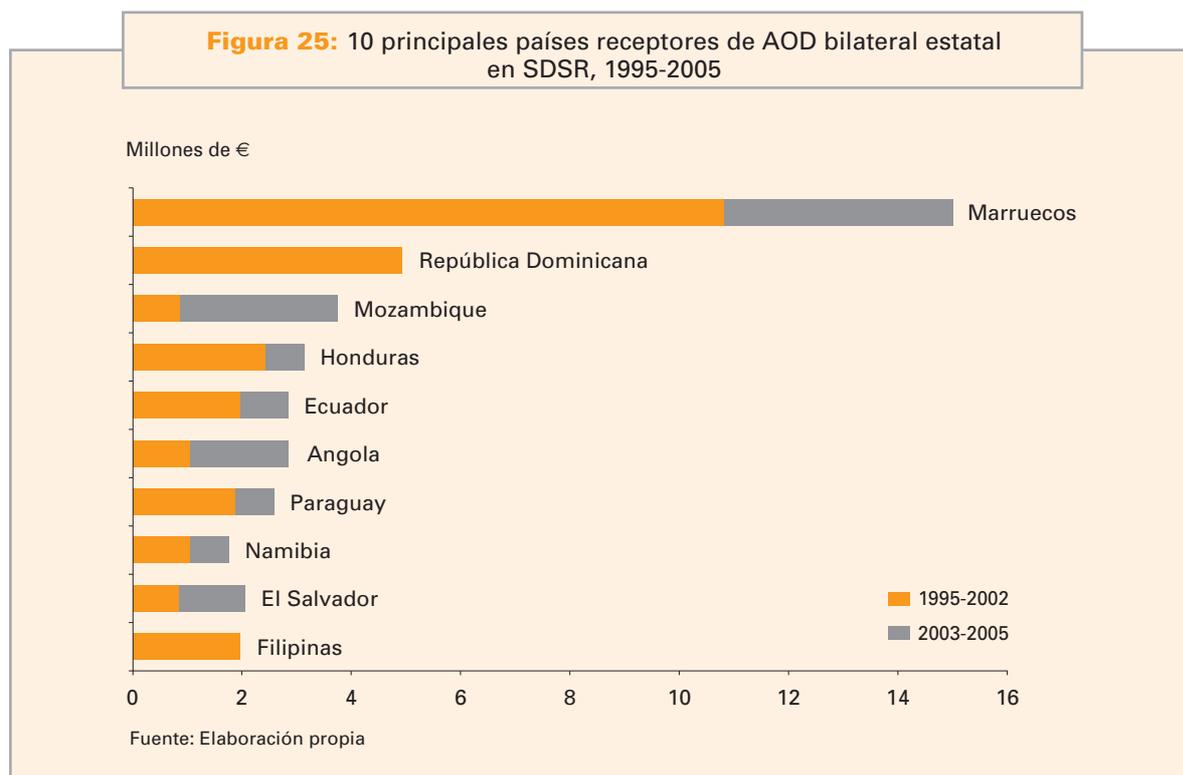


Figura 25: 10 principales países receptores de AOD bilateral estatal en SDR, 1995-2005



se mantienen entre los 10 principales países, pero sin embargo Bolivia, con una de las tasas más altas de mortalidad materna de la región, sale de este grupo. (Figura 26)

Por otro lado, encontramos que Irak y Afganistán se suman a este grupo a partir de 2003. En el primer caso, a causa de la financiación de la rehabilitación del Hospital Materno Infantil de Diwanayah, que ascendió a 1,5 millones de euros y en el segundo, a través de la cooperación multilateral con UNFPA, que recibe 1,1 millones de euros para el fortalecimiento de las capacidades del estado afgano para brindar información y servicios adecuados en salud reproductiva a adolescentes.

Figura 26: Diez principales receptores de AOD estatal en SDRS, 2003-2005

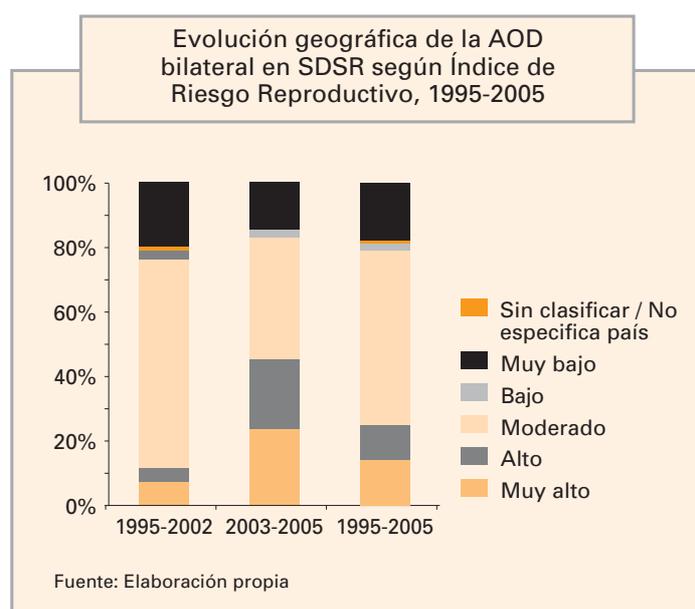
	País	Clasificación del CAD-OCDE	Nivel de Riesgo reproductivo
1	Marruecos	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
2	Mozambique	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
3	Senegal	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
4	Angola	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
5	Irak	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo
6	Namibia	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo
7	El Salvador	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
8	Afganistán	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
9	Ecuador	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
10	Nicaragua	Ingreso Bajo	Riesgo Moderado

Cuadro 9. Prioridades geográficas según Índice de Riesgo Reproductivo

Elaborado por Population Action International, el Índice de Riesgo Reproductivo es útil para aproximarse de manera sintética a la situación de la SDRS en cada país. Los indicadores sobre los cuales se calcula incluyen muy diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva y agrupan: nacimientos anuales por mujer entre 15 y 19 años, porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos, políticas de aborto, prevalencia de anemia entre mujeres embarazadas, porcentaje de mujeres que reciben cuidados perinatales, porcentaje de partos atendidos por personal cualificado, prevalencia de VIH/SIDA en hombres, prevalencia de VIH/SIDA en mujeres, número de hijos por mujer y muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

El nivel de riesgo reproductivo es alto o muy alto en la tercera parte de los países prioritarios de la cooperación española, incluso en varios de aquellos clasificados con nivel de desarrollo medio. Esta comparación resulta interesante ya que refleja la especial vulnerabilidad de grupos específicos al interior de estos países, así como las importantes limitaciones que sufren en términos de equidad de género.

Considerando el periodo 1995-2005, la cooperación española dirigió más de la mitad (54,1%) de su AOD bilateral estatal en SDRS a países de riesgo reproductivo moderado. Esta tendencia, en línea con la evolución general que sufre este sector, cambia en el periodo 2003-2005, al prestarse mayor prioridad a los países con riesgo reproductivo alto, que concentran actualmente alrededor del 45% de la AOD en SSR. Así, la mayor atención a países como Mozambique, Senegal, Angola y Afganistán incide en este resultado.



Cabe señalar que durante esta década, se ha producido una evolución en términos del índice de riesgo reproductivo en algunos países con los que la cooperación española colabora. Por ejemplo Marruecos, República Dominicana, Honduras y Paraguay pasaron de considerarse países de alto riesgo a ubicarse entre los países de riesgo moderado. Ello no implica que deban dejarse de lado intervenciones en aspectos de salud sexual y reproductiva en estos países, pero muestra que el progreso es posible y sugieren la necesidad de estrategias más focalizadas, dirigidas a mejorar aspectos concretos o a acceder a las poblaciones excluidas o con menor acceso a los servicios en SDRS. Por otro lado, se aprecia la necesidad de evaluar permanentemente las prioridades geográficas en SDRS de la cooperación española, para ampliar la ayuda a los países con más altos niveles de riesgo, que incluyen en la actualidad a Etiopía, Angola, Chad, Afganistán, República Central Africana, Mali, Níger, República Democrática del Congo, Sierra Leona y Lesotho.

La cooperación con África Subsahariana

En el ámbito de la SDR, la AOD bilateral española en África Subsahariana se ha concentrado fundamentalmente en tres países: Mozambique, Angola y Namibia. En ellos, se ha invertido el 69% de la Ayuda para esta región. Mozambique, el caso más representativo, recibió 3,7 millones de euros durante toda la década, de los cuales casi 3 se concentran en el periodo 2003-2005. La mayoría de los proyectos ejecutados en Mozambique se orientan a prevenir o tratar el VIH/SIDA, aunque una intervención en salud materno-infantil involucró la tercera parte del total de la AOD para este país durante el trienio mencionado.

Por su parte, Angola fue destinataria de 2,7 millones de euros que se dirigieron casi en un 90% a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. El 10% restante se enfocó a fortalecer los servicios de salud reproductiva y a promover la reinserción social de mujeres prostitutas. En el caso de Namibia, la Ayuda ascendió a 2,2 millones de euros y de manera similar al resto de países, los esfuerzos se orientaron fundamentalmente hacia la prevención y tratamiento del VIH/SIDA, especialmente en el periodo 2003-2005.

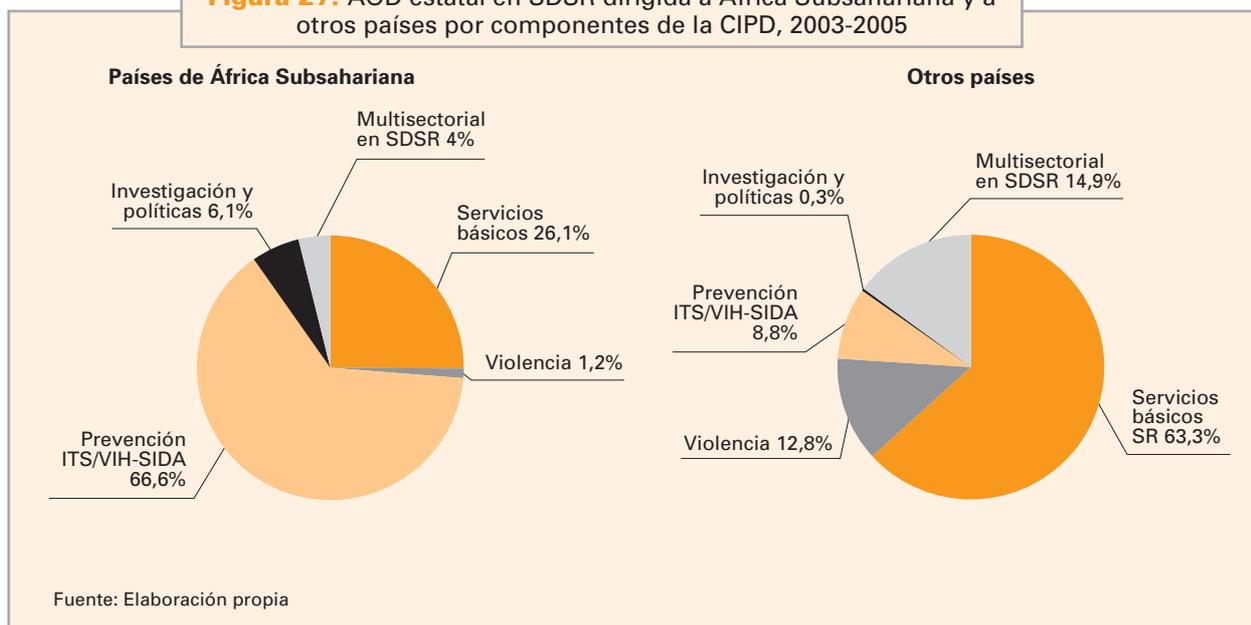
Otro caso destacable es Senegal, país que no recibió ayudas de la cooperación española entre 1995 y 2002 pero que ha pasado a convertirse en el cuarto receptor de AOD estatal en SDR en África Subsahariana. Es también interesante destacar que los proyectos ejecutados en este país, no sólo se han

centrado en la prevención del VIH/SIDA, sino que también incluyen actuaciones para mejorar los servicios básicos de salud reproductiva e incluso proyectos integrales para el fortalecimiento de los servicios y la movilización social en el ámbito de la salud reproductiva. Por otro lado, países como Tanzania y Burkina Faso que hasta 2002 fueron destinatarios de ayuda en SDR, dejan lamentablemente de recibirla a pesar del alto nivel de riesgo reproductivo que mantienen.

La AOD española en África Subsahariana se ha dirigido principalmente a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA. En el periodo 2003-2005 se destinaron a este fin 5,8 millones de euros, es decir el 66,6% de la AOD en SDR para África Subsahariana. El resto de la ayuda se dirigió a fortalecer los servicios básicos en salud reproductiva, que concentró alrededor de 2,3 millones de euros, a desarrollar una serie de proyectos multisectoriales (medio millón de euros), y a prevenir la violencia de género (109.000 euros). No se llevó a cabo ninguna actuación específica en planificación familiar. (Figura 27)

La distribución de la AOD por sector en África Subsahariana contrasta de manera drástica con la del resto de países. **La excesiva prioridad que se brinda a la prevención y tratamiento del VIH/SIDA absorbe prácticamente la ayuda que en otras regiones se brinda al fortalecimiento de los servicios básicos de salud reproductiva, la atención cualificada del embarazo, parto y posparto y demás aspectos de la salud sexual y reproductiva, inclui-**

Figura 27: AOD estatal en SDR dirigida a África Subsahariana y a otros países por componentes de la CIPD, 2003-2005

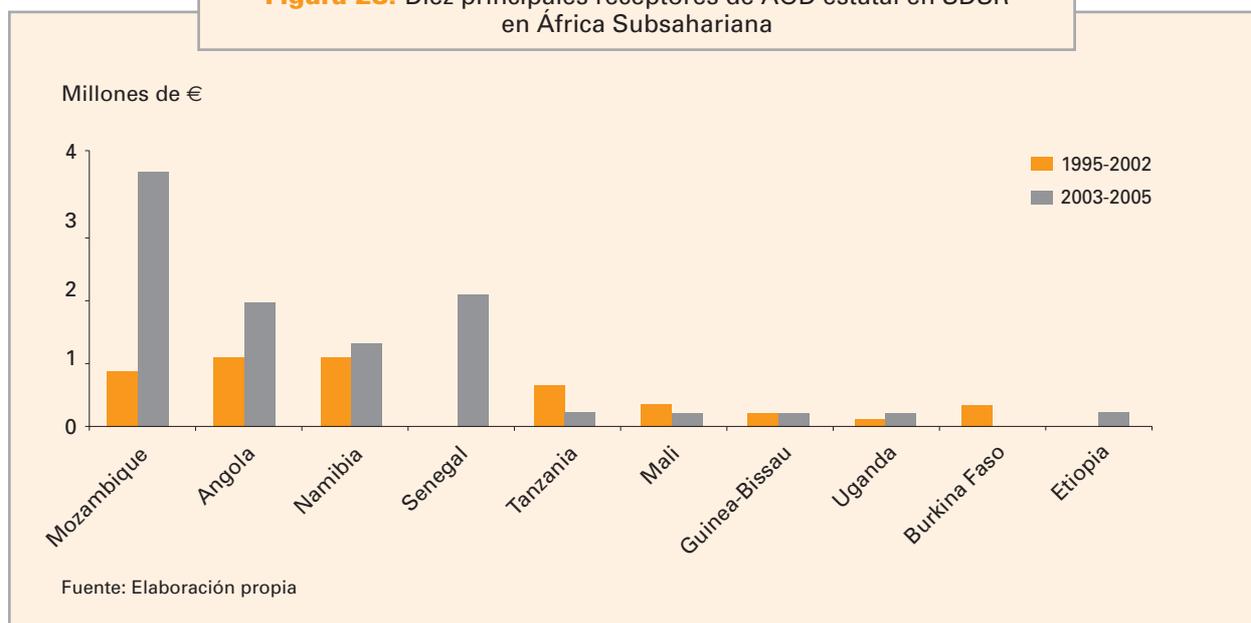


da la prevención y atención a las víctimas de violencia de género. (Figura 28)

Este hecho es más llamativo si consideramos que casi la totalidad de las acciones en el ámbito del VIH/SIDA trabajan este tema de forma exclusiva sin vincularlo a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva como pueden ser la prevención y tratamiento de ITS o la planificación familiar. En este sentido, **el camino hacia la integración de las políticas y servicios de VIH/SIDA y SSR es más prioritario que nunca, sobre todo en África Subsahariana.**

El impulso de las prioridades políticas hacia esta región, no sólo se han hecho notar a través del aumento de los desembolsos de AOD. En los últimos años, hemos asistido también a un amplio despliegue de acciones que requieren una buena articulación dentro de la dirección programática de la cooperación española, es decir en relación al Plan Director, la Estrategia de Salud, la Estrategia de Género y los Planes-País, para evitar una dispersión y descoordinación en los esfuerzos que lleve a una pérdida de eficacia e impacto en las actuaciones.

Figura 28: Diez principales receptores de AOD estatal en SDR en África Subsahariana



La primera de estas acciones consistió en la creación del **Programa VITA de Salud para África**. Entre 2003 y 2005, este primer programa sectorial de salud de la cooperación española ha brindado soporte a una gran variedad de acciones, enfocadas principalmente hacia el fortalecimiento de la salud reproductiva y la prevención del VIH/SIDA. Teniendo en cuenta su importancia como único programa sectorial referente en salud y la cada vez mayor presencia y representatividad del programa dentro de la cooperación española, sería interesante que este programa pudiera contar con más recursos humanos y presupuestarios específicos necesarios para capitalizar mejor los esfuerzos de los distintos actores agrupados bajo su paraguas.

Más recientemente, con la aprobación del **Plan de Acción para África Subsahariana 2006-2008**, se extienden a once nuevos países la lista de socios de la cooperación española y se vuelve a incidir en la

prioridad de fortalecer la salud y la lucha contra las grandes pandemias, como uno de los objetivos prioritarios. Al mismo tiempo, este Plan no tiene una vocación exclusiva hacia la reducción de la pobreza y constituye un posicionamiento político más amplio que atiende a la necesidad de regular los flujos migratorios o conseguir nuevos intercambios comerciales, aspectos que pueden resultar muy controvertidos desde un enfoque de desarrollo y de respeto de los derechos humanos.

Por otro lado, a partir de 2005, la Vicepresidencia del Gobierno pone en marcha la creación de una red de mujeres africanas y españolas encaminada a facilitar el diálogo y el trabajo conjunto en la mejora de la igualdad de género y la condición de la mujer. Esta red, integrada por representantes de los Gobiernos, de la sociedad civil y de los distintos sectores profesionales de casi todos los países del continente africano y España, nace como resultado del **I Encuentro**

de Mujeres Africanas y Españolas “Por un mundo mejor”, que se celebra en Maputo en Marzo de 2006, y en el marco del cual se genera un documento de compromisos conocido como la **“Declaración de Mozambique”**. Como seguimiento a los compromisos de la Declaración de Mozambique, se celebra en Maputo a finales de diciembre de 2006, un Grupo de Trabajo de Salud facilitado desde el GIE, la cooperación española y el Ministerio de Sanidad de Mozambique, del que se extrae un informe con recomendaciones y propuestas de programas concretos para la mejora de la salud materno-infantil y la sexual y reproductiva en el continente africano.

El **II Encuentro de Mujeres Africanas y Españolas**, celebrado en Madrid en 2007, viene a consolidar esta red y aunque permite definir objetivos, estructu-

ra y otros aspectos determinantes para el funcionamiento operativo de la red, deja algunos interrogantes abiertos que no permiten conocer cual será el alcance de una iniciativa tan amplia y dirigida a un núcleo de actores tan diverso. En cualquier caso, la **“Declaración de Madrid sobre Mujeres y Desarrollo”**, resultante del encuentro, vuelve a recoger la salud sexual y reproductiva como uno de los aspectos importantes en los que seguir invirtiendo y apostando. De una forma más general quizás que en la declaración precedente, se asume el compromiso de desarrollar programas e iniciativas conjuntas para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios públicos de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, y se señala que se pondrán en marcha actuaciones específicas en función de las necesidades de cada país.



© Médicos del Mundo

Declaración de Barcelona 2007 “Hacer realidad la salud sexual y reproductiva en África”

El acceso a la salud sexual y reproductiva es un elemento clave en la lucha contra la pobreza y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos en la Agenda de las Naciones Unidas para 2015. Con el fin de avanzar en este sentido, los Ministros de Salud de la Unión Africana adoptaron en el año 2005 una Política Continental sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, posteriormente reforzada por el Plan de Acción de Maputo, que establece las estrategias prioritarias a desarrollar en los próximos años en este ámbito. Considerando imprescindible el sumar esfuerzos y reforzar la colaboración y la contribución de la sociedad civil y la cooperación catalana y española a la mejora de la salud sexual y reproductiva en África y a la implementación del Plan de Acción de Maputo, se organiza entre el 27 de febrero y el 3 de marzo de 2007 en Barcelona las **I Jornadas Técnicas sobre Políticas de Salud Sexual y Reproductiva en África**, impulsados desde el Grupo de Interés Español sobre Población, Desarrollo y Salud Reproductiva, la ONGD Metges del Món, la Agencia Española de Cooperación Internacional y la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo.

La presente declaración fue elaborada por los y las participantes de estas jornadas incluyendo a representantes de los Ministerios de Salud de Camerún, Etiopía, Ghana, Kenia, Mauritania, Namibia, Senegal y Tanzania, representantes de la Unión Africana, UNFPA, OMS, Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria y la Coalición por los Suministros de Salud Reproductiva, representantes de la Agencia Española de Cooperación Internacional, la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo, el Ministerio de Salud de España y la Conselleria de Salut de la Generalitat de Catalunya, representantes de las Organizaciones Regionales Africanas de Salud (WAHO, ECSA), redes y organizaciones de cooperación al desarrollo españolas y catalanas que trabajan en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (Médicos del Mundo, Medicus Mundi, FAME, CAPS, Creació Positiva, Fundación Barcelona SIDA, AMREF, IMFSA, Enfermeras para el Mundo etc.), ONG internacionales (Family Care International, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, Center for Reproductive Rights, Population Action International, etc.), profesionales e investigadores y expertos del mundo académico.

Preámbulo

1. Conscientes de la necesidad de sumar esfuerzos, de mejorar las capacidades y de fortalecer las alianzas para avanzar en la mejora de la salud sexual y reproductiva en África.
2. Considerando las altas tasas de morbi-mortalidad materna y neonatal que afectan a los países africanos como un hecho absolutamente inaceptable, preocupados por la alta demanda insatisfecha de insumos y servicios de planificación familiar, por el impacto del aborto inseguro sobre la salud de las mujeres y por la creciente feminización de la pandemia del VIH/SIDA.
3. Conscientes de la necesidad urgente de apoyar el fortalecimiento de los sistemas de atención primaria en los países africanos y de generar servicios y programas que den respuesta a las necesidades de una población joven cada vez más numerosa.
4. Reafirmando que los derechos sexuales y reproductivos, incluido el derecho a la salud y a una maternidad segura, son derechos humanos esenciales que deben ser promovidos y respetados por los Estados a nivel nacional e internacional.
5. Comprometidos con la igualdad entre hombres y mujeres y la lucha contra la violencia de género como condición fundamental para avanzar en la lucha contra la pobreza y la mejora de la salud sexual y reproductiva.
6. Considerando que el fortalecimiento de los sistemas de salud, especialmente los servicios de atención primaria, es condición fundamental para el disfrute de la salud sexual y reproductiva y para la lucha contra la morbi-mortalidad materna neonatal, el aborto inseguro o el VIH/SIDA en África.
7. Conscientes de los beneficios de establecer y aprovechar los vínculos existentes entre el VIH/SIDA y la salud sexual y reproductiva para rentabilizar los recursos disponibles y ampliar el impacto de las medidas adoptadas a nivel de políticas y servicios.

8. Reafirmando la necesidad de garantizar de los suministros de salud sexual y reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos, como estrategia para luchar contra la mortalidad materna y trabajar por el fortalecimiento de la capacidad de los países africanos para el aprovisionamiento, gestión y distribución de los mismos.
9. Preocupados por el reto que supone dar una respuesta eficaz a las demandas y necesidades de salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes africanos desde un enfoque multi-sectorial que promueva al mismo tiempo su participación en la sociedad civil.
10. Reconociendo que es responsabilidad de los Estados africanos adoptar las medidas políticas y presupuestarias necesarias para reducir la mortalidad materna y neonatal, el VIH/SIDA y abordar de forma integral los demás aspectos que conforman la salud sexual y reproductiva de las personas.
11. Conscientes de que la fragilidad de los sistemas de salud africanos requiere del apoyo a medidas específicas para cada país que den respuesta a sus necesidades concretas.
12. Reafirmando que el Plan de Acción de Maputo recoge claramente los objetivos y las estrategias prioritarias adoptadas a nivel continental para promover la mejora significativa de la salud sexual y reproductiva en África y que su implementación a nivel de país será clave para conseguir avances hacia los Objetivos del Milenio.
13. Reconociendo la actual contribución de la cooperación española y catalana a la mejora de la salud sexual y reproductiva en África y el interés de ambas entidades en intensificar esta contribución y apoyar la implementación del Programa de Acción de Maputo a nivel continental, regional y nacional.
14. Reafirmando que este apoyo debe realizarse de manera armonizada, sostenible, coordinada y transparente, en el marco de las prioridades definidas por cada país y en coherencia con los procesos e instrumentos de desarrollo vigentes en cada uno ellos.
15. Reconociendo la implicación y el valioso aporte de la sociedad civil, la cooperación Norte-Sur y la cooperación Sur-Sur, a los procesos de desarrollo y a la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en África.
16. Considerando que todas y cada una de las áreas del Plan de Acción de Maputo son fundamentales para garantizar el acceso a una salud sexual y reproductiva integral antes del 2015 y conscientes de la necesidad de identificar estrategias prioritarias que definan la colaboración entre la cooperación española, la cooperación catalana, los países africanos y las agencias multilaterales que trabajan en el continente africano conjuntamente con la sociedad civil del Norte y del Sur.

Recomendamos que:

- 1) Los Estados africanos impulsen con determinación la implementación a nivel de país de la política Continental sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos con la colaboración de la Unión Africana y las agencias multilaterales, de acuerdo con sus prioridades y necesidades concretas.**
- 2) Se refuerce la participación y la contribución de la sociedad civil a la implementación del Plan de Acción de Maputo a través de acciones de incidencia política y cooperación Norte-Sur y Sur-Sur.**
- 3) La cooperación española y catalana intensifique el apoyo y la contribución a la implementación del Plan de Acción de Maputo tanto a nivel continental, regional como nacional, canalizando esta contribución prioritariamente hacia los ámbitos de actuación y resultados definidos por los países africanos participantes (ver cuadro anexo).**

Prioridades según nivel

Objetivo	Nacional	Regional	Continental
<ul style="list-style-type: none"> Incrementar el acceso a servicios de calidad de atención materna y neonatal 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de políticas de formación, motivación y retención de los recursos humanos (formación previa y durante el servicio). Mejora de la capacidad institucional para planificar, implementar, monitorear y evaluar las estrategias y políticas de mejora de la salud materna y neonatal. Mejora de la infraestructura para la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva, especialmente los servicios básicos de emergencia obstétrica. Mejora de los sistemas de referencia en todos los niveles y estrechar los lazos entre la comunidad y los niveles de atención terciaria. 	<ul style="list-style-type: none"> Movilización de recursos para SSR. Estandarización y aseguramiento de la calidad. Incidencia y diálogo político. Establecimiento de bases de datos e información para la implementación de programas y servicios basados en la evidencia. Documentación y diseminación de lecciones aprendidas. 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de capacidades para la incidencia y el diálogo político. Desarrollo de capacidades para la coordinación entre países. Fortalecimiento de alianzas estratégicas. Acciones de evaluación de resultados y seguimiento de informes.
<ul style="list-style-type: none"> Asegurar los suministros de salud reproductiva 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo e implementación de sistemas efectivos y eficientes de gestión logística de los insumos de salud reproductiva. Desarrollo de habilidades para la gestión logística de los insumos de salud reproductiva, la coordinación interna y la elaboración de estrategias de garantía de acceso a condones. Aprovisionamiento y compra de insumos de salud reproductiva, incluidos los métodos anticonceptivos. 	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de incidencia política para la creación de un entorno favorable a la compra y el aprovisionamiento masivo y la producción local. 	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de incidencia y diálogo político para incrementar el compromiso de los gobiernos en este ámbito.
<ul style="list-style-type: none"> Reposicionar la planificación familiar 	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias de participación comunitaria para incrementar la demanda, el aprovisionamiento y la utilización de la información y los servicios de planificación familiar. 		
<ul style="list-style-type: none"> Empoderamiento y mejora del bienestar de los y las adolescentes 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo e implementación de políticas favorables con enfoque multisectorial e interdisciplinar. Fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud sexual y reproductiva para jóvenes. Mejora de las capacidades y formación del personal de los servicios para jóvenes. 	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de incidencia política para promover el compromiso de los Gobiernos hacia las convenciones regionales e internacionales en la materia. 	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de incidencia política para incrementar el compromiso de Gobiernos y donantes con la garantía de los suministros de salud reproductiva en África.
<ul style="list-style-type: none"> VIH, ITS, malaria y SSR integrados en los servicios de APS 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollo de herramientas, incluyendo políticas y recomendaciones, para una adecuada integración de los aspectos de VIH/SIDA, malaria y SSR. Diagnóstico precoz y apoyo al tratamiento del cáncer reproductivo. Estrategias para la provisión de servicios a los grupos más marginados y vulnerables, incluyendo, desplazados internos y poblaciones en movimiento. Estrategias para revertir la violencia de género. 	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la información e investigación basada en la evidencia. Recogida, intercambio y análisis de datos y experiencias positivas en esta materia. Desarrollo de políticas sub-regionales y recomendaciones para aplicar en caso de desplazados internos, poblaciones en movimiento o migrantes. 	<ul style="list-style-type: none"> Acciones de incidencia y diálogo político para incrementar el compromiso de los gobiernos en este ámbito.

Recomendaciones

- ▶ **Reforzar la orientación de la Ayuda** en SDR hacia los países menos adelantados y concentrar un 70% de esta ayuda **en países con riesgo reproductivo muy alto o alto.**
- ▶ **Asegurar que en los países de renta media o con Índice de Riesgo Reproductivo moderado la Ayuda se dirija a reducir las desigualdades** de salud sexual y reproductiva existentes en zonas o poblaciones sujetas a mayor vulnerabilidad.
- ▶ **Continuar reforzando la cooperación con África Subsahariana y garantizar la buena armonización de las prioridades sectoriales y geográficas** de los distintos documentos e iniciativas de la cooperación española, evitando la dispersión y la pérdida de impacto.
- ▶ **Fortalecer la Ayuda dirigida a programas de SDR en otros países africanos,** además de Marruecos y Mozambique donde se concentra la mayor parte de la AOD de este sector.
- ▶ **Incrementar las iniciativas de promoción de la planificación familiar, lucha contra la mortalidad materna y prevención de la violencia** en la región de África Subsahariana y favorecer un enfoque de SDR dentro de las acciones dirigidas a la prevención del VIH/SIDA.
- ▶ **Contribuir a la implementación de la Política Continental Africana sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos,** aprobada por las y los Ministros de Sanidad de la Unión Africana en 2005.
- ▶ **Tomar en cuenta las prioridades marcadas por los países Africanos en la Declaración “Hacer realidad la SSR en África”,** adoptada en Barcelona en marzo de 2007 y favorecer la aplicación de los compromisos adoptados.



© Médicos del Mundo



© Médicos del Mundo

Sección 7

Orientación sectorial

Para analizar la distribución sectorial de la AOD en SDR hemos partido de la definición de los componentes de los servicios básicos de salud reproductiva establecidos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD). Estos componentes son 4: planificación familiar, servicios básicos de salud reproductiva, prevención de las ITS y el VIH/SIDA e investigación y políticas de población y salud reproductiva. Adicionalmente, hemos querido resaltar aquellas intervenciones de carácter multisectorial, que incluyen más de un componente y se orientan a brindar un abordaje más integral de salud y los derechos sexuales y reproductivos.

El Proyecto del Milenio ha reafirmado en 2006 que los ODM no podrán cumplirse si no se abordan los temas de SDR. Al mismo tiempo, este organismo ha actualizado el coste determinado por el Programa de Acción de la CIPD para determinar a cuánto ascendería financiar la implementación de los componentes de salud reproductiva, con el objetivo de asegurar el acceso universal a la salud reproductiva en 2015. Aunque señala que estos costos deberán recalcularse en función de la situación de cada país, este organismo estima que para el año 2005 habrían sido necesarios alrededor de 13 mil millones de euros, mientras que casi el doble se requerirá hasta el 2015.

La distribución por componentes que propone el proyecto del Milenio sugiere que alrededor de un 70% de los fondos estimados se destinen a atender la necesidad de servicios básicos de salud reproductiva, incluyendo la planificación familiar, mientras que un 30% se concentrarían en actividades relacionadas a las ITS y el VIH/SIDA. En este marco, las acciones relativas a investigación y políticas

implicarían desembolsos relativamente reducidos, que en todo caso no deberían estar por debajo del 1%. (Figura 29)

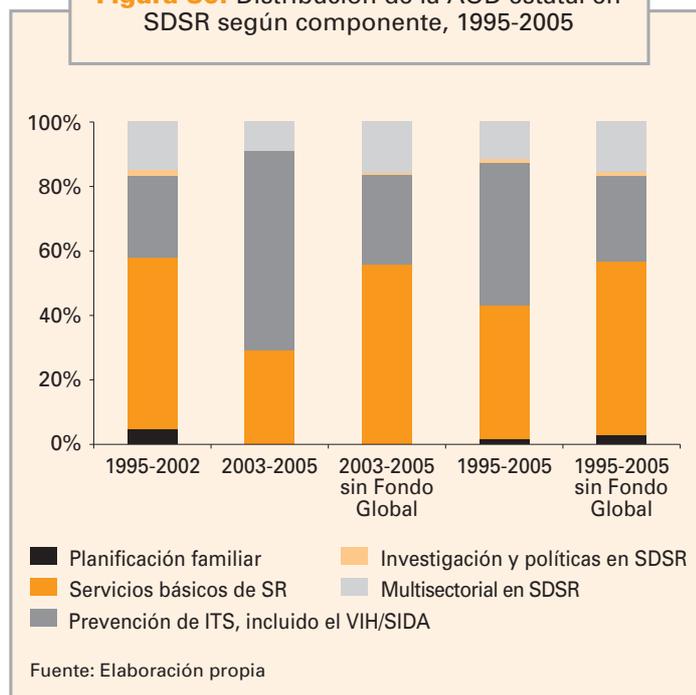
En un primer análisis de la distribución sectorial de la AOD en SDR en el periodo 1995-2005, observamos que los resultados difieren bastante de las tendencias propuestas por el Proyecto del Milenio. Planificación familiar (con un exiguo 2,5%) y salud reproductiva concentran casi un 43% de la AOD en SDR, mientras que el componente de prevención de ITS y VIH/SIDA es el que concentra más recursos, acumulando un 45%. Por su parte, las actuaciones en investigación y políticas de SDR concentran alrededor del 1%. Estas cifras incluyen los desembolsos al Fondo Global, que han supuesto 26,82 millones de euros desde el 2003, lo cual explica que en términos globales el sector del VIH/SIDA sea el más representativo dentro de la cooperación en SDR. El sector de salud reproductiva por su parte crece modestamente a lo

Figura 29: Recursos financieros requeridos para el cumplimiento del Programa de Acción de la CIPD, revisado por el Proyecto del Milenio

(millones de euros)	2005	2010	2015
Servicios básicos de SSR (incluyendo PF)	10.089	14.081	17.710
Actividades de ITS y VIH/SIDA	2.976	7.040	8.056
Investigación y análisis de políticas de población	218	581	290
Total	13.282	21.629	25.984

Fuente: Proyecto del Milenio

Figura 30: Distribución de la AOD estatal en SDR según componente, 1995-2005



largo de los 10 años y la Ayuda a los sectores de planificación familiar e investigación y políticas se reduce incluso a partir de 2002. Es destacable, por tanto, la fuerte polarización de la cooperación alrededor de la salud materna o la lucha contra el VIH/SIDA y la escasa atención hacia otras problemáticas como la falta de acceso a planificación familiar o la lucha contra la violencia, las mutilaciones genitales femeninas o el aborto inseguro. (Figura 30)

Cuadro 10. Hacia una cooperación que integre los diferentes componentes de SDR

Un aspecto positivo de la evolución sectorial de la Ayuda en los últimos años, reside en el incremento de los recursos dirigidos a actuaciones que integran varios componentes de SDR. Esta tendencia puede facilitar un uso más eficiente de los recursos disponibles, evitando intervenciones verticales y permitiendo un mayor impacto sobre la mejora de las condiciones de SDR de las poblaciones beneficiarias.

Médicos del Mundo viene realizando esfuerzos en este sentido, mediante iniciativas como el “Programa de fortalecimiento de la atención en salud reproductiva en zonas postergadas” financiado por AECI y actualmente en proceso de ejecución en Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua. Este programa incluye diferentes componentes, priorizados según el contexto de cada país: 1) adecuación de las infraestructuras y el equipamiento básico de las unidades de salud encargadas de ofrecer a la población servicios de salud reproductiva, 2) formación en salud reproductiva del personal de las unidades de salud y de las unidades de gestión en salud reproductiva, 3) formación de agentes comunitarios, 4) fortalecimiento de organizaciones, 5) promoción de la mujer, 6) educación para la salud. Las áreas de SDR abordadas por el programa son por tanto: planificación familiar, salud materna, enfermedades de transmisión sexual, cáncer de cuello uterino, violencia doméstica contra las mujeres y salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes y adultas(os) jóvenes.

En el caso de Nicaragua, por ejemplo, la intervención se llevó a cabo en la zona de Río San Juan, en el sur del país, y se dirigió a: implementar una estrategia integradora de anticoncepción segura para hombres y mujeres, a consolidar la estrategia que asegura a la madre y al recién nacido una situación saludable durante el embarazo, a disminuir la incidencia de las ETS/VIH/SIDA, a poner en marcha un programa de detección temprana de cáncer del aparato reproductivo, a mejorar la capacidad de detección en los servicios de salud y derivación oportuna de los casos de violencia doméstica y a diseñar e implementar un programa para reducir el embarazo en menores de 18 años.

Planificación Familiar

El propósito de los programas de planificación de la familia debe ser permitir a las parejas y las personas elegir de manera libre el número y el espaciamiento de sus hijos, obteniendo la información y los medios necesarios para hacerlo de forma responsable y con acceso a una amplia gama de métodos seguros y eficaces. La posibilidad de planificar una familia está ligada además a la reducción de riesgos para la salud de la mujer, puesto que es evidencia científica que los embarazos en adolescentes, en mujeres mayores de 35 años o con un intervalo de descanso inferior a 2 años, implican riesgos adicionales tanto para la salud de la madre como la del niño.

Según el Proyecto del Milenio una de cada cuatro muertes maternas podría eliminarse si se evitan los embarazos no deseados.

El trabajo relativo a planificación familiar incluye asegurar la prestación de servicios y métodos anticonceptivos y fomentar la capacidad para realizar actividades de información, educación, comunicación y participación comunitarias relativas a la planificación de la familia y a cuestiones de población y desarrollo. Asimismo, es necesario apoyar la capacitación, el desarrollo de la infraestructura y mejoramiento de las instalaciones y servicios, la elaboración de políticas y evaluación de programas, el desarrollo de sistemas

de información para la gestión y estadísticas de servicios básicos, así como los esfuerzos para una atención de buena calidad.

La AOD española dirigida a planificación familiar en el periodo 1995-2005 no puede ser menos que calificada de ínfima. En términos globales ha significado unos desembolsos de 2,53 millones de euros y ha representado únicamente el 2,5% del total de la AOD estatal en SDSR. De hecho, en los últimos 6 años no se han producido desembolsos para este componente por ninguna vía, a excepción de la multilateral, de forma que si bien la información u orientación en planificación familiar ha estado presente como complemento en algunos proyectos de ONG relacionados con salud reproductiva, no se ha desarrollado ningún proyecto específico dirigido a mejorar el acceso o la calidad de servicios de planificación familiar. Los 4 únicos proyectos de este tipo a lo largo de la década fueron desarrollados entre 1997 y 2001 por Médicos del Mundo en Marruecos, siendo la única ONG española que ha recibido fondos de la cooperación española para este subsector.

La principal intervención de la cooperación española en este ámbito ha consistido en la contribución de 2.000.500 euros brindada al Fondo Fiduciario de Naciones Unidas para los Suministros. Este fondo, creado para asegurar la provisión adecuada y oportuna de medicamentos, equipos y otros materiales que son necesarios para cubrir las necesidades de salud reproductiva a nivel mundial, destina un promedio del 65% de sus recursos a cubrir necesidades en anticoncepción.

Cuadro 11. Suministros de Salud Reproductiva: “Sin producto, no hay programa”

- ▶ Los suministros básicos de salud reproductiva son aquellos necesarios para asegurar que los servicios de salud materna, de planificación familiar y de prevención del VIH/SIDA puedan funcionar con normalidad.
- ▶ Incluyen anticonceptivos, productos y equipos para la atención del parto y el embarazo, preservativos, equipos para diagnóstico y otros materiales para la prevención y tratamiento de las ITS y el VIH/SIDA, así como productos de salud reproductiva para situaciones de emergencia.
- ▶ La falta de estos suministros puede causar embarazos no deseados, contagio de ITS, incluido el VIH y serias complicaciones en la atención de partos, que pueden derivar en muertes maternas o neonatales.
- ▶ De aquí al 2015 serán necesarios 15,3 millones de preservativos para prevenir el VIH/SIDA, casi un 700% más de los necesarios en el año 2000 y el número de usuarios/as de anticoncepción aumentará de 571 a 731 millones de personas.
- ▶ Entre 2001 y 2004, los países donantes contribuyeron tan solo a la financiación anual de un promedio de 4,6 preservativos por hombre en África Subsahariana
- ▶ Garantizar los suministros requiere no sólo destinar recursos para financiarlos, sino también fortalecer las capacidades de los sistemas de salud para gestionar todo el ciclo de aprovisionamiento y distribución.

Servicios básicos de salud reproductiva

Este componente, directamente relacionado con la consecución del ODM de salud materna, agrupa los servicios de información, atención prenatal, parto normal y postparto, así como la prevención y tratamiento de otros problemas de salud reproductiva, como la fístula obstétrica. Se incluyen aquí las acciones dirigidas al desarrollo de infraestructuras, provisión de equipamiento y formación de personal cualificado para atender el embarazo y el parto, además de las actividades de sensibilización de la comunidad para el cuidado de la salud reproductiva. También, hay que considerar dentro de este subsector, aquellas actuaciones dirigidas a reducir el aborto inseguro o el tratamiento sus complicaciones, aunque no encontremos casos por el momento dentro de la cooperación española. Adicionalmente, atendiendo a la definición establecida en el Programa de Acción de la CIPD, se incluyen también las iniciativas relativas a la prevención y atención de la violencia de género.

La Ayuda española dirigida a los servicios básicos de salud reproductiva sumó entre 1995 y 2005 unos 41,7 millones de euros, es decir, un 40,4% del total de la AOD estatal en SDR. Si observamos la evolución de este componente dentro la Ayuda a SDR, se puede constatar que su peso relativo baja a partir de 2003, cuando las contribuciones al Fondo Global aumentan la representatividad del componente de VIH/SIDA. A pesar de ello, en lo que se refiere a Ayuda bilateral y Ayuda canalizada a ONG, la salud reproductiva se posiciona como el componente principal de la Ayuda en SDR de toda la década. (Figura 31)

Figura 31: Distribución de la AOD estatal para el componente de los servicios básicos de salud reproductiva



Algo más de la mitad de la AOD dirigida al componente de servicios de básicos de salud reproductiva se realizó por vía oficial y la parte restante la ejecutaron ONG a través de proyectos y programas. Sólo entre 2003 y 2005, más de 30 organizaciones desarrollaron actuaciones de SSR, lo cual contrasta con el caso del VIH/SIDA en el que el número de organizaciones apenas superó los diez.

La actuación que más recursos ha concentrado durante estos tres años y prácticamente durante toda la década, es el “Programa de maternidad sin riesgos en la provincia de Tetuán” ejecutado por la Fundació Clínic con 4,9 millones de euros entre 1998 y 2002 y 3,6 millones entre 2003 y 2005. Las actividades vinculadas a este programa se iniciaron en 1998, por iniciativa del MAE, con la rehabilitación de un antiguo hospital militar para convertirlo en el Hospital Español de Tetuán (HET) especializado en atención materno infantil. A partir de entonces se han realizado acciones de asistencia gineco-obstétrica, de formación de profesionales sanitarios, construcción de casas de parto, dotación de equipos, investigación y soporte a “mujeres centinelas” y otros agentes de salud. En 2005, además de la atención en el HET y otras actividades regulares del Programa, se desarrollaron acciones similares en Oued Laou y Beni Hassan.

El resto de la AOD de este subsector se distribuye entre organismos multilaterales, otras ONG y Ayudas de gobierno a gobierno, en actuaciones que son bastante diversas en enfoques y objetivos, si bien quizás el tema de formación de recursos humanos sea recurrente en la mayor parte de intervenciones.

Así, tenemos por un lado una serie de talleres realizados en el marco del Programa VITA, dirigidos a fortalecer las capacidades de profesionales sanitarios en la atención de la salud materna y la salud sexual y reproductiva. Estos talleres se dirigieron inicialmente a profesionales del norte de África, aunque luego se extendieron a países de África Subsahariana, y se basan en una metodología que combina la formación teórica y práctica y fomenta el intercambio entre los y las participantes. La primera de estas experiencias, el “Seminario Avanzado sobre maternidad sin riesgos”, se realizó en 2004 en Marruecos, organizado por la AECI en colaboración con el Instituto de Salud Carlos III, la Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III y la Fundació Clínic. En 2005, Medicus Mundi Andalucía y la Universidad Internacional de

Andalucía (UNIA) con el auspicio de AECI, organizan un Curso de Experto Universitario en Salud Sexual y Reproductiva realizado entre Tánger y Baeza (Jaén). El mismo año se lleva a cabo también

en Badajoz, un “Seminario Avanzado sobre salud materno-infantil”, organizado por la Escuela de Estudios de Ciencias de la Salud y la Secretaría Técnica de Cooperación de la Junta de Extremadura.

Cuadro 12. Resumen de seminarios avanzados en SDR realizados en el marco del Programa VITA 2003-2005

Actividad	Países participantes	Objetivo
Seminario Avanzado sobre maternidad sin riesgos	Mauritania, Marruecos, Túnez, Argelia	Capacitar en metodología y control de calidad de los servicios sanitarios de atención materno-infantil a los profesionales participantes de 4 países.
Curso de Experto Universitario en Salud Sexual y Reproductiva	Marruecos	Capacitar a los participantes en: investigación en salud sexual y reproductiva, planificación familiar, atención a la salud de la mujer, atención en el parto, promoción y educación para la Salud.
Seminario Avanzado sobre salud materno-infantil	Rwanda, Camerún, República Democrática del Congo	Informar sobre los principales componentes de un programa de salud materno-infantil, mostrar nuevas herramientas para el acceso y el intercambio de información sanitaria e intercambiar experiencias entre profesionales sanitarios de los países participantes.

La diferencia en los planteamientos de los talleres es una muestra de la manera en que los enfoques de salud materno-infantil y de salud sexual reproductiva han coexistido en la cooperación española. Mientras que en el primer caso se trabajaron principalmente temas asociados al embarazo, parto, puerperio y atención del recién nacido, en el segundo y tercero el enfoque fue más integral y se incluyeron temas como: planificación familiar, salud de la mujer, atención del parto, nutrición, ITS y atención del recién nacido. Las ediciones de estos cursos en años posteriores han mantenido la tendencia a trabajar diferentes aspectos de salud sexual y reproductiva de manera integral. Sin embargo, cabe mencionar que es deseable que las acciones de formación y las intervenciones en general se basen en un enfoque común de salud sexual reproductiva, que atienda a las diferentes necesidades de las personas a lo largo de su ciclo de vida y no sólo ante el embarazo.

Además de estas actuaciones, otras iniciativas han incidido también en el tema de formación de personal sanitario combinándolo con otras estrategias encaminadas a facilitar infraestructura y equipos, fortalecer la gestión de servicios sanitarios o formar y apoyar a agentes comunitarios de salud, como las parteras tradicionales. Entre ellas, podemos mencionar el “Programa de atención materno-infantil en el

norte de Marruecos”. Este programa, ejecutado por Medicus Mundi, entre 2003 y 2005, ha tenido como objetivo mejorar la cobertura y la calidad de la atención primaria de salud y mejorar los indicadores de salud tanto de las mujeres en edad de fértil como de los niños, especialmente durante sus primeros años de vida, para lo cual se desarrollaron tres líneas de acción: mejora de las infraestructuras, formación de personal sanitario y de parteras tradicionales e integración de las mujeres en procesos de consulta y toma de decisiones relativos a su salud.

Médicos del Mundo, por su parte, realizó proyectos en la línea del componente de servicios básicos de salud reproductiva en Senegal y Bolivia. En el primer caso, con el soporte obtenido a través de un convenio con el Ministerio de Sanidad para incrementar la cobertura y calidad de los servicios locales de salud materno-infantil. En este marco se puso en marcha una unidad móvil para la atención de la salud reproductiva, se habilitaron y equiparon cuatro casas de salud materno-infantil y se sensibilizó en temas de salud reproductiva a la población de los poblados rurales en los que se trabajaba. Posteriormente, mediante un proyecto financiado por AECI se incorporaron otras zonas del mismo distrito, ampliando el objetivo a mejorar el acceso, la calidad y la información de los servicios de salud sexual y reproductiva.

Este proyecto proponía una intervención integral en salud reproductiva mediante unidades móviles que brindaban servicios de atención pre y postnatal, controles prenatales, planificación familiar, diagnóstico y tratamiento sindrómico de ITS y vacunación.

La intervención de esta ONG en Bolivia se orientó al “Fortalecimiento de la participación social con enfoque de género para disminuir la tasa de mortalidad materna e infantil”. Mediante el proyecto se buscó fortalecer una red de responsables populares de salud facilitando la implementación de sistemas de referencia adecuados y brindándoles equipamiento. Además se estudiaron las creencias, prácticas y actitudes de la población local para adecuar los servicios e incrementar la cobertura, formar al personal de salud para la gestión de información, fortalecer la perspectiva de género en las organizaciones de mujeres y en otras instituciones de la localidad y desarrollar un programa de información, educación y comunicación incorporando temas como salud reproductiva, género, derechos humanos y valoración cultural.

Por otro lado, encontramos también algunas contribuciones aisladas pero importantes en el valor de los desembolsos que fueron dirigidas a infraestructura y equipamiento de servicios de SSR. Es el caso del proyecto para la “Rehabilitación del Hospital Materno Infantil de Diwanayah” en Iraq, aprobado en 2003, que fue ejecutado por la Fundación Iberoamérica - Europa. Este proyecto que ascendió a 1,5 millones de euros, constituye la actuación bilateral más costosa identificada en el periodo 2003-2005.

Durante este mismo periodo, las 37 actuaciones dirigidas principalmente a prevenir y atender la violencia de género, sumaron un total de 2,8 millones de euros agrupándose en tres categorías:

- 1) Proyectos de prevención y atención de la violencia física o sexual, en los que se incluyen acciones para sensibilizar sobre la situación de las mujeres víctimas de la violencia, mejorar su acceso a la justicia, agilizar los procesos judiciales relativos a la violencia doméstica, así como atender las necesidades psicosociales de las mujeres que sufren violencia de género y sus familias;
- 2) Proyectos para la prevención y sanción de la trata y explotación sexual, así como para la atención sociosanitaria de las mujeres víctimas de explotación sexual o que ejercen la prostitución y,
- 3) Proyectos de sensibilización frente a la mutilación genital femenina.

A excepción de los proyectos incluidos en la tercera categoría, la mayor parte de las acciones relacionadas con la violencia de género se realizaron en países de América Latina. Además puede observarse que el énfasis de las intervenciones se orienta más a responder al problema de la violencia que a prevenirla y que son muy pocos los casos en los que se visibiliza la relación entre esta violencia y el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Finalmente, la salud reproductiva también ha sido un aspecto trabajado en el marco de intervenciones con poblaciones que viven en situaciones de conflicto. Es el caso de los programas de atención a la salud reproductiva de mujeres palestinas en Gaza, Cisjordania, Hebrón y en campamentos de refugiados palestinos en el Líbano que ejecuta la ONG Solidaridad Internacional, o el proyecto “Fortalecimiento de la atención de salud materna y reproductiva en las Wilayas de Auserd y Aaijoín” que realiza Médicos del Mundo en los campamentos para refugiados saharais en Argelia.



© Médicos del Mundo

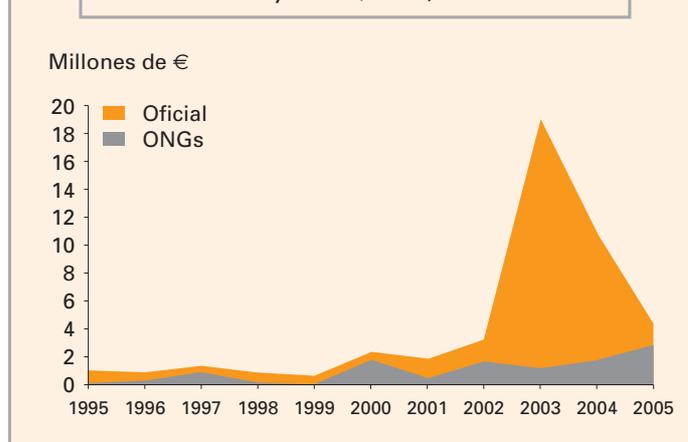
Prevención de las ITS y el VIH/SIDA

Este componente, relacionado con el ODM 6, tiene como objetivo disminuir la incidencia de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, y garantizar el acceso a tratamiento adecuado a las personas infectadas. Se incluyen aquí todo tipo de acciones de información, educación, comunicación, asesoramiento, diagnóstico y tratamiento de estas infecciones, incluyendo el tratamiento mediante antirretrovirales. Sin embargo, no se toman en consideración aquellas acciones exclusivamente dirigidas a tratar las consecuencias del VIH/SIDA (tratamiento de enfermedades oportunistas o atención a niños huérfanos).

La AOD dirigida a prevenir las ITS y el VIH/SIDA ascendió a 46,4 millones de euros entre 1995 y 2005, lo cual coloca a este componente como el más relevante de la cooperación en SDRS, con un porcentaje del 45% de la AOD de todo el sector. No obstante, es importante tener en cuenta que la mayor parte de esta Ayuda se concentra entre 2003 y 2004 y se dirige al Fondo Global. Además, son destacables otras aportaciones que aumentan el peso de la Ayuda multilateral dentro de este subsector. Es el caso por ejemplo de las contribuciones a ONUSIDA, que ascienden a 600.000 euros y el soporte para el Programa EDCTP de la Unión Europea al que se destinó un millón de euros. (Figura 32)

Con respecto a los proyectos financiados por el Estado español, a excepción de dos acciones desarrolladas en América Central, todas las intervenciones en el sector se realizaron en África Subsahariana. Más de la mitad de los recursos bilaterales destinados a SDRS entre 2003 y 2005 fueron ejecutados por Médicos del Mundo, a través de las siguientes actuaciones: la segunda fase del programa de prevención de la transmisión del VIH/SIDA en la provincia de Benguela (Angola), un proyecto para el fortalecimiento del programa regional de Erongo para el control VIH/SIDA y como paso posterior, un Programa de prevención de la transmisión del VIH/SIDA y atención a la población afectada en cuatro países del África Subsahariana (Mozambique, Angola, Namibia y Senegal). A través del trabajo con sus contrapartes, generalmente centros de salud locales, Médicos del Mundo promueve el fortalecimiento de los sistemas sanitarios de la zona para llevar a cabo un abordaje sindrómico de las ITS; el test voluntario para el VIH y asesoramiento pre y post test; el asesoramiento a personas VIH+ o que presentan SIDA; la inclu-

Figura 32: Distribución de la AOD estatal para el componente de prevención de las ITS y el VIH/SIDA, 1995-2005



sión del diagnóstico de VIH a mujeres embarazadas y el tratamiento con nevirapina para la prevención de la transmisión vertical; la sensibilización, información, educación y comunicación sobre conductas de riesgo, vías de transmisión y estigmatización de personas VIH+; la atención a personas VIH+ mediante servicios ambulatorios, cuidados domiciliarios o el soporte de los colectivos de personas que viven con VIH. Todo ello se realiza fundamentalmente mediante la formación en servicio del personal sanitario de los centros de salud, la provisión de suministros y equipamiento que están en falta y la realización de actividades de sensibilización dirigidas a la comunidad. Por otra parte, Médicos del Mundo también contempla como parte de este proyecto la sensibilización de la sociedad española sobre la situación del VIH/SIDA en África Subsahariana. Ello se realiza difundiendo la experiencia en el terreno, la situación que vive la población y el testimonio de las personas que viven con VIH/SIDA a través de exposiciones como Fotográfica.

Por su parte, la Cruz Roja Española, en el marco de la Estrategia de Cooperación de CRE/AECI (2001-2005) ha llevado a cabo actuaciones en América Latina y sobre todo en África Subsahariana. En el primer caso, se intervino en el departamento de Izabal (Guatemala), apoyando la prevención del VIH/SIDA en centros de educación secundaria, capacitando maestros y voluntarios jóvenes y desarrollando materiales para el trabajo con adolescentes. En África subsahariana, las actividades se concentraron en Angola, Mozambique y Guinea Bissau. En el primer caso, mediante una intervención que incluyó acciones de prevención y lucha contra el estigma asociado al VIH/SIDA; en el segundo, a las estrategias de prevención se sumó la atención a personas afectadas por el

VIH/SIDA y se incluyó un componente de trabajo con agentes y líderes comunitarios; en el tercero se combinó la prevención del VIH/SIDA con otras cuestiones de salud como el saneamiento básico, en el marco de la prevención de una epidemia de cólera. Finalmente, se destinó también un porcentaje para dar soporte a la implementación en España de la Campaña Mundial para reducir el estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA que realiza la Cruz Roja a nivel internacional.

Las intervenciones de AMREF, de la Fundación Barcelona SIDA 2002 y de Ayuda en Acción comparten varias de las estrategias ya mencionadas, aunque podamos resaltar algunas particularidades interesantes. Así, AMREF, en el marco de su programa “África responde al SIDA” en Etiopía, centra su trabajo en la educación de pares como parte de acciones encaminadas a reducir los riesgos para la salud sexual y reproductiva de jóvenes de barrios marginales de Etiopía. La Fundación Barcelona SIDA, por su parte, se dirige más a brindar soporte y formación al sector

sanitario en las áreas de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH/SIDA, incluyendo formación y soporte al personal sanitario para el monitoreo de la terapia antirretroviral, así como para dar un abordaje multidisciplinar a las necesidades de las personas VIH+ y sus familias. En el caso de Ayuda en Acción, destacaríamos la importancia que sus estrategias otorgan al fortalecimiento y articulación de las organizaciones de personas VIH+ para que puedan participar en los procesos de toma de decisiones relacionados con la lucha contra el VIH/SIDA en sus países.

Un aspecto común a la mayoría de las actuaciones en este componente es el hecho de que casi en todos los casos se trata de iniciativas que se enfocan exclusivamente en el tema de VIH y no siempre también en un contexto más amplio de prevención de ITS. Tampoco suelen establecerse vínculos con otras áreas de SDSR como la planificación familiar, la atención en salud reproductiva, la violencia de género o la promoción de los derechos sexuales y reproductivos.

Cuadro 13. Integrando los programas y proyectos de SDSR y VIH/SIDA

Más de tres cuartas partes de los casos de VIH se producen por vía sexual y más del 10% mediante transmisión madre-hijo. Reconociendo la interrelación entre la sexualidad, la reproducción y los contextos sociales en los que se produce la transmisión de las ITS y el VIH, se vuelve obvio que estos temas se incardinan dentro del campo más amplio de los Derechos y la Salud Sexual y Reproductiva, tal como fueron definidos en la CIPD. Sin embargo, por razones históricas se ha mantenido a las dos áreas separadas como dos programas, cada uno con sus propias prioridades, servicios y disciplinas. Mecanismos de financiación vertical de parte de donantes tanto bilaterales como multilaterales han contribuido a esta compartimentación, que se refleja constantemente en la división de responsabilidades dentro y entre los ministerios de los países receptores.

La integración de los servicios de planificación familiar (PF) y salud sexual y reproductiva (SSR) con los de VIH/SIDA es un paso esencial para maximizar el impacto y los recursos para afrontar la dramática epidemia del SIDA, las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, y la necesidad insatisfecha de anticoncepción a nivel mundial.

En los últimos años, se ha generado evidencia acerca de la costo-efectividad de determinadas acciones que llegan a integrar varios aspectos de salud reproductiva y VIH/SIDA. Es el caso de aquellas encaminadas a incorporar el componente de planificación familiar a servicios de atención a mujeres VIH+ o en servicios de prevención de la transmisión vertical del VIH, demostrándose que aquellos programas orientados a promover el acceso a anticonceptivos pueden tener mejores resultados y a menor coste en frenar la expansión del VIH/SIDA que los exclusivamente centrados en el uso de fármacos.

Sería interesante explorar nuevos enfoques para facilitar que los programas y estrategias de lucha contra el VIH/SIDA incorporen esta visión más amplia y respondan a necesidades como: el desarrollo de políticas de integración de SDSR y VIH/SIDA e indicadores para medir sus avances, el ajuste de los servicios especialmente los sistemas de derivación, el entrenamiento del personal, el aprovisionamiento de insumos, así como acciones de información y comunicación a nivel comunitario.

Investigación y políticas de población y salud reproductiva

Este componente se orienta a generar capacidades en los países para realizar programas sostenidos y amplios de reunión, análisis, difusión y utilización de datos sobre población y desarrollo, que permitan comprender la relación entre variables demográficas, sociales y sanitarias y mejorar la formulación, ejecución, supervisión y evaluación de los programas en el ámbito de la SDR. Asimismo, incluimos en este subsector aquellas actuaciones encaminadas a promover la incorporación de las cuestiones de SDR en todos los programas, estrategias, planes y políticas nacionales de desarrollo, fomentando el compromiso y la participación de los representantes políticos y grupos sociales en la formulación, aplicación, supervisión y evaluación de estrategias, políticas, planes y programas en esta materia.

Estas acciones contribuyen al cumplimiento de los ODM en tanto promueven la inclusión de la SDR en la agenda de desarrollo de cada país y hacen segui-

miento del cumplimiento de los compromisos de los estados en esta materia. Pueden también generar evidencia que permita optimizar las intervenciones que se vienen realizando en el campo de la SDR y promover el interés de la opinión pública por los avances y medidas relacionadas con el acceso a la SDR.

La AOD enfocada en este componente de la SSR ha sido reducida pero sobre todo poco constante, ascendiendo a un total de 1,04 millones de euros en el periodo 1995-2005, es decir un 1%. La principal vía de canalización de estos desembolsos fue la oficial encontrándose sólo en 2003 actuaciones correspondientes a ONG. Entre ellas, el Seminario sobre participación de las mujeres en las políticas locales de salud reproductiva”, desarrollado en 2003 por Medicus Mundi en el marco del Programa de Atención Materno Infantil en el Norte de Marruecos, y el proyecto de cooperación directa “Promoción de la salud sexual y reproductiva con población indígena Kuna” apoyado por la AECI dentro del eje de aumento de libertades y capacidades culturales de la Estrategia País con Panamá.

Cuadro 14. Apoyando el involucramiento de los pueblos indígenas en la definición de políticas de SDR

El Plan de Actuación Especial en Panamá de la Cooperación Española, en línea con el Plan Director, incluye entre sus objetivos estratégicos aumentar la libertad y las capacidades culturales. En este marco, contempla acciones de cooperación con los pueblos indígenas orientadas a apoyar los procesos de autodesarrollo y promover el respeto a sus derechos. El plan se plantea dar respaldo a estos pueblos y a sus organizaciones en la protección de sus territorios, medio ambiente, sistemas culturales y patrimonio cultural, así como contribuir al fortalecimiento de las capacidades de gestión de las autoridades tradicionales de la comarca indígena de Kuna Yala en materia de educación bilingüe intercultural, salud sexual y reproductiva y manejo sostenible de recursos naturales.

Una acción que se ha llevado a cabo en este sentido es el proyecto de “Promoción de la salud sexual y reproductiva con población indígena Kuna”, que tiene como objetivo establecer un modelo integral de actuación en materia de salud sexual y reproductiva que tome en cuenta las particularidades socio-culturales de esta población y fortalezca la capacidad de la dirigencia y las organizaciones Kuna y del ministerio de salud para diseñar y desarrollar programas de promoción de la salud frente a las ETS y el VIH/SIDA. El proyecto incluye la preparación de un documento metodológico para el desarrollo de actividades en salud sexual y reproductiva en base al acuerdo de la dirigencia Kuna y las autoridades de salud, el establecimiento de una plataforma de coordinación entre estas entidades, así como el desarrollo de acciones de formación y de materiales de difusión adecuados al contexto local.

Cuadro 15. Atención a las necesidades de SDR de adolescentes y jóvenes

Los y las jóvenes menores de 25 años representan hoy día casi la mitad de la población mundial y un 85% vive en los países empobrecidos. Este es, además, el sector de la población en el que se concentra la mayor potencialidad de desarrollo para un país, aunque a menudo sufre discriminación y falta de acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva, lo que los expone a riesgos para su salud y bienestar general. La violencia y la explotación sexual, el embarazo no deseado y el contagio de ITS, incluido el VIH, son algunos ejemplos de estos riesgos, que podrían evitarse en gran medida si los y las jóvenes recibieran la información y los servicios adecuados y oportunos para el ejercicio de sus derechos y el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Entre 2003 y 2005, la cooperación española financió diez acciones relativas a SDR exclusivamente dirigidas a jóvenes. Estas acciones, que sumaron unos 2 millones de euros, representaron alrededor del 7,3% del total de la AOD bilateral estatal en SDR. Con la aprobación de la nueva estrategia de salud, la cooperación española ha dado un paso adelante reconociendo como una de sus prioridades el fortalecimiento de la SDR de este colectivo, a través del acceso a información y servicios de SSR apropiados, así como mediante acciones educativas dirigidas a prevenir los embarazos y las ITS, promover la igualdad de género, las relaciones sexuales seguras y conocer los métodos de anticoncepción. Es posible, por tanto, que en los próximos años este aspecto pueda consolidarse dentro de la cooperación española, al amparo de las nuevas prioridades políticas.

Todas las iniciativas tuvieron sus pilares sobre dos tipos de estrategias: por un lado, el refuerzo de los canales de información y educación en SDR para la gente joven y por otro, el fortalecimiento o desarrollo de servicios y personal de salud con habilidades para atender las necesidades de adolescentes y jóvenes en esta área. Cuatro de estas acciones se enfocaron a la prevención del VIH/SIDA, como por ejemplo la estrategia de Cruz Roja para la “Prevención del VIH/SIDA en centros de educación secundaria en el departamento de Izabal” en Guatemala. Otros, en cambio, se enfocaron a determinados grupos de población como es el caso del apoyo a la “Creación de un centro para atender a madres adolescentes o embarazadas” desarrollado por el Instituto Venezolano de Planificación (IVEPLAN) y otras instituciones venezolanas, o el Proyecto de “Mejoramiento de la salud física y mental de las niñas y adolescentes víctimas de la explotación sexual” ejecutado en Paraguay por la ONG española Asociación por la Paz y el Desarrollo y la asociación paraguaya Grupo Luna Nueva.

A nivel de fortalecimiento de la capacidad del estado para dar una respuesta más integral a las necesidades de SDR de los jóvenes, destaca la aportación realizada al Fondo de Población de Naciones Unidas para el proyecto “Asegurar los derechos de los jóvenes y adolescentes a través del aumento de oportunidades de participación, y el acceso a la información y a los servicios”, que ejecuta en colaboración con el Ministerio de Salud de Afganistán. Este proyecto promueve la revisión de las estrategias y planes nacionales relativas a la información, comunicación, educación y cambio de comportamiento de los programas de salud materna y VIH/SIDA; el fortalecimiento de ONG locales en el desarrollo de programas de comunicación para el cambio de comportamientos relacionados con la salud materna y el VIH/SIDA, y el fortalecimiento de las capacidades de comunicación de los proveedores de servicios de salud, concretamente de los agentes comunitarios de salud.

En términos de oferta de servicios, cabe destacar la propuesta ejecutada por la Asociación de Investigación y Especialización sobre temas Iberoamericanos (AIETI) y la ONG local Fundación Kuna Aty para la “Creación de un centro piloto de atención en violencia y salud sexual y reproductiva para adolescentes y promoción de los derechos humanos, sexuales, reproductivos, equidad de género y de una vida libre de violencia”, por medio del cual se brinda atención a adolescentes y jóvenes en diferentes aspectos de SDR, como son: atención médica y ginecológica (incluyendo planificación familiar), atención jurídica, ayuda psicológica y asistencia social e información y sensibilización sobre salud reproductiva, sexualidad y prevención de la violencia. Además, se desarrolla un programa de educación no sexista para estudiantes, maestros y personal sanitario, dirigido a promover la equidad de género, los derechos humanos y prevenir la violencia.

Recomendaciones

- ▶ **Concentrar mayor cantidad de recursos hacia el fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva en el marco de la atención primaria de salud**, con especial atención a la lucha contra la mortalidad materna.
- ▶ **Incrementar el papel del componente de “Planificación Familiar” dentro de la Ayuda española en SDSR**, integrándolo dentro de los programas realizados en los países en desarrollo, favoreciendo su presencia en los sistemas sanitarios y en las políticas de desarrollo y/o de salud de estos países, apoyando el fortalecimiento de las capacidades de los países para el aprovisionamiento y gestión de métodos anticonceptivos, así como trabajando con la sociedad civil y a nivel comunitario para identificar las necesidades, las barreras y las estrategias más eficaces para garantizar el acceso de la población a la planificación familiar.
- ▶ **Apoyar las acciones dirigidas al fortalecimiento de la atención y educación en SSR de los y las adolescentes**, como colectivo especialmente vulnerable.
- ▶ **Promover la integración e interrelación de los distintos componentes de la SSR entre sí**, especialmente del VIH/SIDA y la Salud Materna con la planificación familiar y la prevención de la violencia.
- ▶ **Apostar por un enfoque transversal de género y derechos sexuales y reproductivos** e incrementar la contribución de la AOD a programas específicos de fortalecimiento y garantía de los derechos sexuales y reproductivos, hasta ahora muy minoritarios.



© Médicos del Mundo

Sección 8

La Ayuda de las Comunidades Autónomas y el caso de Cataluña

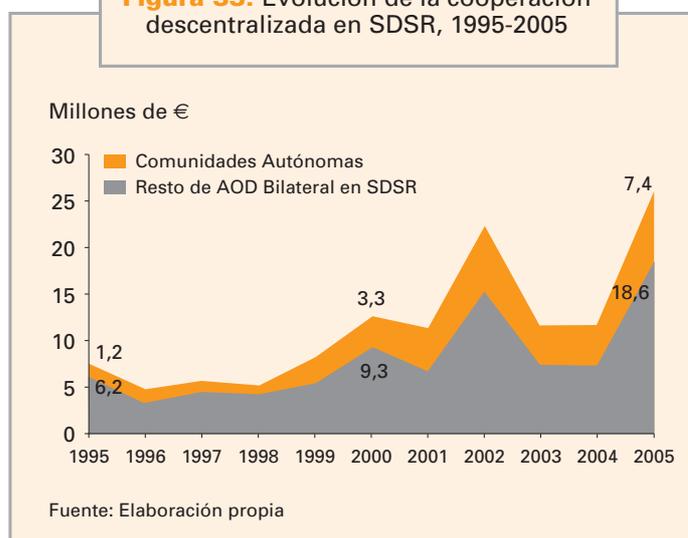
La evolución de la cooperación descentralizada de las CC.AA, ha venido marcada en los últimos 10 años por un crecimiento progresivo y sostenido hasta multiplicar por seis su volumen y alcanzar los 38 millones de euros. Es este un tipo de Ayuda, quizás menos ligada a los intereses políticos, y más cercana a las inquietudes de la sociedad civil, donde las actuaciones dirigidas a fortalecer necesidades sociales básicas como la salud y la atención a los colectivos más vulnerables reciben un apoyo claro y consistente.

Entre 1995 y 2005, la Ayuda a programas y proyectos de SDSR ha significado el 2,6% del total de la cooperación autonómica. Si bien las contribuciones a este sector se han ido incrementando de forma paulatina, es a partir de 1999 cuando se aprecia un primer aumento significativo que se mantendrá, aunque de

manera menos pronunciada, en los siguientes dos años. En el año 2002 se produce otro pico, que concentra la tercera parte de la Ayuda autonómica a SDSR de todo el periodo. A partir de 2003, se hace notar la reducción de las contribuciones a SDSR de tres CCAA (Navarra, País Vasco y Valencia), que hasta el momento habían estado por delante en cuanto a volumen de ayuda dirigida a este sector, aunque se compensa en cierta forma con el aumento de la cooperación catalana. Finalmente, en 2005 se produce un nuevo impulso de la Ayuda descentralizada en SDSR, que alcanza su máximo con 7,4 millones de euros, gracias al aumento de las contribuciones de Cataluña, Castilla y León, Navarra y Castilla La Mancha. (Figura 33)

En el periodo 1995-2005, todas las CCAA realizaron alguna contribución a acciones de SDSR entre 1995 y 2005 y seis de ellas, Navarra, Cataluña, Valencia, País Vasco, Andalucía y Castilla La-Man-

Figura 33: Evolución de la cooperación descentralizada en SDSR, 1995-2005



cha, concentraron el 70% de los desembolsos de toda la década. En líneas generales, es destacable que 8 comunidades autónomas incrementaron su cooperación en SSR entre 2003 y 2005 (Cataluña, Navarra, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Aragón, Cantabria, Valencia y Madrid), en tanto que 7 comunidades la redujeron (Galicia, País Vasco, Baleares, Asturias, La Rioja, Andalucía y Extremadura) y Murcia y Canarias no realizaron ningún desembolso. (Figuras 34 y 35)

A partir de 2003, Valencia y País Vasco, que junto a Andalucía y Navarra eran las principales contribuyentes del sector y acumulaban casi el 60% de la Ayuda desembolsada para SSR entre 1995 y 2002, comienzan a reducir sus aportaciones. En el caso de Valencia, por ejemplo, se pasa de desembolsos por valor de casi 4 millones de euros en 2002 hasta 400.000 euros entre 2003 y 2005. Esta caída tan drástica en el volumen de

los fondos es bastante representativa teniendo en cuenta que esta CCAA fue durante muchos años la segunda comunidad autónoma con más apoyo a SDR.

Por otro lado, **Cataluña incrementa en un volumen sin precedentes su ayuda a SDR, llegando a convertirse entre 2003 y 2005, en la CCAA con mayor volumen de desembolsos para SDR y concentrando el 26,8% de la Ayuda total a SDR en dicho periodo.**

Al mismo tiempo, otras autonomías como Castilla-La Mancha y Asturias también adquieren mayor relevancia como contribuyentes y el resto mantiene una tendencia estable, a excepción de Canarias y Murcia que no realizan desembolso alguno para SDR a partir del 2003. (Figura 36)

Esta evolución, generalmente positiva, se refleja en el avance en cuanto al cumplimiento de metas internacionales para la cooperación en SDR, puesto que **3 autonomías, La Rioja, Asturias y Navarra con 11,27%, 6% y 5,2% respectivamente, destinan más del 5% de su AOD a programas de SDR** durante toda la década, de acuerdo a la CIPD. Por el contrario, se torna preocupante que Madrid, una de las CCAA con mayor presupuesto a cooperación, sea la CCAA que menos destina a SDR con tan solo un 0,13% de su presupuesto a cooperación. (Figura 37)

Contribuciones a organismos multilaterales de SDR

A partir de 2004, dos comunidades autónomas apoyan por primera vez a organismos multilaterales que trabajan específicamente en todos o alguno de los sectores de SDR. Estas iniciativas abren un nuevo escenario en el que serán importantes los esfuerzos de coordinación para que las contribuciones se distribuyan de la manera más estratégica posible.

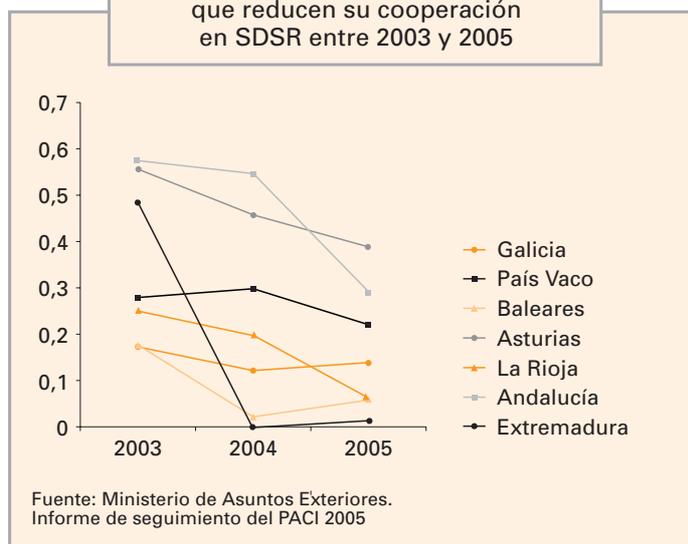
En 2005, Cataluña financia al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) con 600.000 euros dirigidos a impulsar la Campaña de Maternidad Segura para tratar la Fístula Obstétrica (350.000€), el Programa para garantizar los Suministros de Salud Reproductiva, (165.000€) y el Programa de Apoyo a la Salud Reproductiva y Reducción de la Mortalidad Materna en Mozambique (85.000€). Esta contribución se ha aumentado en 2007 hasta los 835.000 euros.

Por otro lado, esta CCAA se convierte en donante del Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la malaria y la

Figura 34: Comunidades autónomas que incrementan su cooperación en SDR entre 2003 y 2005



Figura 35: Comunidades autónomas que reducen su cooperación en SDR entre 2003 y 2005

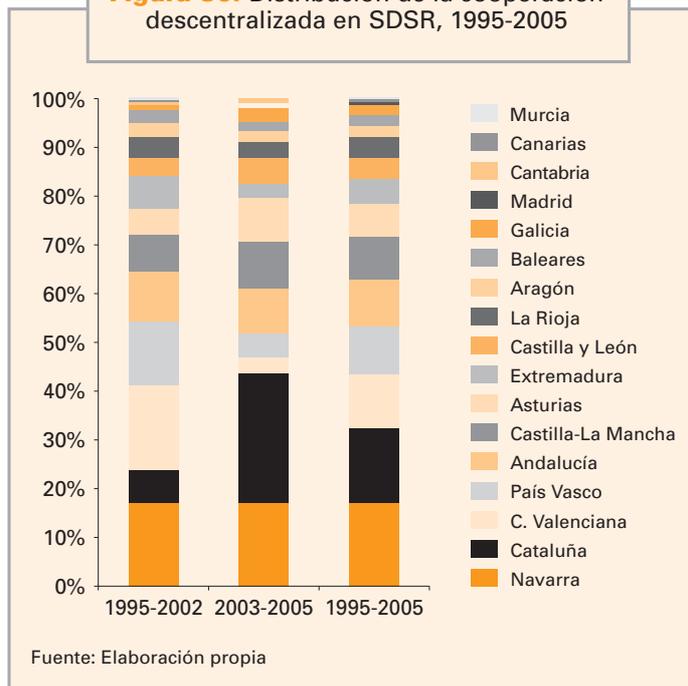
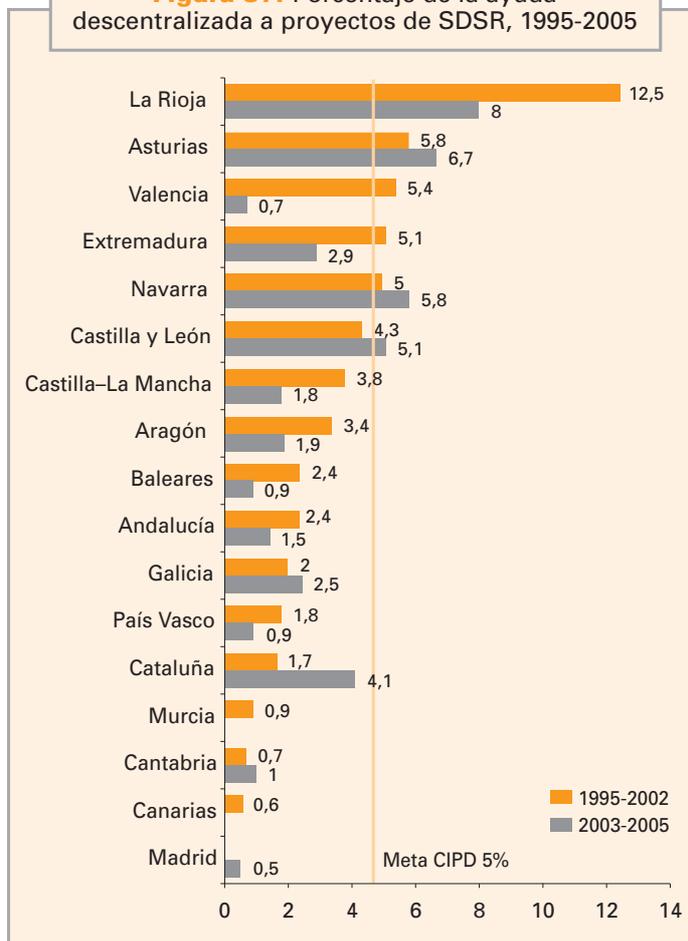


tuberculosis mediante una contribución de 1.256.900 euros que ha ampliado hasta 1.991.250 euros en 2006 y 2.051.984 euros en 2007, acercándose a los niveles de contribución de países como Portugal.

Extremadura por su parte, comienza a colaborar en 2004 con ONUSIDA, a través de una contribución de 440.002 euros que ha renovado y ampliado en 2006 a 950.000 euros.

Cooperación descentralizada y políticas autonómicas en SDR

El crecimiento de la cooperación autonómica en SDR no se ha visto correspondido en todos los casos por un proceso paralelo de reglamentación y priorización de estas cuestiones dentro de las políticas de cooperación

Figura 36: Distribución de la cooperación descentralizada en SDR, 1995-2005**Figura 37:** Porcentaje de la ayuda descentralizada a proyectos de SDR, 1995-2005

de las comunidades autónomas. Como hemos señalado más arriba, el compromiso político de las autonomías con la SDR ha sido muy variable y no siempre encontramos movimientos congruentes en el plano político y financiero.

Todas las CCAA incluyen la igualdad entre hombres y mujeres como objetivo o eje transversal para sus políticas de cooperación, aunque el enfoque de salud y derechos sexuales y reproductivos dentro de este concepto de igualdad es excepcional. En esta misma línea, aunque todas las políticas de cooperación autonómicas dan prioridad a la salud en el marco de los sectores sociales básicos, no necesariamente priorizan las acciones de SSR.

En términos generales Cataluña, el País Vasco y La Rioja son las comunidades que destacan por plantear de manera más detallada e integral la SSR en sus políticas de cooperación, de tal manera que consideran las diferentes dimensiones de la salud sexual y reproductiva, es decir anticoncepción, atención durante el embarazo, parto y posparto o la detección diagnóstico y tratamiento de ETS y VIH/SIDA, a lo largo del ciclo vital. Sin embargo, solamente Cataluña y la Rioja identifican a los jóvenes como grupo prioritario con necesidades específicas de SDR. Por otro lado, solo el País Vasco apuesta claramente por un enfoque de trabajo en derechos sexuales y reproductivos. Esta es asimismo la única autonomía que menciona el Programa de Acción de la CIPD en su Plan Director y toma la definición y componentes de salud sexual y reproductiva definidos en esta conferencia como marco para su política de cooperación. La situación es diferente en el caso de los ODM, pues encontramos al menos 6 regiones: Aragón, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia, que hacen referencia explícita a la Agenda del Milenio al referirse a su marco de cooperación.

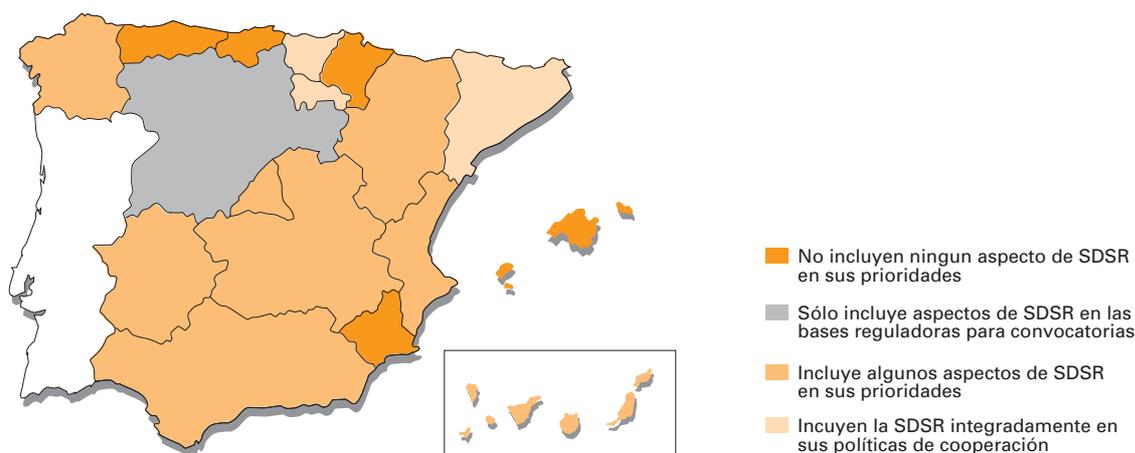
A nivel legislativo, hasta el momento, sólo Cataluña y Andalucía recogen la SSR como prioridad dentro de su Ley de Cooperación. Otras 10 comunidades autónomas: Aragón, Canarias, Castilla – La Mancha, Extremadura, Galicia, Madrid y Valencia incluyen algunos de los problemas y temas relacionados con este ámbito de la salud en su Plan Director, aunque lo hacen con diferentes niveles de precisión e integración. De aquellos casos en que la

comunidad autónoma no ha desarrollado leyes o planes de cooperación y orienta su actividad a través de bases reguladoras, sólo Castilla y León incorpora la salud reproductiva en sus prioridades, como parte de la Atención Primaria de Salud.

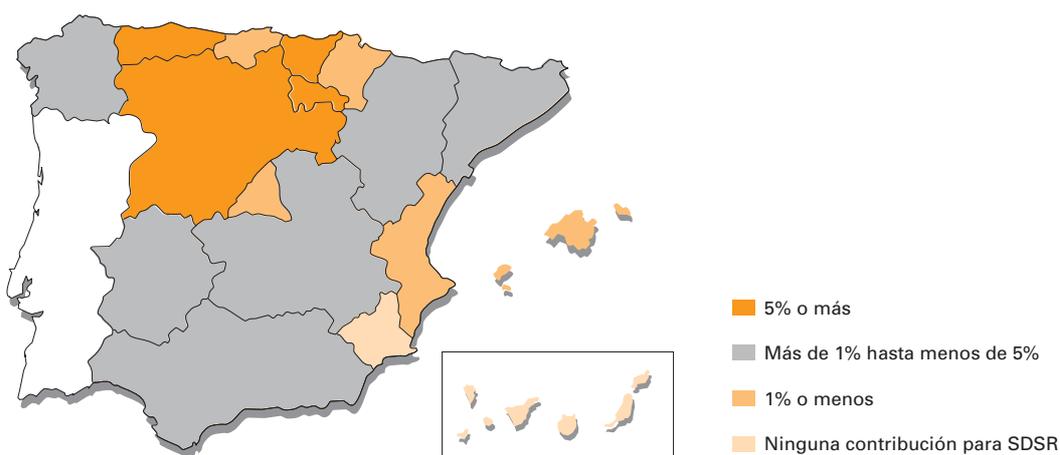
Al contrastar los datos oficiales de la Ayuda descentralizada con el nivel de desarrollo político de las cuestiones de SDSR en cada una de las regiones,

observamos que aunque 5 Autonomías no incorporan actualmente ningún aspecto de SSR entre sus prioridades de cooperación (Asturias, Baleares, Cantabria, Murcia y Navarra), sólo una de ellas, Murcia, no ha financiado ningún proyecto de SDSR entre 2003 y 2005. Además, Navarra es la tercera autonomía que más volumen dedica a SSR, a pesar de no tener estas prioridades reconocidas como tales en su

Mapa 1. Clasificación de Comunidades Autónomas según el grado de inclusión de la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en las políticas de cooperación



Mapa 2. Clasificación de Comunidades Autónomas según el porcentaje de su cooperación destinado a SSR entre 2003 y 2005¹¹



¹¹ De acuerdo a Informe de Seguimiento del PACI 2005 del Ministerio de Asuntos Exteriores.

política de cooperación y seguir un enfoque más materno-infantil que de salud reproductiva.

Canarias, en cambio, es un ejemplo de lo contrario puesto que disponiendo de una de las normativas más avanzadas en este ámbito, no ha financiado ningún proyecto de SDR en los últimos años. Aunque utiliza el término de “salud materno-infantil” en vez del de salud sexual y reproductiva, esta comunidad incluye en su Plan Director aspectos relacionados con el cuidado de la sexualidad y la reproducción como: fomentar la promoción de la atención sanitaria durante el

embarazo y el parto, aumentar la capacitación de las parteras tradicionales y del personal sanitario, desarrollar la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incentivar el buen uso de los servicios de salud y de planificación familiar o luchar contra las enfermedades transmisibles tropicales, con especial atención al VIH/SIDA, la Tuberculosis y la Malaria. Lo mismo ocurre con el País Vasco que se encuentra entre las 5 comunidades que menos Ayuda destinan a SDR a pesar de disponer de una de las políticas más avanzadas en este ámbito.



© Médicos del Mundo

La cooperación catalana en SDR

La cooperación catalana ha progresado en estos últimos años hacia una importante consolidación normativa y financiera que la ubica dentro del grupo de las más estructuradas y avanzadas de todo el Estado en muy diferentes aspectos, incluyendo el apoyo al sector de SDR.

Cataluña cuenta desde el 2001 con una Ley de Cooperación que incluye entre sus prioridades “la defensa de la igualdad entre hombres y mujeres y la defensa de los derechos de las mujeres, especialmente el de salud reproductiva”. En aplicación de esta ley, se crea en 2003 la Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo (ACCD) y se elaboran hasta el momento dos planes directores para los periodos 2003-2006 y 2007-2010. Ambos documentos incluyen la salud reproductiva como parte del objetivo estratégico de mejora de los sistemas de atención primaria de salud, aunque quizás este último se estructura de una forma más general perdiendo la precisión que tenía el Plan anterior con respecto a cuestiones que no eran mencionadas específicamente por ninguna otra cooperación.

Entre 1995 y 2005, la cooperación catalana se multiplicó por seis y específicamente en los últimos tres años de dicho periodo casi se duplicó. Estos incrementos son un paso adelante en relación a uno de los temas pendientes para Cataluña: incrementar el esfuerzo presupuestario que realiza para la coope-

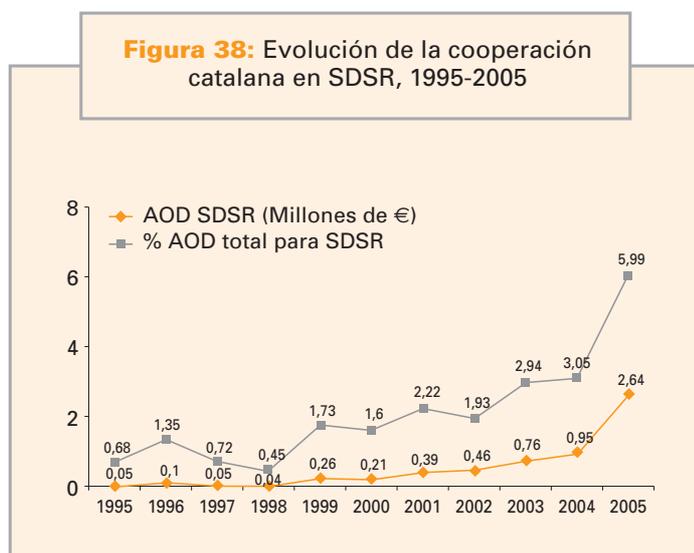
ración al desarrollo. Si bien en 2005, según los datos el MAE, fue la autonomía que mayor volumen de desembolsos realizó (su contribución ascendió a 44 millones de euros), al compararla con otras CCAA en función del porcentaje del presupuesto que destina a cooperación, Cataluña se ubica en el octavo puesto, detrás de Navarra, Castilla-La Mancha, País Vasco, Baleares, Asturias, Cantabria y La Rioja.

Con respecto a la distribución sectorial de la AOD, cabe señalar que, de acuerdo a los datos de la Agència Catalana de Cooperació al Desenvolupament, es en 2005 cuando por primera vez se supera la barrera del 20% de AOD destinada a lo que el Plan Director denomina “derechos sociales básicos”, es decir: atención primaria de salud, incluyendo salud reproductiva, educación básica y alfabetización, vivienda y gestión integral del ciclo del agua. El porcentaje destinado a estos cuatro sectores fue del 21% del total de la Ayuda, en línea por tanto con la cooperación estatal. Por su parte, la AOD para salud, incluyendo SDR, alcanzó ese año un 13%, confirmándose la significativa prioridad que esta autonomía le brinda a este sector.

El ámbito de la SDR se ha beneficiado de manera muy importante de los avances de la cooperación catalana en conjunto. En términos de volumen, la AOD para este sector sumó 5,9 millones de euros entre 1995 y 2005, es decir, el 2,64% de la AOD total. La cooperación catalana en SDR

se ha multiplicado por 55 desde 1995, evolucionando desde los 48 mil euros hasta los 2,6 millones alcanzados en 2005, año en que, de acuerdo a los datos del MAE, Cataluña se convierte en la autonomía que más dinero desembolsa para SDR. Como se puede apreciar en la figura más abajo, este incremento absoluto refleja el crecimiento constante de la Ayuda dirigida a SDR en relación al presupuesto total para cooperación, especialmente en los últimos años. **Desde 1999 Cataluña dedica más del 1% a este sector y en 2005 rozó el 6%, superando por primera vez el compromiso del Programa de Acción de El Cairo de destinar un mínimo del 5% de la Ayuda al Desarrollo a programas y políticas de salud y derechos sexuales y reproductivos.** (Figura 38)

Figura 38: Evolución de la cooperación catalana en SDR, 1995-2005



Plan Director de la Cooperación Catalana 2003 - 2006	Plan Director de la Cooperación Catalana 2007 - 2010
<p>Objetivo Estratégico de Desarrollo</p> <p>1. Apoyo a los derechos sociales básicos.</p> <p>1.1. Fortalecer los sistemas de atención primaria de salud favoreciendo, de forma especial, los programas de control de las principales enfermedades infecciosas y la mejora de la salud reproductiva.</p> <p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haber contribuido a la disminución de la morbimortalidad en general, la mortalidad materna y la infantil, principalmente de los niños menores de cinco años, a causa de las principales enfermedades infectocontagiosas. • Haber contribuido a la disminución de la prevalencia de las principales enfermedades endémicas locales. • Haber aumentado la cobertura de la inmunización. • Haber aumentado el nivel nutricional, especialmente en los niños menores de cinco años. • Haber incrementado el número de partos atendidos por personal capacitado y en condiciones sanitarias adecuadas. • Haber mejorado en cuanto al acceso a medicamentos esenciales y medicamentos específicos contra el sida y su distribución. • Haber aumentado las capacidades de gestión de los sistemas de salud. • Haber aumentado la tasa de prevalencia contraceptiva y haber reducido la incidencia de abortos. • Haber reducido los embarazos no planificados, especialmente en adolescentes. 	<p>Objetivo Específico</p> <p>1.2 Mejorar la salud sexual y reproductiva y reducir la morbimortalidad materna e infantil, especialmente de las poblaciones más desfavorecidas.</p> <p>Resultado 1.2.1. Haber promovido la existencia, el funcionamiento, el acceso y el uso de los servicios básicos de salud sexual y reproductiva como servicios públicos dirigidos a hombres y mujeres, con atención especial a los y las adolescentes y a los problemas de salud sexual que generen más mortalidad.</p> <p>Resultado 1.2.2. Haber contribuido a la mejora de la salud materno-infantil en todas las fases del ciclo del embarazo, parto y puerperio asegurando unos servicios de control, prevención y atención adecuados.</p> <p>Resultado 1.2.3. Haber contribuido a la mejora de la salud infantil, especialmente de los y las menores de 5 años, asegurando el control y la prevención de enfermedades a través del seguimiento de la estrategia de AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia) impulsada por la OMS.</p> <p>Resultado 1.2.4. Haber contribuido a abordar las prácticas tradicionales y convencionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las mujeres y las menores.</p> <p>Objetivo específico 1.3. Contribuir a la lucha contra las principales enfermedades infecciosas graves, especialmente el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis, pero también las ETS y las enfermedades olvidadas.</p> <p>Resultado 1.3.1. Haber contribuido al fortalecimiento de las capacidades de investigación, gestión y vigilancia de los sistemas de salud por los que atiende estas enfermedades.</p> <p>Resultado 1.3.2. Haber contribuido a aumentar el control, la prevención y el tratamiento adecuado de las enfermedades infecciosas graves priorizadas y de las enfermedades olvidadas.</p>

Distribución geográfica de la cooperación catalana en SDR

Además de los avances en cuanto a normativa y financiación, se aprecia en la cooperación catalana dirigida a SDR una **reorientación geográfica que da mayor prioridad a los Países Menos Desarrollados**. A ellos se destinó el 22% del total de la Ayuda en SDR entre 1995 y 2002, mientras que en los tres años subsiguientes este porcentaje aumentó hasta el 41%. En esta línea, África Subsahariana, que ya era depositaria de la tercera parte de los fondos para SDR en el primer periodo, pasa a concentrar más de la mitad de la AOD catalana para SDR entre 2003 y 2005. El resto de regiones experimentan lógicamente descensos drásti-

cos en el porcentaje de Ayuda que reciben, aunque no necesariamente en los volúmenes. La Ayuda en SDR América Central y Caribe, antes principal receptora de este tipo de fondos, desciende desde el 31% hasta el 13% y las contribuciones para América del Sur y Norte de África y Oriente Próximo se reducen en un 50% y en una tercera parte respectivamente.

Es importante señalar, no obstante, que la reorientación hacia los PMA y hacia África Subsahariana está fuertemente concentrada en Mozambique, que resulta el destinatario de más de la tercera parte de la AOD catalana en SDR entre 2003 y 2005. En este contexto, sería recomendable que la cooperación catalana considerara la posibilidad de reforzar más su colaboración con otros socios subsaharianos como Senegal,

Rwanda o Malí, y ampliarla en su caso a otros PMAs de la región africana.

Si analizamos la distribución geográfica de la cooperación catalana en SDR en función al Índice de Riesgo Reproductivo (IRR), encontramos que entre 1995 y 2005, un 44% se orientó a países de riesgo muy alto (34%) o alto (10%), mientras que los países de riesgo moderado concentraron el 22% y los de riesgo bajo o muy bajo sumaron el 10%. El 25% restante se dirigió a programas en múltiples países o a países cuyo IRR no ha sido estimado. También desde esta perspectiva observamos cambios a partir de 2003, en el sentido de que se incrementa el porcentaje de Ayuda hacia países con riesgo alto o muy alto, se reduce el porcentaje destinado a países de riesgo moderado y muy significativamente, las ayudas para los países de riesgo bajo o muy bajo. (Figura 39)

Figura 39: Distribución de la cooperación catalana en SDR según Índice de Riesgo Reproductivo, 1995-2005

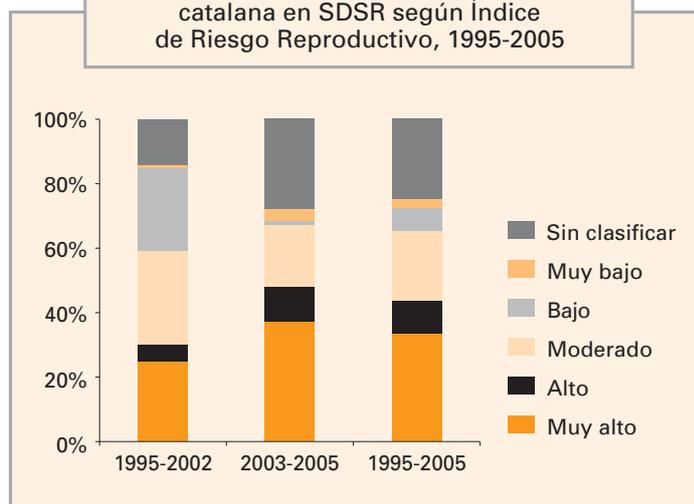
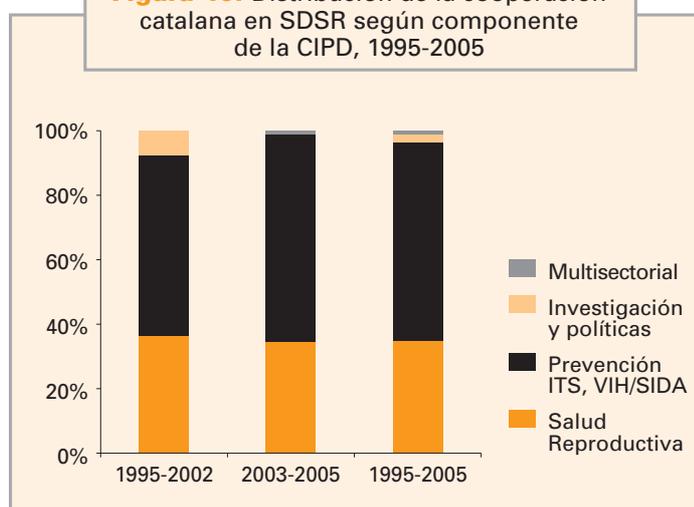


Figura 40: Distribución de la cooperación catalana en SDR según componente de la CIPD, 1995-2005



Distribución de la cooperación catalana en SDR según componente de la CIPD

Sectorialmente, Cataluña ha acentuado todavía más la prioridad que ha brindado siempre a los proyectos de prevención del VIH/SIDA. Si en el periodo 1995-2002 estos proyectos concentraron el 56% de la Ayuda a SDR, en los últimos tres años esta proporción ha subido hasta el 64%, postergando aún más los proyectos de servicios básicos de SDR, a pesar de las recomendaciones del Proyecto del Milenio. Por otro lado, de manera similar a la cooperación estatal, Cataluña no ha financiado ningún proyecto específico de planificación familiar, aunque ha apoyado el Programa de Suministros de UNFPA.

Con respecto a los proyectos de investigación y políticas en SDR, la cooperación catalana financió, entre 2003 y 2005, una sola iniciativa dentro de este componente, cuyo costo representó apenas el 0,35% del presupuesto de cooperación en SDR de Cataluña. De esta forma se reduce aún más la representatividad de este sector con respecto a años anteriores, en que se prestó soporte a actividades de formación de recursos humanos para el trabajo en población y desarrollo que concentraron un 7% de la Ayuda en SDR. (Figura 40)

Composición de la ayuda y ONG

La financiación de proyectos ejecutados por ONG ha representado el 80% de la cooperación catalana entre 1995 y 2005. La Fundació Clinic es la ONG que más fondos recibe en toda la década, a pesar de que comienza a hacerlo a partir de 2003. No obstante, en ese corto periodo de tiempo, concentra desembolsos por valor de 846 mil euros, más de la cuarta parte del total de la Ayuda catalana destinada a ONG, que se dirigen a apoyar el fortalecimiento de la estrategia de maternidad segura en Fabs Anjra (Marruecos) y a desarrollar estrategias relacionadas con la prevención y diagnóstico del VIH/SIDA en el Centro de Investigación de Salud de Maniça (Mozambique).

En el periodo 2003-2005, las ONG que mayor volumen de Ayuda para SDR canalizaron fueron, además de la Fundació Clinic, las organizaciones Cultura y Solidaritat Popular, Médicos Mundi Cataluña España, Médicos Sin Fronteras y la Fundación Instituto Catalán de Farmacología. Cultura y Solidaritat, realizó actividades de fortalecimiento de la sociedad civil para la

lucha contra el VIH/SIDA en Mozambique a través de una subvención de 475 mil euros. Por su parte, la Médicos Mundi Catalauña recibió fondos por primera vez en 2005 por valor de 300 mil euros que se destinaron al reforzamiento del programa de salud reproductiva de la provincia de Gaza en Mozambique y al desarrollo de unas jornadas técnicas acerca de la contribución de las ciencias sociales a la salud pública y los programas de VIH/SIDA en el África Subsahariana. Médicos Sin Fronteras recibió soporte para acciones de prevención y tratamiento del VIH/SIDA en Ecuador y Guatemala por importe aproximado de 260 mil euros y finalmente, la Fundación Instituto Catalán de Farmacología, recibió 196 mil euros para promover la consolidación de un grupo de trabajo internacional para la reducción de la mortalidad materna asociada a la hemorragia puerperal con participación de personal sanitario de República Dominicana, Nicaragua, Perú y Argentina.

A partir del 2005, Cataluña también comienza a apoyar a organismos internacionales como UNFPA y el Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis con contribuciones que representan el 45% de la AOD en SDSR para ese año. En el caso del Fondo Global, la aportación fue de 590 mil euros com-

putables para SDSR (1.256.900 en total), mientras que el UNFPA sumó 600 mil, que se distribuyeron en tres líneas: 165 mil para el Programa de suministros en África Subsahariana, 350 mil para la Campaña sobre la fistula obstétrica en países del África Subsahariana y 85 mil euros para el Programa de mejora de la salud reproductiva y reducción de la mortalidad materna en Mozambique. Aunque en 2006 no se produjo contribución a este organismo, en 2007 la ACCD ha anunciado una aportación valor de 835.000 euros. En el caso del Fondo global, en 2006 y 2007 la cooperación catalana ha contribuido con casi 2 millones de euros.

Todas las ayudas anteriormente descritas fueron canalizadas a través de la ACCD, que desde su creación ha sido el actor más importante de la cooperación catalana. Por otro lado, la participación de Cataluña dentro del Programa VITA ha sido bastante activa desde su incorporación en 2003, canalizando recursos por valor de 1,8 millones de euros, es decir alrededor del 42% de la AOD para SDSR entre 2003 y 2005. El 70% de esta Ayuda se orientó a la prevención o tratamiento del VIH/SIDA en Mozambique y el 30% restante se distribuyó entre otras acciones de prevención o tratamiento del VIH/SIDA y algunas de apoyo a servicios de salud materno -infantil o salud sexual y reproductiva.

Recomendaciones

- ▶ **Impulsar un mayor compromiso de la cooperación descentralizada hacia la salud y los derechos sexuales y reproductivos**, especialmente en aquellas autonomías donde todavía las prioridades de la ayuda al desarrollo se centran exclusivamente en un enfoque de salud materno-infantil, con el objetivo de destinar al sector, a más tardar en 2010, un mínimo del 5% del total de esta Ayuda.
- ▶ **Iniciar o reforzar en su caso la colaboración con organismos no financieros de Naciones Unidas**, como UNFPA, que trabajan en el sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.
- ▶ **Con respecto a Cataluña**, continuar con la tendencia positiva de 2005 y consolidar sus niveles de cooperación en SDSR por encima del 5% de su volumen de Ayuda a partir de 2008, reforzar la cooperación con otros países de África Subsahariana, además de Mozambique, donde concentra la mayor parte de su ayuda en este sector e incrementar los volúmenes de ayuda orientados hacia actuaciones de salud reproductiva y mejora de la salud materna, incluyendo la mejora del acceso a planificación familiar.
- ▶ **En el caso de Extremadura y Valencia**, retomar al menos su compromiso con los niveles de Ayuda dirigida a programas de SDSR que mantenían hasta 2002 y adoptar las medidas necesarias para acercarse a la meta de El Cairo antes del 2010.
- ▶ **En referencia a País Vasco, Andalucía, Baleares, Castilla - La Mancha y Aragón**, invertir el proceso de reducción de la Ayuda dirigida a programas de SDSR que se ha producido desde 2003 e incrementar notablemente los niveles de Ayuda en los próximos años hasta alcanzar, a más tardar en 2010, el compromiso de El Cairo de destinar el 5% de la cooperación a estas cuestiones.
- ▶ **Con respecto a Madrid, Canarias, Cantabria y Murcia**, incrementar de forma contundente en los próximos años su contribución a SDSR, garantizando la implementación de los objetivos establecidos por el Plan Director en esta área (Madrid y Canarias) o su incorporación real dentro de los documentos que regulan las prioridades de la cooperación (Murcia y Cantabria).
- ▶ **En relación a La Rioja, Asturias, Navarra, Castilla y León y Galicia**, continuar con la tendencia positiva de los últimos años y consolidar los niveles de cooperación en SDSR por encima del 5% y apoyar a otros sectores de SDSR además de la salud materna y la lucha contra el VIH/SIDA.

Bibliografía y fuentes

Normativa oficial y documentos de la cooperación española

- Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. BOE Nº 162, 8 de julio de 1998.
- Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004 Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica. 2000.
- Estrategia de Cooperación Española en Salud. Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica. 2003.
- Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica. 2004.
- Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. 2005.
- Guía para Programas de Salud Sexual y Reproductiva en África Subsahariana. Programa VITA, Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) 2005.
- Planes Anuales de Cooperación Internacional (PACI) 2002 – 2005. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Madrid.
- Documentos Estrategia País de la Cooperación Española. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional.
- Informes de Seguimiento del PACI 2002-2005. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Madrid.
- Estrategia de Salud de la Cooperación Española (en prensa). Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. 2007.
- Estrategia de Género en Desarrollo y efectividad de la Ayuda de la cooperación española. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. 2007.
- Páginas web de AECI, el Programa VITA y las Oficinas de Cooperación Técnica de la Cooperación Española.
- BOE, resoluciones sobre cooperación al desarrollo 2003-2005. Madrid.
- Legislación, Planes Directores y Boletines Oficiales de las comunidades autónomas, 2002-2005.
- Anteproyecto de Ley Canaria de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Gobierno de Canarias. Versión 2 (16/06/06)
- Memorias de la cooperación catalana 2003 y 2004. Agencia de Catalana Cooperación al Desarrollo (ACCD).
- Listado de proyectos financiados por la cooperación catalana 2005 facilitados por la ACCD.

Otros documentos

- Asegurar los suministros para garantizar los derechos. Hoja Informativa Nº 1, Febrero 2007. Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva. Madrid, 2007.

- Countdown 2015. Sexual & Reproductive Health & Rights for All. Population Action International, Family Care International and the International Planned Parenthood Federation. New York, 2004.
- Declaraciones y documentos oficiales de diversas cumbres y conferencias internacionales.
- Informe Final. Grupo de Trabajo de Salud. Reunión de Maputo. 14 y 15 de diciembre 2006. Grupo GIE. Madrid, 2007
- Informes y estadísticas del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) CAD-OCDE.
- Informe sobre el Desarrollo Humano 2005. La cooperación internacional en una encrucijada: ayuda al desarrollo, seguridad y comercio en un mundo desigual. PNUD, 2005.
- Informes sobre el Estado de la Población Mundial 2003 - 2005. UNFPA.
- Informes sobre La Realidad de la Ayuda. Intermón Oxfam. 2003-2006.
- Investing in Development: A Practical Plan to Achieve the Millennium Development Goals. Millennium Project. 2005.
- Informes salud de Médicos Mundi.
- La palabra empeñada. Los objetivos 2015 y la lucha contra la pobreza. Plataforma 2015 y más. Madrid, 2004.
- Memorias anuales y páginas web de diversos organismos multilaterales.
- Memorias anuales y páginas web de diversas ONG.
- Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2005. Naciones Unidas. Nueva York, 2005.
- Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD). UNFPA. Nueva York, 1995.
- Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the Millennium Development Goals. Millenium Project. 2006.
- Royo, Enric. Salud sexual y reproductiva en Marruecos: Políticas y Cooperación. Grupo de Interés Español en Población, desarrollo y Salud Reproductiva. Barcelona, 2003.
- Royo, Enric. La Ayuda Oficial al Desarrollo de España en Materia de Población y Salud Reproductiva 1995-2002. Un informe de Cairo + 10. Grupo de Interés Español en Población, desarrollo y Salud Reproductiva. Barcelona, 2004.

Consideraciones metodológicas

El objetivo de este informe es dar a conocer la cooperación al desarrollo española en el ámbito de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) entre 1995 – 2005, como parte de los esfuerzos de seguimiento de la aplicación del Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo. La presente edición incorpora los datos de los años 2003 a 2005 y da continuación a dos informes previos publicados por el GIE, que dieron cuenta de los criterios de la Ayuda en los periodos 1995-1998 y 1999-2002, completándose así una visión de toda la década.

Aunque en España existen fuentes privadas que realizan importantes aportaciones para diferentes sectores de la cooperación, incluyendo la SDSR, en este informe sólo se contabiliza la ayuda pública, ya que es ésta la que corresponde a la definición de Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD). Por otro lado, aunque para el Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE, no deben considerarse como AOD las contribuciones a determinados países de Europa Central, Oriental y de la antigua Unión Soviética, esta ayuda fue contabilizada en su momento por considerar el Programa de Acción de la CIPD las necesidades de estos países al estimar los costos para su aplicación. Cabe señalar en cualquier caso que durante el periodo 2003 -2005 no se realizaron contribuciones a países en esa región, a excepción de un proyecto en Bosnia & Herzegovina, país que sí figura en la lista de países receptores de AOD del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD).

Para contabilizar la ayuda y establecer la distribución sectorial, nos hemos basado en la definición de componentes establecida en el marco de la CIPD, similar a la utilizada por el CAD y la Oficina de Planificación y Evaluación de la AEIC. En el Párrafo 3.14 del Programa de Acción de la CIPD se señala:

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, incluyen los siguientes componentes principales, que se integrarán 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 mejoramiento 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 postparto; aborto (según la legislación de cada país); información, educación y comunicaciones sobre salud reproductiva, incluidas las enfermedades de transmisión sexual, sexualidad humana y paternidad responsable, 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 del 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 distribución ampliada 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.

Al adoptar esta perspectiva situamos el ámbito de interés de este estudio en acciones que tienen como eje central el sector de salud y derechos sexuales y reproductivos, por lo que no incluimos iniciativas, como la educación, la salud básica y la promoción de la equidad de género, aunque tengan influencia sobre la SDSR.

Dificultades conceptuales

Como hemos mencionado en informes anteriores, la selección y clasificación de las actuaciones como AOD en SDSR en base a los componentes establecidos por la CIPD presenta algunas dificultades y limitaciones. En primer lugar, encontramos algunas que tienen que ver con la estrecha vinculación entre los componentes anteriormente descritos y otros aspectos de la atención primaria básica. Esto podría implicar que algunas actuaciones categorizadas como servicios básicos de salud reproductiva podrían ser consideradas también acciones en salud básica. En general, para nuestro cómputo, hemos tenido en cuenta todas aquellas actuaciones en las que el foco principal era la salud reproductiva, entendiéndola en un sentido amplio e incluyendo por ejemplo la implementación y equipamiento de servicios siempre y cuando estuvieran mayoritariamente dirigidos a este sector.

Dada la significativa proporción de actuaciones dirigidas a mejorar la “salud materno infantil” es importante mencionar que se trata de proyectos muy variados en enfoque y que han sido tratados de manera distinta en función a los componentes que presentaban. Así, aquellos que, en conjunto, se orientaron al desarrollo satisfactorio del proceso reproductivo fueron incluidos en el cómputo de la AOD, mientras que se

excluyeron los exclusivamente dirigidos a la atención infantil como los de vacunación o nutrición infantil.

Adicionalmente, atendiendo a las sugerencias de la CIPD, en el componente de servicios básicos de salud reproductiva se han contabilizado las acciones dirigidas a prevenir o atender las consecuencias de prácticas nocivas altamente ligadas a la SDSR como las mutilaciones genitales femeninas, la violencia contra las mujeres y la violencia sexual, vinculadas por otra parte al sector de mujer y desarrollo.

En el caso del componente de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y el VIH/SIDA, dada la evolución de la expansión del VIH/SIDA, hemos adoptado una aproximación amplia similar a la que establece el CAD, incluyendo actuaciones de prevención de la transmisión vertical, diagnóstico precoz, y el tratamiento mediante antirretrovirales. Sin embargo, no hemos incluido en el cómputo los proyectos exclusivamente dirigidos al soporte alimentario ni al cuidado de las enfermedades oportunistas u otros aspectos relacionados a las consecuencias del VIH/SIDA.

La distribución de la AOD al interior de los sectores también ha supuesto algunas dificultades en el caso de actuaciones integradoras de varios componentes de la SDSR. En esos casos, se ha priorizado el componente con más peso en el proyecto. Cuando realizar esta diferenciación no fue posible, las actuaciones se agruparon en la categoría “multisectorial en SDSR”.

Finalmente, hemos encontrado algunos proyectos con atención en diferentes sectores que incluían también algún aspecto de SDSR. En este caso, han sido considerados únicamente cuando la actuación ha concentrado el 50% o más de sus actividades a objetivos de fortalecimiento de la SDSR.

Acerca de la contabilización de la ayuda

Los datos de AOD que presenta el estudio corresponden a los diferentes canales que señalamos a continuación, con algunas limitaciones que se presentaron en el cómputo de la misma. En primer lugar, para el cálculo de la AOD multilateral se han considerado las contribuciones obligatorias y voluntarias a los organismos internacionales cuyo trabajo se vincula directamente a la SDSR y a programas ubicados en el ámbito específico de la SDSR. Sin embargo, no ha sido posible estimar la AOD canalizada a través de la Unión Europea a proyectos y programas de salud reproductiva, o la que otros organismos internaciona-

les como el Banco Mundial dirigen a este sector. En el caso del Fondo Global de Lucha contra el VIH/SIDA, la malaria y la tuberculosis se ha computado como AOD a SSR únicamente el 56% de la contribución española, puesto que esta es la cantidad que este organismo dedica a la lucha contra el VIH/SIDA.

Con respecto a la AOD bilateral, se han incluido las contribuciones de gobierno a gobierno, actuaciones de cooperación técnica, así como actuaciones promovidas por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y ejecutadas por ONG. A estas aportaciones se suma la AOD multilateral, conformada por las contribuciones a programas específicos de SDR de organismos multilaterales en países concretos. Finalmente, como parte de la AOD bilateral se computaron recursos dirigidos a proyectos, estrategias y programas de ONG financiados con recursos de la Administración General del Estado.

La ayuda descentralizada computada para el periodo 1995 – 2002 se realizó a través de la revisión y contraste exhaustivo de los datos de las comunidades autónomas con los de ONG, mientras que para el

periodo 2003-2005 solo ha sido posible tomar en cuenta los datos de oficiales aportados por el MAE en los informes de seguimiento de los PACIs. Es importante señalar que en el caso de la AOD descentralizada los montos de AOD pueden variar según la fuente de datos de donde provienen. El caso de la AOD catalana sí incluye una revisión detallada de las actuaciones y se presenta como un adelanto de un trabajo similar que venimos realizando sobre los datos de otras comunidades autónomas.

Fuentes de información

Las principales fuentes de información utilizadas para la elaboración de este informe son oficiales e incluyen informes de seguimiento de los PACIs elaborados por la Oficina de Planificación y Evaluación de la AECI, documentos y planes de estrategia país y Boletines Oficiales del Estado, entre otros. Adicionalmente, se realizaron consultas a diversas entidades estatales y autonómicas. En el caso de los organismos internacionales y las ONG se revisaron las memorias y documentos institucionales y se realizaron consultas directas a las organizaciones.

Lista de acrónimos

AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional	OMS	Organización Mundial de la Salud
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	ONG	Organización No Gubernamental
APS	Atención Primaria de Salud	ONU	Organización de las Naciones Unidas
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
CCAA	Comunidades Autónomas	OPS	Organización Panamericana de Salud
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer	PAI	Population Action Internacional
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo	PACI	Plan Anual de Cooperación al Desarrollo
DEP	Documento Estrategia País	PMA	Países Menos Adelantados
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos	RNB	Renta Nacional Bruta
GED	Género en Desarrollo	SDSR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
INSTRAW	United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
IPPF	International Planned Parenthood Federation	SSR	Salud Sexual y Reproductiva
IRR	Índice de Riesgo Reproductivo	UA	Unión Africana
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual	UE	Unión Europea
MGF	Mutilación Genital Femenina	UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico	UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio	UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
		VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

El **Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE)** nace en 1996 como una alianza abierta y flexible, integrada por organizaciones y personas de diversos sectores profesionales, desde el mundo académico hasta asociaciones médicas y ONG humanitarias y de desarrollo. En estos momentos la plataforma tiene entidad jurídica propia y está integrada por Atelier, Católicas por el Derecho a Decidir, Centro de Análisis y Programas Sanitarios (CAPS), Centro de Estudios Demográficos, Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), Fundación Pro Salud Reproductiva, Médicos del Mundo, Medicus Mundi y Mujeres por la Salud y la Paz.

Esta red trabaja para mejorar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el mundo. Para ello promueve un mayor compromiso de la cooperación al desarrollo española con estos temas mediante recomendaciones y propuestas políticas, así como acciones de sensibilización de la opinión pública.

Funcionamos en formato de Asamblea siempre que es posible y estamos abiertos a la participación de todas aquellas organizaciones que comparten nuestra visión y sentir.

Nuestros objetivos

- ▶ Incrementar y mejorar la sensibilización y la información de la sociedad española sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR) y su contribución al desarrollo humano.
- ▶ Analizar y evaluar la respuesta española a los distintos instrumentos internacionales en el ámbito de la SDRS y el Desarrollo.
- ▶ Impulsar un diálogo con los principales actores institucionales, políticos y sociales relacionados con la cooperación al desarrollo, con vistas a alcanzar acuerdos que permitan un incremento de la ayuda española a población y salud reproductiva en cantidad y calidad.
- ▶ Promover la incorporación de la perspectiva de género, especialmente de los componentes relacionados con la salud sexual y reproductiva en los programas de cooperación y en los instrumentos de evaluación correspondientes.
- ▶ Fomentar la investigación y el desarrollo de instrumentos educativos relacionados con este ámbito de acción.
- ▶ Apoyar el fortalecimiento de la sociedad civil de los países en desarrollo para la defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

El Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva está constituido por

MUJERES POR
LA SALUD Y LA PAZ



CATÓLICAS POR
EL DERECHO A DECIDIR



MÉDICOS
DEL MUNDO

FUNDACIÓN PRO-SALUD
REPRODUCTIVA



CENTRE D'ESTUDIS
DEMOGRÀFICS



ATELIER



CENTRO DE ANÁLISIS
Y PROGRAMAS SANITARIOS



FEDERACIÓN DE ASOCIACIONES
DE MATRONAS DE ESPAÑA