



**AYUDA EFICAZ PARA MEJORAR
LA SALUD Y LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

ESTUDIO DE CASOS

ETIOPÍA

NÍGER

SENEGAL

AYUDA EFICAZ PARA MEJORAR LA SALUD Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

ESTUDIO DE CASOS EN ETIOPÍA, NÍGER Y SENEGAL

**“El verdadero test de eficacia de la ayuda
es la mejora de vida de la gente”.**

Encuesta 2006 de Seguimiento
de la Declaración de París, OCDE 2007

Red ACTIVAS, antes denominada Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), es una plataforma integrada por las siguientes 12 organizaciones: Médicos del Mundo, Centre d'Estudis Demogràfics, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Mujeres por la Salud y la Paz, Medicus Mundi, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Católicas por el Derecho a Decidir, Enfermeras para el Mundo, Fuden Cooperación Enfermera, Federación de Mujeres Progresistas, Creación Positiva y Matres Mundi.

El presente informe ha sido elaborado por :
Adriana Zumarán, Emiliana Tapia, Marta O'Kelly y Montserrat Solsona, con la colaboración de Belén Sobrino, Codou Bop, Elsa González y Mayra Moro.
y la colaboración de:



Primera edición, febrero 2010

© Red ACTIVAS

Juan Montalvo, 6

28040 Madrid

www.redactivas.org

Fotos:

Isabelle Eshraghi (portada, página 20 , 21, 58)

Ahron de Leeuw (página 34)

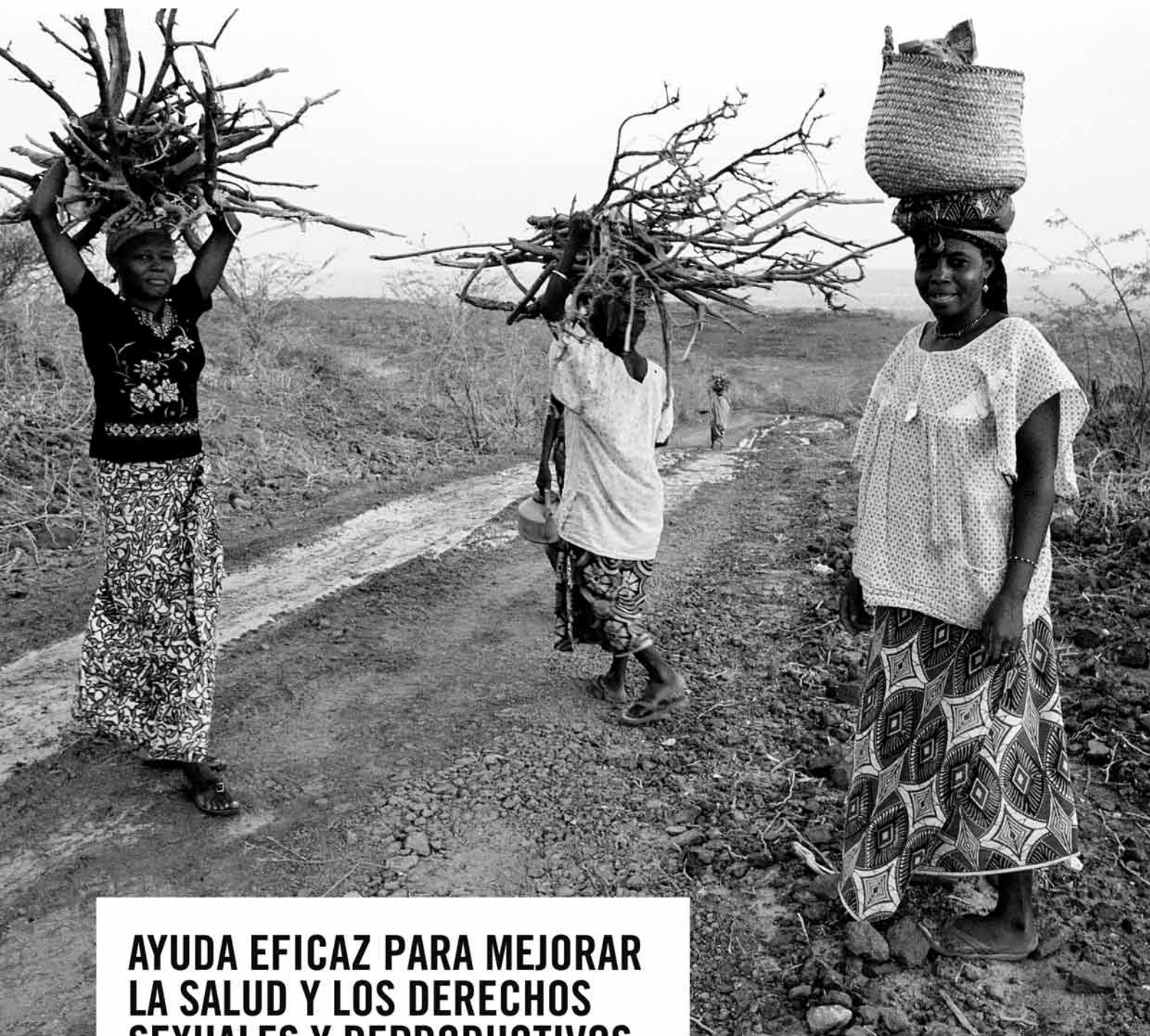
Diseño: HARPO comunicación

Producción Gráfica: Tecniser

Derechos reservados conforme a la ley

Depósito Legal:

Impreso y hecho en España



**AYUDA EFICAZ PARA MEJORAR
LA SALUD Y LOS DERECHOS
SEXUALES Y REPRODUCTIVOS**

ESTUDIO DE CASOS

ETIOPÍA

NÍGER

SENEGAL

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	7
RESUMEN EJECUTIVO	11
1. La ayuda al sector salud en el contexto de la Declaración de París	21
1.1. Apropiación	26
1.2. Alineamiento	28
1.3. Armonización	29
1.4. Gestión orientada a resultados	30
1.5. Rendición mutua de cuentas	30
2. El caso de Etiopía	33
2.1 Contexto general del país	34
2.2 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	35
2.3 El sistema público de salud	37
2.4 Políticas públicas en el sector de la salud	42
2.5 La cooperación española	43
2.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	45
3. El caso de Níger	57
3.1 Contexto general del país	58
3.2 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	59
3.3 El sistema público de salud	62
3.4 Políticas públicas en el sector de la salud	64
3.5 La cooperación española	66
3.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	67
4. El caso de Senegal	75
4.1 Contexto general del país	76
4.2 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	76
4.3 El sistema público de salud	81
4.4 Políticas públicas en el sector de la salud	83
4.5 La cooperación española	85
4.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	87
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	93
NOTAS	100
ACRÓNIMOS	104
BIBLIOGRAFÍA	106
ENTREVISTAS	110

Presentación

Red ACTIVAS, anteriormente denominada Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE) es una plataforma que nace en 1996 con el objetivo primordial de impulsar la cooperación española en salud, los derechos sexuales y reproductivos y la implementación del Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Consecuentemente, la red también trabaja para favorecer el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en salud.

En la actualidad, la plataforma, formada por 11 organizaciones, concentra sus actividades principalmente en la incidencia política, el seguimiento de las políticas de cooperación y el análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo española (AOD) en su ámbito de acción. Muestra de ello son los tres informes elaborados entre 1999 y 2007, que reportan sobre la contribución de la cooperación española al sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y otro más que analiza específicamente la situación en Marruecos. Por su parte las ONG miembros de la red desarrollan convenios, programas y proyectos de cooperación en salud sexual y reproductiva en diferentes países de América Latina, África y Asia y/ o trabajan para impulsar estos temas en España. De esta forma, la actividad de la red y la de las organizaciones integrantes se refuerza y complementa a través del trabajo en estos dos niveles.

Como continuación a la línea iniciada hace años con el informe de Marruecos y con la convicción de que trabajar en incidencia política requiere conocer bien la realidad a la que queremos contribuir, la plataforma ha querido seguir profundizando en el análisis de la cooperación en el terreno a través de la elaboración de este informe sobre Etiopía, Níger y Senegal y de otros seis en marcha que conciernen a Angola, Cabo Verde, Gambia, Malí, Mozambique y Namibia y que serán publicados a finales de año. Todo ello con el objetivo de aportar a los distintos actores del desarrollo, tanto españoles como locales, información precisa sobre el contexto y la situación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los países africanos socios de la cooperación española, así como de contribuir al debate sobre la agenda de eficacia y la nueva arquitectura de la ayuda. Un debate “en construcción” para Red ACTIVAS y para la muchos de los actores de la cooperación española a nivel de sociedad civil y gobierno.

El documento que tienen en sus manos parte, por tanto, de un enfoque de eficacia de la ayuda y toma como ejes de investigación la situación del sistema sanitario, el estatus de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos, las políticas públicas de lucha contra la pobreza y de mejora de la salud sexual y reproductiva, la cooperación internacional en el sector salud y por supuesto, la cooperación española en cada uno de los países objeto de estudio. Ha sido elaborado por un equipo de Red ACTIVAS con la colaboración de investigadoras externas y gracias al apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Fundación Carolina. En cualquier caso, las opiniones que se muestran en este informe no tienen por qué coincidir necesariamente con la visión de las entidades financiadoras.

Su elaboración se llevó a cabo entre enero de 2008 y junio de 2009 en diferentes etapas metodológicas que incluyeron una revisión bibliográfica con identificación de fuentes de información relevantes, una búsqueda de informantes clave con preparación de la agenda de entrevistas en terreno, y una fase de campo donde se celebraron las entrevistas y una evaluación de los principales proyectos de las ONG en cada país. Para finalizar se realizó un primer borrador del que se hizo devolución a determinados actores y se redactó la versión final. Para acceder a dicha publicación, puede solicitarse a través de correo electrónico a: comunicacion@redactivas.org

Desde Red ACTIVAS, queremos trasladar nuestro más sincero agradecimiento a todas las organizaciones españolas que nos han facilitado información sobre sus proyectos en terreno, a todas las personas expertas, asociaciones locales, ministerios de salud, organismos multilaterales, OTC y demás cooperaciones bilaterales, por el apoyo y la información que nos han brindado para la elaboración de este informe, así como a la AECID y a la Fundación Carolina por apoyar este trabajo.

No quiero terminar esta breve presentación también sin expresar nuestro deseo de que esta publicación logre convertirse en una herramienta de trabajo y reflexión para todas y todos los que trabajamos en cooperación, especialmente en el sector salud. A nivel interno, desde luego, ha comenzado a transformar ideas, estructuras y nos ha conectado con muchos actores que están generando nuevas relaciones de desarrollo desde una perspectiva crítica y que ponen por delante, ante todo, la mejora de las condiciones de vida y salud de las personas.

Diana Sojo
Presidenta de Red ACTIVAS

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento tiene como objetivo aportar un análisis de la eficacia de la ayuda en el sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en tres países: Etiopía, Níger y Senegal. Para ello toma como ejes de investigación la situación del sistema sanitario, el estatus de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos, las políticas públicas de lucha contra la pobreza y de mejora de la salud sexual y reproductiva, la cooperación internacional en el sector salud y por supuesto, la cooperación española en cada uno de los países objeto de estudio.

Este informe ha sido elaborado por un equipo de investigadoras externas y de Red ACTIVAS y ha sido posible gracias al apoyo de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) y la Fundación Carolina. En cualquier caso, las opiniones que se muestran en el mismo no tienen porque coincidir necesariamente con las de las entidades financiadoras.

LA AYUDA AL SECTOR SALUD EN EL CONTEXTO DE LA DECLARACIÓN DE PARÍS

A pocos de meses de la Asamblea de Naciones Unidas conmemorativa de los 10 años de implementación de los Objetivos del Milenio, los compromisos relacionados con la salud son los que menos avances presentan, sobre todo el ODM 5, relacionado con la reducción de la mortalidad materna. A pesar de los esfuerzos realizados en estos últimos años, de continuar con la tendencia actual, ninguno de los tres países analizados en este estudio alcanzará en 2015 los objetivos de salud materna marcados en la Agenda del Milenio. En los próximos años será necesario mejorar la ayuda desde un punto de vista cuantitativo y de eficacia para poder lograr los compromisos acordados.

El Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre Nuevos Mecanismos de Financiación de los Sistemas de Salud estima que hacen falta gestionar entre 36.000 y 45.000 millones

de dólares anuales para hacer frente a las necesidades de salud, siendo un desafío justamente evitar que parte de esa ayuda se quede en el camino y no pueda llegar a las personas que la necesitan. Uno de los factores que puede influir en ello es la excesiva fragmentación de los actores que trabajan en el sector salud. Además, si bien el centenar de iniciativas globales sobre salud que han surgido en la última década han favorecido la movilización de recursos económicos para atajar los grandes problemas de salud de la población mundial, tan amplia diversidad también ha complicado la coordinación entre donantes, ha incrementado la carga de los sistemas nacionales y ha favorecido la aparición de mecanismos de financiación independientes. Por todo ello una mayor armonización y coordinación son vitales.

La Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda constituye un esfuerzo notable de todos los actores del desarrollo para avanzar hacia los ODM impulsando el sistema de la ayuda y transformando las relaciones de desarrollo en asociaciones más igualitarias. Para ello, la agenda de París impulsa cinco principios fundamentales (apropiación, alineamiento, armonización, gestión por resultados y rendición de cuentas) que buscan:

- Dar a los países socios mayor liderazgo sobre sus políticas de desarrollo.
- Evitar duplicaciones innecesarias implementando la ayuda a través de las instituciones y los procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios.
- Favorecer una mayor armonización, transparencia y eficacia colectiva de los donantes.
- Generar una administración de recursos y una mejora de la toma de decisiones con una orientación a resultados y, responsabilizar a donantes y socios de los resultados del desarrollo ante los ciudadanos y ciudadanas.

No obstante, independientemente de lo que supone este planteamiento de revolución para las relaciones de cooperación, la Declaración de París por sí sola no es suficiente para promover un verdadero desarrollo si no viene acompañada de una mayor coherencia de políticas, una ciudadanía más activa, comprometida y empoderada, y

La Declaración de París por sí sola no es suficiente para promover un verdadero desarrollo. Debe venir si no viene acompañada de una mayor coherencia de políticas, una ciudadanía más activa y empoderada, y una mejor rendición mutua de cuentas sobre el conjunto de políticas.

una mejor rendición de cuentas mutua sobre el conjunto de políticas, además de sobre la ayuda al desarrollo. Es preciso, además, que la Agenda de París se aleje de un enfoque puramente tecnocrático y apueste por colocar la mejora de la vida de las personas, las cuestiones de igualdad de género, el respeto por los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental en el centro de las políticas públicas y la eficacia de la ayuda.

La Declaración de París plantea, por tanto, bastantes retos. Uno de ellos es asegurar que la “apropiación” sea de abajo a arriba, es decir democrática y encaminada a garantizar que los gobiernos adopten políticas nacionales que reflejen las necesidades de los/las ciudadanos/as. En este sentido, la DP nos ofrece una gran oportunidad para fortalecer la democracia y el tejido social, si se fomenta el diálogo político a todos los niveles y se alienta la participación activa de los colectivos más afectados por la pobreza, a la par que se fortalecen las capacidades del gobierno para gestionar esa participación y traducirla en políticas y acciones de desarrollo concretas. Algo similar ocurre en el caso de la “rendición de cuentas” que alude a la responsabilidad de transparencia e información que donantes y socios tienen hacia sus ciudadanos y parlamentos, en cuanto al uso de los fondos de la ayuda al desarrollo. Como en el caso del principio de apropiación, la rendición de cuentas está directamente vinculada a la democracia y debe tener una aplicación amplia, con una participación significativa por parte de diversos actores, incluida la sociedad civil, en la definición y seguimiento de las políticas de desarrollo.

Hasta el momento, según la OCDE, los avances en la implementación de la Agenda de París están siendo desiguales, según los países y los indicadores. En 2008, la Encuesta de Seguimiento de la Declaración de París, elaborada por este organismo, presentó desempeños muy positivos en los indicadores relacionados con la ayuda desligada, la mejora de la calidad de la gestión de las finanzas públicas y el alineamiento de la cooperación técnica, y mostró un escenario bastante pesimista en relación a la apropiación de las políticas de desarrollo, la coordinación entre donantes, la rendición mutua de cuentas o la gestión para resultados.

De cara al Foro de Alto Nivel de Seúl en 2011 es de esperar que socios y donantes puedan reforzar sus com-

promisos, cambiar la marcha y acelerar el proceso hacia la implementación de los acuerdos asumidos en la Declaración de París. Más de lo mismo no sería suficiente para lograrlo puesto que el reto reside en cambiar procesos y costumbres muy arraigadas en las relaciones y el sistema de gestión de la ayuda al desarrollo.

EL CASO DE ETIOPÍA

Etiopía destaca como uno de los países receptores de ayuda con mayor nivel de implementación de la Agenda de París. A pesar de las tensiones generadas por la crisis de 2005 que conllevó una reducción del volumen de ayuda canalizada a través de apoyo presupuestario, este país ha sido y es uno de los socios favoritos de la cooperación internacional. Actualmente se sitúa dentro de los diez principales receptores de ayuda a nivel mundial. Los donantes presentes en el país africano incluyen a una pluralidad de actores que van desde el Banco Africano de Desarrollo, la Comisión Europea, PNUD o el Banco Mundial hasta las cooperaciones bilaterales de Canadá (CIDA), Reino Unido (DFID), Estados Unidos (USAID), Noruega, Holanda, Suecia, Irlanda, Alemania (GTZ), Japón, Italia o España (AECID), entre otros.

El Gobierno etíope ejerce su liderazgo en las políticas de desarrollo a través del Ministerio de Economía y Finanzas, responsable de negociar toda la ayuda con los socios del desarrollo a nivel federal y de su distribución posterior a las regiones y woredas. Concretamente, en el sector salud, es el Ministerio de Salud quien articula y coordina a todos los actores implicados en la implementación del III Plan de Desarrollo del Sector Salud, con el objetivo de incrementar la eficacia de la ayuda y que gobierno, comunidad donante y ONG locales e internacionales trabajen bajo la premisa “un Plan, un Presupuesto, un Informe”.

En 2008/9 la contribución de la ayuda externa al presupuesto total de Etiopía fue de aproximadamente un 30% sin contar con aquellas partidas que no se canalizaron a través de los sistemas gubernamentales. Esta cifra demuestra la alta dependencia del apoyo de los donantes por parte de este país, un apoyo que en términos absolu-

Etiopía destaca como uno de los países receptores de ayuda con mayor nivel de implementación de la Agenda de París. En el sector salud, es el Ministerio de Salud quien articula y coordina a todos los actores implicados en la implementación del III Plan de Desarrollo del Sector Salud, con el objetivo de que gobierno, comunidad donante y ONG locales e internacionales trabajen bajo la premisa un Plan, un Presupuesto, un Informe.

tos de ayuda se ha multiplicado por dos desde los años 90 situándose actualmente en torno a los 1.000 millones de dólares anuales. En el sector salud, la dependencia es aún mayor pues la proporción de la ayuda dentro del gasto total en salud llega a alcanzar el 64%.

A nivel de desarrollo programático, el sector salud y el sector género destacan en Etiopía por contar con una amplia variedad de políticas y estrategias que cubren casi todos los aspectos más relevantes. Así, por ejemplo, Etiopía cuenta con un Plan de Desarrollo del Sector Salud a 20 años, que se implementa mediante planes quinquenales, una Política Nacional de Población, una Política Nacional de VIH/Sida, un Plan de Acción Nacional para la Equidad de Género, una Estrategia Nacional de Salud Reproductiva y una incipiente Estrategia Nacional de Salud Reproductiva para Jóvenes y Adolescentes, que pretende dar respuesta a las tasas de embarazo adolescente, muy notables en el país. Todas estas políticas, unidas al liderazgo del gobierno en la gestión de la ayuda, garantizarían en principio un alto nivel de apropiación si no fuera por la dificultad de las ONG para participar en la elaboración, seguimiento y evaluación de dichas políticas.

En la actualidad, alrededor de 400 entidades implementan proyectos de salud o relacionados con la salud y aproximadamente 330 centros de salud son gestionados por ONG. No obstante, el Gobierno etíope ha puesto en marcha una ley que limita la capacidad de acción de las ONG. Bajo la consideración de que aquellas financiadas por fondos extranjeros no deben "interferir" en las políticas del país, la nueva ley de ONG prohíbe a las entidades que reciben más del 10% de su financiación de la ayuda externa trabajar en la mejora de los derechos humanos y la democracia, la promoción de la igualdad de género, las cuestiones religiosas, la promoción de los derechos de las personas con discapacidad y los niños y niñas, la promoción de la resolución de conflictos o la reconciliación y la promoción de la eficacia de la justicia y las fuerzas del Estado. De esta forma, bien por falta de fondos o por imposibilidad legal, será muy difícil para las ONG continuar trabajando en estos sectores y hacer el necesario seguimiento de las políticas gubernamentales.

Otro de los objetivos de la Declaración de París, el principio de alineamiento, presenta también claros y oscuros en Etiopía. Según la Encuesta 2008 de la OCDE, se han mejo-

rado los sistemas públicos de gestión y aprovisionamiento, una de las grandes debilidades del Estado, para hacerlos más transparentes y sólidos. Igualmente se ha reforzado la coordinación con los donantes y se han reducido a la mitad las unidades de ejecución paralelas. Ello no ha impedido, sin embargo, que a consecuencia de la crisis política que vivió el país tras las elecciones de 2005 se haya generado una disminución de la ayuda canalizada a través de los sistemas nacionales del país y se haya reducido el alineamiento de los flujos de ayuda con las prioridades nacionales y la previsibilidad de las aportaciones de los donantes.

En el plano de la armonización de la ayuda, Etiopía cuenta con múltiples fórmulas y mecanismos para coordinar los fondos dirigidos al sector salud. Esta coordinación es clave para compensar la alta fragmentación de la ayuda en este sector y el amplio número de actores que intervienen en el mismo. Podemos encontrar en este país al menos 10 agencias multilaterales, 22 bilaterales y más de 50 organizaciones internacionales que trabajan en salud, además de la fuerte presencia de iniciativas globales como IAVI o el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Al mismo tiempo, una gran parte de la ayuda tiende a concentrarse en un grupo reducido de donantes, como IAVI y GFATM, que contribuyen con un 55% del total de la ayuda al sector, o USAID y UNICEF que superan la proporción del 10%. Por otro lado, si observamos hacia qué programas está dirigida la ayuda en salud, encontramos que más del 72% se destina a la lucha contra el VIH/Sida, la Malaria y la Tuberculosis, lo cual deja a la salud materna e infantil o el fortalecimiento de los sistemas de salud infra-financiadas.

Algunas visiones críticas respecto al impacto de la ayuda canalizada a través de IAVI, el GFATM o programas verticales como PEPFAR, señalan como debilidades de este tipo de iniciativas globales la falta de sostenibilidad a largo plazo, la utilización de estructuras paralelas al sistema de salud para obtener resultados rápidos en vez de destinar los recursos al fortalecimiento de los recursos existentes o la aplicación por parte de estos organismos de sistemas propios de gestión, justificación o seguimiento que en vez de utilizar los propios del sistema nacional, sobrecargan la labor del gobierno receptor. Aunque queda mucho por avanzar aún en este sentido, es positivo que tanto IAVI como el GFATM estén alcanzando en Etiopía altos niveles de alineamiento con los sistemas nacionales.

La nueva ley de ONG etíope prohíbe a las entidades que reciben más del 10% de su financiación de la ayuda externa trabajar en la mejora de los derechos humanos, la democracia o la promoción de la igualdad de género. Bien por falta de fondos o por imposibilidad legal, será muy difícil que ninguna Organización de la Sociedad Civil pueda continuar trabajando en estos sectores y hacer seguimiento o denuncia

El primero de ellos canalizando sus fondos a través de apoyo presupuestario dentro del Fondo ODM y el GFATM, apoyando, además de los programas específicos para cada enfermedad, el fortalecimiento del sistema de salud, especialmente los recursos humanos y la mejora de los sistemas de gestión sanitaria.

Actualmente están operativos en Etiopía diferentes mecanismos de coordinación de la ayuda en salud. Por un lado, el Grupo de Donantes -DAG-, con su fondo canasta de financiación para el sector salud y por otro el Banco Mundial, con su Programa de Protección de los Servicios Básicos o el International Health Partnership, este último el más reciente de los mecanismos de coordinación, que persigue la armonización de la ayuda al sector salud mediante la adopción del Compact Etiopía y la canalización de apoyo presupuestario al Fondo ODM. La cooperación española participa en los diferentes mecanismos de coordinación de la ayuda en salud desde 2009, cuando se adhiere al Compact Etiopía elaborado en el marco del IHP y aporta 5 millones de euros en forma de apoyo presupuestario directo al Fondo ODM. Por otro lado, apoya el Programa de Protección de Servicios Básicos, gestionado por el Banco Mundial, con 10 millones de euros, convirtiéndose así en el octavo de los 11 donantes que se suman a la segunda fase de este programa. España también contribuye al Fondo General y al Fondo de Género del DAG con 18.000 y 100.000 euros respectivamente, para financiar, en el primer caso, el mantenimiento del Secretariado del DAG y las asistencias técnicas puntuales para evaluar la implementación de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, y para apoyar capacitaciones de personal y el fortalecimiento institucional del MAAM, en el segundo caso.

Adicionalmente a estas tres líneas temáticas, la cooperación española apoya intervenciones para la promoción de la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos por la vía multilateral, concretamente a través del programa Leave No Woman Behind 2008-2010, ejecutado por UNFPA y financiado por el Fondo PNUD-España a través de la ventana de igualdad de género y autonomía de las mujeres, con una cantidad total de 7,5 millones de dólares, así como a través de UNIFEM Etiopía que recibe 860.000 euros para el fortalecimiento institucional del MAAM, la construcción de capacidades de género a nivel transversal en diferentes ministerios y gobierno y la investigación en temas de género.

Esta apuesta de la cooperación española por el fortalecimiento del sector salud en Etiopía a través de la cooperación de gobierno a gobierno y la multilateral no debe dejar de lado el apoyo a las ONG españolas y etíopes que trabajan en el sector salud, sea en la prestación de servicios o en el seguimiento de políticas. Muy al contrario, debe ser prioritario reforzar las ONG y la cooperación a este nivel para garantizar que la ayuda llega también a los más de 400 servicios de atención gestionados por ONG, que hay una participación activa de las ONG en la definición y seguimiento de políticas de salud y que se produce una rendición de cuentas transparente.

En cuanto a la gestión orientada a resultados, la Encuesta 2008 de la OCDE señala que Etiopía necesita mejorar notablemente su sistema de información. Para ello están ya en marcha algunas medidas, como por ejemplo el establecimiento de un marco de seguimiento y evaluación de la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza o las mejoras en el sistema nacional de estadística. Respecto a la rendición de cuentas, en 2006, el Gobierno etíope y los donantes prepararon el borrador de una Declaración conjunta sobre armonización, alineamiento y efectividad de la ayuda en la que se recogieron como compromisos las siguientes iniciativas:

- Informar sobre los progresos en la consecución de los indicadores de la DP dentro de la Revisión Anual Conjunta que reúne a donantes y gobierno para evaluar la PASDEP.
- Realizar una evaluación independiente del grado de cumplimiento de la DP por parte de donantes y gobierno.
- Realizar consultas participativas con las ONG y los actores no estatales en el marco de la implementación y evaluación de la PASDEP.

Puesto que esta declaración no llegó a firmarse, por el momento, el Foro de Alto Nivel y las evaluaciones conjuntas son los espacios establecidos para valorar los progresos alcanzados y los retos pendientes por ambas partes. Las evaluaciones conjuntas, como la evaluación del PDSS II, han demostrado ser un buen mecanismo para rendición de cuentas entre Gobierno y donantes aunque no tanto con respecto a la sociedad civil, por lo que sigue siendo necesario que tanto el Gobierno como los donantes esta-

La cooperación española deriva unos 15 millones de euros anuales al Gobierno etíope para el fortalecimiento del sistema de salud. De forma paralela al refuerzo de la cooperación de gobierno a gobierno y la multilateral, debe ser prioritario apoyar el trabajo de las ONG locales y españolas en el país para asegurar el seguimiento de la ayuda y garantizar la utilización efectiva de la misma.

blezcan mecanismos concretos de rendición de cuentas al que tengan acceso tanto la sociedad civil local como la población de los respectivos países.

La imposibilidad de hacer seguimiento a la ayuda dirigida a los gobiernos, a través de apoyo presupuestario u otros instrumentos, es una de las preocupaciones que ha manifestado reiteradamente la sociedad civil del sur y del norte por lo que la articulación de mecanismos políticos fuertes para favorecer una correcta rendición de cuentas es un asunto vital. Aumentar el flujo de la ayuda presupuestaria a los países en desarrollo sin crear formas que mejoren la integridad, transparencia y rendición de cuentas puede ser un refuerzo para sistemas disfuncionales y aumentar la brecha entre el Estado y la sociedad. Los países socios se pueden volver cada vez más responsables ante los donantes y menos con sus ciudadanos/as.

En cuanto a la rendición de cuentas en nuestro país sobre la labor de la cooperación española en el sector salud en Etiopía, más allá de las devoluciones que se pueden realizar en el marco del Consejo de Cooperación, resulta bastante complicado conocer de forma completa los pasos que se están dando para implementar la agenda de eficacia de la ayuda en el sector y las implicaciones y cambios que va a con llevar así como participar en el proceso. En el caso del sector salud, la MASCE podría ser un espacio que favoreciera la coordinación de los diferentes actores de la cooperación, la participación y la rendición de cuentas en este ámbito.

EL CASO DE NÍGER

La Ayuda Oficial al Desarrollo dirigida a Níger está en constante regresión desde el año 2004. A diferencia de Etiopía, cuyo gobierno desempeña un liderazgo claro en la coordinación de la ayuda en salud y cuenta con un grado de implementación bastante avanzado de la Declaración de París a casi todos los niveles, Níger es un país joven no sólo en estas cuestiones sino también en su proceso democrático, en el que queda todavía mucho camino por andar.

A finales de 2007, la adopción de la Estrategia de Desarrollo Acelerado y de Reducción de la Pobreza para el periodo 2008/2012 otorga un impulso notable a la implementación de la agenda de eficacia de la ayuda. Como único marco de referencia y de movilización de recursos, esta estrategia y sus acciones prioritarias influyen enormemente la elaboración de presupuestos y de programas de inversiones del Estado, así como los programas de cooperación bilateral y multilateral de los socios financieros presentes en Níger. En los sectores de educación primaria y salud pública, estas políticas y estrategias se desarrollan según un enfoque programático en marcos de gastos a término medio y programas presupuestarios que implican ayudas generales y sectoriales. Para el resto de sectores el enfoque por proyectos es el que sigue primando.

En el sector de la salud, Níger tiene operativo el Plan de Desarrollo Sanitario 2005/2010, que fue elaborado y adoptado tras un amplio proceso de consulta que incluyó a sociedad civil y parlamento. Este Plan, actualmente en proceso de reformulación para los siguientes cinco años, constituye la política sectorial de salud, junto con el Plan de Inversiones 2008-2015, el Plan Nacional de Salud Reproductiva y la Hoja de Ruta para la reducción de la Mortalidad Materna y la Estrategia Nacional de Lucha contra el VIH/Sida y las ITS 2008-2012. Por las informaciones facilitadas por la ONG nigerinas, el diálogo con el Ministerio de Salud es fluido hasta cierto punto, aunque la calidad de la participación es limitada. En determinados temas, como la lucha contra la mortalidad materna, por ejemplo, donde la esposa del antiguo presidente del Gobierno quiso monopolizar el protagonismo, el diálogo se tornó muy difícil y algunas organizaciones representativas y bien valoradas, así como sus beneficiarias/os, se vieron enormemente perjudicadas por ello al ver como el Gobierno paralizaba sus proyectos.

A partir de 2006 es cuando se ponen en marcha el enfoque sectorial de salud y el Fondo Común de Salud y se firma un acuerdo de colaboración conjunto con la mayoría de los socios financieros. La multiplicidad de actores bilaterales y multilaterales en el sector de la salud es notable y entre ellos se cuentan, por ejemplo, la cooperación francesa, belga, española, canadiense o alemana y organismos multilaterales como el Banco Mundial, UNFPA, UNICEF, PNUD o el Fondo Global de Lucha contra el Sida,

En Níger, el Fondo Común de Apoyo al Sistema de Salud constituye un mecanismo interesante a través del cual la cooperación española podría canalizar la ayuda de gobierno a gobierno en este sector.

la Tuberculosis y la Malaria. Según el Atlas de Donantes de la UE de 2008, los países de la Unión Europea que en 2006 destinaron más AOD a Níger en materia de salud son, en este orden, Francia, Bélgica, España, Dinamarca y Alemania. Bélgica es además punto focal de la ayuda de la UE en salud en Níger y, como tal, intenta coordinar las actuaciones de los demás estados miembros. Por otro lado, con la firma el 21 de mayo de 2009 del IHP Compact, Níger da un paso más hacia la coordinación de la ayuda en este sector.

En este marco de salud, donantes y Gobierno en Níger vienen desarrollando ciertos esfuerzos para coordinar sus actuaciones y su ayuda desde 2005, cuando 23 donantes firmaron el Acuerdo de Colaboración Conjunto para la coordinación, puesta en marcha y evaluación del PDS 2005/2010. A partir de este acuerdo se comienzan a encuadrar las intervenciones técnicas y financieras de los distintos donantes dentro de un enfoque sectorial concertado con un mecanismo común de financiación, el Fondo Común de Apoyo al PDS y un líder, el Ministerio de Salud, que junto a un representante del grupo de donantes elegido de forma rotativa, se encarga de gestionar las reuniones entre el Ministerio de Salud y los donantes. De momento, no se trata de un mecanismo de apoyo presupuestario puesto que los fondos son gestionados por el Banco Mundial pero está previsto reconvertirlo en un futuro si se dan los requisitos apropiados. A finales de cada semestre se realiza una reunión conjunta con todos los donantes que apoyan el sector de la salud con el objetivo de informar del estado de implementación del PDS, de la ejecución de los fondos adscritos a través del informe de seguimiento financiero, así como de las previsiones de actividad y el financiamiento necesario para el semestre o año siguiente. No se ha encontrado, sin embargo, información sobre cómo se realiza la rendición de cuentas a la sociedad civil y el parlamento.

El Fondo Común de Apoyo al PDS 2005-2010 tiene como objetivo reforzar los servicios de salud existentes, promover una mayor equidad regional, desarrollar actividades de salud reproductiva, apoyar la puesta en marcha de reformas en los ámbitos institucional, de recursos humanos y de gestión de medicamentos, y reforzar las capacidades del Ministerio de Salud. La salud reproductiva ocupa un lugar especial dentro de las prioridades del Fondo Común puesto que una parte se adjudica di-

rectamente a garantizar la atención sanitaria gratuita a mujeres embarazadas y niños menores de cinco años.

El Fondo se articula sobre la base de una Carta de Acuerdo firmada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y de Finanzas y los dos primeros contribuyentes al Fondo Común de apoyo al PDS, la Agencia Francesa de Desarrollo y el Banco Mundial, y en ella se definen las modalidades de gestión financiera y contable, los procedimientos de adquisición de los bienes y servicios financiados por el mismo así como las modalidades de seguimiento y evaluación de esta gestión.

Para formar parte de este Fondo es necesario suscribir todos los requisitos de la carta de acuerdo y, de hecho, son pocos los actores que se han adherido a esta iniciativa ya suscrita por Francia, el Banco Mundial y Bélgica. El resto de donantes sigue sus propias reglas de gestión, seguimiento y evaluación de la ayuda dirigida a salud, generando un exceso de carga sobre el Gobierno que debe mantener múltiples canales y sistemas para gestionar la ayuda. Francia es el máximo contribuyente bilateral del Fondo Común de Apoyo al PDS, al que destina 15 millones de euros. Además, ocupa el cuarto lugar en el ranking de donantes del sector de la salud en Níger. La Agencia Belga de Cooperación al Desarrollo, por su parte, destina dentro de su Programa Indicativo de Cooperación 2009-2012 unos 52 millones de euros a este país, de los cuales 19 millones son para el sector de la salud y 13,2 millones de esta cantidad para el Fondo de Apoyo al PDS en. Aparte de esta contribución al fondo, 2,8 millones se dirigen a reforzar el departamento de Apoyo Institucional del Ministerio de Salud y 3 millones a la formación de agentes de salud en las regiones y distritos sanitarios. Dentro del ámbito multilateral, el Banco Mundial, a través de IDA, es el principal donante en el sector salud, seguido del Fondo Africano de Desarrollo, la Comisión Europea y el Fondo Monetario Internacional. Concretamente, el Banco Mundial destina al Fondo Común de Apoyo al PDS 28 millones de dólares bajo el Programa de Refuerzo Institucional y de Apoyo al Sector de la Salud.

La cooperación española no participa de momento en este mecanismo aunque se ha comprometido a destinar en Níger un mínimo de diez millones de euros al año y el sector salud está entre los prioritarios junto a seguridad alimentaria, equidad de género, agua y saneamiento y

El sector salud en Senegal está amenazado por la fatiga del donante. A pesar de las grandes necesidades que tienen las regiones de obtener apoyo para fortalecer su sistema de salud, en los últimos años la mayoría de donantes europeos se han retirado del sector.

cultura para el desarrollo. La mayor parte de la ayuda española en salud se canaliza a través de ONG y organismos multilaterales como el UNFPA o el PNUD.

Para la lucha contra el VIH/Sida, Níger cuenta con el apoyo de ONUSIDA y del Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Estos dos organismos enmarcan sus actuaciones en el Marco Estratégico Nacional de Lucha contra las ITS y el VIH/Sida para el periodo 2008/2012 y tienen como contraparte local al Comité Nacional de Coordinación de las Actividades de Lucha contra las ITS, el VIH/Sida, la Tuberculosis y la malaria (CNC en sus siglas en francés). La estrategia centra sus intervenciones en la prevención, el apoyo socioeconómico, la lucha activa contra la pandemia, el tratamiento y la orientación. Las actuaciones del Fondo Mundial en materia de VIH/Sida se han centrado en financiar el CNC desde 2004 en dos proyectos consecutivos por una cantidad de unos 20 millones de euros, constituyéndose así en uno de los dos principales socios de Níger en la lucha contra la pandemia.

EL CASO DE SENEGAL

La ayuda oficial al desarrollo ocupa un lugar importante en la economía senegalesa. En 2007 esta se elevó a 843 millones de dólares, 7,7% del PIB, apreciándose un aumento de más de 150 millones de dólares entre 2005 y 2007. Este aumento se ha concentrado en determinados sectores como el productivo o las infraestructuras, mientras que, en otros sectores como la salud, la ayuda ha disminuido, pasando del 37% de la financiación del sector en 2000, al 20,3% en 2007.

Desde hace unos años, el sector salud en Senegal acusa la llamada "fatiga del donante", lo cual está provocando que muchos de los colaboradores tradicionales, sobre todo europeos, se estén retirando. Actualmente existe un Grupo Temático de Salud coordinado por la OMS, donde están presentes en mayor o menor medida el Banco Mundial, GTZ, AECID, JICA, Agencia de cooperación de Bélgica, Agencia de Cooperación de Luxemburgo, AFD, CIDA, USAID, el Banco Islámico de Desarrollo y el Banco Africano de Desarrollo. La mayoría

financia proyectos puntuales, y sólo USAID, JICA y la Unión Europea mantienen una presencia relativamente fuerte en el sector. España está también de salida en este sector, al que contribuía fundamentalmente a través de las ONG. En adelante, quiere centrarse en temas productivos e infancia y juventud vulnerable.

En relación con la agenda de eficacia de la ayuda, los avances son excesivamente lentos para un país de la capacidad de Senegal. Aun contando con una estrategia de reducción de la pobreza y políticas sectoriales de salud, como el Plan de Desarrollo Sanitario, la política de SSR o la política de género, no se ha valorado que las mismas se traduzcan en estrategias sectoriales y marcos presupuestarios que avalen su implementación. Además, el apoyo de los donantes es aún selectivo y, según la OCDE, el desempeño del Estado senegalés en la gestión de finanzas públicas es similar al de 2005. Por otro lado, el liderazgo en el desarrollo de políticas y estrategias está centrado en el estado y aunque hay apertura a la participación de otros actores en su desarrollo, esta es más bien formal que significativa. Senegal dispone de una amplia base de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el sector de la igualdad de género y en menor medida en el sector de la salud; pero si bien en el desarrollo de la Estrategia de Reducción de la Pobreza y otras políticas de salud algunas organizaciones tuvieron posibilidad de participar, en los mecanismos de coordinación de la ayuda entre donantes y gobierno, es decir Grupos Temáticos o Acuerdo Marco sobre Apoyo Presupuestario, no está prevista su intervención.

Con 60 donantes y más de 500 proyectos y programas a nivel general, la coordinación es, según la Comisión Europea, un verdadero desafío. De hecho, con respecto a la ayuda que se canaliza a través de programas en Senegal, el porcentaje descendió del 57% en 2005 al 39% en 2007. Por otro lado, la realización de misiones conjuntas por los donantes en Senegal se incrementó ligeramente entre 2005 y 2007 de 15% a 19%, mientras que en la realización de análisis conjuntos se produjeron retrocesos, puesto que en 2005 el porcentaje era de 40% y bajó a 28% en 2007. Para afrontar este reto de armonización la comunidad de donantes cuenta con varios mecanismos de coordinación de la ayuda, siendo el más antiguo, desde 1993, el Foro de Donantes o Comité de Concertación. Presidido por el PNUD y el Banco Mundial, a sus reuniones suelen acudir

entre 40 y 45 instituciones, lo que limita en cierta forma su capacidad para impulsar una efectiva coordinación. Para paliar esta situación, en 2009 se adoptaron medidas concretas para agilizar el seguimiento y la toma de decisiones del grupo mediante la creación de un “grupo ejecutivo” de coordinación de 12 miembros. Otras de las vías de coordinación operativas desde hace años son los grupos temáticos. En estos momentos existen 13 grupos temáticos, entre ellos uno de género y otro de salud. Las reuniones son de carácter informal y sirven más como espacios de intercambio de información y experiencias que de coordinación. Como reconocen distintas fuentes, la calidad del trabajo y el nivel de actividad de los grupos dependen del donante que lo lidere y del nivel de implicación de los demás donantes. Así el grupo de salud ha bajado su nivel de actividad después de que Bélgica dejase la coordinación.

Tras la DP, y a partir de 2007, el Gobierno senegalés pone en marcha dos herramientas para avanzar en la agenda de la eficacia de la ayuda: el Plan de Acción para la Armonización y eficacia de la Ayuda en Senegal 2007 – 2010 y el Acuerdo Marco sobre el Apoyo Presupuestario. El Plan de acción para la armonización y la eficacia de la ayuda es la herramienta principal para armonizar las intervenciones de los donantes. En él se detallan las acciones a realizar en cuanto a apropiación, alineamiento, armonización, gestión por resultados y responsabilidad mutua. El plan es impulsado por la Comisión Europea desde el frente de donantes, que además asume el liderazgo en la armonización de las estrategias de los distintos países presentes en Senegal. No obstante, aunque se trata de un documento que muestra la voluntad de los donantes por avanzar en la agenda de la eficacia queda por ver la capacidad real de los donantes para armonizar sus actuaciones.

Dentro del plan de armonización, se establece un Comité Conjunto de Armonización y Seguimiento (CCHS en sus siglas en francés) en el que participan el Ministerio de Finanzas y el grupo temático de finanzas públicas y apoyo presupuestario del foro de donantes. El objetivo de este comité no es otro que es facilitar la absorción de financiación de forma concertada entre los donantes y el Estado y asegurar la coordinación y coherencia entre todas las acciones relacionadas con la reforma. Por otra parte, el Gobierno ha puesto en marcha un Acuerdo Marco sobre el Apoyo Presupuestario, ACAB (Arrangement Cadre relatif aux Appuis Budgétaires), que busca convertirse en la principal herramienta para avanzar en la agenda de la eficacia de la ayuda en Senegal. La coordinación del acuerdo la realiza la célula de seguimiento del programa de lucha contra la pobreza (CSPLP), dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas. Aunque por ahora el acuerdo marco sólo ha sido firmado por el Gobierno y los siete donantes que realizan apoyo presupuestario (Comisión Europea, Banco Mundial, Canadá, Banco Africano de Desarrollo, Países Bajos, Francia y Alemania), se espera que otros países, entre ellos España, se sumen a este acuerdo a medida que vayan canalizando una parte de su ayuda a través del apoyo presupuestario directo.

Aunque el acuerdo marco ha propiciado un buen diálogo a nivel político, como ya hemos señalado, éste sigue siendo insuficiente a nivel técnico, aspecto clave para el apoyo presupuestario y la armonización. Para mejorar la comunicación y facilitar la realización de reuniones técnicas, una de las quejas de la delegación de la CE, entre las agencias y ministerios firmantes del acuerdo, el Ministerio de Economía y Finanzas ha creado recientemente el Comité ACAB, que centralizará la coordinación técnica entre donantes y Gobierno.



LA AYUDA AL SECTOR SALUD EN

EL CONTEXTO DE LA DECLARACIÓN DE PARÍS

1. LA AYUDA AL SECTOR DE LA SALUD EN EL CONTEXTO DE LA DECLARACIÓN DE PARÍS

El sector salud es uno de los ámbitos de la cooperación internacional con más experiencia en el desarrollo de enfoques sectoriales (SWAP) o enfoques basados en programas. Estas experiencias han facilitado a lo largo de las últimas décadas una cierta evolución en la apropiación y alineamiento de la ayuda en salud con las políticas y sistemas locales, así como en la coordinación entre donantes y el establecimiento de mecanismos de financiación conjunta.

La aplicación de la agenda de eficacia de la ayuda en el sector salud es imprescindible por cuanto implica a una multiplicidad de donantes y cada vez mayores niveles de ayuda. La excesiva fragmentación de los actores presentes en este sector es un riesgo si tenemos en cuenta que desde el año 2000 han surgido entre 75 y 100 iniciativas globales de salud, muchas de ellas sólo para el tema de

El Grupo de Trabajo de Alto Nivel sobre Nuevos Mecanismos de Financiación de los Sistemas de Salud estima que harían falta entre 36.000 y 45.000 millones de dólares anuales para hacer frente a las necesidades de salud .

Sida, Tuberculosis y Malaria. La ayuda en salud se ha cuadruplicado entre 1990 y 2007, pasando de 5.600 millones de dólares a 21.800 aunque en un contexto de crisis global se pone en duda que continúe esta tendencia al alza. El impulso a la ayuda en salud se produce fundamentalmente a partir de la entrada en juego de nuevas iniciativas por la salud como IAVI y, muy especialmente, el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Sólo la lucha contra el VIH/Sida acaparó un 32% del total de la ayuda a salud entre 2002 y 2006¹. Aunque estas iniciativas globales de salud han conseguido movilizar grandes cantidades de fondos y dar mayor visibilidad a los temas de salud, tan amplia diversidad complica la coordinación entre donantes, incrementa la carga de

los sistemas nacionales y favorece la aparición de mecanismos de financiación independientes. Por ello, desde 2007, estas iniciativas están revisando como aumentar su alineamiento con la agenda de eficacia de la ayuda a través de un Grupo de Trabajo específico, denominado en inglés, Global Programme Learning Group ².

La eficacia de la ayuda ha sido un tema de preocupación de los principales actores vinculados al desarrollo desde hace décadas. En los años 90, el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial impulsaron un programa para la elaboración de Estrategias Nacionales para la Reducción de la Pobreza con el objetivo de mejorar los resultados de desarrollo. Con esta iniciativa se pretendía dar un alto protagonismo a los países receptores de ayuda en la definición de sus planes para salir de la pobreza. Además, se apostaba por estrategias globales de desarrollo, alrededor de las cuales articular los diferentes planes sectoriales de actuación. En este marco de impulso de la apropiación local, se esperaba que los gobiernos de los países en desarrollo establecieran sus estrategias de lucha contra la pobreza mediante mecanismos de consulta con el parlamento y la sociedad civil de su país, con la confianza de que ello mejoraría notablemente los resultados de desarrollo.

A nivel de implementación de proyectos, la preocupación de los actores del desarrollo por la calidad de las intervenciones muestra también otro intento por mejorar los resultados derivados de la cooperación. A través del criterio de pertinencia se intenta que las acciones sean diseñadas de acuerdo a las necesidades percibidas y priorizadas por la población y dentro de los planes y programas nacionales, regionales y locales del sector correspondiente en cada país. La sostenibilidad, otro de los criterios aplicados, se basa en la presunción de que la perdurabilidad de los efectos del proyecto actúa de forma directamente proporcional al grado de implicación y apropiación por parte del gobierno y/o la población.

Si bien éstas y otras iniciativas ponen de manifiesto la necesidad sentida por la comunidad internacional de

LOS ODM Y LA SALUD

La mejora de la salud, representada en 3 Objetivos del Milenio, es uno de los compromisos que muestra menos avances y que requiere mayor impulso de cara a 2015, sobre todo en lo relacionado con la lucha contra la mortalidad materna (ODM 5).

Cada año 536.000 mujeres fallecen como resultado de complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio. El 99% de estas muertes ocurren en países en desarrollo siendo África subsahariana y Asia meridional donde se concentra el 85%. La mortalidad materna figura entre los indicadores de salud que permiten evidenciar una de las mayores brechas que separan a ricos y pobres tanto entre países como dentro de ellos. En las regiones desarrolladas se registran nueve muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en comparación con 450 en las regiones en desarrollo.

En relación al ODM 6, los resultados en la lucha contra el VIH/Sida muestran algunos datos positivos. El número de nuevas infecciones por VIH en el mundo alcanzó su nivel máximo en 1996 y desde entonces ha ido disminuyendo hasta 2,7 millones en 2007. Esta tendencia positiva se debe principalmente a la reducción en el número anual de nuevas infecciones en algunos países de Asia, América Latina y África subsahariana.

mejorar la calidad e impacto de la ayuda a través de la transformación de las relaciones de poder entre los socios del desarrollo, el balance general de la historia muestra fuertes resistencias para hacerlo posible. En los 90, muchos gobiernos del Sur denunciaban la falta de participación significativa en la elaboración de las Estrategias Nacionales para la Reducción de la Pobreza (ENRP) y cómo en el fondo seguían atados de pies y manos ante las medidas impuestas por el FMI y el BM. La sociedad civil, a pesar de tener un sitio en las negociaciones, se lamentaba de que su nivel de influencia real era casi inexistente y raramente se incorporaban sus aportaciones. A nivel de calidad de las intervenciones, el diagnóstico participativo y la apropiación del programa o proyecto por la población beneficiaria eran aspectos generalmente ausentes en las acciones de cooperación.

Las debilidades identificadas por organismos internacionales, países donantes, países en desarrollo y sociedad civil en los mecanismos empleados para canalizar la ayuda crean el contexto para un relanzamiento de la agenda para el desarrollo a comienzos de este siglo. Al mismo tiempo se impulsan iniciativas para asegurar el financiamiento necesario para cumplir los ODM y mejorar la calidad de la ayuda a través de la Conferencia Internacional de Financiación del Desarrollo de 2002 en México, el Foro de Alto Nivel sobre Armonización de 2003 en Roma y la Mesa Redonda sobre Gestión por Resultados de 2004 en Marrakech. En el Foro de Alto Nivel de 2005 en París, donde participan 23 países donantes, 56 países socios, 26 organismos multilaterales y 14 organizaciones de la sociedad civil en calidad de observadores, los gobiernos firman la Declaración de París sobre Eficacia de la Ayuda cuyo objetivo fundamental es reformar la manera en que

se suministra y gestiona la ayuda. En este documento se recogen compromisos de cooperación entre los socios del desarrollo y un conjunto de principios, indicadores y metas dirigidos a dar seguimiento a su implementación. El enfoque, sin embargo, es fundamentalmente de gobierno a gobierno mientras que otros actores del estado y la sociedad civil del norte y del sur no parecen tener un rol definido para la consecución de dichas metas.

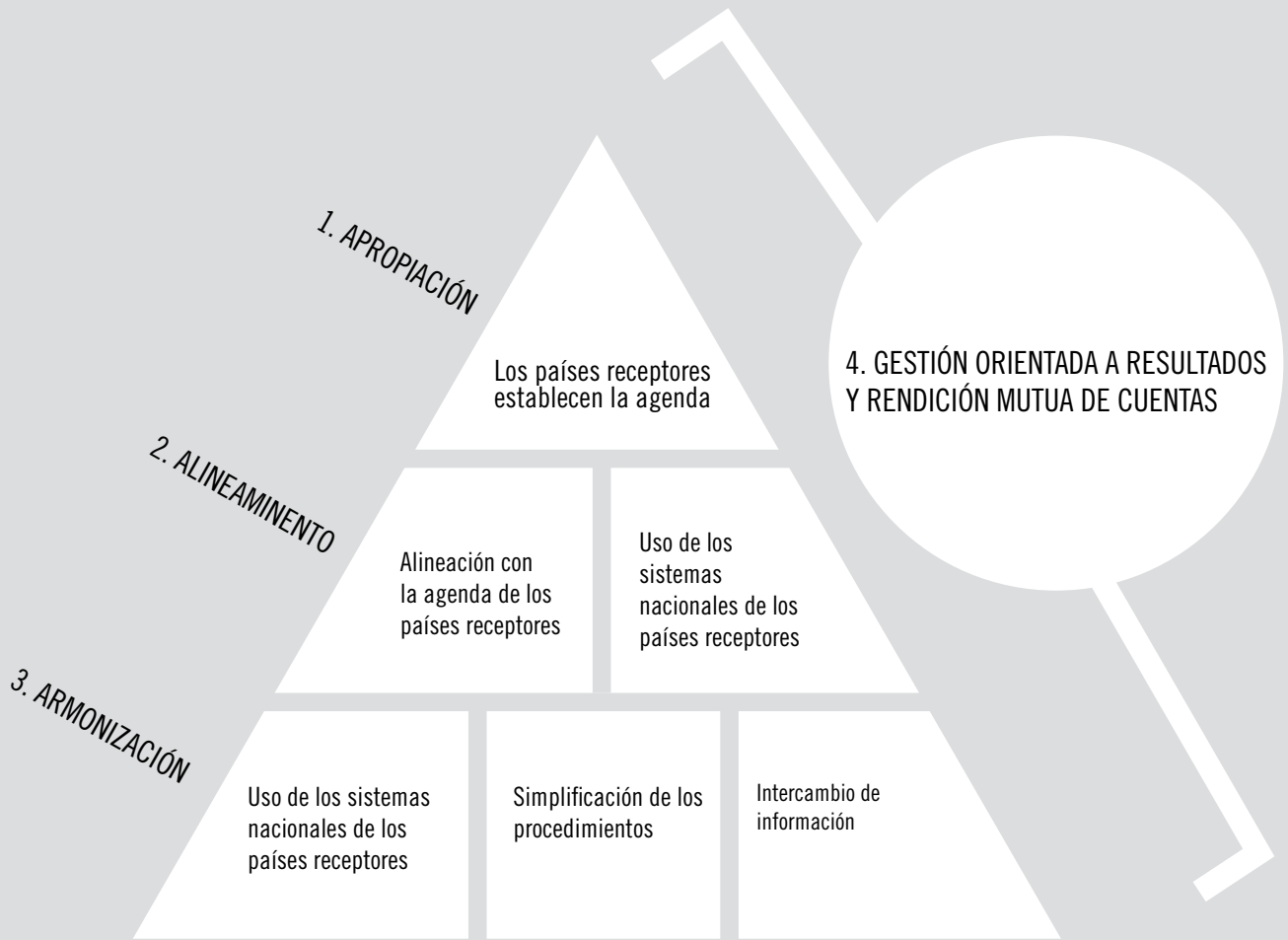
Los cinco principios de la Declaración de París se corresponden con 12 indicadores de progreso cuyo monitoreo corresponde al Banco Mundial y al Grupo de Trabajo sobre Eficacia de la Ayuda creado por la OCDE en 2003. Hasta el momento se han publicado sendas encuestas de seguimiento en 2006 y 2008 y en 2007 se creó un Grupo Asesor sobre Sociedad Civil y Eficacia de la Ayuda (GASC) formado por ONG, gobiernos y donantes³. No obstante, las ONG critican la asimetría de este proceso de monitoreo puesto que mientras los donantes se evalúan a ellos mismos, los países receptores son examinados por los donantes. Por este y otros motivos, las ONG consideran que la evaluación de la implementación de la DP debe ir más allá del seguimiento de los indicadores e instaurar un sistema de seguimiento internacional e independiente, que garantice un mayor equilibrio entre donantes y socios, que tenga en cuenta el impacto de la DP en términos de resultados en el desarrollo y en los derechos humanos y que facilite la rendición de cuentas bidireccional de país receptor a donante y viceversa⁴. El Foro de Cooperación para el Desarrollo del ECOSOC (Naciones Unidas) se consideraría un buen marco para hacer este seguimiento⁵.

La Declaración de París constituye sin duda un esfuerzo por impulsar el sistema de la ayuda y transformar las relaciones de desarrollo en una asociación más igualitaria donde se prime el liderazgo de los países del Sur y se reconozca la responsabilidad de todos en la reducción de la pobreza. La acogida de la declaración por parte de los actores del desarrollo es positiva, en general, aunque ha recibido críticas desde la sociedad civil por su excesiva concentración en la relación gobierno donante- gobierno receptor, por la falta de reconocimiento de la sociedad civil como actor relevante del desarrollo y por su excesiva

simplificación. Los gobiernos de los países en desarrollo ven en este nuevo marco una oportunidad para ejercer su liderazgo y fortalecer sus instituciones, para reducir el número de reuniones e informes a preparar para los donantes o para contar con fondos directamente gestionados desde sus finanzas públicas. Los gobiernos donantes quieren mejorar la manera de gestionar la ayuda aunque el proceso para abandonar sus antiguos procedimientos y coordinarse entre sí es lento. La sociedad civil, por su parte se une al objetivo de contar con una ayuda que tenga más impacto en la mejora de la vida de las personas pero demanda más voluntad política puesto que por sí sola la eficacia de la ayuda no es suficiente para acabar con la pobreza. Ésta debe venir acompañada de otros condicionantes que permitan la eficacia del desarrollo, entre ellos la coherencia de políticas (económicas, comerciales, ambientales, etc.), una ciudadanía fortalecida y comprometida con el desarrollo y una rendición mutua sobre el conjunto de políticas y no sólo sobre la ayuda.

Desde las ONG se cree necesario que la Declaración de París deje de ser un proceso tecnocrático para transformarse en un proceso político al servicio de la reducción de la pobreza, la promoción de la igualdad y el respeto de los derechos humanos⁶. Si bien en el Foro de Alto Nivel de Accra de 2008 se recoge esta demanda, en cuanto que se reconoce que las políticas de los gobiernos deberán abordar sistemáticamente las cuestiones de igualdad de género, respeto por los derechos humanos y sostenibilidad ambiental, ésta no se materializa, sin embargo, en ningún compromiso concreto.

PIRÁMIDE DE LA EFICACIA DE LA AYUDA



* Fuente: OCDE

El II Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda celebrado en Accra en 2008 tuvo la oportunidad de revisar los diferentes análisis y evaluaciones, unas oficiales y otras desde la sociedad civil, acerca de los avances conseguidos en la implementación de la DP. Los resultados más optimistas reconocieron avances en todos los indicadores pero relativamente pequeños en la mayoría de ellos y demasiado lentos como para alcanzar los objetivos marcados para 2010. A nivel geográfico se constató que en algunos países no sólo no se habían producido avances sino que se podía hablar más bien de retrocesos.

La Encuesta 2008 de Seguimiento de la Declaración de París, elaborada por la OCDE, presentó desempeños muy positivos en tres indicadores: la ayuda desligada, que aumentó del 75% al 88%, la mejora de la calidad de la gestión de las finanzas públicas que aumentó hasta el 36% y una cooperación técnica más alineada con las prioridades de los países socios, con un incremento del 48 al 60%. Frente a este buen comportamiento, los datos mostraron un escenario bastante pesimista en relación a la consecución del resto de objetivos:

- Menos del 25% de los países socios cuentan con estrategias nacionales de desarrollo claramente ligadas al presupuesto estatal (el objetivo para 2010 es el 75%).
- Un escaso 10% de los países socios cuenta con sistemas de seguimiento y evaluación de resultados (el objetivo para 2010 es el 35%).
- Únicamente, el 45% de la ayuda canalizada utiliza los sistemas de gestión pública de las finanzas y un 43% usa los sistemas públicos de aprovisionamiento.
- El avance en el uso de los sistemas locales ha sido muy lento y tampoco hay evidencia de que los donantes estén utilizando los procedimientos locales cuando estos funcionan bien.
- Menos de la mitad de la ayuda es incluida por los países socios en sus presupuestos nacionales (el objetivo para 2010 es 85%).
- Un 46% de la ayuda fue desembolsada de acuerdo los sistemas presupuestarios nacionales en vez de country budget systems.

- Sólo el 26% de los donantes y socios han establecido mecanismos para la rendición mutua de cuentas.

- Únicamente el 47% de la ayuda fue canalizada en 2007 a través de marcos comunes como los enfoques sectoriales o los enfoques basados en programas (el objetivo para 2010 es el 66%).

- De las más de 14.000 misiones realizadas en los 55 países que participaron en la encuesta, tan sólo una de cada de cinco se llevó a cabo en coordinación con otro donante.

Éste es el legado que precede al III Foro de Alto Nivel sobre Eficacia de la Ayuda que tendrá lugar en Seúl en 2011. Para entonces es de esperar que socios y donantes, gracias a un mayor compromiso político, puedan cambiar la marcha y acelerar el proceso hacia la implementación de la agenda de eficacia. Más de lo mismo no será suficiente para lograrlo puesto que se trata de cambiar procesos y costumbres muy arraigadas en las relaciones y en el sistema de gestión de la ayuda al desarrollo.

1.1

APROPIACIÓN

El primero de los aspectos que se recoge en la Declaración de París es el principio de apropiación, según el cual “los países socios ejercen una autoridad efectiva sobre sus políticas de desarrollo y estrategias, definidas a través de las estrategias nacionales de Reducción de la Pobreza, y coordinan las acciones de desarrollo”. Este principio es contrario al tipo de ayuda en la que los donantes definen las prioridades y medidas, y el país socio se comporta como un receptor pasivo que no puede decidir y, por tanto, responsabilizarse. Este principio es también el único que hace referencia explícita a la sociedad civil al señalar que los países socios “coordinarán la ayuda a todos los niveles en diálogo con los donantes y favoreciendo

Garantizar la legitimidad y eficacia de la ayuda requiere asegurar una participación plural de actores en la elaboración y seguimiento de las políticas y estrategias de desarrollo

la participación de la sociedad civil y el sector privado” además de explicitar que las estrategias nacionales serán “desarrolladas e implementadas a través de amplios procesos consultivos”. Para el sector de la salud, la aplicación de este principio requiere contar en cada país con un Plan Desarrollo del Sector Salud ligado a la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza y al presupuesto estatal, adoptado bajo el liderazgo del gobierno local y con participación de una amplia representación de actores del sector, incluidos sociedad civil, sector privado y Parlamentos. La participación de estos últimos es, de hecho, un elemento central para garantizar una apropiación democrática.

A pesar del acuerdo general con este principio, en Accra la sociedad civil organizada tuvo la posibilidad de denunciar como limitaciones asociadas a este principio, el hecho de que los indicadores previstos en la DP no se ocuparan demasiado de asegurar que la ayuda, una vez desembolsada a los gobiernos de los países en desarrollo, fuese utilizada de forma apropiada⁷. Además, otras limitaciones asociadas al alcance real de la Declaración de París^{8,9 y 10}, hacen referencia a la tendencia a la concentración de la atención en las relaciones entre los gobiernos de los países donantes y de los países socios, sin brindar un papel relevante a otros actores como los parlamentos, los gobiernos locales y la sociedad civil. Por otro lado, la escasa consideración a nivel de indicadores y metas de los desequilibrios existentes entre los diferentes actores que participan en los procesos de desarrollo, invisibiliza las desigualdades de partida. Estos desequilibrios en la práctica se manifiestan en desigualdades de poder a la hora de tomar decisiones, plantear condiciones, aceptarlas o rechazarlas, así como de acceder a la información apropiada para hacer seguimiento a los acuerdos establecidos.

Las organizaciones de la sociedad civil hicieron hincapié en Accra, y lo siguen haciendo en la actualidad, sobre la no validez de cualquier tipo de apropiación. Esta debe ser de “abajo a arriba”, democrática y encaminada a garantizar que los gobiernos adopten políticas nacionales que reflejen las necesidades de los/las ciudadano/as. En este sentido, el principio de apropiación ofrece una gran

oportunidad para fortalecer la democracia y el tejido social, si se fomenta el diálogo político a todos los niveles y se alienta la participación activa de los colectivos más afectados por la pobreza, a la par que se fortalecen las capacidades del gobierno para gestionar esa participación y traducirla en políticas y acciones de desarrollo concretas.

A pesar de las limitaciones expuestas, Accra también significó una evolución positiva en lo relativo a la implicación de la sociedad civil y los parlamentos en los procesos de revisión de la agenda de la eficacia y su implementación, solventándose así, en cierta forma, la ausencia de participación de estos actores en el proceso de adopción de la DP. Es en Accra cuando las organizaciones de la sociedad civil consiguen ser reconocidas como actores del desarrollo por derecho propio con un rol insustituible de vigilancia y control del Estado. Los donantes llegan incluso a afirmar que “respaldarán las iniciativas para aumentar la capacidad de todos los actores involucrados en el desarrollo – parlamentos, gobiernos centrales y locales, organizaciones de la sociedad civil, institutos de investigación, medios y sector privado- para asumir una función activa en el diálogo sobre políticas de desarrollo”¹¹.

Los estudios de caso que se presentan más adelante muestran como la participación de la sociedad civil en las políticas de salud y en los procesos de eficacia de la ayuda relacionados con este sector es todavía muy limitada y más formal que sustantiva. Esto se debe, en unas ocasiones, a la falta de capacidad de las propias ONG que necesitan ser fortalecidas en su estructura, transparencia y habilidades y en otras a la falta de disposición de los gobiernos a contar con ellas, sobre todo si se trata de organizaciones que trabajan en género, derechos humanos e incidencia política o a la propia asimetría del proceso (no se facilita el tiempo ni la información necesaria para presentar recomendaciones, no se adoptan conjuntamente los términos sobre cómo va a ser el proceso que viene impuesto desde arriba, no se respeta la diversidad inherente a la sociedad civil que requiere una presencia plural y amplia o no hay devolución de resultados ni explicaciones sobre porqué no se incluyen las recomendaciones propuestas). Al igual que la Declaración de París establece que para mejorar los resultados de la ayuda es pre-

ciso que los donantes utilicen los sistemas nacionales y trabajen con los países socios para su fortalecimiento, es también imprescindible invertir en el fortalecimiento de la sociedad civil local y sus capacidades puesto que como actores de desarrollo de pleno derecho cumplen una función insustituible para asegurar que la ayuda llegue a quien más lo necesita¹². En cuanto a las organizaciones que participan en los procesos de decisión y rendición de cuentas de donantes y gobiernos, en la mayoría de los casos, su presencia responde a una situación de oportunidad y no es resultado de un proceso abierto y formal, lo cual afecta a la legitimidad.

1.2

ALINEAMIENTO

El segundo de los principios de la Declaración de París, el principio de alineamiento, señala que los donantes deben basar todo su apoyo en las estrategias, instituciones y procedimientos nacionales de desarrollo de los países socios, de manera que no se produzcan duplicaciones innecesarias en los sistemas, estrategias y procedimientos para la canalización de la ayuda. El alineamiento fomenta también que la ayuda sea más previsible y que la programación se haga sobre la base de datos fiables. Es el principio alrededor del cual se han concretado el mayor número de compromisos e indicadores para el desempeño y aunque implican la implementación de una serie de herramientas técnicas, su realización depende sobre todo de la capacidad de donantes y socios para poner los objetivos de desarrollo por delante de intereses políticos, comerciales o de cualquier índole en el momento de establecer acuerdos, implementar y dar seguimiento a la ayuda. Una interpretación restrictiva de este principio se basa una vez más en la relación de los donantes con los gobiernos socios, pero en Accra, la sociedad civil también pidió ser tenida en cuenta a la hora de aplicar este principio, tanto en calidad de prestadora

de servicios como receptora de fondos con las mismas necesidades de alineamiento y predictibilidad de la ayuda que los gobiernos.

Implementar el principio de alineamiento exige que los donantes se abstengan de crear unidades paralelas para la ejecución de la ayuda y fortalezcan y utilicen las estructuras del país receptor, es decir sus presupuestos nacionales, sus sistemas de gestión de las finanzas públicas, su sistema de compras y aprovisionamientos y sus servicios. Para hacerlo, en el caso de los sistemas de aprovisionamiento por ejemplo, los donantes exigen que estos sistemas sean transparentes, eficaces y responsables. Cuando ello no es así, la tendencia es saltarse los procedimientos locales de aprovisionamiento y utilizar otros más sólidos, lo cual sigue restando capacidades al país socio aunque se obtenga una satisfacción rápida y efectiva a una necesidad. Incluso en muchos casos en que el sistema es confiable, algunos donantes se niegan a utilizar estos sistemas.

Otro de los aspectos que requiere el principio de alineamiento es que los donantes informen sobre el monto de ayuda con que pueden contar los países receptores en un periodo de 3 a 5 años, incluyendo también que la ayuda comprometida sea desembolsada en el ejercicio fiscal programado. En el sector de la salud, concretamente, muchos donantes están ampliando la predictibilidad de su ayuda de medio a largo plazo. El Fondo Mundial, IAVI, algunas agencias bilaterales como la de Reino Unido, Suecia o Noruega son algunos ejemplos. No obstante, las cooperaciones bilaterales lo tienen más complicado, por lo general, porque están sujetos a que sus parlamentos aprueben el presupuesto cada año con la partida correspondiente a cooperación. Por otro lado, los compromisos de ayuda a largo plazo tampoco aseguran siempre el desembolso de los fondos ya que, en el caso del Fondo Mundial, por ejemplo, la financiación para proyectos se entrega progresivamente, en función del grado de desempeño¹³.

De los llamados fondos verticales como el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria o PEPFAR, se critica el hecho de que crean distorsiones en los sistemas de salud al no alinearse con los Planes

La división del trabajo requiere un análisis conjunto del ámbito de actuación de cada donante. Es preciso evitar la aparición de sectores o países huérfanos y prestar una especial atención al impacto que puede tener en sectores “frágiles” como el de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Nacionales de Desarrollo Sanitario, incrementan la carga de los socios gubernamentales al imponer sistemas paralelos de solicitud y justificación de los fondos y dificultan la armonización con otros donantes. En Etiopía, por ejemplo, el Fondo Mundial y PEPFAR son los dos mayores donantes en salud. Desde hace años, estos organismos y fondos verticales están haciendo un esfuerzo por alinearse con las políticas y sistemas nacionales pero el proceso es lento. IAVI, por ejemplo ha insertado los fondos de su ventana para el fortalecimiento de salud dentro del Fondo ODM creado por el gobierno etíope. El Fondo Mundial se está insertando en algunos países, como Mozambique, dentro del SWAP de salud y en Etiopía destina fondos al fortalecimiento del sistema de salud, además de apoyar los programas específicos de lucha contra las tres enfermedades. En este último país ha firmado asimismo un memorando de entendimiento con el PEPFAR, a través del cual se espera mejorar la coordinación entre los dos principales donantes del sector salud en el país.

1.3

ARMONIZACIÓN

Un tercer punto de la DP nos habla del principio de armonización que persigue que “las acciones de los donantes sean más armónicas, transparentes y colectivamente eficaces”. Se busca eliminar la duplicación de esfuerzos, las acciones insuficientemente coordinadas y organizadas y la reducción de políticas y procedimientos que entorpezcan la canalización de la ayuda o que operen de manera paralela a las prioridades, sistemas y procedimientos de los países socios. Los compromisos asumidos mediante la Declaración de París en materia de armonización son múltiples y atañen tanto a donantes como a países socios, aunque fundamentalmente lo que se pretende es que los donantes se coordinen para reducir la carga del gobierno receptor frente a las demandas de reuniones e informes de la multiplicidad de donantes.

Para ello, se prioriza el incremento de las misiones de campo y las evaluaciones conjuntas, la simplificación de los procedimientos y la utilización de los sistemas de reporte locales. Además, se emplaza a los donantes a avanzar en la complementariedad y en la división del trabajo, siendo varias las iniciativas en este sentido que están en marcha. Así, por ejemplo, la Delivery as One de Naciones Unidas, que busca incrementar la eficacia con un mejor reparto del trabajo entre las distintas agencias, el Código de Conducta de la Unión Europea sobre Complementariedad y División del Trabajo¹⁴ que pretende hacer algo similar entre los países miembros o la Iniciativa por la Transparencia de la Ayuda Internacional (IATI en sus siglas en inglés). La cuestión de la división del trabajo requiere un análisis en profundidad de lo que cada donante está haciendo, a efectos de evitar la aparición de sectores o países huérfanos, así como una especial atención hacia el impacto que puede tener en sectores controvertidos como el de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Además, es necesario plantearse cual es el peso que deben tener las opiniones de los países socios al respecto de la salida de un donante del país.

La armonización en el sector de la salud es un reto especialmente relevante por el elevado número de donantes que suele intervenir en este ámbito. Sólo en Etiopía, por ejemplo hay 10 agencias multilaterales, 22 agencias bilaterales y más de 50 ONG trabajando en el sector, mientras que en Níger son 6 agencias bilaterales y al menos 5 multilaterales. Como veremos más adelante en los estudios de caso, existen generalmente múltiples experiencias de armonización entre donantes del sector a nivel de país, en algunos casos bajo la forma de SWAP, de Fondo común o de Country Compact. Esta armonización es particularmente importante en el caso de las asistencias técnicas que deben estar articuladas con las necesidades del país receptor y no con las del donante. Un 42% de la ayuda en salud se gastó en asistencias técnicas entre 2002 y 2006 y el impacto de una gran parte de esta ayuda en la capacidad del país socio fue insatisfactorio.

A nivel regional e internacional también existen múltiples iniciativas conjuntas encaminadas a favorecer la armonización. IHP+, Health 8, una red informal de 8 organizaciones internacionales que quieren reforzar su colaboración, Harmonizing Health for Africa o Health 4, un acuerdo formal entre cuatro agencias para favorecer la coordinación y el apoyo a salud materna e infantil en países en desarrollo, son algunas ejemplos. Si bien, el objetivo que persiguen estas iniciativas es encomiable, es preciso evitar que lleguen a multiplicarse de tal forma que den lugar a la misma dispersión que se intenta evitar.

1.4

GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS DE DESARROLLO

El principio de gestión para resultados impulsa una “administración de recursos y una mejora de la toma de decisiones con una orientación a resultados”. Los compromisos recaen tanto en los donantes como en los socios, aunque el seguimiento del avance prioriza a los países socios en el desarrollo de marcos sólidos de evaluación del desempeño, transparentes y supervisables que sirvan para medir los progresos respecto a las estrategias de desarrollo nacionales y los programas sectoriales. La gestión para resultados requiere contar con capacidades humanas y con un sistema de gestión estadística que permita obtener información de calidad a tiempo así como un sistema de conexión entre la realidad, aportada por los datos, y la planificación de estrategias y presupuestos nacionales. En realidad, se trata de que las políticas se basen en los hechos y puedan reformularse progresivamente en función del análisis del impacto que están teniendo en base a indicadores. La Iniciativa Global para el Fortalecimiento de los Sistemas de Vigilancia en Salud (CHeSS en sus siglas en inglés) se encarga de mejorar la disponibilidad, calidad y uso de la información en salud para monitorear y evaluar resultados.

En la mayoría de los países como Etiopía o Senegal estos sistemas necesitan ser fuertemente reforzados, en otros como Níger prácticamente hay que empezar a implementarlos. La disponibilidad de datos es de baja calidad y generalmente incompleta. Conocer con datos fiables, por ejemplo, cuántas mujeres mueren por causas asociadas al embarazo o el parto es prácticamente imposible. En Namibia, por ejemplo, la mejora del sistema estadístico ha llevado a un aumento de la tasa de mortalidad materna, que se encontraba subvalorada.

1.5

RENDICIÓN MUTUA DE CUENTAS

Finalmente, aunque no menos importante, la Declaración de París menciona la rendición mutua de cuentas como principio que afirma que donantes y socios son “responsables de los resultados del desarrollo”. Esto alude a la responsabilidad de transparencia e información que donantes y socios tienen hacia sus ciudadanos y parlamentos, en cuanto al uso de los fondos de la ayuda al desarrollo. A nivel general, la Encuesta 2008 de la OCDE sobre el seguimiento de la DP nos muestra que sólo el 26% de los donantes y socios han establecido mecanismos para la rendición mutua de cuentas.

Como en el caso del principio de apropiación, la rendición de cuentas está directamente vinculada a la democracia y debe tener una aplicación amplia, con una participación significativa por parte de diversos actores, incluida la sociedad civil, en la definición y seguimiento de las políticas de desarrollo. De otro modo, se corre el riesgo de convertir estos procesos en sistemas burocráticos de información en los que la ciudadanía y otros actores relevantes no estén verdaderamente implicados. Este principio intenta evitar que esto ocurra al señalar que los países socios se comprometen a reforzar los enfoques participativos involucrando de forma sistemática a una amplia representación de actores de desarrollo en la formulación y seguimiento de las estrategias nacionales de desarrollo, aunque esto en la práctica no siempre suceda.

INDICADORES DE PROGRESO

A medir a escala nacional con supervisión internacional

APROPIACIÓN

METAS PARA 2010

- 1 Los Socios tienen estrategias de desarrollo operativas – Número de países con estrategias nacionales de desarrollo (incluso ERP) con prioridades estratégicas claras y vinculadas con un marco de gastos a medio plazo y que quedan reflejadas en los presupuestos anuales. Como mínimo el 75% de los países socios

ALINEACIÓN

METAS PARA 2010

- 2 Sistemas nacionales fiables — Número de países socios cuyos sistemas de gestión de las finanzas públicas y de aprovisionamiento (a) cumplen con las buenas prácticas generalmente adoptadas o (b) tienen instaurado un programa de reformas para conseguirlo. El 50% de la asistencia técnica es coordinada
- 3 Porcentaje de flujos de ayuda que repercute en el presupuesto nacional de los países socios 85%* de los flujos de ayuda se repercutan en el presupuesto nacional
- 4 Reforzar capacidades con apoyo coordinado — Porcentaje de ayuda a la construcción de capacidad proporcionada vía programas coordinados coherentes con las estrategias de desarrollo nacional de los países socios. El 50% de la asistencia técnica es coordinada
- 5 Utilización de los sistemas nacionales — Porcentaje de donantes y flujos de ayuda que utilizan sistemas nacionales de aprovisionamiento y/o gestión de Finanzas Públicas en los países socios que (a) cumplen con las buenas prácticas generalmente adoptadas o (b) tienen instaurado un programa de reformas para conseguirlo. El 80% de donantes utilizan sistemas nacionales
- 6 Reforzar la capacidad evitando estructuras de implementación paralelas— Número de unidades especializadas de ejecución de proyectos (UPI) por país. Reducción del número de Unidades Especializadas de Ejecución de proyectos de 1817 a 611
- 7 La ayuda es más predecible — Porcentaje de desembolsos de ayuda liberados de acuerdo con programas adoptados dentro de marcos anuales o multianuales. El 71% de la ayuda es predecible
- 8 Ayuda desligada — Porcentaje de ayuda bilateral desligada. El 100% de la ayuda es desligada

ARMONIZACIÓN

METAS PARA 2010

- 9 Utilizar disposiciones o procedimientos comunes – Porcentaje de ayuda suministrada como enfoques basados en programas 66% de la ayuda se basa en programas
- 10 Fomentar análisis comunes – Porcentaje de (a) misiones de campo y/o (b) trabajos analíticos sobre países, incluyendo análisis de diagnóstico que son conjuntos. El 40% de las misiones de campo y el 66% de las evaluaciones son conjuntas

GESTIÓN ORIENTADA A RESULTADOS

METAS PARA 2010

- 11 Marcos orientados a resultados – Número de países con marcos sólidos de evaluación del desempeño transparentes y supervisables para medir los progresos en torno a (a) las estrategias de desarrollo nacionales y (b) los programas sectoriales. El 35% de los países cuentan con marcos de evaluación de desempeño

RENDICIÓN MUTUA DE CUENTAS

METAS PARA 2010

- 12 Mutua responsabilidad – Número de países socios que evalúan sus progresos mutuos poniendo en práctica los compromisos acordados sobre la eficacia de la ayuda incluyendo aquellos mencionados en esta Declaración El 100% de los países socios cuentan con mecanismos de rendición de cuentas



EL CASO DE ETIOPÍA

2. EL CASO DE ETIOPÍA

2.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

La República Federal de Etiopía, con 79 millones de habitantes y una tasa anual de crecimiento de la población de casi el 3%, es uno de los países más empobrecidos y poblados del continente africano. El total de la población menor de 15 años se espera que alcance los 36 millones (43%) a finales de 2010¹⁵, mientras que la esperanza de vida se sitúa en 54,7 años. El matrimonio temprano, la falta de acceso a métodos de planificación familiar y la ausencia de cuidados postnatales contribuyen entre otros factores al alto índice de fertilidad. El Gobierno etíope muestra una clara preocupación por lo que se considera un excesivo crecimiento demográfico y por ello está focalizando ciertas estrategias en incrementar la tasa de utilización de los servicios y métodos de planificación familiar.

El Índice de Desarrollo Humano (IDH) 2009 sitúa a Etiopía en el número 169 de un total de 179 países y el Índice de Desarrollo Humano relativo al Género (DGI en sus siglas en inglés) en el puesto 171 de 182¹⁶. A pesar del crecimiento estable del PIB en torno al 11% desde 2003 y el notable incremento de la ayuda al desarrollo dirigida a este país, un 77,8% de la población sobrevive hoy con menos de 2 dólares al día. Además, cerca del 80% de la población etíope se concentra en zonas rurales lo cual dificulta en gran medida el acercamiento de los servicios básicos a la población.

En el ámbito político, Etiopía es un país con una democracia relativamente joven. En la actualidad se conforma como un sistema parlamentario con separación de los poderes legislativo, ejecutivo y judicial, tanto a nivel federal como estatal. La Constitución de 1995 instaura un estado descentralizado, con cuatro niveles de gobierno: estatal, regional, *woreda* o distrital y, *kebele* o subdistrito.

Las instituciones democráticas del país gozan de cierta estabilidad desde 1991, cuando llega al poder el Frente Democrático Revolucionario Popular. No obstante, durante las últimas elecciones generales de 2005 se generaron sospechas sobre la existencia de fraude electoral y ello llevó a un sector amplio de la ciudadanía a denunciar la situación. Las movilizaciones arrojaron un saldo de casi dos centenares de

personas fallecidas a causa de la represión policial y cerca de 20.000 enviadas a prisión. El uso excesivo de la fuerza así como las graves acusaciones sobre la falta de transparencia del proceso electoral constatadas por la misión de observadores enviados por la Unión Europea, puso en entredicho la vocación democrática del Gobierno y causó una importante crisis en las relaciones entre la comunidad donante y el Gobierno. Esta crisis conllevó entre otras cosas la reducción de la ayuda externa y la retirada de los fondos comprometidos por los donantes para apoyo presupuestario directo.

En el ámbito económico, cada gobierno regional establece sus propias estrategias y políticas económicas, así como las instituciones responsables de su implementación, lo cual impacta negativamente en el crecimiento macroeconómico y el desarrollo a largo plazo del país. Los cambios políticos, los desastres naturales y las hambrunas sufridas por el país, unido a la guerra con Eritrea, han dejado al país con un PIB medio del 3,15% anual en los últimos 40 años, un poco por encima del crecimiento anual de la población que se sitúa en torno al 3%. En el caso del sector agrario, actividad desarrollada por el 80% de la población del país, el PIB es un poco menor, situándose en un 1,4% anual en los últimos 40 años. Esto explica que el nivel adquisitivo de la población rural haya ido en disminución en los últimos años y se hayan disparado las tasas de malnutrición, de mortalidad materna e infantil, además de reducirse la esperanza de vida a 53 años.

Después del período de escasez extrema vinculado a la guerra con Eritrea, que absorbe los pocos recursos económicos del país, el Gobierno lanza en 2002 el Programa a tres años para la Reducción de la Pobreza y el Desarrollo Sostenible, que establece como objetivo incrementar el PIB hasta el 6%. Las políticas económicas del Gobierno y el fin del enfrentamiento del enfrentamiento con Eritrea -que hace descender el gasto en defensa del 13% del PIB al 2,7%-, unido al incremento de la Ayuda Oficial al Desarrollo -que pasa de 370 millones de dólares en 2002 a 937 millones en 2004-, contribuyen a que el país alcance un crecimiento medio del 11% en 2002/03.

El sector agrario continúa siendo dominante en la economía del país, aunque su contribución al PIB disminuye, pasando de un 70%, en los años sesenta, a un 48% en la actualidad. Esta disminución impacta en la aceleración de la migración de las zonas rurales a las urbanas hasta situarla en un 6-7% anual. Desafortunadamente, las zonas

urbanas no han sido capaces de absorber los flujos migratorios provenientes del interior, lo que ha provocado mayor dependencia de la población urbana de las políticas y programas de apoyo del Gobierno y ha convertido el desempleo y la pobreza en uno de los problemas más graves.

En cuanto a la política exterior -como se ha mencionado con anterioridad-, existe una prioridad marcada por el conflicto con Eritrea, que incluso en la actualidad sigue siendo un foco de atención en las relaciones exteriores del país. En cuanto a su relación con los países vecinos, en 2006 se producen tensiones con Somalia debido a la presión de algunos grupos islamistas somalíes considerados por el Gobierno etíope como una amenaza a la seguridad nacional y a la estabilidad política de la región. Además, la guerra civil en Sudán y los constantes enfrentamientos norte-sur dificultan las relaciones con este país, y no es hasta la firma del acuerdo de paz cuando aparecen la normalidad y la estabilidad en la frontera común de ambos países.

Etiopía es sede institucional de la Unión Africana y participa en el comercio regional y global como fundadora del Common Market for Eastern and Southern Africa (COMESA) y la Inter-Governmental Authority on Development (IGAD). Además, mantiene relaciones comerciales con la UE en el marco de los Acuerdos de Cotonou y, aunque no forma parte aún de la Organización Mundial del Comercio, está en proceso de ser admitida como miembro activo en esta organización internacional.

2.2

SITUACIÓN DE LA MUJER Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

Como en la mayoría de los países, las mujeres etíopes sufren de forma muy acusada la ausencia de equidad social y económica y la falta de respeto hacia los derechos

humanos asociados a la sexualidad y la reproducción. Esta desigualdad se manifiesta, por ejemplo, en la prevalencia del VIH en mujeres, superior en más del doble a la de los hombres.

La Constitución de la República Federal Democrática de Etiopía, el Código Penal, el Código de Familia y diversas políticas como la de salud, mujer, población o VIH/Sida abordan las distintas dimensiones de los derechos de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos. La regulación legislativa, no obstante, necesita venir acompañada de más compromiso en la implementación de dichas leyes y regulaciones así como de más acciones de sensibilización que actúen sobre el trasfondo social y cultural que mantiene las percepciones discriminatorias contra la mujer.

Etiopía ha ratificado la mayoría de los instrumentos regionales e internacionales que protegen los derechos de la mujer, entre ellos la Convención sobre Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer. Sin embargo, todavía no ha ratificado y sería conveniente que lo hiciera, el Protocolo a la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos, conocido como el Protocolo de Maputo, que ofrece un marco jurídico de referencia para asegurar el respeto de los derechos humanos de la mujer en África, entre los que se encuentra el artículo 14 referido al derecho a la salud y a los derechos reproductivos. Este artículo reconoce el derecho a controlar la fertilidad, a elegir el número de hijos y el método de anticoncepción y a proteger los derechos reproductivos de la mujer mediante la autorización del aborto médico en casos de abuso sexual, violación, incesto y en los casos en los que el embarazo pueda poner en peligro la salud física o psíquica de la mujer o la vida de la madre o del feto.

Según la EDS2005, en Etiopía la tasa nacional de fecundidad decreció en los últimos cinco años hasta alcanzar los 5 hijos por mujer. El Gobierno etíope tiene como una de sus mayores preocupaciones la disminución de esta tasa con el objetivo de equilibrar el crecimiento demográfico con las aspiraciones de desarrollo del país. De esta forma, a diferencia de otros países donde esta "sensación" de presión demográfica no existe, el gobierno etíope intenta impulsar activamente el acceso de la población a servicios y métodos de planificación familiar para que aquellas mujeres o parejas que lo deseen puedan limitar el tamaño de sus

familias. Concretamente, el III Plan de Desarrollo del Sector Salud, establecido para el periodo 2005-2011, se marca como objetivo la reducción de la tasa de fecundidad a 4 hijos por mujer. Sin embargo, según los resultados de la evaluación intermedia de dicho plan es bastante improbable que dicha reducción se consiga debido a la limitada disposición y acceso a anticonceptivos.

Asimismo, el artículo 35 (9) de la Constitución etíope establece que las mujeres tienen derecho a recibir información sobre planificación familiar para prevenir posibles daños relacionados con el embarazo y el parto y para proteger su salud. No obstante, aunque la tasa de prevalencia anticonceptiva se ha triplicado en los 20 últimos años hasta situarse en 2005 en el 15%, sólo un 24% de las mujeres casadas frente al 19% de los hombres casados utiliza algún método. Por otro lado, un porcentaje relativamente alto de mujeres (78%) y de hombres (76%) afirma que prefiere limitar o espaciar el número de hijos por lo que si llegaran a utilizar efectivamente algún método de planificación familiar, la prevalencia anticonceptiva se incrementaría del 15% al 49%.

En relación con la salud materna, la tasa de mortalidad en Etiopía, una de las más altas del mundo, se sitúa en 673 muertes por cada 100.000 nacidos vivos, según datos de 2005¹⁷. El porcentaje más alto de mortalidad materna por grupo de edad se produce en el comprendido entre los 25-29 años, con un 53% de las muertes registradas, seguido del grupo de 30 a 34 años, con un 44%. Además, un 1% de las mujeres padece fístula obstétrica al dar a luz, sobre todo entre las mujeres mayores de 40 años y las jóvenes entre los 15-19 años. Según la OMS, en 2005, Etiopía registró el mayor número de muertes maternas por detrás de la India (117.000 muertes maternas), Nigeria (59.000), República Democrática del Congo (32.000) y Afganistán (26.000); y por delante de Bangladesh (21.000), Indonesia (19.000), Pakistán (15.000), Níger (14.000), Tanzania (13.000) y Angola (11.000). Estos 11 países representan el 65% de la tasa global de mortalidad materna en el mundo en el año 2005.

La atención sanitaria que recibe la mujer durante su embarazo, parto y post-parto es clave para el bienestar y supervivencia tanto de la madre como del recién nacido. Sin embargo, en los cinco años que toma como referencia la EDS 2005, la variación en el acceso y utilización de las consultas prenatales han sido mínimas y las diferencias en la

utilización y acceso a la consulta prenatal entre la zona urbana y rural abismales. Tres de cada cuatro mujeres en las zonas rurales no reciben ninguna atención prenatal, frente a lo que ocurre en la capital, donde se concentran la mayoría de los servicios y un 88% de las mujeres reciben consulta. Un 94% de los partos en Etiopía se sigue realizando en casa y la atención por parte de personal sanitario cualificado, es decir médico/a, enfermero/a o matrona, durante el parto es muy baja. Únicamente un 6% son atendidos por personal sanitario cualificado, un 28% por parteras tradicionales y, la mayoría, un 61%, son simplemente asistidos por un familiar.

La EDS2005 señala varios factores que impiden el acceso de las mujeres a la atención sanitaria, entre los cuales se incluyen la necesidad de obtener permiso del marido para acceder al servicio, la falta de recursos económicos, la distancia al centro de salud, la ausencia de transporte disponible, el deseo de no acudir sola al centro, el sexo de la persona que atiende, que debe ser mujer para influir positivamente, y la no existencia de personal cualificado en el centro. Es destacable el hecho de que el 81% de las mujeres identifiquen la falta de personal cualificado en el centro de salud como una razón para no acudir a los servicios de salud materna, siendo éste el obstáculo más relevante del conjunto mencionado en la encuesta. La falta de dinero para tratamiento, que no haya personal sanitario femenino y el transporte, son señalados por el 70% de ellas, mientras que el 60% afirman como inconveniente la distancia al centro de salud y el no querer ir solas y un 35% el no obtener el permiso de su pareja.

En relación con el aborto, el nuevo código penal etíope de 2005 permite la interrupción del embarazo en los supuestos de violación o incesto, si la salud o la vida de la madre o el feto están en peligro, si el feto sufre malformaciones, o en el caso de mujeres con discapacidad física o mental o menores que física o psíquicamente no están preparadas para cuidar de un bebé. Esta regulación supone un cambio muy significativo en la regulación de esta cuestión, que puede además convertirse en un precedente importante para futuras reformas de la ley del aborto de otros países de la región. Además, el nuevo código estipula que en caso de violación o incesto sólo será necesario la palabra de la mujer para justificar la realización de un aborto, lo que constituye un importante avance con respecto a las

legislaciones de la mayoría de los países en los que se exige que la mujer presente una prueba física o que presente una denuncia contra el violador. Otro elemento a destacar del nuevo código es la consideración que se hace de la pobreza y de otros factores sociales como elementos que por sí solos pueden justificar la reducción de una sentencia por aborto. El tribunal tiene el poder de no juzgar a una mujer en caso de aborto si éste se realizó debido a la situación de extrema pobreza de la mujer.

La constitución etíope también se hace eco de la lucha contra las prácticas tradicionales nocivas que suponen otra seria amenaza para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. El artículo 36 de la Constitución establece que “toda mujer tiene el derecho a ser protegida por el Estado de las prácticas tradicionales nocivas. Las leyes y prácticas que oprimen a las mujeres o causan cualquier daño mental o corporal están prohibidas”.¹⁸ Estas prácticas incluyen la mutilación genital femenina, realizada en la mayoría de las regiones del país y el matrimonio precoz. Algunas de estas prácticas están además criminalizadas por el Código Penal, por ejemplo del raptó, independientemente de que se consume o no el matrimonio, y la mutilación genital femenina, castigada con al menos tres meses de cárcel o una multa de 500 birr (50 dólares) y entre 3 y 5 años de cárcel cuando es infibulación. Si bien un avance importante para la lucha contra las prácticas tradicionales nocivas fue el establecimiento en 1987 del Comité Nacional Etíope sobre Prácticas Tradicionales Nocivas (EGLDAM en sus siglas en amárico), los datos de 2005 muestran un descenso muy lento en la prevalencia de la mutilación genital con un porcentaje del 74% frente al 80% en 2000.

Una de las prácticas culturales que más influyen en la situación de la mujer son los matrimonios tempranos. A pesar de que Etiopía estableció en 1995 el límite de edad para contraer matrimonio en 18 años, las uniones tempranas son una práctica común en el país. De hecho, un 40% de las niñas se casan a los 15 años, o incluso antes, siendo Amhara la región con el índice más alto de matrimonios precoces¹⁹. Estos matrimonios conllevan serias consecuencias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las menores, debido sobre todo a la presión que reciben para comenzar su etapa reproductiva.

En relación con la protección contra la violencia, el Código penal de 1957 criminalizaba el secuestro y la violación de mujeres pero los artículos 558 y 599 eximían al violador o secuestrador de cualquier responsabilidad criminal si aceptaba casarse con la víctima, lo que en la práctica equivalía a despenalizar la violación y el raptó. Esta exención, fuertemente criticada por las asociaciones de mujeres, ha sido eliminada en el nuevo Código penal de 2005, que además aumenta las penas por violación. No obstante, la práctica del secuestro de niñas y adolescentes para casarse con ellas sigue siendo una práctica habitual, aceptada socialmente. En cuanto a la violencia conyugal, a pesar de que el Código penal estipula penas de cárcel por malos tratos contra la mujer, pocas mujeres presentan denuncias debido a las dificultades que encuentran para acceder al sistema judicial y a las normas sociales que condonan la violencia física contra la mujer. La violencia conyugal sigue siendo una práctica habitual, invisible ante la justicia y con graves consecuencias para la salud de las mujeres.

2.3

EL SISTEMA DE SALUD

En 2004, el presupuesto destinado por el Gobierno etíope a cuidar la salud de la población solo alcanzó el 5,6% del PIB, una cifra muy por debajo de la media de otros países de la región y de los compromisos de la Declaración de Abuja, que establece en un 15% el porcentaje que los estados africanos deben destinar a salud. Las cifras facilitadas por el gobierno muestran que entre 1999 y 2005 se produjo un incremento del 53% en el gasto destinado a salud, aumentando la proporción per capita de 5,6 a 7,14 dólares, aunque con grandes disparidades entre regiones. Esta cifra muestra avances en la intención del país de llegar al objetivo formulado en su III Plan de Desarrollo del Sector Salud de alcanzar en 2011 los 9,6 dólares per cápita, pero, aún así, quedaría lejos de los 15,41 dólares per cápita que se han estimado necesarios para conseguir los ODM y los 34 dólares estimados por la OMS.

Ciertamente, hasta hace pocos años, el sector salud no era una prioridad para el gobierno etíope, tradicionalmente focalizado hacia el sector de la educación donde se han conseguido relevantes progresos en el acceso a la educación primaria. Entre 1990 y 1998, por ejemplo, el número de niños y niñas escolarizadas en educación primaria se incrementó de 5 a 13,5 millones gracias a la creación de cerca de 10.000 nuevas escuelas y la contratación de 100.000 nuevos profesores y profesoras. Esto no quiere decir que en salud no se hayan producido algunos progresos importantes pero con un mayor compromiso político, hubiera sido posible avanzar más rápidamente en la lucha contra la mortalidad materna y el fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud.

El sistema de salud etíope tiene cuatro fuentes principales de financiación: 1) Gobierno federal y gobiernos regionales; 2) comunidad de donantes bilaterales y multilaterales; 3) ONG locales e internacionales; y 4) contribuciones privadas. Desde 1999, la comunidad donante ha multiplicado por 2,5 la financiación destinada al sector y según los últimos datos disponibles, el Gobierno es el segundo financiador del sector sanitario a través de los presupuestos anuales, aportando un total del 31% del gasto total del sector; mientras que las contribuciones de donantes, ONG internacionales y Fondo Mundial contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria suponen el 37%.

Es importante señalar que, a pesar del incremento de la inyección de fondos dirigidos a fortalecer el sistema de salud, el sector carece todavía de la financiación adecuada para prestar un servicio efectivo a todos los segmentos de la población. La mayor parte del presupuesto a nivel de woreda se utiliza para el pago de salarios y a nivel federal, para la construcción y rehabilitación de infraestructura y centros, quedando muy pocos recursos para los costes operacionales del propio sector. La Estrategia de Financiación del Sector Salud de 2005, introduce algunas reformas al sistema de financiación del sector, que es necesario reforzar, entre las que destacan por ejemplo la retención y uso de impuestos generados en centros de salud y hospitales; la revisión y ajuste de tarifas de co-pago por parte de los usuarios; y el establecimiento de un plan piloto para poner en marcha un sistema de seguridad social en el país.

El fortalecimiento del sistema de salud se articula en torno a un Plan de Desarrollo del Sector Salud (PDSS) a 20 años, integrado a su vez con la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza (PASDEP), que recoge las estrategias del país para impulsar el desarrollo del sector y sirve de marco de referencia para el gobierno, los donantes y los demás actores de cooperación. Hasta el momento se han desarrollado dos etapas del Plan de Desarrollo del Sector Salud (PDSS I y PDSS II) y está en ejecución la tercera (PDSS III). A diferencia de sus predecesores, el PDSS III sienta las líneas de trabajo a seguir por las regiones y woredas en la planificación e implementación de actividades en el sector sanitario y establece las pautas para la armonización entre administraciones, donantes y organizaciones de la sociedad civil mediante el Manual de Armonización del Sistema de Salud.

El sistema de salud se organiza en torno a cuatro niveles de atención sanitaria: las Unidades de Salud de Atención Primaria, donde se encuentran el centro de salud y cinco puestos de salud, todas ellas dependientes del woreda; los hospitales distritales que dependen de las Oficinas Regionales de Salud; los hospitales de zona adscritos a las Oficinas Regionales de Salud y, por último los hospitales especializados, bajo control del Ministerio de Salud. La distribución de los recursos sanitarios existentes no es, sin embargo, proporcional a las necesidades de cada zona ni a los niveles de atención. A la cantidad insuficiente de personal sanitario disponible se une la concentración de la mayoría del mismo en las zonas urbanas, lo cual provoca que las zonas rurales sufran con mayor dureza la imposibilidad de llevar a cabo los programas de salud diseñados. Para incentivar al personal desplazado, algunas regiones como Oromiya y Amhara están facilitando medidas positivas para la integración familiar, el alojamiento y transporte y bonificaciones salariales. Así, por ejemplo, las jefas de enfermería ganan hasta 3,5 euros más en su salario mensual y los directores médicos hasta 14 euros.

El país tiene el índice más bajo de doctores por población y, especialmente, el número de matronas disponibles es muy reducido en ciertas regiones, donde, por ejemplo, existe únicamente una matrona por cada 100.000 personas. Los indicadores revelan que hay un médico por cada 30.000 personas, una cifra muy por debajo de lo exigido por la OMS, y aunque durante la implementación del PDSS

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN

INTERMEDIA DEL PDSS III

OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL PDSS III (2005/06-2010/11)

Cobertura de servicios de salud primaria en todos los kebeles

Reducción de la mortalidad materna de 871 a 600 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

Reducción de la mortalidad infantil antes de los 5 años de 123 a 85 muertes por cada 1.000 nacimientos, y la mortalidad infantil antes de 1 año de 77 a 45 muertes por cada 1.000 nacimientos.

Reducir el índice de fertilidad del 5,4% al 4%.

Reducir la incidencia del VIH en adultos del 0,68 al 0,65 y mantener la prevalencia del VIH en el 3,5%.

Reducir la morbilidad en malaria del 22% al 10%.

Reducir la mortalidad atribuida a la tuberculosis del 7% al 4%.

Reducir el índice de malaria en niños mayores de 5 años del 4,5% al 2% y en menores de 5 años del 5% al 2%.

RESULTADOS ALCANZADOS

A pesar de acercarse al objetivo de contratar 30.000 HEW a finales de 2008, el trabajo de estas personas queda limitado por retrasos en la construcción de los puestos de salud (72% del objetivo estimado) y falta de equipamiento de los mismos (sólo un 30% con equipamiento básico).

Los últimos datos disponibles en la EDS2005 señalan una tasa de 673 muertes por cada 100.000 nacidos vivos.

El progreso en este indicador muestra que es muy posible cumplir con el objetivo previsto gracias a implementación de programas verticales y de nutrición. No obstante, el objetivo de reducción de la MIA5 es difícil que se alcance a menos que se incluyan servicios para controlar la neumonía en los programas de salud infantil existentes.

La Limitación en el acceso a los contraceptivos complica la consecución de este indicador, a pesar de que la financiación se está incrementando.

En 2007 la incidencia del VIH en adultos es del 0,28%, mientras que la prevalencia del VIH es del 2,1%, según datos del Gobierno.

Tras 9 meses de implementación del PDSS III se alcanzó un 48% y un 55% de reducción en la morbilidad y mortalidad relacionada con la malaria.

La mortalidad atribuida a la tuberculosis es del 5% pero el índice de detección es sólo del 32%.

Las muertes por malaria en niños mayores de 5 años son del 3,3% y en menores de 5 años del 4,5%. La mortalidad para los mayores de 5 años parece haberse reducido.

AVANCES EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CONFORME A LA EVALUACIÓN INTERMEDIA DEL PDSS III

OBJETIVOS PROPUESTOS PARA EL PDSS III

Incrementar la cobertura de servicios de planificación familiar de un 23% al 45%.

Aumentar la atención al parto por personal cualificado del 9% al 32%.

Provisión de servicios obstétricos en un 87% de los hospitales y un 20% de los centros de salud.

Provisión de servicios obstétricos básicos en todos centros de salud.

Reducir el índice de embarazos adolescentes, de un 20% a un 5%, y de abortos inseguros, de un 50% a un 10%.

Incrementar la cobertura de DPT3, de un 61% a un 90%, y la proporción de niños vacunados, de un 37% a un 85%.

RESULTADOS ALCANZADOS

Los servicios de planificación familiar se incrementaron el 30% durante el primer año del PDSS III.

Incremento de entre un 12 -16%.

Menos de un 50% de los hospitales tiene personal formado en atención obstétrica.

25% de los centros de salud ofrecen servicios obstétricos básicos.

No existen datos disponibles, pero los servicios de aborto seguro en el sistema público están en una etapa temprana de implementación.

DPT3 se incrementó hasta el 73%.
La vacunación se incrementó hasta el 55%.

I y II, el número de trabajadores en el sector pasó de 16.782 a 45.817, el incremento en el porcentaje de matronas sólo fue del 3%, frente al 37% en los profesionales médicos, el 32% en los especialistas, el 79% en los oficiales sanitarios y el 49% en el personal de enfermería. El objetivo del PDSS III es asignar al menos dos matronas diplomadas y un oficial de enfermería con formación en emergencias obstétricas en cada centro de salud, lo cual implicaría que para los 2.229 centros de salud previstos en 2010 se necesitarían 3.184 nuevas matronas.

La alta demanda de personal sanitario cualificado del sector privado y las ONG produce también serias dificultades de retención y contratación de personal por el sistema público de salud, que ofrece salarios más bajos, sin incentivos ni beneficios y con pocas posibilidades de formación y desarrollo profesional. Además, la falta de motivación y de protocolos que regulan la descripción de roles y actividades por puesto, así como la ausencia de equipamiento para realizar el trabajo de forma efectiva, crean un ambiente de trabajo difícil y poco eficaz que provoca insatisfacción profesional y el abandono del puesto de trabajo. Por otro lado, existe un gran déficit a nivel formativo. Los programas de los centros de formación no están actualizados, las aulas y la infraestructura son insuficientes para el aumento de estudiantes y existen serios desequilibrios entre la formación de hombres y mujeres, ya que apenas hay mujeres con titulación superior. En el caso de las matronas, por ejemplo, si bien en Etiopía la formación de este personal sanitario comenzó hace más de 50 años, el número de profesionales disponible es algo más de 1.000 para una población de cerca 80 millones de habitantes. La importancia otorgada en los distintos planes de desarrollo sanitario a la formación y contratación de matronas no se ha traducido en una política real con este objetivo, que sí se ha puesto en marcha, en cambio, con otros profesionales sanitarios. La formación de matronas se ejerce como una extensión del oficio de enfermería y los planes formativos son muy pobres. Existen 18 centros de formación sanitaria con estudios para matronas y ocho escuelas de enfermería privadas y públicas, aunque muchos no cuentan con la infraestructura ni el equipo necesario para una formación de calidad (escaso número de tutoras matronas, pocas aulas y salas para prácticas, falta de modelos de formación) y el apoyo presupuestario del Gobierno es escaso y poco predecible²⁰.

Con objeto de impulsar el fortalecimiento del sistema de salud y hacer frente a éste y otros aspectos estructurales que lo debilitan, el Gobierno etíope, con apoyo de los donantes internacionales, ha puesto en marcha diversos programas destinados a fortalecer el sistema de salud. A través del primero de ellos, por ejemplo, el Ministerio de Salud ha desarrollado 16 Paquetes de Servicios de salud básica divididos en cuatro áreas de intervención: 1) higiene y salubridad medio-ambiental; 2) Prevención y control de enfermedades; 3) Servicios de salud de la familia, dentro de los cuales se incluye salud materna e infantil, vacunación, control de enfermedades infantiles, planificación familiar y salud de jóvenes y adolescentes, y 4) Educación para la salud y comunicación.

Una segunda iniciativa, conocida como Health Extension Workers (HEW), constituye el programa más ambicioso del gobierno etíope en materia de recursos humanos. Su objetivo es formar a cerca de 30.000 trabajadores comunitarios de salud y adjudicar a dos por cada puesto de salud ubicado a nivel de Kebele para ofrecer atención sanitaria a unas 5.000 personas. Hasta el momento se ha conseguido formar y contratar a 24.500 HEW, lo cual demuestra un grado de consecución alto con un 82% del objetivo previsto. Desde varios sectores, no obstante, se cuestiona la eficacia de este programa por la limitada formación que recibe el personal, por el elevado número de tareas en distintos ámbitos de la salud que deben desempeñar y por la falta de conocimientos prácticos, sobre todo en algunas áreas, como la salud materna. De hecho, si bien a través de las HEW se puede lograr acercar la salud a la población, la reducción de las tasas de mortalidad materna requiere personal de enfermería y matronas mayor en número y mejor formado así como estrategias de incentivación del personal existente para garantizar la provisión de servicios a nivel rural.

Junto con el programa HEW y el paquete básico de salud, el Ministerio de Salud está desarrollando el Programa de Rehabilitación, Construcción y Equipamiento de Instalaciones de Salud, iniciado durante el PDSS II y continuado en el PDSS III. Con él se persigue crear 15.000 puestos de salud en los Kebeles y 3.200 centros de salud en Woredas. La evaluación intermedia de este plan revela que se han construido un 73% de los puestos de salud propuestos, es decir un total de 13.625 puestos de salud de los 17.000 previstos, aunque se han equipado únicamente el

30%. De hecho, el mantenimiento de las instalaciones es otro problema en lo referente a infraestructura, mobiliario y equipamiento médico pues no existe ningún fondo institucional destinado a ello. En algunos casos, no obstante, las regiones con mayor capacidad han conseguido la generación y retención de impuestos para el mantenimiento de los centros, lo que proporciona además de garantizar el funcionamiento de los mismos, otorga cierto sentido de propiedad y control sobre los mismos.

2.4

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR DE LA SALUD

Etiopía es uno de los países con mayor desarrollo de políticas y programas relacionados con la reducción de la pobreza. En los últimos años, el Gobierno etíope ha hecho un enorme esfuerzo para determinar cómo quiere avanzar hacia la consecución de los ODM en salud y ello se ha reflejado en un amplio abanico de políticas y planes que detallamos más abajo. Este marco de políticas es un aspecto muy positivo para la apropiación de políticas y el alineamiento de los donantes. El reto reside fundamentalmente en transformar las palabras en hechos y mejorar las condiciones de salud de la población.

En el sector de la salud no existe prácticamente ningún aspecto que no cuente con su correspondiente regulación y planificación. Además de la política sectorial de salud, reflejada en el Plan de Desarrollo del Sistema de Salud, el gobierno etíope ha adoptado múltiples estrategias para impulsar la salud sexual y reproductiva de la población. Una de las más antiguas es la Política Nacional de Población que intenta armonizar el ratio de crecimiento demográfico con la capacidad del país para desarrollarse y garantizar el bienestar de la población mediante la utilización de los recursos naturales

propios. Su implementación corresponde al Consejo Nacional de Población, compuesto por varios ministerios, centros académicos y la oficina del gobierno, que se encarga de coordinar el plan operativo y las actividades con otros agentes sociales y políticos.

Como muchos otros países del ámbito de la Unión Africana, Etiopía lanzó también en 2001 una Iniciativa Piloto por la Maternidad Segura, bajo responsabilidad del Ministerio de Salud y con la colaboración de la OMS, UNFPA, UNICEF y el Banco Mundial. La iniciativa perseguía aumentar el número de personal sanitario cualificado para la asistencia al parto así como dotar a los centros de salud y hospitales de servicios de emergencias obstétricas, aunque quedó en una mera declaración de intenciones y no llegó a mostrar resultados a nivel de implementación. La Estrategia Nacional de Salud Reproductiva 2006-2015 (ENSR) recoge las prioridades y objetivos a alcanzar en materia de salud materna y reproductiva en el país, para lo cual se priorizan seis ámbitos de actuación: el fortalecimiento de las estructuras sociales e institucionales para garantizar la salud de la mujer; la fecundidad y la planificación familiar; la salud materna y del recién nacido; el VIH/Sida; la salud reproductiva en adolescentes y el tratamiento de órganos reproductivos cancerígenos. El Ministerio de Salud es responsable de velar por la implementación y monitoreo de la ENSR, a excepción del primer eje sobre el estatus de la mujer, que es responsabilidad del Ministerio de Asuntos de la Mujer. El Ministerio de Salud ha desarrollado un Plan Operativo de la ENSR donde se concretan las acciones, el calendario, los ministerios y las oficinas de gobierno encargadas de la implementación de las diferentes acciones.

Más específica aún que la ENSR es la Estrategia Nacional de Salud Reproductiva para Jóvenes y Adolescentes 2007-2015 (ENSRA), también responsabilidad del Ministerio de Salud. Alineada con la primera, esta política persigue incrementar el acceso a servicios de calidad en materia de salud reproductiva para jóvenes entre los 10 y 24 años, para lo cual se reconoce la importancia de la colaboración con socios, ONG, sector privado y donantes para la implementación de iniciativas y programas centrados en la salud reproductiva de jóvenes y adolescentes. De la misma manera, la ENSRA reconoce una perspectiva multisectorial

que incluye velar por la asistencia de los y las más jóvenes a las escuelas, programas de medios de vida para adolescentes, fortalecimiento de la normativa legal relacionada con los derechos de los adolescentes y, especial atención a los grupos de adolescentes más vulnerables al impacto negativo de una salud reproductiva no cuidada.

En el ámbito de la lucha contra el VIH/Sida, a pesar de la baja prevalencia del país, posiblemente infravalorada por la falta de datos fiables, Etiopía cuenta desde 1998 con una Política Nacional de VIH/Sida para dar respuesta efectiva a la enfermedad y hacer frente a las carencias en el sistema de salud con la formulación de políticas y programas que de manera efectiva contribuyan a reducir la incidencia del VIH y Sida. El organismo responsable de su implementación es el Ministerio de Salud, que, a su vez, debe establecer los recursos que se necesitan para llevar a cabo las actividades y colaborar con el Gobierno y los donantes internacionales para movilizar los recursos necesarios.

Todas estas políticas mencionadas arriba, se relacionan a su vez con el Plan de Acción Nacional para la Equidad de Género (PANGE) de 2006. Este es el instrumento político del que dispone el Gobierno etíope en la actualidad para incorporar la perspectiva de igualdad de género en las diferentes políticas nacionales, así como en la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza. Se trata de un plan de acción a cinco años cuyo principal objetivo es alcanzar la igualdad de género entre mujeres y hombres en el desarrollo social, político y económico del país. Este plan es una actualización de la anterior Política Nacional de la Mujer, aprobada en 1993, que había quedado obsoleta tanto en relación al contexto político, económico y social del país como en los compromisos internacionales del propio Gobierno para la promoción de la igualdad de género. La responsabilidad para la implementación de las acciones descritas en el Plan de Acción recae en el Gobierno etíope y sus ministerios, especialmente en el Ministerio de Asuntos de la Mujer, aunque desafortunadamente, el PANGE no se concreta en un presupuesto determinado y es conocido que el MAAM es uno de los ministerios más debilitados políticamente y con menos recursos tanto económicos como de capacidad del personal.

2.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La presencia de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en Etiopía es bastante reciente. Comenzó sus operaciones en el país africano en 2007, con la apertura de la Oficina Técnica de Cooperación (OTC) en Addis Abeba y la firma de la Comisión Mixta Hispano-Etíope de Cooperación para el Desarrollo 2008-2010, que define las acciones de colaboración y ayuda al desarrollo entre ambos países en ese periodo.

Con el Plan Director 2005-2008, Etiopía pasa a ser considerado País de Atención Especial de la cooperación española, lo que provoca un cambio en las relaciones de cooperación de ambos países. En 2006, se elabora el Plan de Actuación Especial de la Cooperación Española para Etiopía 2006-2008, que sienta las bases de la cooperación en el país siguiendo el espíritu de la Declaración de París: alineamiento con las políticas del país, en especial con la Estrategia de Reducción de la Pobreza, coordinación y complementariedad con otros actores de la cooperación española, orientación en las acciones hacia la consecución de los ODM y armonización con otros donantes para aumentar la eficacia de la ayuda²¹. Aunque se tiene en cuenta la contribución de las ONGD españolas y los organismos internacionales, se destaca como prioridad el uso de nuevos instrumentos de financiación de la ayuda, especialmente el Programa multidonante de Protección de Servicios Básicos, gestionado por el Banco Mundial, los fondos comunes, como el Fondo ODM, o los fondos del Grupo de Donantes (DAG), además de la financiación directa a las ONG etíopes.

La OTC es responsable de identificar, gestionar, coordinar y hacer seguimiento de las intervenciones de cooperación que competen a la AECID, así como de apoyar a las instituciones españolas en el desarrollo de proyectos de cooperación. En cuanto a los mecanismos de coordinación, la OTC debe participar en la Programación

Conjunta impulsada por la Comisión Europea en Etiopía para que los países miembros establezcan de forma coordinada su ámbito prioritario de actuación en el país, así como en los mecanismos de coordinación del grupo de donantes (DAG, en sus siglas en inglés). En la actualidad, los recursos humanos con los que cuenta esta oficina son demasiado limitados para el volumen de ayuda que se canaliza hacia este país y el nivel de diálogo de políticas y de espacios de armonización y coordinación con otros donantes que están operativos y es por ello urgente reforzar la oficina con más personal técnico y establecer responsables sectoriales en género y salud si se quiere tener una participación activa y no sólo derivar recursos.

Las líneas prioritarias de la cooperación española en Etiopía son, de acuerdo al plan de Actuación Especial, la salud, la educación y el desarrollo rural. La equidad de género es considerada una prioridad transversal y no se establece ninguna prioridad geográfica, colocando la actuación de la cooperación hispano-etíope a nivel nacional. En la línea de salud se focaliza sobre todo el apoyo hacia la implementación del III Plan de Desarrollo del Sector Sanitario, es decir, hacia el fortalecimiento del sistema de salud con especial atención al Programa de Extensión del Sistema de Salud, la formación de personal y el fortalecimiento institucional de las oficinas regionales de salud. Además, la Comisión Mixta específica que apoyará la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y la lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas aunque no existe ninguna acción concreta en este sentido salvo el millón y medio de euros que se ha destinado al sistema de salud de Amhara para la lucha contra la leishmaniasis²².

Para el período de ejecución 2008-2010, el marco presupuestario para la cooperación con Etiopía se fija en 20 millones de euros anuales a nivel bilateral y multilateral y 10 millones de euros para ONGD, ambos fondos no reembolsables y sujetos a disponibilidad presupuestaria. Además, el Banco Mundial gestiona los 8,67 millones de dólares estadounidenses del programa de conversión de deuda entre Etiopía y España, realizado en el marco del Plan África²³. Sólo en 2008, los fondos destinados a Etiopía ascendieron a 40 millones de euros, sobrepasando las previsiones iniciales debido a la ayuda de emergencia. De éstos, 16 millones de euros fueron para AOD bilateral y 13,5 millones de euros a ayuda humanitaria.

A nivel bilateral, el apoyo al sector salud se canaliza a través de tres vías. Por un lado, conforme al Acuerdo de Financiación Conjunta entre donantes y el Ministerio de Salud firmado en abril de 2009, mediante una aportación de 5 millones de euros en forma de apoyo presupuestario directo dirigido al Fondo ODM, creado por el gobierno etíope para armonizar y concentrar toda la ayuda en salud. Con la firma de este acuerdo y el Compact Etiopía, impulsado por la IHP, España se compromete a participar en este fondo durante tres años. Aunque el Fondo ODM fue creado para apoyar el fortalecimiento del sistema de salud a través de la implementación del III Plan de Desarrollo Sanitario, la aportación española se quiere destinar específicamente a dos de los cuatro componentes del mismo: el Programa de Extensión del Sistema Sanitario y el componente de provisión de servicios de salud, que incluye el equipamiento de los centros de salud para ofrecer cuidados obstétricos y formación a oficiales de salud en atención y servicios obstétricos. No obstante, esta distribución no puede ser monitoreada puesto que los mecanismos del Fondo no permiten conocer cuánto dinero se destina a cada componente o subcomponente e incluso presentan limitaciones para que se pueda demostrar que el dinero se dirigió al sector salud.

Por otro lado, la cooperación española apoya el Programa de Protección de Servicios Básicos, gestionado por el Banco Mundial, con 10 millones de euros, convirtiéndose así en el octavo de los 11 donantes que se suman a la segunda fase de este programa. Además, contribuye al Fondo General y al Fondo de Género del DAG con 18.000 y 100.000 euros respectivamente, para financiar, en el primer caso, el mantenimiento del Secretariado del DAG y las asistencias técnicas puntuales para evaluar la implementación de la Estrategia Nacional de Lucha contra la Pobreza, y para apoyar capacitaciones de personal y el fortalecimiento institucional del MAAM, en el segundo caso. La cooperación española también contribuye directamente al fortalecimiento institucional del MAAM con otros 400.000 euros y financia una serie de asistencias técnicas para la formación de funcionarios de alto nivel del Ministerio de Salud etíope que se realizaron por medio de la Fundación CSAI y la Universidad Carlos III. Se está intentando armonizar estas asistencias técnicas con los compromisos del Compact Etiopía, puesto que fueron aprobadas con anterioridad a la firma de éste.

Adicionalmente a estas tres líneas temáticas, la cooperación española apoya intervenciones para la promoción de la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos por la vía multilateral. Uno de ellos es el programa Leave No Woman Behind 2008-2010, financiado por el Fondo PNUD-España²⁴ a través de la ventana de igualdad de género y autonomía de las mujeres, con una cantidad total de 7,5 millones de dólares. El PNUD, a través del Coordinador Residente, es el agente administrador del fondo, quien supervisa el diseño e implementación de actividades y preside las reuniones regulares del Comité Directivo. Las agencias participantes, en este caso UNFPA como agencia líder, y PMA, como agencia de apoyo, son responsables de la elaboración de los informes programáticos y financieros del fondo mientras que el MAAM coordina el programa a nivel federal y las Oficinas Regionales de la Mujer a nivel regional.

Una segunda iniciativa apoyada por la cooperación española financia a UNIFEM Etiopía con 860.000 euros para el fortalecimiento institucional del MAAM, el desarrollo de capacidades de género a nivel transversal en diferentes ministerios y gobierno y la investigación en temas en género. En el área de fortalecimiento institucional, UNIFEM Etiopía apoya al Ministerio de Asuntos de la Mujer y al Ministerio de Desarrollo Económico y Finanzas con dos asistencias técnicas que se ubican en el caso del MAAM, en el departamento de Relaciones Públicas y Comunicación y en el caso del MDEF en el departamento de Asuntos de la Mujer. En el primer caso, el cometido de la asistencia técnica es fortalecer las relaciones del MAAM con otros ministerios y oficinas de la mujer a nivel regional y de woreda así como apoyar su estrategia de comunicación institucional para fortalecer y dar a conocer las responsabilidades y trabajo del Ministerio. En el segundo caso, se trata de evaluar y hacer seguimiento para que todos los planes de trabajo y protocolos del MDEF incluyan la perspectiva de género.

En relación con la ayuda canalizada a través de ONG, durante el año 2008, la cooperación española destinó unos 4 millones y medio de euros a proyectos. Las ONG españolas trabajan principalmente en ayuda humanitaria, emergencias y seguridad alimentaria y entre ellas se encuentran Intermón-Oxfam, Cruz Roja Española y Médicos sin Fronteras. Los proyectos en el área de salud y derechos sexuales y reproductivos son escasos aunque existen algunos

ejemplos, como el proyecto desarrollado por AMREF en la región de Afar, dirigido a población pastoralista. Además, la cooperación española ha apoyado a ONG locales como Kembatta, organización enfocada en el avance de los derechos de la mujer, con 60.000 euros para la construcción de un centro comunitario. Por su parte, el Comité Nacional para la Eliminación de las Prácticas Tradicionales Dañinas (EGLAM en sus siglas en amárico) que trabaja en colaboración con la organización vasca Fundación Haurralde en un proyecto para la lucha contra la mutilación genital femenina en Etiopía, obtuvo 120.000 euros de AECID para actividades destinadas a la lucha contra la fístula obstétrica, la ablación y otras prácticas tradicionales dañinas.

A nivel de cooperación descentralizada, la cooperación catalana es la única presente hasta el momento en temas de salud y derechos sexuales y reproductivos en Etiopía. Está financiando un proyecto de UNFPA enfocado a fortalecer el sistema de salud primaria para responder a las complicaciones derivadas de la práctica de la mutilación genital femenina en la región de Afar, una de las zonas más afectadas por estas prácticas en el país. El proyecto persigue sensibilizar a la comunidad y a los profesionales de la salud sobre las implicaciones que tiene la mutilación genital femenina para la salud reproductiva de las mujeres y en especial pone el foco de atención en las mujeres pastorales de dos woredas de Afar.

2.6

EL PROCESO HACIA

LA EFICACIA DE LA AYUDA

Etiopía destaca como uno de los países receptores de ayuda con mayor nivel de implementación de la agenda de París. A pesar de las tensiones generadas por la crisis de 2005, Etiopía ha sido y es uno de los socios favoritos de la cooperación internacional y actualmente se sitúa entre los 10 principales beneficiarios de ayuda del mundo²⁵. Los donantes presentes en este país a nivel multilateral incluyen al

Banco Africano de Desarrollo, la Comisión Europea, PNUD o el Banco Mundial mientras que a nivel bilateral encontramos a Canadá (CIDA), Reino Unido (DFID), Estados Unidos (USAID), Noruega, Holanda, Suecia (SIDA), Irlanda (Ireland Aid); Alemania (GTZ), Japón (JICA), Italia o España (AECID), entre otros.

El Ministerio de Economía y Finanzas es el responsable de negociar toda la ayuda con los socios del desarrollo a nivel federal y posteriormente distribuye el presupuesto a las regiones y woredas. A través del Manual de Armonización del Sector Salud (MASS), el Gobierno intenta articular y coordinar a todos los actores implicados en la implementación del III Plan de Desarrollo del Sector Salud, con el objetivo de incrementar la eficacia de la ayuda y que toda la comunidad donante, las ONG locales e internacionales y el Gobierno trabajen bajo la premisa “un Plan, un Presupuesto, un Informe”. En 2008/09 la contribución de la ayuda externa al presupuesto total de Etiopía fue de un 30% sin contar con aquellas partidas que no se canalizaron a través de los sistemas gubernamentales. Esta cifra demuestra la alta dependencia del apoyo de los donantes por parte de este país, un apoyo que en términos absolutos de ayuda se ha multiplicado por dos desde los años 90 situándose actualmente en torno a los 2000 millones de dólares²⁶. Aproximadamente un tercio de esta ayuda se aporta vía bilateral, mientras que la mayor parte llega vía multilateral.

Como hemos visto en capítulos anteriores, en el sector salud, la contribución de los donantes es algo mayor y representa un 37% del presupuesto frente al 31% que procede de fuentes de ingreso locales. Por otro lado, a nivel de desarrollo programático, el sector salud y el sector género destacan en Etiopía por contar con una amplia variedad de políticas y estrategias que cubren casi todos los aspectos más relevantes. Así, por ejemplo, Etiopía cuenta con un Plan de Desarrollo del Sector Salud a 20 años, que se implementa en planes quinquenales, una Política Nacional de Población, una Política Nacional de VIH/Sida, un Plan de Acción Nacional para la Equidad de Género, una Estrategia Nacional de Salud Reproductiva y una incipiente Estrategia Nacional de Salud Reproductiva para Jóvenes y Adolescentes, que pretende dar respuesta a las altas tasas de embarazo adolescente en el país.

A nivel de coordinación de la ayuda, en la práctica, son múltiples las fórmulas y mecanismos que se utilizan para canalizar y armonizar la ayuda al sector salud. Actualmente están operativos el Grupo de Donantes -DAG-, con su fondo canasta de financiación para el sector salud, el Banco Mundial, con su Programa de Protección a Servicios Básicos, o el International Health Partnership, este último el más reciente de los mecanismos de coordinación que persigue la armonización de la ayuda al sector salud mediante la adopción del Compact Etiopía y la canalización de apoyo presupuestario al Fondo ODM. Además de estos mecanismos de carácter internacional y multidonantes, y el tradicional apoyo a programas y proyectos, existen otras iniciativas verticales de financiación, asociadas a las enfermedades de la pobreza, como el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la tuberculosis y la malaria, la iniciativa IAVI, el PEPFAR²⁷ o el reciente programa financiado por la Agencia de Cooperación de los Estados Unidos, denominado “Integrated Family Health Program”, que apoya el fortalecimiento del sistema de salud así como la implementación de su plan sectorial.

APROPIACIÓN

El grado de apropiación de las políticas de desarrollo por parte del gobierno etíope es muy alto. Este fuerte liderazgo del gobierno en el sector salud se inicia en 1997 con la introducción del enfoque sectorial de salud (SWAP en sus siglas en inglés) y se ha ido reforzando tras la adopción de la Declaración de París. El Gobierno mantiene un diálogo constante con las más de 40 agencias bilaterales y multilaterales que colaboran en el sector salud y ha puesto en marcha diferentes iniciativas para orientar todos los fondos y recursos hacia la implementación de su política sanitaria. De esta forma, preside, junto con el Banco Mundial, el Coordinador Residente de Naciones Unidas y las dos agencias bilaterales que representan al DAG, el Foro de Alto Nivel que desde 2003 reúne anualmente a Gobierno y donantes para hacer seguimiento de la ayuda. Por otro lado, lidera los distintos comités y grupos de trabajo creados para dar seguimiento a los distintos sectores y ha tenido un rol prioritario en la elaboración del Compact firmado en 2008 en el marco de la iniciativa IHP. Además, otro de los resultados de la iniciativa del Gobierno para promover

la agenda de armonización y alineamiento de los actores del sector salud, ha sido la adopción de un Código de Conducta y un Manual de Armonización del Sector Sanitario, que no impide, no obstante, que los donantes sigan estando atados, en la práctica, a condicionantes políticos o técnicos que impiden progresar más rápidamente en esta coordinación.

La participación de la sociedad civil y su presencia en los espacios de coordinación y de toma de decisiones, en cambio, es muy limitada y probablemente se vea aún más reducida tras la implantación de la nueva ley de ONG. Aunque la CRDA, por ejemplo, representa a la sociedad civil en el Comité Ejecutivo Conjunto, la mayor instancia de seguimiento del Plan de Desarrollo del Sector Salud, integrado por Gobierno y donantes, así como en el Foro Consultivo Donantes – Ministerio de Salud²⁸, su capacidad de negociación es bastante reducida, no sólo por la falta de transparencia en la información y en los procesos de toma de decisiones, sino también por la falta de recursos internos y apoyo institucional para seguir este tipo de procesos. Como se plantea en Accra, el rol de la sociedad civil debe ser el de un actor independiente de pleno derecho para participar y llamar a los gobiernos y donantes a rendir cuentas sobre los resultados de sus estrategias de desarrollo y los esfuerzos para implementar la agenda de eficacia. Para ello, es imprescindible que las organizaciones etíopes tengan acceso a fondos predecibles y a largo plazo que les permitan fortalecerse en este rol, incluyendo que les sean aplicables los nuevos mecanismos de financiación.

Como hemos señalado en capítulos anteriores, garantizar la legitimidad y eficacia de la ayuda implica asegurar una participación plural de actores en la elaboración y seguimiento de las políticas y estrategias de desarrollo. Dentro de un rango “A-E” donde “A” significaría el más alto nivel de apropiación, la Encuesta de la OCDE para el seguimiento de la Declaración de París²⁹ sitúa a Etiopía en un nivel “B”. La encuesta reconoce que se han producido progresos desde 2006 a través de una más amplia participación de la sociedad civil y el sector privado en la formulación, implementación y seguimiento de políticas. Además, aunque el rol del parlamento no es todo lo activo que podría ser en la adopción y control de las políticas y presupuestos de desarrollo, la encuesta valora muy positivamente que la Estrategia de Reducción de la

Pobreza fuera finalmente aprobada por este organismo. Independientemente de los avances positivos, ciertos posicionamientos y actuaciones del Gobierno etíope están limitando la calidad y la amplitud de la participación de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones. El Gobierno no ha dudado en cerrar temporalmente aquellas organizaciones de las que ha recibido críticas y con la nueva ley de ONG, la participación democrática y el rol de la sociedad civil parecen quedar relegados al de un mero proveedor de servicios.

Alentadas por la existencia de financiación exterior, en la década de los 90, el número de ONG de la sociedad civil, muchas de las cuales se dedican a promover la salud, los derechos sexuales y reproductivos y los derechos de las mujeres, prolifera ampliamente. De hecho, alrededor de 400 están implementando en la actualidad proyectos de salud o relacionados con la salud y aproximadamente 330 centros de salud son gestionados por ONG³⁰. El Gobierno etíope ha mostrado abiertamente su malestar hacia determinadas actividades desarrolladas por las organizaciones de la sociedad civil, bajo la consideración de que las organizaciones financiadas por fondos extranjeros no deben “interferir” en las políticas del país. Mientras el gobierno se siente legitimado para tomar decisiones a pesar de recibir ayuda externa, no considera extensible esa legitimidad a las ONG. Al mismo tiempo, mientras las mismas ONG etíopes demandan a los donantes más independencia y autonomía para decidir acerca del destino de los fondos recibidos, la ayuda externa es absolutamente imprescindible para trabajar en el sector de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud o los derechos sexuales y reproductivos, puesto que el Gobierno no destina fondos a estos actores en estos ámbitos.

Encontramos por tanto posiciones contradictorias del Gobierno etíope que se muestra abierto a que las organizaciones trabajen en línea con sus prioridades pero no a que éstas actúen de forma independiente en ámbitos como derechos humanos o democracia. Así, por ejemplo, en julio de 2009 42 ONG son suspendidas por actuar fuera de su mandato y acusadas de reportar abusos de derechos humanos para interrumpir la paz y el desarrollo de la región³¹. Meses antes, en Febrero de 2009, el Gobierno promulga una nueva ley, conocida como “ley de ONG”, que impide o limita el trabajo en derechos humanos, igualdad de géne-

ro, incidencia política y rendición de cuentas de la mayoría de las organizaciones tradicionalmente enfocadas en este campo. Además de regular el registro, gobernanza y financiación de las ONG, la nueva normativa establece penalizaciones, se reserva el poder de investigar y supervisar el trabajo de las mismas e instaura una nueva clasificación de las ONG en función del origen de su financiación³²:

- Organización Etiope – organizaciones que no reciben más del 10% de sus ingresos de financiación extranjera, es decir el 90% de su financiación proviene del gobierno o de donantes privados etíopes.
- Organización Residente – organizaciones etíopes que reciben más del 10% de sus fondos de financiación extranjera
- Organización Extranjera – organizaciones cuyo personal es extranjero, están dirigidas por personas extranjeras y reciben financiación extranjera.

La ley establece que sólo las organizaciones que se registren como “etíopes”, es decir aquellas que reciban menos del 10% de financiación extranjera, podrán trabajar en la mejora de los derechos humanos y la democracia, la promoción de la igualdad de género, las cuestiones religiosas, la promoción de los derechos de las personas con discapacidad y los niños y niñas, la promoción de la resolución de conflictos o la reconciliación y la promoción de la eficacia de la justicia y las fuerzas del estado. Las organizaciones nacionales que se registren como “organizaciones residentes” y las “extranjeras” sólo podrán trabajar en la provisión de servicios dirigidos a la reducción de la pobreza, la mejora de la salud, la educación, el desarrollo de capacidades según las directrices de desarrollo del gobierno, la mejora de la cultura y las artes, los deportes y la juventud.

Para la mayoría de las organizaciones y redes que trabajaban en incidencia política, esta nueva regulación supone perder más del 90% de su financiación o someterse a las limitaciones impuestas por el gobierno. En general, hay un deseo de seguir trabajando desde un enfoque de derechos humanos en temas de incidencia y rendición de cuentas ya que se consideran clave para el desarrollo del país pero en este contexto futuro será difícil hacerlo.

La voluntad de los donantes de apoyar el fortalecimiento de la sociedad civil queda también bastante limitada por esta ley. El DAG por ejemplo apoya a organizaciones de la sociedad civil en cuatro áreas principales: fortalecimiento de redes, producción de estudios e investigaciones y trabajo de incidencia; seguimiento e implementación de políticas de lucha contra la pobreza y fortalecimiento de las organizaciones de la sociedad civil, a través del Programa de Apoyo a la Sociedad Civil creado en 2006. El Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria también canaliza parte de la ayuda en Etiopía a través de dos redes de ONG (EIFDDA y NEP+) y el Banco Mundial cuenta con un componente de su Programa de Protección de los Servicios Sociales Básicos destinado a fortalecer a la sociedad civil. La Comisión Europea por su parte tiene en marcha un Fondo de Sociedad Civil, dentro del Acuerdo de Cotonou, dotado con 10 millones de euros que se destina específicamente a fortalecer las capacidades de las organizaciones y su implicación en la buena gobernanza a través de la defensa de derechos³³. No obstante, con este nuevo contexto será complicado poder seguir apoyando un trabajo de seguimiento de políticas e incidencia desde la sociedad civil que trabaja en el sector salud.

En definitiva, el gobierno etíope pretende legítimamente regularizar el ámbito del asociacionismo y hacerlo más transparente renovando una legislación que data de 1960 y que está completamente desfasada. Evidentemente las medidas para mejorar la auditoría y rendición de cuentas de las asociaciones o para crear un Código de Conducta y visibilizar la base social que está detrás de una organización son medidas que deben interesar a todo el movimiento asociativo, ya que le otorgan mayor credibilidad. No obstante, ello no puede ser utilizado como excusa para convertir a las ONG en proveedoras de servicios, limitando y desvirtuando la esencia del movimiento asociativo civil.

Igual que ocurrió tras las elecciones de 2005, algunos donantes europeos, sobre todo Países Bajos y los países nórdicos, han vuelto a mostrarse inquietos ante esta nueva legislación y han paralizado su participación en determinados mecanismos de ayuda. El Grupo de Donantes (DAG) lanzó un comunicado público en el que independientemente de reconocer la necesidad de un marco regulador para las organizaciones de la sociedad civil,

mostraba su preocupación ante las posibles restricciones que la nueva ley puede imponer al trabajo en materia de derechos humanos y activismo social y cómo estas pueden afectar al trabajo y programas que el DAG viene desarrollando con ellas³⁴.

ALINEAMIENTO

El principio de alineamiento es uno de los objetivos más complejos de la Declaración de París. El hecho de que la mayoría de los indicadores se concentren en este objetivo es prueba de ello. Un mejor alineamiento requiere cambios en el comportamiento de los donantes en el uso de los sistemas nacionales y la previsibilidad de su ayuda, pero también sistemas nacionales más sólidos, para disponer de estrategias, planes operativos, presupuestos y marcos de seguimiento más eficaces. Todos estos elementos deben existir para que el Gobierno pueda identificar las necesidades y prioridades que deben apoyar los donantes y a las que los donantes deben responder.

El progreso de Etiopía, en base a este principio, tiene oscuros y claros. Según la Encuesta 2008 de la OCDE, se han mejorado los sistemas públicos de gestión y aprovisionamiento, una de las grandes debilidades del Estado, ahora más transparentes y sólidos, al igual que la coordinación con los donantes, y se han reducido a la mitad las unidades de ejecución paralelas. Ello no ha impedido sin embargo que la crisis política que vivió el país tras las elecciones de 2005 generase una disminución de la ayuda canalizada a través de los sistemas nacionales del país, del alineamiento de los flujos de ayuda con las prioridades nacionales y de la previsibilidad de las aportaciones de los donantes.

Uno de los objetivos de la Declaración de París para 2010 es conseguir que al menos el 85% de la ayuda canalizada a los países en desarrollo se refleje en el presupuesto del Estado. En el caso de Etiopía, la Encuesta de la OCDE de 2008 muestra una caída del 74% al 62% en este indicador, provocada justamente por la desconfianza y la retirada del apoyo presupuestario por parte de ciertos donantes desde 2005. Invertir esta tendencia implica un doble compromiso, por parte del gobierno etíope para elaborar presupuestos más transparentes y realistas así como agilizar los proce-

sos internos para la aprobación de nuevas iniciativas, y por parte de los donantes para aportar información precisa y a tiempo sobre sus previsiones en los desembolsos de ayuda, para adaptar sus procesos de elaboración programática y presupuestaria a los ciclos del Gobierno, evitando imponer condicionalidades posteriores a la aprobación de los acuerdos que puedan afectar a los presupuestos.

Otro de los indicadores de la Declaración de París que se relacionan con el principio de alineamiento tiene que ver con una mayor coordinación de los donantes a la hora de prestar asistencia técnica al Gobierno, de forma que ésta sea adecuada a las necesidades definidas por las estrategias locales de desarrollo. Así, se intenta asegurar que se refuerzan las capacidades del país socio a la vez que se responde a las necesidades de los mismos. En este punto es donde se han producido mayores avances en los últimos 4 años, sobre todo a partir de la creación en 2001 de un Ministerio de Fortalecimiento de Capacidades. Un 67% de la cooperación técnica se realiza de forma coordinada y se alinea con el capítulo de fortalecimiento de capacidades de la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza.

ARMONIZACIÓN

La falta de coordinación entre donantes y países socios incrementa los costes de transacción y reduce el valor añadido de la ayuda. Etiopía se caracteriza por contar con un alto número de donantes, cada uno con una pequeña parte proporcional de la ayuda. En 2006, por ejemplo, el 54% de la Ayuda provenía de más de 30 donantes, mientras que sólo Estados Unidos representa el 30% del total de la ayuda. En el sector de la salud, existían en 2006, 14 donantes bilaterales que contribuían con el 46,8% de la ayuda del sector mientras que UNICEF y el Fondo Mundial aportaban el resto. Dentro de los donantes bilaterales Canadá y Estados Unidos significaban casi el 50% de la ayuda frente a los 12 restantes y sólo tres donantes superaban el 10%. A nivel de subsectores, sólo en la lucha contra el VIH/Sida, malaria y tuberculosis intervienen el 72% de los donantes, mientras que la financiación destinada al fortalecimiento del sistema de salud y la lucha contra la mortalidad materna es escasa.

La ayuda dirigida a la lucha contra el VIH/Sida en Etiopía representa el 72% del total dirigido en salud. Esto genera un desequilibrio fuerte entre los recursos disponibles para luchar contra esta enfermedad y los que se dirigen a fortalecer el sistema de salud y a combatir otros problemas de salud, como la mortalidad materna

En la actualidad existen múltiples mecanismos de coordinación operativos en Etiopía. Si bien estos mecanismos son un avance con respecto a la realidad de otros países, a veces es difícil entender que no haya todavía una mayor armonización entre los donantes y que se añadan nuevos mecanismos a los ya existentes en vez de reforzar los que ya están en marcha. Otras limitaciones a la consecución de un mayor grado de armonización en Etiopía tienen que ver con aspectos como:

- La lentitud o falta de voluntad de los principales donantes del sector, USAID-PEPFAR y el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, para abandonar los programas verticales y mejorar su alineamiento y coordinación.
- El clima político y la pérdida de confianza ocasionada por los acontecimientos ligados a las elecciones de 2005 y la nueva Ley de ONG. Los donantes creen que el país no ha cumplido con los compromisos de buena gobernanza establecidos en la DP y se resisten a retomar el apoyo presupuestario directo.
- Los donantes no abandonan sus procedimientos de planificación, presupuesto y justificación y siguen sin utilizar los procedimientos y mecanismos existentes en el país.
- La excesiva fragmentación de los donantes. Muchos donantes con una pequeña proporción de la ayuda, unido a la escasa voluntad de la mayoría de los donantes para avanzar en la división del trabajo y la cooperación delegada demuestran que “la ayuda sigue ligada a la política”.

El seguimiento de la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza se lleva a cabo a través de Foro de Alto Nivel Gobierno-Donantes liderado por el ministro de Economía y Finanzas y co-presidido por el Grupo de Donantes (DAG en sus siglas en inglés) que se reúne trimestralmente para revisar los tres grandes ejes de la agenda común: implementación de programas, armonización y discusión de políticas. EL DAG es el espacio de coordinación de donantes más representativo en el que participan 25 agencias bilaterales y multilaterales que apoyan actividades de desarrollo y cooperación en Etiopía, concretamente USAID, Agencia

Austriaca de Cooperación, CIDA, AECID, DFID, Embajada de Dinamarca, Embajada Belga, Embajada de Finlandia, Embajada de Francia, Embajada de Japón, Embajada de Noruega-NORAD, Embajada de la India, GTZ, Agencia de Cooperación Italiana, Agencia Japonesa de Cooperación, ASDI, KFW, Embajada Países Bajos, PNUD, Banco de Desarrollo Africano, Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Comisión Europea, ONUSIDA, UNFPA, OMS, la Comisión Económica para África, FAO, ACNUR y OIT. Está presidido por el PNUD, el Banco Mundial y una agencia bilateral y su Comité Ejecutivo incluye además a otros tres miembros que van rotando anualmente. Cuenta con una Secretaría General, con base en el PNUD, responsable de la gestión de los instrumentos de financiación, de apoyar al Comité Ejecutivo e impulsar las iniciativas previstas y la comunicación entre los grupos temáticos de trabajo.

De forma subsidiaria al Foro de Alto Nivel, la coordinación entre gobierno y donantes a nivel sectorial se lleva a cabo a través de Grupos Temáticos. Actualmente existen grupos de trabajo sobre género; educación; gobernanza; salud, nutrición y población; VIH/Sida; seguimiento y evaluación; sector privado; comercio y asuntos financieros; asuntos macroeconómicos y gestión de fondos públicos; desarrollo económico rural y seguridad alimentaria y agua y transporte. Estos grupos temáticos tienen su estructura dentro del DAG de forma que cada donante participa en aquellos que más le interesan.

En el sector de la salud, el Comité Ejecutivo Conjunto Central³⁵ es según el PDSS quien tiene la responsabilidad de dar seguimiento, coordinar y facilitar la implementación del Plan de Desarrollo del Sector Salud, actualmente en su tercera fase. Este comité está dirigido por el ministro de salud y cuenta con representantes de otras instancias gubernamentales como las oficinas regionales de salud, representantes del grupo de donantes, ONG, asociaciones profesionales del sector salud y el sector privado. Además, a través del Foro Consultativo Conjunto que reúne al Ministerio de Salud y a los miembros del DAG que forman parte del Grupo Temático de Salud, Nutrición y Población, se promueve el diálogo regular, el intercambio de información, así como el establecimiento de una relación de colaboración y confianza entre los distintos actores que colaboran en la implementación del PDSS. Estos dos órganos son asistidos por un Comité de Coordinación Conjunto que actúa como brazo ejecutivo y técnico.

Todas estas estructuras permiten una mayor coordinación entre los donantes para desarrollar el trabajo analítico de campo y llevar a cabo aquellos estudios de sectores, evaluaciones, o documentos de discusión, que determinan el diálogo y la relación entre los donantes y el país socio. El hecho de que el 70% de este trabajo se realice de forma conjunta evita duplicar esfuerzos, refuerza el entendimiento entre los donantes y reduce los costes de transacción del Gobierno etíope. No obstante, si extrapolamos las estructuras y el trabajo de coordinación que se realiza en el sector de la salud a los demás sectores, es fácilmente comprensible que el Gobierno etíope continúe estando desbordado y haya solicitado la reducción de los grupos de trabajo temáticos a 5 grupos sectoriales: Desarrollo Rural y Seguridad Alimentaria, Sector Privado, Transporte, Género y Agua. De momento, el DAG ha reconducido algunos grupos pero muestra dificultades para dar de baja estos espacios.

Más recientemente, el gobierno etíope se ha adherido al International Health Partnership (IHP) a través de la firma de un acuerdo denominado Compact Etiopía que establece claras responsabilidades y compromisos para gobierno y donantes durante la implementación y seguimiento de las acciones a ejecutar. A través de este acuerdo, los donantes IHP³⁶ se comprometen a incrementar de forma colectiva el apoyo presupuestario destinado al sector salud entre 2009-2015 y a comunicar al Ministerio de Salud y al de Economía y Finanzas antes de febrero de cada año su compromiso con el monto de ayuda que destinará al sector, con indicaciones que cubran al menos tres años. Las decisiones sobre la adjudicación de los fondos a los diferentes programas del PDSS se realizan de forma conjunta durante el proceso de planificación presupuestaria y los procesos de revisión y retroalimentación del Compact entre el Ministerio de Salud y los donantes se realizan durante las Revisiones Conjuntas del Sector y la Reunión Anual de Revisión

Al mismo tiempo, el Gobierno intenta reconducir aquellas estructuras de coordinación paralelas para el tema del VIH/sida, como son el Mecanismo de Coordinación País y los Comités de Coordinación Inter-agencia que están ligadas al Fondo Mundial y a IAVI. Afortunadamente ambos fondos están reconsiderando la utilización de la estructura de coordinación general, lo cual descargaría de trabajo y evitaría duplicaciones y PEPFAR y Fondo Mundial han firmado un acuerdo para coordinar sus actividades y sus fondos.

También es necesario un esfuerzo de los donantes para incrementar el número de misiones conjuntas, otro de los indicadores de la Declaración de París, que en la encuesta de seguimiento de 2008³⁷ muestra que sólo el 29% de las misiones realizadas son conjuntas cuando el objetivo está marcado en el 40%.

En relación con otro de los indicadores que definen el nivel de cumplimiento del principio de armonización en el marco de la Declaración de París, son destacables algunos avances en el porcentaje de ayuda desembolsada en base a programas. Concretamente, el gobierno ha definido de forma clara sus prioridades y políticas de desarrollo a nivel general y sectorial, estableciendo un sólo presupuesto y reflejando en él las aportaciones internas y las de los donantes. Más del 66% de la ayuda destinada a Etiopía se realiza sobre la base de programas, aunque el uso del apoyo presupuestario haya descendido tras los acontecimientos de 2005.

Los mecanismos de financiación al igual que los de coordinación son múltiples y están interconectados entre sí, al menos en teoría, a través de la PASDEP (Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty) y el presupuesto de implementación elaborado por el Gobierno etíope.

Los donantes agrupados en el DAG han creado herramientas de financiación comunes (pooled funds) a través de los cuales se apoya la labor del país en la reducción de la pobreza³⁸. El Grupo temático de salud, nutrición y población cuenta asimismo con un Fondo específico que opera desde 2005. Establecido inicialmente con el apoyo de 3 agencias bilaterales, Irlanda, Países Bajos y Reino Unido y UNICEF, que lo gestiona, su objetivo principal es apoyar el Plan de Armonización del PDSS III y contribuir al fortalecimiento del sistema de salud mediante la asistencia técnica al Ministerio de Salud. Durante una primera etapa, cerca de 800.000 dólares se destinaron a apoyar al Ministerio de Salud en la elaboración de la evaluación intermedia del PDSS III, la evaluación final del PDSS II³⁹, seminarios y reuniones con gobierno y donantes, estudios sobre asuntos claves en salud y reclutamiento de consultores nacionales e internacionales, entre otros. Como consecuencia de los buenos resultados, los donantes decidieron apoyar una segunda fase con similares objetivos por otros tres años, hasta junio de 2010, a la cual se unieron además otros donantes bilaterales como Suecia, Italia y Austria.

CONTRIBUCIONES DE SOCIOS DONANTES AL II FONDO DE SALUD

NOV. 2007 – JUNIO 2010

	2007	2008	2009
HOLANDA	200.000 EUROS€	200.000 EUROS€	200.000 EUROS €
IRLANDA	250.000 EUROS €		
DFID	150.000 LIBRAS ESTERLINAS	150.000 Libras esterlinas	
ASDI	2.000.000 SEK	2.000.000 SEK	2.000.000 SEK
ITALIA	100.050 EUROS		
AUSTRIA	200.000 EUROS	150.000 EUROS	
UNICEF	100.000 USD	50.000 USD	50.000 USD

Fuente: Memorando de Entendimiento entre donantes y Ministerio de Salud para el II Fondo de Salud

Aparte del fondo de salud del DAG, otro de los fondos multisectorial y multidonante que operan en el sector salud es el denominado Programa de Protección de los Servicios Sociales Básicos, gestionado por el Banco Mundial y financiado por donantes bilaterales y multilaterales, entre ellos la Comisión Europea y la Asociación Internacional para el Desarrollo (IDA en sus siglas en inglés) que representan el 64% de las aportaciones a este instrumento. Este programa surge en 2007 como respuesta a la inestabilidad política y económica provocada por las circunstancias que rodean a las elecciones generales de 2005. A las irregularidades identificadas por la misión de observadores de la Unión Europea se une la desconfianza hacia el compromiso del gobierno etíope con los derechos humanos, lo cual lleva a algunos donantes a retirar el apoyo presupuestario directo y apostar por otros mecanismos de financiación que, no obstante, les permitieran seguir apoyando al país.

Aunque es un programa multisectorial que abarca educación, salud, agua, saneamiento y agricultura y hasta el momento el sector de educación ha sido el beneficiario principal, este instrumento también apoya la implementación del PDSS en las regiones y woredas. El programa incluye actividades de seguimiento y elaboración de informes sobre el uso de los fondos, la transparencia en las transferencias realizadas a las regiones y woredas y el seguimiento de la provisión de servicios realizados. Además, la primera fase prevé un componente concreto para fortalecer a los actores de la sociedad civil y favorecer su participación en el seguimiento y evaluación del programa. A través de este

componente se persigue promover la participación de la sociedad civil en la planificación, revisión y control de los presupuestos públicos a nivel regional, fortalecer el diálogo y colaboración con los consejos de los Kebeles y woredas, y establecer mecanismos internos y externos que fortalezcan la transparencia para el adecuado uso de los fondos a nivel local.

De forma adicional al Programa de Protección de los Servicios Sociales Básicos y los pooled funds del DAG, Etiopía cuenta además con otro mecanismo de financiación denominado Fondo ODM. Bajo el paraguas de este fondo se intenta agrupar toda la ayuda que recibe el país para el fortalecimiento del sector salud en sus diferentes modalidades. El fondo es gestionado directamente por el Ministerio de Salud salvo, como hemos explicado antes, el componente de adquisición de equipamiento del PBSS gestionado por el Banco Mundial y las asistencias técnicas previstas en el Fondo de Salud del DAG que son gestionadas por UNICEF.

El Fondo ODM se inicia en el 2007 con recursos de la ventana para el Fortalecimiento del Sistema de Salud de IAVI para poner en marcha los programas descritos en el PDSS III, actualmente en implementación. No obstante, no es hasta abril de 2009 cuando se firma el Acuerdo Conjunto de Financiación entre donantes y gobierno, en el que participan Reino Unido, Irlanda, España, UNICEF, UNFPA, Banco Mundial y OMS, y en el que se acuerda destinar al Fondo un monto de 100 millones de dólares. La evaluación intermedia de este plan, señala como preocupante la inca-

pacidad de algunos donantes para adherirse a las pautas de alineamiento y armonización que acordaron con la firma del Código de Conducta y la mayoría de ellos continua utilizando sus propios sistemas para el seguimiento presupuestario, en ocasiones por desconfianza en los sistemas propios del gobierno etíope y en otras por los requisitos de sus propias agencias, que exigen un formato específico para las evaluaciones y la elaboración de informes.

GESTIÓN ORIENTADA A

RESULTADOS DE

DESARROLLO

La gestión por resultados es el cuarto de los ejes programáticos de la Agenda de París y su objetivo es impulsar una administración de recursos y una mejora de la toma de decisiones con orientación a resultados. Ello implica, por un lado, la definición de resultados esperados claros y por otro el establecimiento de sistemas de seguimiento fiables que faciliten la información necesaria para poder tomar decisiones y reorientar las políticas. Asimismo, la DP tiene en cuenta para valorar el avance en este objetivo tres indicadores: la calidad de la información generada, el acceso de los diferentes actores a dicha información y la amplitud con que dicha información es utilizada dentro del sistema nacional de seguimiento y evaluación.

Como ya hemos comentado, los gobiernos nacionales deben apropiarse del principio de gestión por resultados y ello requiere no sólo un compromiso político sino también el fortalecimiento de los recursos humanos y de los sistemas nacionales. Etiopía necesita mejorar notablemente su sistema de información. Si bien están ya en marcha algunas medidas que van a ayudar a hacerlo, como por ejemplo el establecimiento de un marco de seguimiento y evaluación de la Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza o las mejoras en el sistema nacional de estadística, los retos para avanzar en esta cuestión son todavía importantes. La gestión por resultados es un proceso complejo y a largo

plazo que precisa de personal técnico bien formado y de un buen sistema estadístico para la recogida y sistematización de la información, dos problemas crónicos en Etiopía.

RENDICIÓN MUTUA

DE CUENTAS

La Declaración de París hace un llamamiento a donantes y gobiernos receptores para valorar de forma conjunta los respectivos progresos en la implementación de los compromisos sobre eficacia de la ayuda y para establecer, a nivel nacional, mecanismos de evaluación de los compromisos alcanzados. Asimismo, establece que la rendición de cuentas debe hacerse no sólo entre el gobierno y los donantes sino también de éstos hacia sus respectivas sociedades. Por otro lado, tal como se manifestó en Accra, el principio asumido en París es demasiado simplista y no incorpora una dimensión internacional de la rendición de cuentas que más allá de los sistemas de cada país, requeriría también crear mecanismos globales apropiados o utilizar algunos de los ya existentes, como los relacionados con los derechos humanos.

En 2006, el gobierno etíope y los donantes prepararon el borrador de una Declaración conjunta sobre armonización, alineamiento y efectividad de la ayuda en la que se recogieron como compromisos en el marco de la rendición de cuentas las siguientes iniciativas:

- Informar sobre los progresos en la consecución de los indicadores de la DP dentro de la Revisión Anual Conjunta que reúne a donantes y gobierno para evaluar la PASDEP.
- Realizar una evaluación independiente del grado de cumplimiento de la DP por parte de donantes y gobierno.
- Realizar consultas participativas con las ONG y los actores no estatales en el marco de la implementación y evaluación de la PASDEP.

Puesto que esta declaración no llegó a firmarse, por el momento, el Foro de Alto Nivel y las evaluaciones conjuntas son los espacios establecidos para valorar los progresos alcanzados y los retos pendientes por ambas partes. Las evaluaciones conjuntas, como la evaluación del PDSS II, han demostrado ser un buen mecanismo para la rendición de cuentas entre Gobierno y donantes aunque no tanto con respecto a la sociedad civil, por lo que sigue siendo necesario que tanto el Gobierno como los donantes establezcan mecanismos concretos de rendición de cuentas al que tengan acceso tanto la sociedad civil como la población de sus respectivos países.

La imposibilidad de hacer seguimiento a la ayuda dirigida a los gobiernos, a través de apoyo presupuestario u otros instrumentos, es otra de las preocupaciones que ha manifestado reiteradamente la sociedad civil del sur y del norte por lo que la articulación de mecanismos políticos fuertes para favorecer una correcta rendición de cuentas es un asunto vital. Aumentar el flujo de la ayuda presupuestaria a los países en desarrollo sin crear formas que mejoren la integridad, transparencia y rendición de cuentas puede ser un refuerzo para sistemas disfuncionales y aumentar la brecha entre el Estado y la sociedad. Los países socios se pueden volver cada vez más responsables ante los donantes y menos para con sus ciudadanos/as.⁴⁰

En cuanto a la rendición de cuentas en nuestro país, más allá de lo que establece el Plan Director 2009-2012, no hay constancia de que este tipo de mecanismos exista en estos momentos en la cooperación española por lo que resulta bastante complicado conocer los pasos que se están dando desde la cooperación española para implementar la agenda de eficacia de la ayuda y bajo qué parámetros. En el caso del sector salud, la MASCE podría ser un espacio que favoreciera la realización de esa devolución a los distintos actores de la cooperación en este ámbito.



EL CASO DE NÍGER

3. EL CASO DE NÍGER

3.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

La República de Níger es uno de los países sin litoral de África occidental. Limita al este con Chad, al sur con Nigeria y Benin, al oeste con Burkina Faso y Malí y al norte con Argelia y Libia. Cuenta con una superficie de más de un millón de kilómetros cuadrados con áreas desérticas del Sahara y el Sahel en la parte septentrional y central. Su población, de algo más de 15 millones de habitantes se concentra sobre todo en la región suroccidental, a orillas del río Níger. En cuanto a su distribución administrativa, la reforma adoptada en 1999 divide a Níger en ocho regiones (Agadez, Diffa, Dosso, Maradi, Tahoua, Tillabery, Zinder y la capital, Niamey), 36 departamentos, 52 municipios rurales o comunas y 4 municipios urbanos. El proceso de descentralización concluye con las elecciones de julio 2004 en las que se crean los consejos municipales, encargados de la gestión de las nuevas entidades administrativas.

Níger fue colonia francesa desde 1922 y accede a la independencia en 1960. Su economía es una de las más pobres del mundo. Según datos de 2009 del PNUD, Níger es el país con peor Índice de Desarrollo Humano, ocupando la última posición de una lista de 182 países. Níger cuenta con una mayoría de población joven, el 48% es menor de 15 años y el 66% menor de 25. El 65% de la población vive por debajo del umbral de la pobreza y la mayoría se ubica en las zonas rurales. Los niveles de educación y de alfabetismo son bajos, alrededor del 28% en general y el 15,1% entre las mujeres⁴¹.

La población de Níger esta formada por varios grupos sociolingüísticos: Haoussa, Zarma, Songhay, Touareg, Peul, Arabe, Gourmantche, Toubou y Boudouma. Más del 95% del país profesa la fe musulmana y el restante 5% profesa el cristianismo, la fe Bahai o el animismo. Cada grupo sociolingüístico cuenta con su propia organización sociocultural, si bien existen prácticas transversales a todos los grupos que afectan a la familia como unidad central organizativa, de producción, de reproducción y de

intercambio. La autoridad en la familia la detenta un jefe denominado Windikoy para los Zarma y Maigida para los Haoussa. Las relaciones entre los miembros de la familia son inequitativas y se rigen por la edad y el sexo, a mayor edad, mayor poder, siendo las mujeres y las niñas las peor consideradas. En el imaginario colectivo la mujer esta considerada como un ser inferior al hombre⁴².

Además, la república de Níger cuenta con la tasa de fertilidad más alta del mundo, 7 hijos por mujer y una población, estimada en 2007, de 13 millones de habitantes, que crece a un ritmo del 3,3% anual. Las adolescentes entre 15 y 19 años representan un 14% de las mujeres embarazadas y en torno al 60% de las mujeres contraen matrimonio antes de los 15 años. La tasa de prevalencia de contracepción con métodos modernos es muy baja, un 5%⁴³. Las condiciones sanitarias son también muy precarias y la esperanza de vida al nacer es de 54 años. La mortalidad materna es elevada, con 648 muertes por cada 100.000 nacidos vivos y en ello influyen los embarazos tempranos, los embarazos múltiples y tardíos, así como la baja tasa de nacimientos asistidos por personal cualificado, solo el 17,2%. Miles de mujeres sufren de fístula obstétrica y de los efectos de las prácticas culturales nocivas, incluyendo la mutilación genital femenina. Con respecto al VIH/Sida, la tasa oficial de prevalencia del VIH es baja, del 0,7% aunque preocupante entre los grupos vulnerables, como los y las trabajadores y trabajadoras sexuales (24%) y los miembros del ejército (4%)⁴⁴.

En cuanto a la situación económica del país ⁴⁵, el PIB de Níger es uno de los más bajos del mundo. Este país arrastra una importante deuda pública externa y, salvo las derivadas de la explotación del uranio que es importado sobre todo por Francia, las inversiones extranjeras son escasas. El norte y este de Níger, constituido por el altiplano del Djad y parte del desierto del Ténéré, es aprovechado por comunidades nómadas para el pastoreo de ganado bovino y caprino. El sur y el oeste, con mayores precipitaciones, está constituido por población sedentaria dedicada a la agricultura del mijo y el sorgo, que constituyen el alimento básico de la población. Apenas quedan restos de los bosques, que hasta mediados del siglo XX ocupaban la parte sur del territorio y fueron talados para usarse como leña. La escasa actividad agropecuaria está limitada por los apenas 660 km² de tierras con regadío y apenas el 3,9% de

la superficie nacional es apta para los cultivos. Además de los cultivos mencionados, Níger produce cacahuete, camote, maíz, arroz, plátanos y tomates. No obstante, las continuas sequías de la última década han desatado la movilización de la ayuda de emergencia para hacer frente al riesgo de hambruna en varias ocasiones.

La República de Níger, con cuatro golpes de estado en los últimos 40 años, es una democracia joven y débil todavía. A pesar de obtener la independencia en 1960, no es hasta febrero de 1993 cuando se organizan las primeras elecciones democráticas en el país, que llevan a Mahamane Ousmane, del CDS-RAHAMA, a la Presidencia. En 1995, cuando la oposición gana las elecciones legislativas, comienza un periodo de alta inestabilidad gubernamental que concluye en enero de 1996, con el golpe de estado del Jefe de Estado Mayor de las Fuerzas Armadas, el General Ibrahim Bare Mainassara, que derroca al presidente Ousmane, disuelve el Parlamento y aprueba por referéndum una nueva Constitución. El General Ibrahim Bare Mainassara se convierte en el presidente de la República y la situación política se vuelve inestable y precaria. Al ser asesinado éste en 1999 se elige como presidente a Mamadou Tandja, un ex militar que participó en el golpe de estado. Mamadou Tandja del MNSD-NASSARRA se convertirá, tras haberse presentado varias veces como candidato sin éxito, en presidente de la V República durante cinco años y será reelegido en 2004 por otros cinco años. Aunque inicialmente prometió dejar su cargo cuando terminase su mandato a finales de diciembre de 2009, Tandja comienza a buscar una nueva reforma constitucional para evitar la prohibición de permanecer en el puesto un tercer mandato. El Tribunal Constitucional de Níger declara ilegal por dos veces consecutivas los planes de referéndum para la reforma constitucional, insistiendo el Tribunal en que este plan tendría que ser votado por el Parlamento y tener mayoría de tres cuartos y ante esta situación, Tandja reacciona disolviendo el Parlamento y el Tribunal y asumiendo los poderes propios de un estado de emergencia, incluyendo la suspensión de las libertades civiles. En estas circunstancias, se celebra un referéndum en agosto de 2009, donde obtiene una mayoría absoluta a favor de la reforma de la Constitución. La comisión electoral dijo que el número de votantes había sido del 68%, mientras que la oposición denunció que solo habían acudido a las urnas el 4% de los y las votantes.

El resultado del referéndum, considerado fraudulento por un amplio sector, le podría haber permitido permanecer como presidente durante tres años más pero la junta militar en funciones, autodenominada Consejo Supremo para la Restauración de la Democracia, se apresta a dar un golpe de estado el 18 de febrero de 2010 que suspende la constitución y le priva de su cargo. Hechos como éste demuestran una vez más la vulnerabilidad del sistema nigerino y la falta de respeto del poder militar y presidencial hacia las instituciones democráticas. Si bien los golpistas han comunicado su intención de restaurar las instituciones democráticas, nombrando a un primer ministro civil y promoviendo nuevas elecciones con prontitud y un sector de la población se ha manifestado a favor de la salida del antiguo presidente, la vulnerabilidad del sistema nigerino y la falta de respeto del poder militar y presidencial hacia las instituciones democráticas es hoy por hoy un hecho. La débil democracia nigerina puede ser un impedimento para el avance y el desarrollo de este país que necesita de la ayuda externa pero que no ofrece las garantías políticas mínimas ni los mecanismos de transparencia necesarios para facilitar unas relaciones de desarrollo más sostenibles y eficaces.

3.2

SITUACIÓN DE LA MUJER Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La República de Níger ocupa el último puesto en la clasificación del IDH relativo al género⁴⁶. El código civil se basa fundamentalmente en la costumbre y está fuertemente islamizado. Ello perpetúa la discriminación de la mujer en el acceso a la tierra y la herencia y mantiene el matrimonio forzado, el repudio o la inequidad en la defensa frente a la violencia. Aunque la puesta en mar-

cha de la Política Nacional de Promoción de la Mujer en 1996 impulsa ciertos cambios en la participación política de la mujer, como por ejemplo la adopción de una ley de cuotas que establece en un 25% la representación mínima de las mujeres en el Parlamento, el Gobierno y la alta administración, los avances son muy lentos.

Por otro lado, si bien en 1999, el país ratificó la Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer (CEDAW por sus siglas en inglés) e hizo lo mismo con su Protocolo Opcional en 2004, las reservas emitidas a varios de sus artículos fundamentales deja vacío de contenido el compromiso del gobierno con la mejora del estatus de la mujer. Por otro lado, la República de Níger no ha ratificado aún el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, adoptado en julio de 2003 en la segunda cumbre de la Unión Africana en Maputo. Este protocolo insta a los gobiernos africanos a combatir todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres y a promover la igualdad y recoge en su artículo 14 el derecho a la salud y a la capacidad de decidir sobre las funciones reproductivas.

Tal y como refleja el informe sombra publicado en marzo de 2007 por varias ONG nigerinas⁴⁷, la elevada tasa de mortalidad infantil, la mutilación genital femenina, la exclusión social, los matrimonios forzados y tempranos y la poligamia son prácticas persistentes en la sociedad nigerina, ligadas a la pobreza y al analfabetismo. Todo ello a pesar del documento marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza, que reconoce que la promoción y la protección de la mujer debe ser uno de los principios sobre los que trabajar para el desarrollo del país.

Algunas cifras hablan por sí solas. Así, la edad media del primer matrimonio es de unos 15 años para las mujeres y 24 años para los hombres, lo que implica la precocidad de la vida fértil y el aumento en la duración de la misma. Según la ONG nigerina CONIPRAT: “a pesar de los éxitos logrados para la eliminación de ciertas prácticas tradicionales nocivas, varias formas de mutilación genital femenina continúan practicándose en ciertas comunidades de Níger; las más corrientes son la clitoridectomía y una práctica denominada localmen-

te Dangouria o Haabize y realizada por las peluqueras. Otro tipo de mutilación es practicada a las niñas que se casan precozmente y que no están físicamente preparadas para tener relaciones sexuales”⁴⁸.

En el ámbito de la educación y de la alfabetización se observan enormes desigualdades entre los hombres y las mujeres, a pesar de los esfuerzos y los progresos realizados. Así, en primaria, hay una media de 62% chicos escolarizados frente al 43% de niñas, tasa ligeramente inferior a la media nacional de escolarización (52%). En secundaria, la tasa de escolarización de las niñas cae hasta el 19,3%, frente al 31,1% de los niños. En cuanto al trabajo, aunque las mujeres son más del 51% de la población activa total, solo el 27,4% de la población empleada son mujeres; la tasa de paro es más del doble entre la población activa del sexo femenino (25%) que entre la población activa de sexo masculino (11,8%). Prácticamente la mitad de parados/as son de sexo femenino (49,1%) mientras que las mujeres representan menos de un tercio de la población total⁴⁹.

Algunas de las observaciones finales de los expertos y las expertas del Comité de la CEDAW que examinó el informe oficial presentado por el Gobierno de Níger, destacan varios aspectos que limitan los avances en igualdad⁵⁰:

1.- La Constitución de Níger proclama la igualdad de toda la ciudadanía sin consideración de raza, sexo o confesión, pero no existe ninguna definición oficial de la discriminación contra la mujer tanto directa como indirecta.

2.- No parece existir el suficiente conocimiento de la CEDAW ni entre los jueces, que no aplican sus artículos, ni entre las mujeres que no hacen uso de este mecanismo para reclamar sus derechos. Existe un acceso limitado de las mujeres a los órganos judiciales para reclamar sus derechos, debido a la pobreza y a la discriminación, la ideología patriarcal predominante, la existencia de la violencia contra la mujer y de prácticas tradicionales nocivas (el repudio) y la existencia de tres fuentes de derecho distintas (el derecho legislativo, el consuetudinario y el religioso).

3.- Falta de datos desagregados por sexos en todos los ámbitos y principalmente en el de la salud y la violencia de género.

4.- Escasa o nula participación de la mujer, especialmente en zonas rurales, en los procesos de decisión política y comercial.

5.- Ausencia de informes de seguimiento de las políticas para la promoción de las mujeres.

Níger ostenta la tasa de fecundidad más alta del mundo, con 7,4 hijos por mujer. Esta tasa no ha descendido apenas desde 1998 aunque presenta una diferencia de dos hijos menos en las mujeres que viven en la capital con respecto a las que viven en zona rural. De hecho, el número ideal de hijos para las mujeres, según la Encuesta Demográfica y de Salud de 2006, es de nueve, siete en el 70% de los casos, y 11 en el caso de los hombres, por lo que parece que el deseo supera a la fecundidad real de mujeres y hombres en muchas ocasiones y en otras se equipara a ella. La edad media a la que se produce el primer nacimiento son los 18 años y casi un 40% de estas adolescentes ha tenido un hijo o está embarazada antes de cumplir los 20 años de edad. Aunque el porcentaje de mujeres que tiene conocimiento de algún método de planificación familiar es del 68% y del 94% entre los hombres, resulta llamativo que sólo una de cada cinco mujeres haya utilizado alguno a lo largo de su vida. La prevalencia en 2006 sólo alcanzaba al 5% de las mujeres en unión, apenas 0,4% más que en 1998, aunque con gran variación entre el medio urbano (18%) y el rural (3%) y el nivel de instrucción y la demanda insatisfecha alcanzaba el 16%.

La salud materna es uno de los retos más importantes del país en relación a los objetivos del milenio. La alta tasa de mortalidad materna, establecida en 648 muertes por cada 100.000 nacidos vivos hace prácticamente imposible alcanzar el ODM 5 si no se adoptan estrategias sólidas y se destinan recursos adicionales para luchar contra esta lacra. Hoy, en Níger, una mujer corre un riesgo de 1 sobre 20 de morir por alguna causa relacionada con el embarazo o el parto durante la edad reproductiva, el mismo riesgo estimado en 1992. Uno de los aspectos que explican esta situación tiene que

ver con que la media de partos que se realizan en casa, asciende al 82% en general y al 97% si hablamos de mujeres viviendo por debajo del umbral de la pobreza. Sólo un 0,5% de los partos se realiza con asistencia de un médico y un 33% con ayuda de matronas, enfermeras o ayudantes técnico sanitarios. Por el contrario en casi un 50% de los casos, es una partera tradicional la que asiste el nacimiento o no lo hace nadie en un 17%.

Otro de los factores que influyen en la situación de la mortalidad materna en Níger tiene que ver con los cuidados prenatales y postnatales que son casi inexistentes. Menos de una de cada dos mujeres recibe atención durante el embarazo, aunque las diferencias entre el medio urbano y rural es muy grande, 39% frente a 88%. Además, sólo una de cada siete efectúa las cuatro visitas mínimas recomendadas por la OMS y en la mayoría de los casos con más de cuatro meses de embarazo. Más allá de estos factores, es preocupante también la falta de acceso de las mujeres a la atención en salud reproductiva. En un 65% de los casos, la barrera principal es la falta de capacidad económica aunque también las mujeres mencionan como barrera la distancia al servicio de salud. Junto a estas circunstancias, otra práctica tradicional que afecta negativamente a la salud materna de las mujeres nigerinas tiene que ver con la temprana edad a la que contraen matrimonio, por cuanto implica también el inicio de las relaciones sexuales y la posibilidad de quedarse embarazada. Un 38% lo hace antes de los 15 años mientras que un 80% antes de los 18 y casi la totalidad antes de los 22. La edad media a la que se contrae matrimonio no ha cambiado de generación en generación y continúa situada en los 15 años y medio. En los hombres, en cambio, es de 23 años y hasta los 30 años no es cuando encontramos a la mayoría de los hombres casados⁵¹.

La mutilación genital femenina (MGF), aun siendo ilegal en Níger desde 2003, tiene una prevalencia entre las mujeres entre 15 y 49 años del 2% que puede llegar hasta el 66% entre la etnia Gourmantche y el 12 y 13% entre las etnias Peur y Tillabéri. Aunque existen sanciones penales contra las “escisoras” y sus cómplices (madre, padre y abuelas de las víctimas), a pesar de las medidas legales, la escisión de tipo 1 y 2, según la

clasificación de la OMS, con sus consecuencias negativas inmediatas para la salud de la niña y más tarde, para la mujer, siguen siendo practicadas en Níger. No obstante, con los esfuerzos conjuntos del Estado, de las ONG y de las asociaciones de mujeres se ha conseguido una reducción de la tasa de prevalencia de la escisión, pasando del 5% en 1998 al 2,5% en 2006⁵². Por otra parte, la MGF puede ser un factor agravante de la fístula obstétrica, con todas las consecuencias sociales, económicas y sanitarias asociadas a este problema. A pesar de la prevalencia de la fístula obstétrica, el seguimiento médico y la reintegración social de las mujeres afectadas por la fístula vesiculouterina solamente se realiza en las regiones de Niamey y Zinder, en los centros creados respectivamente por las ONG DIMOL y Solidarité.

En el ámbito de las ITS y el VIH/Sida, la prevalencia declarada de ITS ronda el 3% en caso de mujeres y hombres, mientras que el 0,7% de las personas entre 15 y 49 años, es decir unas 42.000, viven con el VIH, siendo idéntica la prevalencia entre hombres y mujeres, a diferencia de otros países donde la tasa es mucho mayor entre las mujeres. No obstante, se observan diferencias importantes según el estado matrimonial y así las mujeres divorciadas y viudas tienen una prevalencia más alta que las demás. Entre los y las jóvenes de 15 a 24 años la tasa se sitúa en el 0,5% en el caso de las mujeres y el 0,1% en el de los hombres.

3.3

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Como en la mayoría de los países de África del Oeste, el sector de la salud sufre una falta crónica de financiación. Si bien la capacidad del Gobierno de movilizar recursos propios es limitada, desde 2005, año en el que el presupuesto del Estado a salud representaba el 5,9% del total, la contribución se ha incrementado notablemente hasta alcanzar la cifra del 10% recomendada por la OMS. El presupuesto ha pasado de 31,8 mil millones de FCFA a 58,2

en 2008, unos 8 dólares por habitante, aunque este aumento es aún insuficiente para hacer frente a los objetivos del Plan de Desarrollo Sanitario.

Además de provenir del presupuesto del Estado, la financiación del sistema de salud se nutre de otras fuentes, entre ellas, la ayuda de los socios del desarrollo, las aportaciones de las colectividades territoriales y las tarifas que abonan los usuarios por los servicios de atención y los medicamentos. En 2008, los gastos totales del sector salud ascendieron a 122 millones de euros, de los cuales un 37% fueron financiados por el Estado y un 10% por el Fondo Común de apoyo al PDS. El resto se financió a través de proyectos de ONG, agencias multilaterales e iniciativas globales, destacando sobre todo la aportación de IAVI (6,5% del gasto total) y la OMS (5%).

De acuerdo a la reorganización administrativa generada por el proceso de descentralización, la implementación del PDS⁵³ se articula en tres niveles: la administración central (el gabinete del ministro de Salud y del secretario de Estado, la secretaría general y las 13 direcciones generales), encargada del nivel estratégico, las 8 direcciones regionales de Salud, responsables de la coordinación y seguimiento de los programas de salud y de prestar apoyo técnico a los 42 distritos sanitarios, y éstos últimos, que con su equipo cuadro de distrito prestan la atención sanitaria a nivel local o periférico. Además, de acuerdo a la Iniciativa de Bamako, la participación de la sociedad civil debe estar garantizada a través de los comités de salud, los comités de gestión, las asociaciones y las mutuas de salud, aunque en la práctica estas instituciones no funcionan adecuadamente y de la forma esperada al estar demasiado politizados y carecer de capacidades de gestión.

A nivel de atención, la pirámide sanitaria comprende tres niveles: el nivel central formado por los 3 hospitales nacionales y una maternidad nacional de referencia; el nivel regional o nivel intermedio representado por los 6 centros hospitalarios regionales y las dos maternidades de referencia y el nivel de distrito, con los 34 hospitales de distrito y sus redes de 970 centros de salud integrados, que a su vez tienen anexionados 2404 casas de salud gestionadas por agentes de salud comunitarios. El sector privado por su parte comprende a 30 clínicas pri-

EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO A SALUD EN RELACIÓN CON EL PRESUPUESTO GENERAL DEL ESTADO

(En millones de FCFA)

	2005	2006	2007	2008	2009
Presupuesto general del estado	450.246	456.953	498.432	595.530	-
Presupuesto a salud	26.841	31.809	47.550	58.273	-
% de presupuesto a salud sobre el total	5,9%	6,96%	9,54%	9,78%	11%
Presupuesto previsto para el PDS	-	51.880	51.880	51.880	-
% del presupuesto a salud sobre el presupuesto del PDS	-	11,35%	10,41%	8,71%	-

Fuente: Les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins de santé, Tari Fatouma Manga y Aboubacar Korao, Octubre, 2009 y Informe de Desarrollo Humano, PNUD, 2009

vadas, 43 consultorios médicos y 4 hospitales privados sin ánimo de lucro⁵⁴. El punto fuerte de este sistema de salud descentralizado pretende ser la mayor implicación de las autoridades locales en la gestión de los recursos del sistema de salud, en la definición de los programas y en la posibilidad de generar recursos financieros locales que no tendrán que pasar por un sistema central de reparto. Ahora bien, esta descentralización también cuenta con puntos débiles pues los niveles central y regional carecen de las competencias para asegurar una supervisión formativa y para gestionar el personal, al mismo tiempo existe poca disponibilidad financiera en el nivel operacional, debida al escaso presupuesto, pero también a un reparto desigual entre centro y periferia, y faltan competencias administrativas y financieras a nivel local lo cual dificulta la asunción de las nuevas responsabilidades en materia de descentralización.

En cuanto a los recursos humanos sanitarios, según datos de 2007, el sistema público cuenta actualmente con 600 profesionales médicos (1/27000 habitantes), 2100 profesionales de enfermería (1/6600 habitantes) y 550 matronas (1/25000 habitantes cuando lo recomendado por la OMS es 1 por cada 5500)⁵⁵. El 70% de los médicos, el 50% del personal de enfermería y el 65% de las matronas se concentra en Niamey, la capital, y en los grandes centros urbanos por lo que en regiones como Tillabery, por ejemplo, hay un médico por cada 200.000 personas y una matrona por cada 16.000. 50% de los centros de salud integrados no cuentan con personal de enfermería y un 10% solo dispone de 1 matrona.

La formación del personal sanitario⁵⁶ se articula a través de la Facultad de Ciencias de la Salud, situada en Niamey y encargada de la formación de médicos generalistas, cirujanos y anestesiólogos. Además, 2 escuelas

públicas, una en Niamey y otra en Zinder, y otras 14 privadas forman a la mayoría del personal técnico, enfermeros/as, matronas y asistentes sociales diplomados/as. En 1998, se crea el Instituto de Salud Pública, encargado desde entonces de formar personal gerente especializado en epidemiología, gestión de servicios de salud, salud comunitaria, nutrición y dirección. En cuanto a la formación de médicos especialistas y de cuadros superiores de gestión, ésta se realiza en el extranjero a través de las becas proporcionadas por los países socios del Norte. Actualmente hay unas 40 becas para médicos y especialistas y unos 100 empleados/as del Ministerio de Salud que ya están siguiendo formación especializada en gestión en el extranjero.

La brecha entre la disponibilidad de profesionales de salud y las necesidades en los distritos es evidente pues las zonas donde vive el 25% de la población absorben el 65% del personal sanitario. Esta situación se explica por varios factores, entre ellos, por ejemplo que los y las profesionales no suelen querer abandonar la capital para desarrollar su actividad en el entorno rural y los que lo hacen se encuentran que no tienen ni los equipos ni los materiales necesarios para ejercer su especialidad. En un intento de atraer y mantener a personal en el sector público y en las zonas más apartadas, el Ministerio de Salud ha establecido un sistema de motivación que concede un suplemento salarial variable en función de la categoría y la distancia del lugar de destino respecto a la capital. Así, por ejemplo una matrona que trabaje a más de 1000 kilómetros de Niamey recibe 20.000 FCFA adicionales.

Otro punto débil es la ausencia de una política sólida de formación de profesionales de salud y la falta de adecuación de los programas existentes a las necesidades reque-

ridas. Así, no hay relación entre las escuelas y los lugares donde va a ejercerse la especialidad, el profesorado es escaso, faltan materiales para la formación y para las prácticas y hay un número demasiado elevado de alumnos/as. A ello se une también que los/las profesionales de la salud no están bien remunerados, ni se les reconoce su labor socialmente. Aunque las escuelas privadas están repletas, el 75% de los alumnos que paga su formación son mujeres jóvenes de clase media-alta y alta de la capital que aunque posteriormente no ejercen la profesión, reciben una educación superior debido a la presión de sus familias. En cuanto a la formación continua impartida por los socios financieros u ONG internacionales, ésta no suele encuadrarse dentro de ningún objetivo del Plan de Desarrollo Sanitario sino solo dentro de los objetivos propios del socio financiero, y aunque los profesionales asisten, en gran medida para recibir un complemento a sus sueldos, no hay ningún seguimiento sistemático del impacto de estas formaciones en la mejora de la calidad de los servicios ni tampoco un análisis de las consecuencias que estas ausencias formativas tiene sobre las capacidades de atención del servicio.

A diferencia de otros países, no parece que la migración externa influya en gran medida en la disponibilidad de recursos humanos sanitarios aunque sí la interna, es decir, la que se produce entre el sector público, el privado, el confesional y el de las ONG en función de la búsqueda de mejoras salariales. A diferencia del sector público donde existen unas tablas salariales predeterminadas e iguales para todos, el sector privado y las ONG no cuenta con ningún parámetro establecido por lo que los salarios se pueden negociar y son más altos. Un estudio elaborado en 2009⁵⁷ demuestra que de forma general los salarios de los/las profesionales de salud del sector de las ONG son los más altos. Dentro de esto, el salario de un médico especialista que trabaja en el sector privado es más elevado que el de otro que trabaje en el sector público o el de las ONG, mientras que un médico generalista recibe un mejor salario en el sector público y las enfermeras, matronas y técnicos de laboratorio en el sector de las ONG.

Afortunadamente existen factores que animan al personal de los servicios públicos a no abandonar el sector público por el de las ONG o los centros de salud privados. Estos incentivos tienen que ver sobre todo con la seguridad del empleo y con las oportunidades de formación y promoción. Para llegar a fin de mes, no

obstante, se suele combinar el trabajo en el sector público con un segundo empleo en el sector privado. La percepción que tienen los y las profesionales sobre su nivel de vida, que algunos tachan de precaria o miserable, no ayuda a la motivación de estas personas en su función laboral. A pesar de que las retribuciones han ido aumentando progresivamente, la alta tasa de inflación que vive el país, coloca la capacidad adquisitiva actual de los y las profesionales por debajo de la que tenían en 1978. Por ello, si bien el salario no es un factor determinante para el abandono del sector público de salud por parte de los /las profesionales, sí lo es como factor de motivación⁵⁸.

3.4.

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR DE LA SALUD

Hasta el momento han existido en Níger tres estrategias marco de lucha contra la pobreza, alrededor de las cuales se han alineado las políticas de salud y de género. La primera de ellas, elaborada en 1997, nace en un contexto de empobrecimiento general de la sociedad nigerina para dar respuesta a las sucesivas crisis sociales, políticas y económicas que asolan el país desde la década de los 80. La segunda, elaborada para el marco 2002-2006, fue preparada en el contexto de la iniciativa a favor de los países pobres altamente endeudados. Aunque prioriza los sectores de la salud, de la educación y del desarrollo rural y de las infraestructuras, la coordinación entre los diferentes actores encargados de la implementación de la estrategia es muy débil y con poca implicación de la sociedad civil en su seguimiento, además de la nula restitución a los actores.

Con estos aprendizajes en mente y los datos de la Encuesta Demográfica y de Salud⁵⁹, realizada en 2006, se redacta la Estrategia de Desarrollo Acelerado y Reducción de la Pobreza (SDRP en sus siglas en francés) 2008-2012, como nuevo marco de la política económica, finan-

ciera y social para este periodo. El programa de acción y la asignación de recursos financieros se realizan tomando como base las metas planteadas por los ODM para 2015, así como los criterios de convergencia señalados a nivel subregional y regional por la CEDEAO y la UEMOA. El Gobierno de Níger estima las necesidades financieras para la implementación de la SDRP en 7.601,5 millones de FCFA (11.590 millones de euros), de los cuales el 27,9% se prevé que se financien con recursos propios y el 72,1% con ayuda externa.

Concretamente en el ámbito de la salud, la estrategia sectorial del país se recoge actualmente en el Plan de Desarrollo Sanitario (PDS 2005-2009), articulado con la SDRP. Entre las prioridades de este plan se encuentran: la accesibilidad de la población a la atención sanitaria de calidad, el refuerzo de las actividades relativas a la salud reproductiva en lo que se refiere a la salud de la madre y sus hijos/as y en sus componentes nutrición y planificación familiar, la lucha contra las ETS y el VIH/Sida así como la continuación del proceso de descentralización y el desarrollo de la participación comunitaria además del refuerzo de las capacidades de gestión y competencias del Ministerio de Salud Pública.

En el marco de este PDS, el Gobierno de Níger decide actualizar en el año 2005 el Plan Nacional de Salud Reproductiva, basado en el Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y el Desarrollo y la Hoja de Ruta para la reducción de la Mortalidad Materna y adoptar una Estrategia Nacional de Salud de la Reproducción. En ella, el Ejecutivo prioriza las alianzas con los socios financieros y con la sociedad civil para cumplir con sus objetivos: acelerar el descenso de la morbilidad materna y neonatal, contribuir al control del aumento demográfico mediante la promoción de la planificación familiar, promover la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes y contribuir a mantener la prevalencia del VIH por debajo del 1%. Como apoyo a esta estrategia, se aprueba un plan de institucionalización de la atención sanitaria gratuita para niños y niñas menores de cinco años, así como para las cesáreas, las consultas prenatales, la planificación familiar y los cuidados necesarios para el tratamiento del cáncer de cervix.

En cuanto a la planificación familiar, Níger adopta oficialmente en 1992 una política de control de la población cuyo objetivo principal es garantizar la adecuación entre

el crecimiento demográfico y el desarrollo económico con el fin de mejorar la calidad y el nivel de vida de las poblaciones. En 2006, la voluntad política respecto a estos temas vuelve a ponerse de manifiesto a través de la Declaración de Política General del primer ministro, que menciona la planificación familiar como una de las prioridades⁶⁰.

La lucha contra el VIH/Sida cuenta con un impulso muy reciente a través de la revisión del plan anterior y la adopción de la Estrategia Nacional de Lucha contra el VIH/Sida y las ITS 2008-2012. Los principales objetivos de esta estrategia en vigor son: ampliar el alcance de las intervenciones, sobre todo en zonas mineras, grandes ciudades y mercados así como en el sector de las trabajadoras sexuales; incrementar el empoderamiento económico de las mujeres en situación de vulnerabilidad; mejorar la coordinación y el refuerzo institucional; implementar la estrategia de los "three ones"⁶¹; fortalecer las capacidades de todos los actores incluida la sociedad civil y finalmente, incrementar la eficacia del acceso universal al tratamiento de las personas viviendo con VIH. En este sentido, esta estrategia apuesta por la coordinación multisectorial, mencionando como necesaria la coordinación entre los sectores sanitarios, la educación nacional, los transportes, la industria, la defensa, la promoción de la mujer y de la infancia, la sociedad civil y el sector privado.

Junto a los procesos de elaboración de las estrategias de desarrollo y las políticas sectoriales de salud, el gobierno adopta en 1996 la política Nacional de Promoción de la Mujer. Esta política se basa en cinco ejes: el respeto de los derechos de la mujer como ciudadana y parte activa en la construcción nacional; la no discriminación de las mujeres; la igualdad entre los sexos; la igualdad de oportunidades; la protección de la madre y de sus hijos e hijas y, por último, la valorización del papel de la mujer y su condición en el seno del núcleo familiar.

En cuanto a los obstáculos que impiden la implementación efectiva de este Plan de promoción de la Mujer se pueden citar, además de la falta de presupuesto específico, las circunstancias socioculturales, la existencia de tres fuentes de derecho (derecho musulmán, derecho consuetudinario y derecho moderno) que complica la condición social y jurídica de la mujer, la pobreza y el analfabetismo. No obstante, como acciones concretas

realizadas dentro del marco de la puesta en marcha de esta política, destacan la adopción de la Ley de cuotas que establece la representación obligatoria de mujeres en el Parlamento, el Gobierno y la alta administración en un 25%; la creación de un Ministerio encargado de la promoción de la Mujer y de la protección de los niños y niñas; la apertura de un Observatorio Nacional para la promoción de la Mujer, así como observatorios regionales, subregionales y comunitarios; y el surgimiento de varias ONG y asociaciones de mujeres.

En el plano de la salud, los hitos alcanzados desde la puesta en marcha de este Programa de promoción de la Mujer son la gratuidad de la prueba para la detección del cáncer de mama y de útero, así como de los cuidados relativos al parto por cesárea y a la extracción de fibromas (aunque esta gratuidad no incluye los traslados a los hospitales, ni las tasas por uso de material quirúrgico, ni los medicamentos); la puesta en marcha de un programa de salud de la reproducción y las actividades de prevención de las ETS y VIH/Sida; el relanzamiento del programa ampliado de vacunación y el de la lucha contra el paludismo; y la votación, en mayo de 2006, de la ley sobre la salud de la reproducción en la Asamblea Nacional⁶².

3.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

España ha asumido en los últimos años, dentro de su política de consolidación de las relaciones con el continente africano, un creciente compromiso como socio de Níger en sus políticas de desarrollo. Aunque no figuraba en ninguna de las categorías específicas del Plan Director 2005-2008, dados los indicadores de pobreza y desarrollo humano y tras una visita en diciembre de 2005 del ministro de Asuntos Exteriores y de Cooperación, Miguel Ángel Moratinos, y de la entonces Secretaria de Estado, Leire Pajin, Níger fue incluido junto con Malí en el Plan Anual de la Cooperación Internacional 2006 como país de “atención especial” y en el Plan África 2006-2008 en la categoría de país de “interés específico”.

La profundización de las relaciones entre los dos países se ha materializado con la creación de una Embajada española en Niamey en 2007 y el aumento de los fondos destinados a la cooperación, que se articulan según se indica en el PAE en torno a cuatro principios de actuación fundamentales: la coherencia, el alineamiento, la concentración y los ODM. La organización en Niamey del III Encuentro de la Red de Mujeres Africanas y Españolas en 2008 contribuye también a la consolidación de las relaciones con el país.

Reflejando estos cambios, en el nuevo Plan Director 2009-2012 Níger figura como una de las prioridades geográficas dentro del Grupo A “Asociación Amplia”, igual que se recoge en el Plan África 2009-2012. En este último documento también se incluye como objetivo transversal la igualdad de género y se privilegia la colaboración con los organismos multilaterales especializados en género como UNIFEM, UN-INSTRAW, UNFPA y DAW. Geográficamente, la cooperación española se concentra en las regiones de Tahoua, Maradi, en la comunidad urbana de Niamey y, puntualmente, en Agadez.

Elemento clave para el futuro de Níger, además de la democratización y la seguridad, es la aplicación rigurosa de la Estrategia de Desarrollo Acelerado y de Reducción de la Pobreza adoptada en 2007. España se ha comprometido a destinar un mínimo de diez millones de euros al año a este país, centrados fundamentalmente en los sectores de seguridad alimentaria, equidad de género, agua y saneamiento, salud y cultura para el desarrollo. Por otro lado, el Gobierno español ha condonado a este país los 15,7 millones de euros de deuda dentro de la iniciativa HIPC⁶³. Esta decisión refleja el compromiso del Estado español con esta iniciativa, siendo especialmente interesante mencionarlo porque la condonación está condicionada a que el estado beneficiario destine una parte del servicio de la deuda a programas sociales, principalmente en educación y salud.

La conversión de deuda externa por desarrollo también refleja los esfuerzos de España por utilizar los nuevos instrumentos y nuevas modalidades de la ayuda internacional. Sin embargo, en la medida en que este proceso es gradual, España ha desestimado para el periodo 2006-2010 la financiación bilateral al gobierno nigerino a través de apoyo presupuestario global⁶⁴.

Fundamentalmente la canalización de los recursos se efectúa a través de organismos internacionales, ONG y, como recoge el PAE, a través de los programas sectoriales de la AECID. En cuanto a la coordinación y complementariedad con otros donantes, España ha participado en las reuniones de concertación y en los trabajos de los grupos sectoriales de salud, seguridad alimentaria, nutrición y mujer⁶⁵.

La cooperación española en Níger se articula, como queda recogido en el PAE, en torno a diferentes objetivos y líneas estratégicas. Para la consecución de los relacionados con salud sexual y reproductiva se prevén actuaciones en torno a las siguientes líneas:

- Actividades para promover la participación y corresponsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva, paternidad, planificación familiar, salud prenatal, materna e infantil, prevención de infecciones de transmisión sexual y educación.
- Servicios de control prenatal y atención neonatal y postnatal.
- Mejora de la accesibilidad de las instalaciones sanitarias para las mujeres y atención básica a las mujeres embarazadas y madres por personal capacitado.

El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés) es uno de los principales organismos con presencia en Níger con proyectos específicamente destinados a la salud sexual y reproductiva. En 2008, España destinó un total de 1.822.160 euros a cuatro proyectos del UNFPA en este país, directamente relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos y todos ellos englobados dentro del programa de “lucha contra la mutilación genital femenina, la fístula, el VIH/Sida y la promoción de los derechos humanos en Níger”. Todos estos proyectos se han alineado con el Plan de Acción de Maputo 2007-2010 de la Unión Africana⁶⁶.

La presencia de ONG españolas en Níger es bastante reciente. Hasta el momento, la organización Movimiento por la Paz, el Desarme y la Libertad (MPDL) desarrolla un convenio denominado “Programa de Atención primaria en salud en zonas rurales de Malí y Níger”, de-

dicado al fortalecimiento de las capacidades sanitarias locales, especialmente para la prevención de las enfermedades más comunes, y en programas de nutrición y de salud sexual y reproductiva. Este convenio se está desarrollando en las regiones de Tahoua y Konni y tiene por contrapartes las respectivas direcciones departamentales de cada uno de esos distritos.

Cruz Roja Española, por su parte, cuenta con un convenio, también a cuatro años, de apoyo al empoderamiento de la mujer mediante el fortalecimiento del tejido económico y social con componente de formación en salud e higiene y sensibilización. El convenio se centra en la región de Tahoua y está financiado con 1,2 millones de euros. En 2008, la AECID comienza a apoyar a Fuden (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería) con 180.000 euros para desarrollar un programa de “Fortalecimiento de la capacidad docente de las secciones de especialidad de matrona y enfermería profesional de la Escuela Nacional de Salud Pública de Niamey”, centrado fundamentalmente en formación de profesionales de salud. Dos años más tarde, en 2010, Medicus Mundi apoya la formación sanitaria en cuidados obstétricos de emergencia en la Facultad de Medicina de Niamey.

3.6

EL PROCESO HACIA LA EFICACIA DE LA AYUDA

La Ayuda Oficial al Desarrollo dirigida a Níger está en constante regresión desde el año 2004 (2004/2005= -6%; 2005/2006= -21%). A diferencia de Etiopía, cuyo gobierno desempeña un liderazgo claro en la coordinación de la ayuda en salud y cuenta con un grado de implementación bastante avanzado de la Declaración de París a casi todos los niveles, Níger es un país todavía joven en estas cuestiones y con mucho camino por andar. Como forma de impulsar este proceso, el Ministerio de Economía y Finanzas de Níger organizó en

octubre de 2007 un taller sobre armonización y alineamiento de la ayuda en el que participaron los socios del desarrollo de todos los sectores implicados en el país. Como resultado de esta reunión, se adoptó un Plan de acción para la implementación de la Declaración de París y está en elaboración un código de conducta y un calendario de implementación.

APROPIACIÓN

La apropiación se define como la capacidad de los países para ejercer el control sobre sus políticas y estrategias de desarrollo. Solo un indicador mide la apropiación: la existencia de estrategias de desarrollo operativas en el país receptor. En 2005, Níger, al igual que el 62% de los países evaluados por la OCDE, obtuvo la nota más baja en este punto, un nivel C que vuelve a repetir dos años más tarde en la evaluación de 2007, junto al 64% de los países que participan en esta encuesta de seguimiento. No obstante, a finales de 2007, Níger elabora su Estrategia de Desarrollo Acelerado y de Reducción de la Pobreza para el periodo 2008/2012. Como único marco de referencia y de movilización de recursos, la SDRP y sus acciones prioritarias influyen enormemente la elaboración de presupuestos y de programas de inversiones del Estado, así como los programas de cooperación bilateral y multilateral de los socios financieros presentes en Níger. En los sectores de educación primaria y salud pública, estas políticas y estrategias se desarrollan según un enfoque programático pero para el resto de sectores el enfoque por proyectos sigue primando en la cooperación.

En el sector de la salud, Níger tiene operativo el Plan de Desarrollo Sanitario 2005/2010, elaborado y adoptado tras un amplio proceso de consulta que incluyó a sociedad civil y Parlamento. Este documento constituye, junto con el Plan de Inversiones 2008-2015, el Plan Nacional de Salud Reproductiva y la Hoja de Ruta para la reducción de la Mortalidad Materna y la Estrategia Nacional de Lucha contra el VIH/Sida y las ITS 2008-2012, el marco general para la política sectorial de salud. A partir de 2006, se crea el Fondo Común de Salud y se firma un acuerdo de colaboración conjunto con la mayoría de los financiadores.

Además, se firma el Plan Marco de Naciones Unidas para la Ayuda al Desarrollo (UNDAF, en sus siglas en inglés), elaborado conjuntamente por el equipo de Naciones Unidas en el país y el Gobierno a través de un proceso interactivo en el que participan sociedad civil, sector privado y otros socios técnicos y financieros. Este marco define el apoyo de todas las agencias de NNUU en el país y establece que para el ámbito de capital humano, demografía y servicios sociales de base la agencia líder sea UNICEF, en colaboración estrecha con UNFPA.

Níger cuenta con una sociedad civil diversa y muy activa en el sector de la salud, que está agrupada en una red específica denominada Red de Organizaciones del Sector de la Salud de Níger (ROASSN, en sus siglas en francés). Por las informaciones facilitadas por estas organizaciones, el diálogo con el Ministerio de Salud es fluido hasta cierto punto, aunque la calidad de la participación es limitada. En determinados temas, como la lucha contra la mortalidad materna, por ejemplo, donde la esposa del antiguo presidente del Gobierno monopolizó el protagonismo, el diálogo se tornó muy difícil y algunas organizaciones representativas y bien valoradas, así como sus beneficiarias/os, se vieron enormemente perjudicadas por ello al ver como el gobierno paralizaba sus proyectos.

ALINEAMIENTO

La Declaración de París prevé que los donantes basen todo su apoyo en las estrategias de desarrollo, las instituciones y los procedimientos de los países socios. De acuerdo a la Encuesta de la OCDE de 2008, Níger obtuvo una puntuación de 3,5 (sistema moderadamente fuerte) por la calidad de la gestión de su presupuesto, una puntuación ligeramente superior a la media de países receptores de fondos. Esta puntuación se mantiene igual que en 2005, a pesar de las numerosas reformas emprendidas tanto a nivel nacional como local con la descentralización para mejorar la gestión de las finanzas públicas⁶⁷.

Uno de los objetivos de la Declaración de París, en lo que se refiere a la contabilidad en los presupuestos, es que, en el año 2010, las contribuciones financieras

de los donantes han de ser contabilizadas en el presupuesto nacional para que las autoridades de los países socios puedan presentar informes financieros precisos a su ciudadanía y su parlamento. Según la OCDE, en 2007, un 91% de la ayuda de donantes estaba contabilizada en el presupuesto de Níger, aunque se estima que esta cifra esconde una sobrevaloración de la ayuda por lo que puede no ser del todo real.

Asegurar una mejor circulación de la información y de los datos tanto en el seno del Gobierno como entre los socios financieros es una condición necesaria y clave para mejorar las estimaciones presupuestarias. Del total de los fondos comprometidos en 2007, el 78% de los fondos programados como apoyo presupuestario fueron efectivamente desembolsados. Igual que en el caso anterior, hay que puntualizar que esta tasa media global oculta importantes disparidades según la procedencia de la ayuda, ya que la media de las tasas obtenidas para cada donante es del 58% en el año 2007.

En cuanto al desarrollo de las capacidades para un apoyo coordinado, a día de hoy no existe en Níger una evaluación global de capacidades, aunque algunos ministerios se han embarcado en evaluaciones sectoriales. No obstante, entre 2005 y 2007 se incrementa notablemente del 15% al 50% el número de asistencias técnicas asociadas a las necesidades definidas por el Gobierno y coordinadas entre los donantes. Este aumento se debe a los esfuerzos del Gobierno por definir objetivos y estrategias claras en materia de refuerzo de capacidades y en su esfuerzo por hacérselas conocer a los socios financieros.

El indicador número 5 del principio de alineamiento mide la utilización que los donantes hacen de los tres componentes del sistema nacional de gestión financiera (el sistema de ejecución presupuestaria, el sistema de rendición de cuentas y el sistema de control financiero). En 2005 los resultados de la encuesta indicaban que el 27% de la ayuda destinada al sector público de Níger pasaba por los sistemas públicos de gestión financiera, mientras que en 2007 los resultados son algo inferiores: un 26%. Esta baja tasa de utilización del sistema de gestión de finanzas públicas se explica principalmente por las dificultades para adaptarlos suficientemente a las normas internacionales.

Tomando otro de los aspectos de la Encuesta de la OCDE, se observa que Níger tiene el objetivo de reducir para finales de 2010 las unidades paralelas a 17, de las 47 encontradas en 2007. Este elevado número de unidades paralelas responde a las inquietudes de los donantes por controlar el proceso de puesta en marcha de los proyectos, frente a unas estructuras nacionales caracterizadas por la debilidad institucional y de capacidades, los retrasos en los plazos y los fallos en los sistemas de monitoreo.

Finalmente, aunque no menos importante, es preciso señalar que en 2007 el 84% de la ayuda a Níger fue ayuda desligada. Ello no impide que esté prevista la identificación de los donantes que todavía practican la ayuda ligada y en qué sectores para negociar con los socios, sobre esta base, el desligamiento definitivo de la ayuda.

ARMONIZACIÓN

Níger es un país fuertemente dependiente de la cooperación internacional para la implementación de todas sus políticas, tanto la Estrategia de Reducción de la Pobreza como las relacionadas con la salud y la igualdad de género. En los dos aspectos relacionados con la armonización que prioriza la Declaración de París, el comportamiento de Níger evoluciona positivamente, aunque con lentitud.

La encuesta 2007 de la OCDE muestra que la proporción de la ayuda canalizada a través de enfoques programáticos ha pasado del 31% al 49% en 2007. Existen dos enfoques programáticos actualmente en vigor, el programa decenal de desarrollo de la educación y el Plan de Desarrollo Sanitario. Otros dos comenzaron a implementarse en 2009: la estrategia de desarrollo rural y la estrategia nacional de desarrollo estadístico.

En cuanto al segundo de los aspectos que prioriza la Agenda de París, la realización de misiones conjuntas y puesta en común de conclusiones y de análisis, se trata de un indicador que no ha evolucionado positiva-

EVOLUCIÓN DEL VOLUMEN DE AOD DESTINADO POR TODOS LOS DONANTES DE LA UNIÓN EUROPEA A NÍGER.

En millones de dólares

	2003	2004	2005	2006
SECTOR DE LA SALUD (EN MILLONES DE DÓLARES)	4,93	3,28	14,84	37,27
SECTOR DE LA EDUCACIÓN (EN MILLONES DE DÓLARES)	19,9	22,57	23,97	25,84
FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL Y DE LA SOCIEDAD CIVIL (EN MILLONES DE DÓLARES)	5,55	17,66	25,09	26,09
TOTAL DE AOD (EN MILLONES DE DÓLARES)	291,48	350,03	245,01	251,50

Fuente: elaboración propia a partir del Atlas de la UE 2008

mente y que incluso ha sufrido una involución. Según la encuesta 2007 de la OCDE, entre 2005 y 2007 la proporción de misiones en el terreno efectuadas conjuntamente disminuyó de 21% a 15% y, en cuanto a los trabajos de análisis realizados en coordinación, hubo una disminución en ocho puntos.

La multiplicidad de actores bilaterales y multilaterales en el sector de la salud es notable aunque no tan amplia como en el caso de Etiopía. Entre ellos se cuentan, por ejemplo, la cooperación francesa, belga, española, canadiense o alemana y organismos multilaterales como el Banco Mundial, UNFPA, UNICEF, PNUD o el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Según el Atlas de Donantes de la UE de 2008, los países de la Unión Europea que en 2006 destinaron más AOD a Níger en materia de salud son, en este orden, Francia, Bélgica, España, Dinamarca y Alemania⁶⁸. Bélgica es además punto focal de la ayuda de la UE en salud en Níger y, como tal, intenta coordinar las actuaciones de los demás estados miembros.

En este marco del sector salud, donantes y Gobierno en Níger vienen desarrollando ciertos esfuerzos para coordinar sus actuaciones y su ayuda. En 2005, 23 donantes firmaron el Acuerdo de Colaboración Conjunto para la coordinación, puesta en marcha y evaluación del PDS 2005/2010. A partir de este acuerdo se encuadrarán las intervenciones técnicas y financieras de los distintos donantes dentro de un enfoque sectorial con-

certado con un mecanismo común de financiación, el Fondo Común de Apoyo al PDS y un líder, el Ministerio de Salud, que junto a un representante del grupo de donantes elegido de forma rotativa, se encarga de gestionar las reuniones entre el Ministerio de Salud y los donantes. Con la firma el 21 de mayo de 2009 del IHP Compact, Níger da un paso más hacia la coordinación de la ayuda en el sector⁶⁹.

Dentro de este acuerdo, la calidad de la relación entre donantes y gobierno se mide sobre la base de indicadores de proceso como, por ejemplo, el número de reuniones de coordinación y revisiones conjuntas, aunque es sobre todo la guía de seguimiento y evaluación del PDS el documento de referencia para todos los actores que intervienen en la puesta en marcha del mismo. Esta guía recoge los indicadores de seguimiento acordados por el Ministerio de la Salud y los donantes en el Acuerdo de Colaboración Conjunto así como los establecidos para la evaluación del Fondo Común de Apoyo al PDS. Los socios técnicos y financieros del PDS pueden participar en las reuniones que se realizan a nivel nacional, regional, de distrito y de comuna. El secretario general del Ministerio de Salud es responsable de organizar a finales de cada semestre una reunión conjunta con todos los donantes que apoyan el sector de la salud. El objetivo de estas reuniones es informar del estado de implementación del PDS, de la ejecución de los fondos adscritos y las previsiones de actividad así como el financiamiento necesario para el semestre y el año siguiente.

El Fondo Común de Apoyo al PDS 2005-2010⁷⁰ constituye un mecanismo extrapresupuestario financiación sectorial de la ayuda en salud en este país y tiene como objetivo reforzar los servicios de salud existentes, promover una mayor equidad regional, desarrollar actividades de salud reproductiva, apoyar la puesta en marcha de reformas en los ámbitos institucional, de recursos humanos y de gestión de medicamentos, y reforzar las capacidades del Ministerio de Salud. Se articula sobre la base de una Carta de Acuerdo firmada por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Economía y de Finanzas y los dos primeros contribuyentes al Fondo Común de apoyo al PDS, la Agencia Francesa de Desarrollo y el Banco Mundial, y en ella se definen las modalidades de gestión financiera y contable, los procedimientos de adquisición de los bienes y servicios financiados por el mismo así como las modalidades de seguimiento y evaluación de esta gestión.

Para formar parte de este Fondo es necesario suscribir todos los requisitos de la carta de acuerdo y, de hecho, son pocos los actores que se han adherido a esta iniciativa, exceptuando a Francia, el Banco Mundial y Bélgica. El resto de donantes sigue sus propias reglas de gestión, seguimiento y evaluación de la ayuda dirigida a salud, generándose un exceso de carga sobre el Gobierno que debe mantener múltiples canales y sistemas para gestionar la ayuda. Francia, que ocupa el cuarto lugar en el ranking de donantes del sector, es el máximo contribuyente bilateral del Fondo Común de Apoyo al PDS, al que destina 15 millones de euros. La Agencia Belga de Cooperación al Desarrollo, por su parte, destina dentro de su Programa Indicativo de Cooperación 2009-2012 unos 52 millones de euros a este país, de los cuales 19 millones son para el sector de la salud y 13,2 millones de esta cantidad para el Fondo de Apoyo al PDS. Aparte de esta contribución al fondo, 2,8 millones se dirigen a reforzar el departamento de Apoyo Institucional del Ministerio de Salud y 3 millones a la formación de agentes de salud en las regiones y distritos sanitarios. La salud reproductiva ocupa un lugar especial dentro de las prioridades de la cooperación francesa y, por ende, dentro del Fondo Común.

Dentro del ámbito multilateral, el Banco Mundial, a través de IDA, es el principal donante en el sector salud, seguido del Fondo Africano de Desarrollo, la Comisión

Europea y el Fondo Monetario Internacional⁷¹. Concretamente, el Banco Mundial destina al Fondo de apoyo al PDS 28 millones de dólares bajo el Programa de Refuerzo Institucional y de Apoyo al Sector de la Salud.

Para la lucha contra el VIH/Sida, Níger cuenta con el apoyo de ONUSIDA y del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. Estos dos organismos enmarcan sus actuaciones en el Marco Estratégico Nacional de Lucha contra las ITS y el VIH/Sida para el periodo 2008/2012 y tienen como contraparte local, al Comité Nacional de Coordinación de las Actividades de Lucha contra las ITS, el VIH/Sida, la Tuberculosis y la Malaria (CNC en sus siglas en francés). La estrategia centra sus intervenciones en la prevención, el apoyo socioeconómico, la lucha activa contra la pandemia, el tratamiento y la orientación. Las actuaciones del Fondo Mundial en materia de VIH/Sida se han centrado en financiar el CNC desde 2004 en dos proyectos consecutivos (para los periodos 2004/2008 y 2008/2013) por una cantidad total de unos 21 millones de euros, constituyéndose así en uno de los dos principales socios de Níger en el sector salud.

Además de este Fondo, tanto el Banco Mundial como otros organismos de Naciones Unidas apoyan proyectos que se articulan también dentro del PDS. El Banco Mundial, por ejemplo, ha puesto en marcha dos de ellos:

- Un proyecto multisectorial para luchar contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluido el VIH/Sida, para el periodo de abril de 2003 a junio de 2009, que se ha beneficiado de unos 23 millones de euros. Este proyecto se diseñó en apoyo a la estrategia nacional de lucha contra el VIH/Sida y se engloba dentro de un programa a nivel regional. Se ha dirigido especialmente a los/las jóvenes y a las mujeres para facilitar su acceso a los servicios sanitarios y al fortalecimiento de las instituciones.

- Un proyecto demográfico multisectorial (NE-MS Demographic SIL) para poner en marcha entre junio de 2007 y marzo de 2013, con el objetivo de fortalecer las capacidades de Níger para enfrentarse al crecimiento demográfico e incrementar los conocimientos sociales

ALGUNOS PROYECTOS DE GÉNERO Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DEL PNUD EN NÍGER

- Proyecto sobre servicios en salud reproductiva dirigido a promover el acceso de las poblaciones más pobres a los servicios y cuidados básicos, a información sobre salud, integración de los servicios para la prevención de las ITS, así como la salud de las parejas y la mejora del estatus de la mujer. Entre los logros de este programase cuentan, por ejemplo, el equipamiento de tres centros de salud integrados o la sensibilización de líderes comunitarios. Este proyecto ha contado con una financiación de más de 1,5 millones de dólares.
- Proyecto para reforzar la capacidad nacional en la lucha contra el sida, consolidando el papel de las organizaciones sociales en este ámbito, así como la presencia de la lucha contra el VIH/Sida en las estrategias nacionales de lucha contra la pobreza. Este proyecto, para el periodo 2004-2007, ha recibido casi 80.000 dólares.
- Proyecto de apoyo al Fondo Mundial de lucha contra el VIH/Sida, la Tuberculosis y la Malaria dirigido a fortalecer las capacidades de seguimiento y evaluación de los programas relacionados con estas tres enfermedades que el PNUD coordina en el país. Para la realización de este proyecto, el PNUD colaboró además con la Agencia de Cooperación Alemana (GTZ). Iniciado a principios de 2008, la fecha de cierre prevista es finales de 2009 y cuenta con un presupuesto total de 246.000 dólares.
- Proyecto de apoyo para la difusión de la CEDAW en colaboración con el programa conjunto del Ministerio de Promoción de la Mujer de Níger y del Grupo Temático de Género de la ONU para la “Reducción de las Desigualdades de Género en Níger”. Este proyecto se inició en 2005 y cuenta con un presupuesto que prácticamente alcanza los 600.000 dólares.

Fuente: elaboración propia.

en materia de salud sexual y reproductiva. En total, el coste de proyecto se ha estimado en unos 8 millones de euros.

El PNUD, por su parte, también desarrolla varios programas relacionados con salud de los que podemos señalar al menos tres relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, además de otros orientados hacia otras cuestiones relacionadas con el género. Además de todas estas iniciativas que realiza el PNUD, en materia de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, el UNFPA es el organismo de referencia en Níger para todos estos temas. Está pendiente aún la elaboración de un nuevo programa

de acción para el periodo 2009-2011, por lo que el marco sigue siendo el definido en el sexto programa de asistencia para el periodo 2003-2007. El presupuesto del UNFPA en Níger para el periodo 2004-2007 alcanzó algo más de 17 millones de dólares, de los cuales 7,6 millones correspondieron a fondos propios y 9,5 millones a fuentes alternativas. Estas líneas de actuación se materializan en los cuatro principales programas e iniciativas en el país: 1) Programa de maternidad sin riesgo para mejorar la calidad y oferta de los servicios en materia de salud sexual y reproductiva; y 2) Iniciativa para jóvenes encaminada a reforzar las estructuras de cuidados e información en SSR para este sector de la población, adolescentes incluidos.

GESTIÓN ORIENTADA

A RESULTADOS DE DESARROLLO

Y RENDICIÓN MUTUA

DE CUENTAS

La aplicación de la agenda de eficacia de la ayuda exige la existencia de algún mecanismo para el examen mutuo de progreso en la consecución de sus distintos indicadores así como para la valoración de los compromisos alcanzados. A efectos de avanzar la implementación de la Agenda de París, el Ministerio de Economía y Finanzas de Níger organizó en octubre de 2007 un taller sobre la armonización y el alineamiento de la ayuda en el que participaron todos los socios del desarrollo de todos los sectores implicados en el país. Como resultado de esta reunión, se adoptó un plan de acción para la implementación de la Declaración de París y está en elaboración un código de conducta y un calendario de implementación. Quizás en este marco se prevea abordar la cuestión de rendición de cuentas.

A nivel de salud, el marco de partenariado para la implementación del PDS 2005/2010 establece un mecanismo de seguimiento y evaluación que prevé revisiones conjuntas semestrales sobre la base de un informe de progreso. Además, cada donante puede hacer sus evaluaciones individualmente aunque lo ideal sería que cada uno hiciera la evaluación correspondiente en la región/es donde esté interviniendo y posteriormente la compartiera con los demás, para no duplicar esfuerzos. Respecto a la rendición de cuentas a la sociedad civil y

al Parlamento, no se ha encontrado información sobre cómo se está realizando.

En cuanto a la gestión orientada a resultados de desarrollo, tanto en 2007 como en 2005 Níger obtuvo la nota D dentro de la clasificación de la Encuesta de la OCDE, lo cual significa que su marco de evaluación de la implementación de las estrategias de desarrollo incluye ciertos elementos de buenas prácticas. A día de hoy solo los sectores de educación y de salud disponen de un marco de evaluación, son objeto de seguimiento y además las informaciones obtenidas en este seguimiento son utilizadas para la programación anual de actividades. Por otro lado, el gobierno trata de reforzar el sistema nacional de estadística para contribuir a la formulación, seguimiento y evaluación de las políticas, programas y proyectos de desarrollo, lo cual es imprescindible para comenzar a aplicar un enfoque de gestión orientada a resultados.



EL CASO DE SENEGAL

4. EL CASO DE SENEGAL

4.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

Según los datos del PNUD de 2009, Senegal se sitúa entre los 20 países con peor Índice de Desarrollo Humano. Ello a pesar de tener un PNB por habitante de 634 dólares, cifra muy superior a la media de los países de África Subsahariana. Esta aparente contradicción entre su posición en el IDH y su nivel de renta per cápita se explica por la debilidad de los indicadores en educación y salud y por las desigualdades de género. Así, en términos de ODM, las cifras muestran cierto progreso en algunos objetivos, aunque son poco esperanzadoras en otros, sobre todo aquellos relacionados con los ODM 4 y 5, que están directamente relacionados con la salud materna e infantil.

Desde finales de la década de los 90, el crecimiento económico del país ha generado una reducción del índice de pobreza hasta alcanzar el 42,6% en 2005. Detrás de este crecimiento se ocultan, no obstante, fuertes desigualdades entre mujeres y hombres, y entre el medio rural y urbano, a pesar de que las mujeres representan el 52% de la población y de que el 58% de la población senegalesa vive en el medio rural. La Estrategia de Reducción de la Pobreza 2003/2005 se marcó como objetivo la creación de riqueza, el desarrollo de capacidades, el fortalecimiento de los servicios sociales básicos y la mejora de las condiciones de vida de los sectores más vulnerables de la población. Los resultados de la evaluación de esta estrategia mostraron, no obstante, que si bien el índice de pobreza en zonas urbanas se redujo de forma importante, pasando del 43,3% al 30,8% en las grandes ciudades, en cambio en las zonas rurales la pobreza apenas bajó un 2% permaneciendo en niveles del 55%. Además de los datos mencionados, la evaluación llamó la atención sobre dos aspectos preocupantes: por un lado, el índice de profundidad de la pobreza, que aumentó un 1% en las zonas rurales y, por otro, la tendencia al aumento de las desigualdades dentro del hogar, sobre todo en el ámbito rural.

En cuanto a la educación, a pesar de los avances producidos en la tasa de escolarización bruta, que han pasado del 68% en 2000 al 81,8% en 2006, se mantiene un impor-

tante porcentaje de abandono escolar, sobre todo en las niñas. Como aspecto positivo se aprecian mejoras en el nivel de alfabetización, aunque de nuevo con fuertes diferencias entre hombres y mujeres (51,1% frente al 30%). A nivel de salud, a pesar de los avances realizados en el sector sanitario en los últimos 20 años, con un porcentaje del presupuesto que ha aumentado de forma continuada pasando del 5,5% en 2000 al 8,1% en 2005, los indicadores de salud han mejorado muy lentamente y la mayoría siguen estando muy por debajo de los objetivos planteados en los ODM. La tasa de mortalidad infantil ha pasado de 131 por 100.000 nacidos vivos en 1992, a 121 en 2005; mientras que la tasa de mortalidad materna ha pasado de 510 por 100.000 nacidos vivos en 1986 a 401 en 2005.

4.2

SITUACIÓN DE LA MUJER

Y LOS DERECHOS SEXUALES

Y REPRODUCTIVOS

El Estado senegalés reconoce la importancia de la salud y de los derechos de las mujeres de forma general. Ha ratificado las convenciones internacionales y regionales que garantizan los derechos en materia de reproducción como derechos humanos y es parte implicada en el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de Los Pueblos⁷².

La Constitución senegalesa, en su artículo 14, estipula que "el Estado y las colectividades públicas tienen el deber social de velar por la salud física, moral y mental de la familia". En lo referente a derechos reproductivos y sexuales, la Constitución, en sus artículos 7, 18 y 25, prohíbe las mutilaciones genitales femeninas y el matrimonio forzado. El Código Penal, por medio de la Ley nº 06-99 de 19 de enero de 1999, protege el derecho de las mujeres a su integridad física. En el campo de la trata de seres humanos, que atañe a la explotación sexual o económica, Senegal

aprobó en 2005 la Ley n° 2005-06 de 29 de abril referente a la Lucha contra la Trata de Personas y Prácticas Asimiladas y la Protección de las Víctimas, donde se determina la calificación penal y la represión de esas prácticas⁷³.

La Ley n° 2005-18 relativa a la salud y la reproducción, de 5 de agosto de 2005, consagra los derechos de la población senegalesa en esta materia. Esta legislación incluye el derecho a la salud sexual, el derecho a la información, el derecho a una maternidad sin riesgos, el derecho a los anticonceptivos y la lucha contra la esterilidad, el derecho a la integridad física (malos tratos sexuales, mutilaciones genitales femeninas y prácticas nefastas para la salud y la reproducción) y los derechos reproductivos de los y las adolescentes.

En Senegal, existe un movimiento femenino dinámico que ocupa un lugar importante en la sociedad civil debido al número de organizaciones, la variedad de sus actividades y su movilización en defensa de los derechos económicos, políticos y sociales de las mujeres, en especial los derechos reproductivos y el derecho a la integridad física. Un Observatorio Nacional de los Derechos de la Mujer (ONDF en sus siglas en francés)⁷⁴ fue creado por el Decreto 2008-1047 de 15 de septiembre de 2008 con el objetivo de vigilar y alertar para llamar la atención de los poderes públicos sobre casos de violación de los derechos de las mujeres y emitir propuestas para solucionarlos. Además, a nivel de la Asamblea Nacional, existe una red de parlamentarios/as en materia de salud reproductiva y a nivel de medios de comunicación se ha creado también una red de periodistas especializados en este sector.

El análisis de las leyes y los programas de salud reproductiva muestran, sin embargo, la continuidad de la concepción de la sexualidad principalmente como un problema, como una cuestión médica y como un tema asociado exclusivamente a la procreación. En el marco de la ejecución de los derechos sexuales, nadie niega la importancia de la cobertura médica de los problemas de salud sexual. No obstante, con la experiencia derivada de la Conferencia de Beijing, los programas ya no se pueden limitar a lograr el mantenimiento y la mejora de la salud, sino que deben considerar la sexualidad como un fenómeno autónomo y global que incluya el conjunto de los comportamientos que caracterizan el deseo sexual y su satisfacción, así como los derechos que lleva asociados.

Con respecto al VIH/Sida, es relevante apuntar que el apartado 2 del Artículo 7 de la Ley sobre Salud Reproductiva, referente a la transmisión del VIH, estipula que “las personas objeto del primer apartado del citado artículo que mantienen un comportamiento de riesgo, favorecedor de la propagación de la enfermedad, son merecedoras de sanciones dentro de las condiciones previstas en el artículo 17 de esta ley”. Si se tiene en cuenta la debilidad del estatuto de las mujeres y los obstáculos para el respeto de sus derechos de forma general y, más particularmente, de sus derechos sexuales y reproductivos, el contenido de este apartado debería llamar la atención de los defensores de los derechos de la mujer porque, de ser utilizado, podría desembocar en graves consecuencias en cuanto a privación de libertad y limitaciones para acceder a los tratamientos.

Las relaciones sociales de género determinan la forma en que se perciben los derechos definidos y aplicados dentro de una sociedad. En términos de derechos, la posición social de las mujeres senegalesas se caracteriza por la existencia persistente de importantes desigualdades entre ellas y los hombres. La Estrategia Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género SNEEG (2005), elaborada por el Gobierno, reconoce esta situación y señala: “las diferentes culturas confieren al hombre y a la mujer un trato distinto y una consideración social desigual. Tradicionalmente, el hombre representa la autoridad en el seno de la familia, él instaura el clima general y las reglas, garantiza el control y la gestión de los bienes familiares, toma las decisiones fundamentales y suministra los medios de subsistencia para los miembros de la familia. A la mujer, madre y esposa, le corresponde la carga social del funcionamiento de la vida doméstica, llevar a cabo las tareas domésticas, cuidar de los niños y soportar la reproducción social de mano de obra (agrícola, asalariada, etc.)”.

El Código de Familia refuerza aún más la desigualdad entre hombres y mujeres al situar al esposo como cabeza de familia y con el derecho de tutela de los hijos. Las mujeres no pueden asumir la responsabilidad de sus hijos a nivel jurídico y sólo pueden convertirse en cabeza legal de la familia si el padre renuncia oficialmente a su autoridad ante la Administración⁷⁵. La religión, ya sea musulmana o cristiana es también un elemento central en la construcción de las relaciones de desigualdad dentro de la sociedad senegalesa.

En relación al uso de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad, estos derechos están garantizados en el marco de la Política Nacional de Planificación Familiar, cuyo objetivo es mejorar el estado de salud de la población en general y reducir la mortalidad materna e infantil mediante el control de la fecundidad, para prevenir embarazos de riesgo y dar cobertura a la infertilidad e infecundidad. En la práctica, a pesar de que existe una amplia gama de medios para planificar la fecundidad, el número de mujeres que hacen uso de ellos sigue siendo bajo. Solamente el 10,3% de las mujeres con pareja utilizan métodos modernos. Si bien la proporción de usuarias se ha duplicado desde 1993, se puede observar cómo el proceso avanza muy lentamente y con aspectos contradictorios, como por ejemplo, el hecho de que entre las mujeres rurales y con menor grado de instrucción se haya multiplicado por dos el nivel de utilización de métodos anticonceptivos, mientras que entre las mujeres de zonas urbanas y las escolarizadas se esté produciendo un descenso en los niveles de utilización. Las razones señaladas por las mujeres que se niegan a utilizar métodos anticonceptivos son variadas, si bien la causa más común, con un 42% de los casos, es una oposición frontal por cuestiones religiosas, por la negativa del marido o por problemas relacionados con los métodos en sí, bien por los efectos secundarios o por inconvenientes para la salud.

Según la EDS 2005⁷⁶, el índice de mortalidad materna en Senegal se estima en 401 decesos por cada 100.000 nacimientos vivos aunque en zonas rurales, la proporción es de 472 por cada 100.000. El 66% de los decesos maternos son causados por patologías obstétricas directas como hemorragias, hipertensión arterial y sus complicaciones, abortos, distocias e infecciones. Entre las causas obstétricas indirectas (el 34%), dominan la anemia y el paludismo. Los tramos de edad muestran que es entre los 30 y los 34 años cuando se producen las tasas más altas de mortalidad materna, con más de una muerte de cada tres debida a causas relacionadas con el embarazo y el parto. Para el tramo de 15 a 49 años, tres de cada diez muertes se deben a este motivo.

El análisis de las causas de la mortalidad materna desvela fallos en la atención sanitaria, a la vez que también están estrechamente ligados a las relaciones de género dentro de la familia. De acuerdo a la EDS, nueve de cada diez mujeres se ha beneficiado de la consulta prenatal con personal sanitario cualificado. No obstante, la OMS reco-

mienda que, al menos, se realicen cuatro consultas prenatales a lo largo del embarazo y, sin embargo, sólo el 40% de las mujeres senegalesas sigue el proceso completo. Esta cifra es más baja en el caso de las zonas rurales, donde el porcentaje se sitúa en el 33%. Por otro lado, el número de meses de embarazo que presentan las mujeres en la primera consulta es muy alto, situándose como media en los 3,7 meses, lo cual resta eficacia a la atención prenatal. Respecto a la asistencia al parto, sólo el 52% se produce en presencia de un profesional sanitario y la situación es aún más grave en zonas rurales, donde tan sólo se hace en un 33% de los casos.

En cuanto a los factores asociados a la salud reproductiva, es interesante destacar que en Senegal, el matrimonio constituye el marco general para el ejercicio de las relaciones sexuales, aunque en la práctica, entre la población joven se constata un crecimiento de las relaciones prematrimoniales. A partir de la celebración del matrimonio o la unión marital es cuando se inicia el periodo de exposición a futuros embarazos. La edad del matrimonio en Senegal es bastante precoz, ronda los 18 años y va ascendiendo progresivamente de una generación a otra. Aunque el Código de Familia aprobado en 1973 no permite que una mujer contraiga matrimonio antes de los 16 años, los datos demuestran que un 15% de las jóvenes en unión en 2005 no había alcanzado aún esa edad. Por otro lado, la poligamia forma parte del derecho común dentro del Código de Familia y sigue siendo una realidad en la familia senegalesa. Esta afecta de forma muy especial a las mujeres, ya que el 40% de las mujeres casadas pertenece a familias poligámicas. Entre otras consecuencias, la poligamia conlleva una fuerte natalidad debida al deseo de tener hijos varones y heredar así una mayor parte de los bienes en caso de fallecimiento del cónyuge.

En el año 2000, se aprobó una reforma de la Constitución que incluyó nuevas disposiciones para proteger a la familia y reforzar algunos derechos de las mujeres. El artículo 18, por ejemplo, reforzó el respeto al consentimiento matrimonial precisando que “el matrimonio forzoso es una violación de la libertad individual”. El artículo 19 otorgó a la mujer el derecho “a tener su propio patrimonio, al igual que su marido, y a gestionar personalmente sus bienes”, mientras que a través del artículo 15, se concedía tanto a la mujer como al hombre el derecho “de ser propietarios en las condiciones que establece la ley”.

En cuanto a la interrupción del embarazo, según los datos del Ministerio de Sanidad⁷⁷ el aborto ocupa el quinto lugar en las causas directas de mortalidad materna y es el causante del 20% de los casos de morbilidad. A pesar de la gravedad de esta situación generada por la clandestinidad en la que se practican los abortos provocados en cualquier clase social, Senegal mantiene disposiciones represivas en su código penal y en la Ley de Salud Reproductiva. En ésta, el aborto terapéutico sigue siendo la única forma de aborto permitida, definiéndose como tal cualquier aborto provocado con el fin de evitar que la madre sufra los peligros que ocasiona el embarazo para su salud o para evitar el nacimiento de un hijo con presumible malformación. A día de hoy, aunque el aborto sigue causando estragos, aún no existe debate sobre esta cuestión. La Iglesia católica condena los métodos anticonceptivos no naturales, incluido el preservativo, y recomienda la abstinencia mientras que la mayoría de líderes musulmanes consideran que la interpretación del Islam debe conducir sólo a recomendar el uso de anticonceptivos cuando el objetivo sea preservar la salud de la mujer.

Para las organizaciones feministas y las que trabajan en defensa de los derechos humanos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos, la legislación senegalesa sobre aborto se opone a las reglas promulgadas por los instrumentos de promoción y protección de los derechos humanos, como el Plan de Acción de la CIPD (1994), el Plan de Acción de la Conferencia de Beijing (1995), el Protocolo de la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos (2003) o el Plan de Acción de Maputo 2007-2010 para la operatividad del Marco Político para los Derechos Sexuales y Reproductivos en el continente.

Para preservar los derechos reproductivos de las senegalesas, siendo el primero el derecho a la vida, es de vital necesidad que la legislación interna se abrogue y armonice como mínimo con el Protocolo de la Unión Africana, que autoriza el aborto medicalizado en casos de agresión sexual, violación, incesto, así como cuando el embarazo pone en peligro la salud moral y física de la madre o la vida de la madre o del feto. En cuanto a los cuidados post-aborto, para acceder a ellos existe una tarifa de 22.500 FCFA, es decir, aproximadamente 34 euros, si bien están integrados en todos los hospitales urbanos y regionales

así como en la mayoría de los centros sanitarios, es preciso que también se incluyan en aquellos que se crearon después de 2006.

En cuanto a la integridad física de la mujer, ésta se encuentra protegida por la ley sobre salud de la reproducción y el Código Penal. Así, por ejemplo, el artículo 320 del Código Penal castiga la violación y el artículo 297 bis pena la violencia conyugal con uno a cinco años de cárcel y una multa de 50.000 a 500.000 francos CFA (de 76 a 760 euros). El artículo 319 del Código Penal, por su parte, también reprime el acoso sexual cometido por cualquier persona que abuse de la autoridad que le confieren sus funciones y dispone para ello seis meses a tres años de cárcel y una multa de 50.000 hasta 500.000 FCFA.

Las mutilaciones genitales femeninas también son reprimidas por el artículo 299 del Código Penal. Se impone una pena de seis meses a cinco años a cualquiera que atente contra la integridad del órgano genital de una persona de sexo femenino, mediante ablación total o parcial de uno o varios de los elementos que lo componen, ya sea por infibulación, por insensibilización o cualquier otro medio. Según la EDS 2005, el índice de prevalencia general de las mutilaciones genitales femeninas en Senegal es del 28%, con diferencias entre el 34% en zona rural frente al 22% en entorno urbano. Comparando los porcentajes de mujeres que han sufrido alguna forma de mutilación genital en el grupo de 45 y 49 años y de 15 a 19 años (el 31% frente al 25%, respectivamente) se puede constatar una tendencia a la eliminación de esta práctica así como una concentración del momento de realización en edades más tempranas, entre los 0 y 4 años.

La votación de la Ley N° 06-99 para modificar el artículo 320 del Código Penal constituye una victoria de las mujeres senegalesas al penalizar la escisión y reforzar las sanciones penales relacionadas con la violencia conyugal. Al aceptar votar una ley que la reprime, el Estado acepta que la violencia contra las mujeres es una cuestión de dominio público que está bajo su responsabilidad. Asimismo, la responsabilidad de llevar esa ley a la práctica también recae sobre él, ya que la protección de los derechos de los ciudadanos y las ciudadanas y el castigo por violarlos son competencia del Estado.

A día de hoy, no obstante, los procedimientos judiciales siguen siendo largos, costosos, áridos y, por tanto, desalentadores. Cuando, excepcionalmente, los casos de violencia contra las mujeres y los niños llegan a los tribunales, la víctima, a pesar de que le asiste un abogado, no siempre encuentra el apoyo adecuado para permitir el triunfo del derecho ante unos jueces insuficientemente concienciados. Para inducir al Estado a proteger el derecho de las mujeres a su integridad física, algunas asociaciones para la defensa de los derechos de la mujer han emprendido un alegato para conseguir el derecho a presentarse como acusación particular, es decir, actuar ante la justicia, en los juicios relacionados con violencia contra las mujeres, con el fin de pedir reparación por un daño indirectamente sufrido.

Por otro lado, queda de manifiesto que, a pesar de la Ley, la violencia contra las mujeres continúa en aumento. El análisis de los informes muestra que lo más común es que los jueces descalifiquen las violencias, rebajándolas de crímenes a delitos o liberando a los autores sin condenarlos. Esta impunidad existe porque no hay suficiente voluntad política para respetar las leyes nacionales y las convenciones regionales e internacionales ratificadas por el Estado senegalés. También hay que apuntar que existe un único refugio para las víctimas de violencia, que es gestionado por el Ministerio de la Familia, del Empresariado femenino y de las microfinanzas, responsable de las cuestiones de género. Este centro, ubicado en Dakar, resulta ser muy insuficiente comparado con las necesidades y no existe ninguno parecido en las capitales regionales, ni en los pueblos.

En cuanto a los y las jóvenes, desde el punto de vista demográfico, este grupo de población representa el 58% de la población. Tradicionalmente, y aún hoy día, es el grupo de edad con menos poder dentro de la familia y de la sociedad y el que menos acceso tiene al control de los recursos económicos. Según los datos de la EDS 2005⁷⁸, con 19 años el 35,4% de las chicas son sexualmente activas, mientras que el 19% de las madres son menores de 20 años. Los y las jóvenes tampoco se salvan de las ITS pues entre los 20 y 24 años, el 4% de los jóvenes varones y el 0,3% de las mujeres han padecido alguna. En lo que al VIH/Sida se refiere, la prevalencia entre adolescentes sigue siendo baja respecto de la prevalencia en el conjunto de la población afectando entre los 20 y los 24 años al 0,8% de las mujeres y al 0,2% de los hombres.

Todos estos datos evidencian la necesidad de que este grupo de población tenga acceso a una amplia información y educación sexual. Sin embargo ésta no siempre es fácil, pues la inmensa mayoría de los programas de salud reproductiva están destinados principalmente a parejas casadas y adultos. La actitud a menudo negativa de gran parte de los prestadores de servicios en cuanto a que los y las adolescentes accedan a la información y servicios de ITS, de planificación familiar y cuidados post aborto, puede disuadirles. En entrevistas llevadas a cabo a nivel de formación sanitaria, algunos encuestados, sobre todo niñas, se quejaron de un mal recibimiento por parte de los prestadores de servicios que les aconsejaban esperar al matrimonio antes de iniciar su vida sexual⁷⁹. Por otro lado, la educación sexual no está recogida como una materia específica en los colegios e institutos. El Ministerio de Educación ha desarrollado programaciones sobre educación sexual, aunque aún son insuficientes, entre otras cosas porque la mayoría de los jóvenes se encuentran fuera del sistema escolar y los esfuerzos para llegar hasta ellos son escasos. Aunque en las grandes ciudades se han creado centros asesores, específicamente destinados a los adolescentes y que ofrecen consultas ginecológicas o psicológicas, muchos jóvenes no acuden a ellos debido a la condena social de la sexualidad durante la etapa adolescente.

Para concluir, por tanto, podemos señalar que los desafíos en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se sitúan sobre todo en dos niveles: el nivel institucional y el nivel social y familiar. Se puede reconocer que, a nivel de las instituciones, el marco jurídico, las políticas, las estructuras y las prácticas, se han producido algunos cambios con la creación de leyes y programas que han permitido la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, en las diversas manifestaciones de las desigualdades de géneros, de clases y de generaciones, sigue siendo evidente que se infravalora el peso de las relaciones de poder. Esas relaciones de poder que violan los derechos de la mujer constituyen sin embargo el cimiento de la mala salud reproductiva de las mujeres.

De hecho, a nivel social y familiar, la profundamente desigual y patriarcal sociedad senegalesa, que siente cierto reparo para reconocer a las mujeres como sujetos de pleno derecho, probablemente no aceptará una orientación

decididamente centrada en la promoción de los derechos, sobre todo si se trata de derechos sexuales. El concepto tradicional de que la reproducción incumbe principalmente a la responsabilidad de la mujer ha conllevado a un bajo interés y una implicación mínima por parte de los hombres. Pero, como pareja sexual, familiar o social, los hombres son los que ostentan el poder de decisión dentro de la familia y a nivel del Estado y las colectividades. Su participación, responsabilidad e implicación es necesaria e imprescindible para cambiar las relaciones de género en el marco de la salud y los derechos sexuales y de reproducción y, de forma general, para el disfrute por parte de las mujeres del conjunto de sus derechos.

Finalmente, aunque no menos importante, vemos que la homosexualidad sigue estando criminalizada en Senegal. Como indica el artículo 319 del Código Penal senegalés, los actos homosexuales se castigan con cinco años de cárcel y una multa de 100.000 a 1.500.000 francos CFA. Esto no sólo conlleva a la denegación del derecho a la orientación sexual, sino que también incluye el endurecimiento de la ley con la condena de homosexuales a penas de cárcel y la no intervención del Estado para poner fin a la ola de homofobia que desde hace unos años se viene desarrollando en Senegal, aunque el país haya firmado en 1978 el Pacto internacional referente a derechos civiles y políticos que en su artículo 17 (1) estipula que ninguna persona “será objeto de intromisiones arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de atentados ilegales contra su honor y su reputación”.

En su lucha contra la epidemia del Sida, el Gobierno de Senegal se ha esforzado en crear partidas presupuestarias destinadas a los homosexuales, entre quienes el índice de seroprevalencia es relativamente alto, comparado con el índice oficial (21,5% para ellos, frente al 0,7% de la población general). Las organizaciones de defensa de los derechos humanos y algunas organizaciones de mujeres exigen la despenalización de la homosexualidad y el poner fin a los castigos que penalizan las relaciones que atañen a la vida privada, además de que esta ley discriminatoria se opone a las disposiciones de la Carta Africana de los Derechos del Hombre y de los Pueblos que en su artículo 3 (1) estipula que todas las personas “gozan de igualdad total ante la ley”.

4.3

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Desde 1996 el sistema de salud senegalés se basa en el modelo sanitario propuesto por la OMS, basado en tres niveles: el nivel central, el nivel regional y el nivel periférico. El nivel central está representado por el Ministerio de Salud, el nivel regional por las regiones médicas y, el nivel periférico, por los distritos sanitarios. El nivel central comprende el Ministerio de Salud, incluyendo el Gabinete del/la ministro/a, las direcciones generales y los servicios adjuntos. A estos se unen los siete hospitales nacionales que constituyen el nivel especializado de referencia. Las competencias fundamentales del nivel central son la formulación de las políticas de salud, el presupuesto, la supervisión y regulación de la actividad de las instancias inferiores, el apoyo técnico a las regiones y la coordinación con los socios internacionales.

Tras la reordenación del territorio de 2007 Senegal se divide en 14 regiones. El nivel regional del sistema de salud se corresponde con la región médica, que a su vez, a nivel político se equipara con la región administrativa. Está dirigida por un médico jefe de región y un equipo cuyas competencias son la planificación, evaluación, gestión, coordinación y supervisión de la atención sanitaria; la coordinación técnica entre todas las estructuras sanitarias de la región; la formación continua del personal sanitario y de la región, incluido el personal comunitario; el apoyo de las actividades de los distritos sanitarios; y el tratamiento estadístico de los datos sanitarios de la región. En principio, cada región médica cuenta con al menos un hospital regional, aunque las regiones creadas a partir de 2007 como Sédhiou no disponen todavía de ninguno. Aunque el jefe médico participa en el Consejo de Administración del hospital, éstos disponen de autonomía jurídica y la tutela de los mismos corresponde al Ministerio de Salud. Estos hospitales regionales prestan servicios de medicina interna, obstetricia, ginecología, pediatría y cirugía.

COMPARATIVA REGIONAL DE CENTROS Y PUESTOS DE SALUD POR HABITANTE

REGIÓN	CENTRO DE SALUD/ HABITANTE	PUESTOS DE SALUD/ HABITANTE
KOLDA	1/276.854	1/11.536
SEDHIOU	1/209.139	1/10.457
MATAM	1/177.795	1/8.802
DAKAR	1/133.021	1/11.813
FATICK	1/104.634	1/7.656

Fuente: Carte Sanitaire 2008, Service National de l'Information Sanitaire, Ministère de la Santé et la Prévention Médicale de Sénégal

Finalmente, el nivel periférico agrupa a los 54 distritos sanitarios en los que se dividen los 34 departamentos que forman el Estado senegalés. Estas unidades son las encargadas de implementar los distintos programas definidos por el Ministerio de Salud. Para ello, cada distrito sanitario debe contar con al menos un centro de salud de referencia y una red de puestos de salud que constituyen el nivel de atención primaria de salud. El centro de salud está dirigido por un jefe médico de distrito y un equipo integrado, como mínimo, por un supervisor/a encargado de los servicios de salud primaria, un supervisor/a encargado de la salud materna e infantil y la planificación familiar (generalmente una matrona), y un supervisor de educación para la salud. Los puestos de salud son dirigidos por un/a enfermero/a jefe y cuentan con personal comunitario (partera y agentes comunitarios de salud) o en contadas ocasiones, con una matrona. Además de las actividades preventivas y curativas, cada puesto de salud se encarga de la gestión de su presupuesto, su personal, los equipos, la farmacia, la supervisión del personal comunitario y la gestión de la información sanitaria. Asimismo, se lleva la supervisión del crecimiento y desarrollo del niño, el aprovisionamiento de agua potable, etc.

A estos tres niveles hay que añadir el nivel comunitario de salud que impulsa la Iniciativa de Bamako. Senegal cuenta con algo más de 300 comunidades rurales con competencia para la gestión y desarrollo de la estructura comunitaria de salud. Esta estructura está formada por las casas de salud y las maternidades rurales que son directamente gestionadas y financiadas por el "Comité de Salud" de cada comunidad. Constituido por cinco miembros, este comité se encarga de la construcción y

mantenimiento de los servicios, así como de dotarlos de personal y del equipamiento necesario. Ambas estructuras dependen a nivel operativo del puesto de salud que supervisa el trabajo del personal. Generalmente parteras tradicionales que han recibido una formación para reciclarse en la realización de determinados cuidados relacionados con el embarazo y el parto y agentes comunitarios de salud que intervienen en las campañas de vacunación, sensibilizan a los miembros de la comunidad y organizan las estrategias avanzadas del puesto de salud.

A pesar del esfuerzo realizado por el Gobierno desde la puesta en marcha del Plan Nacional de Desarrollo Sanitario en la mejora de la infraestructura sanitaria, Senegal sigue lejos de alcanzar los objetivos marcados por el propio Gobierno, dándose además fuertes disparidades entre las regiones. Las mayores diferencias se dan sobre todo en cuanto al número y equipamiento de los centros y puestos de salud, donde las regiones más rurales y pobres como Kolda o Sédhiou presentan los peores indicadores.

El Plan Nacional de Desarrollo Sanitario 2004-2008 detalla los recursos sanitarios con los que deben contar los distintos servicios de salud. Estas normas se actualizan cada tres o cuatro años a través de la Carta Sanitaria. A pesar de que la Carta Sanitaria de 2008 reduce el personal con el que debe contar un centro de salud de referencia (por ejemplo el número de matronas se reduce de ocho a cinco y desaparecen el ginecólogo y pediatra, que son sustituidos por un cirujano generalista), la brecha entre los recursos disponibles y las necesidades del sistema sanitario sigue siendo enorme, sobre todo en los centros de salud de referencia.

EVOLUCIÓN DE LA FINANCIACIÓN DEL SECTOR SALUD

(en millones de FCFA)

	2000	2002	2004	2007
Gobierno central	29.637 (48,18%)	38.569 (43,54%)	46.178 (52,72%)	74.819 (57,4%)
Colectividades rurales	820 (1,33%)	4.381 (4,87%)	4.381 (5%)	4.316 (3,3%)
Población / Comité de Salud	7.822 (12,72%)	17.869 (20,17%)	18.137 (20,7%)	24.865 (19,1%)
Donantes internacionales	23.232 (37,77%)	27.826 (31,41%)	18.902 (21,58%)	26.411 (20,3%)
TOTALES	61.511 (100%)	88.580 (100%)	87.598 (100%)	130.411 (100%)

Fuente: Banco Mundial , Rapport analytique Santé et Pauvereté, Sénégal, 2006

En definitiva, los indicadores de Senegal sitúan a este país lejos de la recomendación de la OMS y de la norma nacional del propio Ministerio de Sanidad, que establece un médico por 15.000 habitantes, un/a enfermero/a por 6.000 habitantes y una matrona por 3.500 mujeres en edad fértil. A pesar del esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud en los últimos años, sigue habiendo un fuerte déficit de recursos humanos, sobre todo en cuanto al número de enfermeros/as y matronas. Esto se explica, en parte, porque se ha realizado un menor esfuerzo en la contratación de estos últimos. De acuerdo a la carta sanitaria de 2008, para dar cobertura a los 24 centros de salud de referencia existentes se necesitarían 120 matronas de estado, mientras que en la actualidad sólo hay tres. Los últimos tres años no se han contratado matronas ni personal de enfermería de estado.

Al déficit de médicos, enfermeros/as y matronas se suma la desigual distribución de los escasos recursos disponibles. Las zonas urbanas y con menor índice de pobreza tienen un mayor porcentaje de personal sanitario, mientras que las zonas más rurales y pobres presentan los peores indicadores de salud del país. Regiones como Sédhiou, con un médico por cada 106.000 habitantes y un enfermero/a para 19.272 habitantes, tiene uno de los peores ratios del país. En la actualidad Sédhiou cuenta con 10 matronas y según la Carta sanitaria de 2008 tiene un déficit de 54 matronas. La capacidad del sistema sanitario para mejorar la calidad de las prestaciones sanitarias pasa por una mayor disponibilidad de recursos humanos con la formación necesaria, especialmente de matronas y personal de enfermería, que son los que realizan la mayor parte de la asistencia sanitaria. En la práctica, no obstante, es el agente sanitario el que acaba realizando las funciones del enfermero/a en los puestos de salud, centros de salud y hospitales, aunque su formación sea inferior.

4.4

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR DE LA SALUD

La Estrategia de Lucha contra la Pobreza 2007-2010 es el referente para enmarcar la acción en el sector de la salud en general y la salud sexual y reproductiva, dentro del esfuerzo más amplio de reducción de la pobreza y promoción del desarrollo. En lo que se refiere al sector salud, dentro de la ELP se establecen como objetivos estratégicos mejorar la calidad, el acceso y la oferta de servicios de salud en las regiones más pobres, promover en la población actitudes y comportamientos de prevención de enfermedades, mejorar la prevención y atención del VIH/Sida y la malaria, reforzar la salud materna, juvenil e infantil, promover el control ciudadano de los servicios sociales y sanitarios, mejorar la salud reproductiva de jóvenes y mujeres, fortalecer la gestión de enfermedades no transmisibles y crónicas y, por último, mejorar la situación nutricional de mujeres y niños.

A nivel del sector salud, el Plan Nacional de Desarrollo Sanitario y Social 1998-2007 (PNDS) es la política de referencia. Entre los principales problemas que identifica el PNDS, relacionados con la salud se encuentran: a) la alta mortalidad materna causada por la limitada cobertura de las consultas prenatales, la mala calidad de la atención al embarazo, el intervalo intergenésico excesivamente corto, los embarazos precoces, los embarazos múltiples, el alto porcentaje de partos no asistidos y el

limitado funcionamiento del primer nivel de referencia; b) un índice sintético de fecundidad relativamente elevado, a pesar de los esfuerzos realizados en el ámbito de la planificación familiar, la alfabetización funcional de las mujeres y la escolarización de las niñas; c) la débil salud de los jóvenes debido a una sexualidad precoz, el avance de las ITS y el VIH/Sida, la toxicomanía y los embarazos tempranos; y d) la persistencia de endemias locales, entre ellas las ITS y VIH/Sida, y su impacto negativo en la economía nacional. En base a la identificación de estos problemas se establece la reducción de la mortalidad materna, juvenil e infantil como uno de los tres objetivos prioritarios del PNDS.

Además de las estrategias recogidas en el PNDS, el Ministerio de Salud ha realizado en los últimos años una revisión y actualización de las políticas marco sobre salud reproductiva, que abarcan a la política de planificación familiar, la política de población y la política nacional de salud. Este esfuerzo no se ha traducido, no obstante, como en el caso de Níger y Etiopía, en la puesta en marcha de una estrategia integral de salud reproductiva que aborde los distintos componentes que conforman la misma.

Los intentos de los gobiernos senegaleses para combatir la mortalidad materna y mejorar la salud reproductiva son antiguos y numerosos. Así, la política de población⁸⁰ de 1988, cuyo objetivo era reducir la tasa de fecundidad y el ritmo de crecimiento demográfico, sitúa por primera vez la salud materna e infantil como un objetivo específico. Posteriormente, la Declaración de la política de salud y de acción social de junio de 1989⁸¹, documento marco en el que se definen los objetivos y las directrices que conforman las políticas y estrategias de salud del Gobierno senegalés, continúa en la línea de la política de población y establece un marco para hacer operativas las mejoras de la salud materna e infantil, el Programa Nacional de Planificación Familiar y el Programa Nacional de Prevención de la Mortalidad Materna, estos últimos surgidos en 1990.

En 2004, se crea el Comité de lucha contra la mortalidad materna y neonatal⁸², organismo multisectorial cuyo objetivo principal es movilizar fondos para la puesta en mar-

cha de un plan de acción nacional para la reducción de la mortalidad de madres y neonatos. Este Comité, presidido por el ministro de Sanidad y coordinado desde la División de Salud Reproductiva, incluye representantes del Ministerio de Salud; organismos multilaterales como la OMS, UNFPA, UNICEF, el Banco Mundial; agencias bilaterales como USAID; asociaciones profesionales de ginecólogos/as y de matronas; así como el Grupo Interparlamentario en Población y Desarrollo. Aunque en 2006, se aprueba la hoja de ruta multisectorial para acelerar la reducción de la mortalidad y la morbilidad materna y neonatal en Senegal 2006-2015⁸³, tanto desde la propia División de Salud Reproductiva como desde los actores de la sociedad civil, se reconoce que se trata de un Comité muy poco activo. Esta hoja de ruta se enmarca dentro de metas concretas que pretenden, de acuerdo con los ODM 4 y 5, la reducción antes de 2015 de las tasas de mortalidad en menores de cinco años, así como la mortalidad materna en tres cuartas partes. Dichos objetivos implican acelerar la reducción de la tasa de mortalidad neonatal de 34,9 a 16 por mil en 2015, así como reducir la tasa de mortalidad materna de 401 a 200 por 100.000 nacidos vivos en 2015. Los tres grandes ejes sobre los que se articula la hoja de ruta son el acceso a la atención médica por parte de personal cualificado⁸⁴, el refuerzo de las capacidades de todos los sectores para la promoción de la salud materna e infantil y la mejora del nivel de utilización de los servicios de planificación familiar. Además, incluye un presupuesto anual para cada una de las líneas estratégicas, aunque no se especifica cómo se movilizarán los recursos ni cuáles serán las fuentes de financiación disponibles.

A partir de la definición y recomendaciones de la Conferencia del Cairo, la División de la Salud Reproductiva del Ministerio de Salud preparó en 2007 una guía nacional de referencia sobre Políticas y normas de servicios de la salud reproductiva⁸⁵ que desglosa las estrategias aplicables a cada uno de los siete componentes de la salud reproductiva. En materia de salud reproductiva de los/las adolescentes y jóvenes se identifican como áreas prioritarias la eliminación de prácticas nefastas para la salud, la planificación familiar, la maternidad sin riesgo, la lucha contra las ITS, incluido el VIH/Sida, y la atención de las afecciones no infecciosas del aparato reproductivo. Sin embargo, a pesar de que la política de salud reproducti-

va identifica como uno de los ejes de actuación la lucha contra los altos índices de matrimonios y embarazos precoces y de violencia ejercida contra las jóvenes, apenas existen servicios específicos para atender las necesidades en estos ámbitos.

Por otro lado, la intervención del Gobierno en la lucha contra la epidemia del VIH/Sida se inicia a principios de la década de los 90, pero no es hasta 2001 cuando se establece el Consejo Nacional de Lucha contra el Sida, presidido por el primer ministro. En 2002 se pone en marcha el primer Plan Estratégico de Lucha contra el Sida (2002-2006) al que se da continuidad a través de un nuevo plan 2007-2011 que pretende mantener la prevalencia por debajo del 2%, promover el acceso universal a los servicios de prevención, cuidados y tratamiento del VIH/Sida y mejorar la atención socioeconómica de personas con VIH/Sida. Dado el bajo índice de prevalencia del VIH/Sida en Senegal, un 0,7%, la prevención constituye el eje central del plan, poniendo especial atención en el tratamiento de las ITS y a la prevención de la transmisión vertical. Con la meta de reforzar ésta última, en 2005 se crea la Política Nacional de Prevención de la Transmisión Vertical de VIH⁸⁶, cuyos objetivos incluyen la integración de la PTV en el paquete de actividades realizadas por las estructuras sanitarias, proponer la prueba del VIH a todas las mujeres durante su primera consulta prenatal, garantizar la disponibilidad de la profilaxis antirretroviral y asegurar la gratuidad de los reactivos para la prueba del VIH.

En el ámbito de la igualdad de género, la Estrategia Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género⁸⁷ es el marco global de referencia en Senegal. La estrategia identifica cuatro ejes de actuación: el fortalecimiento de las potencialidades de las mujeres; la mejora de la situación económica de éstas; los derechos humanos y el acceso a espacios de toma de decisiones; el impacto de las intervenciones a favor de la igualdad y la equidad de género. En particular, el eje de fortalecimiento de las potencialidades de las mujeres y de derechos humanos aborda aspectos específicos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El financiamiento de programas para dar mayor operatividad a la estrategia de igualdad de género tiene previsto realizarse mediante la asignación de un 15% de cada presupuesto sectorial a nivel nacional, y de

cada presupuesto local, departamental y regional a nivel de colectividades locales. No obstante, no se han podido encontrar datos que pongan de manifiesto la aplicación efectiva de este compromiso.

4.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

Senegal es considerado país prioritario de la cooperación española desde la aprobación del primer Plan Director en el año 2000. Además, todas las comunidades autónomas han dirigido parte de su ayuda a ese país entre 2003 y 2009, destacando entre ellas Castilla-La Mancha, Cataluña, Canarias, Comunidad de Madrid, País Vasco y Galicia. La Agencia Catalana de Cooperación al Desarrollo abrió en 2008 una oficina técnica de cooperación en la región de Kolda, desde la cual impulsa las distintas líneas de cooperación directa.

A nivel geográfico se apuesta por concentrar la acción de la cooperación española en las regiones de Saint Louis, Ziguinchor y Kolda, aunque a partir de 2009, se decide enfocar las acciones en salud también hacia Sédhiou y a nivel sectorial, salud y educación se reconocen como ámbitos prioritarios, tanto por su trascendencia como por su sintonía con las prioridades generales de intervención de la cooperación española.

Las ONG son el principal canal de distribución de la AOD para Senegal en el sector de la salud, gestionando el 70% de la ayuda en este ámbito. A nivel multilateral, la cooperación española derivó recursos para población y salud reproductiva a través de la Organización Mundial de la Salud y el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Malaria y la Tuberculosis por un valor de 0,5 millones de euros entre 2003 y 2007, aproximadamente un 13% de la AOD para el sector en dicho periodo.

Entre 2003 y 2009, en la región de Saint Louis, ubicada en el norte, las ONG Barcelona Sida 2002 y Médicos

del Mundo desarrollan intervenciones orientadas a la prevención del VIH/Sida. La primera concentra su trabajo en el distrito de Richard Toll, mientras que MdM abarca los distritos de Saint-Louis, Dagana, Richard Toll, Podor y Matam. Por su parte, Enda Graf Sahel apoya infraestructuras para la atención de la maternidad en el barrio de Guet Ndar de la ciudad de Saint Louis y Tierra de Hombres concentra su trabajo en el distrito de Podor en esta misma región, impulsando la mejora de la atención de la salud materna e infantil.

Con respecto a las regiones del sur, en Ziguinchor, ubicada al suroeste, la cooperación española apoya el programa de Tostan, dirigido a promover los derechos humanos y la eliminación de prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio precoz y forzado, en las comunidades Diola y Fogni. En Kolda, Médicos del Mundo implementa a lo largo de varios años distintas intervenciones orientadas a apoyar los servicios de salud reproductiva en el marco de la Atención Primaria del distrito sanitario de Velingara. En este mismo distrito, las ONG senegalesas ASEAD y Fundación Guné reciben apoyo para realizar un proyecto de educación y sensibilización comunitaria sobre los derechos humanos, con énfasis en los derechos sexuales y reproductivos, en el primer caso y una intervención para la mejora de la cobertura y calidad de los servicios de salud materna e infantil en Kolda, en el segundo.

Si bien Medicus Mundi Andalucía no desarrolla una línea de trabajo en salud en Senegal, en 2007 lleva a cabo un programa de formación dirigido a profesionales sanitarios de varios países de África Occidental con apoyo del Instituto Salud y Desarrollo de la Universidad Cheik Anta Diop de Dakar. Por su parte, Enfermeras para el Mundo, sección de Cooperación de la Fundación Salud y Sociedad, recibe fondos para desarrollar una iniciativa de apoyo a la Estrategia de descentralización de la formación inicial de personal de enfermería y matronas del Ministerio de Salud y Prevención de Senegal, que incluye el apoyo a Centros Regionales de Formación a través de capacitaciones, dotación de equipos y materiales educativos. En 2009, Enfermeras para el Mundo pone en marcha el proyecto BOGAL para la construcción de un puesto de salud con maternidad en la región sanitaria de Sédhiou

y en 2010 Médicos del Mundo obtiene apoyo de AECID para trabajar en el fortalecimiento del sistema de atención primaria de salud de la región de Sédhiou.

Como puede constatarse, la presencia de actores de la cooperación española en Senegal es amplia. En el marco del debate generado por la nueva agenda de eficacia de la ayuda, la Oficina Técnica de Cooperación (OTC) inicia en 2008 un proceso de reflexión en el que participan cerca de 35 organizaciones españolas y locales. Aunque las conclusiones del encuentro se aplican a la cooperación en general y no específicamente al sector de salud y salud sexual y reproductiva, es interesante destacar algunas de las reflexiones generadas. Encontramos, por ejemplo, que la cooperación española no es valorada por los propios actores como una ayuda eficaz, que existe falta de coherencia y coordinación además de un enfoque excesivo en actividades y pocos incentivos para la gestión por resultados y que se estima necesaria una mayor concentración sectorial de la ayuda, más esfuerzos y recursos para la evaluación y seguimiento así como una mayor predictibilidad y continuidad de la cooperación descentralizada.

Entre los principales obstáculos que impiden una mayor eficacia de la ayuda se identifican, sobre todo, la dificultad de coordinación entre los distintos actores, la ausencia de identificaciones participativas, la falta de inclusión de las autoridades locales o la desinformación sobre las políticas públicas locales y las intervenciones de los demás actores de desarrollo. Como propuestas de mejora emanadas de la reflexión facilitada por la OTC se extraen, por ejemplo, la elaboración de una base de datos común de todos los proyectos en marcha en el país, el establecimiento de procesos de planificación conjunta, la reactivación de los grupos de trabajo, el incremento de la información sobre las políticas senegalesas, mayor coordinación entre los actores y mejora de los procesos de identificación para garantizar una buena pertinencia de las intervenciones y procesos adecuados de evaluación.

4.6

EL PROCESO DE

EFICACIA DE LA AYUDA

La ayuda oficial al desarrollo ocupa un lugar importante en la economía senegalesa. En 2007, se elevó a 843 millones de dólares, 7,7% del PIB, apreciándose un aumento de más de 150 millones de dólares entre 2005 y 2007. Este aumento se ha concentrado en determinados sectores, como el productivo o las infraestructuras, mientras que en otros como el de la salud, la ayuda ha disminuido desde el 37% en 2000 al 20,3% en 2007⁸⁸. En los últimos años, se observa una estabilización de la ayuda en torno al 20%, por lo que podemos decir que sigue representando un porcentaje importante del presupuesto total.

Como se acaba de mencionar, desde hace unos años, Senegal vive una clara retirada de los donantes tradicionales del sector de la salud, siendo importante la reducción de la presencia europea, sobre todo de la cooperación belga, francesa y alemana, aunque en parte haya sido compensada por un mayor peso de la cooperación americana y japonesa. Según datos de la OCDE de 2007, el 57% de la AOD que recibe Senegal proviene de donantes bilaterales, siendo Francia el principal, seguido de Alemania, Estados Unidos, España y Japón. En cuanto a los donantes multilaterales, el principal donante es el Banco Mundial, seguido del Fondo de Desarrollo Africano, el FMI y la Unión Europea.

En el sector de la salud están presentes en mayor o menor medida el Banco Mundial, GTZ, AECID, JICA, Agencia de Cooperación de Bélgica, Agencia de Cooperación de Luxemburgo, AFD, CIDA, USAID, el Banco Islámico de Desarrollo y el Banco Africano de Desarrollo. Como se señala, tanto desde el Ministerio de Salud como desde las regiones médicas, esta diversidad de fuentes de financiación con procedimientos y tiempos distintos limita la previsibilidad y dificulta la planificación a medio plazo.

Principales donantes 2006 - 2008 en millones de dólares

IDA (BANCO MUNDIAL) **1.003 MILLONES**

FRANCIA **258 MILLONES**

AFDF (FONDO DE DESARROLLO AFRICANO)
178 MILLONES

ALEMANIA **100 MILLONES**

FMI **84 MILLONES**

EC **72 MILLONES**

AGENCIAS ÁRABES **43 MILLONES**

ESTADOS UNIDOS **38 MILLONES**

ESPAÑA **37 MILLONES**

JAPÓN **33 MILLONES**

Fuente: OCDE, www.oecd.org/dac/stats

USAID es la principal financiadora de programas de salud sexual y reproductiva, sobre todo de planificación familiar y salud materna, ámbito que lleva financiando desde 1979. Aunque adolece en muchas ocasiones de realizar programas muy verticales, el peso de la cooperación norteamericana en el ámbito de la salud sexual y reproductiva en Senegal sigue siendo fundamental para el Ministerio de Salud. Al igual que USAID, la cooperación japonesa es una cooperación bastante vertical y poco dada a participar en mecanismos de coordinación, sobre todo si implican una mayor armonización y alineamiento. Entre los donantes europeos, Bélgica apoyó en el pasado tres grandes programas de cooperación directa para fortalecer el sistema de salud de las regiones de Kaolack, Fatick y Diourbel, pero en la actualidad la financiación es muy débil y se concentra sólo en la creación o fortalecimiento de mutuas de salud. Francia, principal donante de Senegal con una ayuda anual de unos 110 millones de euros, también ha abandonado de forma bilateral el sector de salud desde 2005, aunque en su estrategia país 2006-2010⁸⁹ mantiene apoyos puntuales al hospital de Dakar, prevé algunas asistencias técnicas y pretende canalizar toda su financiación al sector de la salud a través de mecanismos multilaterales, como el Fondo Mundial.

La cooperación entre la Unión Europea y Senegal, enmarcada dentro del acuerdo de partenariado firmado en Cotonou en 2000 entre los países ACP, la Comunidad

Europea y sus estados miembros, se orienta a partir del octavo FED hacia el apoyo a la lucha contra la pobreza. El sector de la salud ha formado parte de las áreas de concentración de la Comisión Europea hasta 2001, financiando la construcción de infraestructuras como los hospitales de Saint Louis, Podor o Matam, y la implementación de programas como el "Programa de apoyo a la salud en Kolda, Ziguinchor y Saint Louis". No obstante, el noveno FED no establece el sector de la salud como área prioritaria y se concentra en el sector productivo, el saneamiento y el apoyo presupuestario directo para la puesta en marcha de la estrategia de reducción de la pobreza. Dentro de esta estrategia, sin embargo, se incluye el fortalecimiento de los servicios básicos de salud. Aunque no se habla específicamente de salud reproductiva, se establece como indicador de este eje el aumento de los partos asistidos por personal cualificado. Con un presupuesto total de 288 millones de euros destinados a Senegal, el décimo FED destina 150 millones de euros a la estrategia de lucha contra la pobreza, incluido el sector de la salud, aunque se carece de datos para saber qué porcentaje se destina al sector salud y a la salud sexual y reproductiva.

APROPIACIÓN

Los avances en el ámbito de la apropiación son insuficientes para lo que se espera de un país como Senegal⁹⁰. Aun contando con una estrategia de reducción de la pobreza y un amplio desarrollo normativo en el ámbito de la salud, a través del Plan de Desarrollo del Sector Sanitario, la política de SSR o la estrategia de VIH/Sida, no se ha valorado que esto se traduzca en programas sectoriales con marcos presupuestarios que avalen su implementación. Esto sorprende si tenemos en cuenta que Senegal comenzó a desarrollar su enfoque sectorial de salud en la década de los noventa. A diferencia de Etiopía, sin embargo, no ha conseguido desarrollar dicho enfoque lo suficientemente como para evolucionar hacia marcos de apoyo presupuestario y tampoco hacia otro tipo de mecanismo multidonante como puede ser el Fondo Común creado en Níger.

El liderazgo en el desarrollo de políticas y estrategias está centrado en el Estado, aunque con participación de

otros actores en su desarrollo. Si bien en la formulación de la Estrategia de Reducción de la Pobreza y otras políticas de salud algunas organizaciones han tenido la posibilidad de participar, en los mecanismos de coordinación de la ayuda entre donantes y Gobierno, como los Grupos Temáticos o el Acuerdo Marco sobre Apoyo Presupuestario, no está prevista su intervención. Senegal dispone de una amplia base de organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el sector de la igualdad de género aunque menos lo hacen en el sector de la salud. El rol de las que están operativas es generalmente el de prestadoras de servicios de salud y no están demasiado enfocadas hacia las cuestiones de incidencia política y defensa del derecho a la salud. En muchos casos las organizaciones son muy específicas y, en otros, se duplican las redes sobre el mismo tema.

ALINEAMIENTO

En términos de alineamiento, Senegal presenta resultados irregulares y en conjunto no se observan avances significativos. Si bien se han identificado esfuerzos del Gobierno por reformar los sistemas de gestión presupuestaria y financiera, la mejora aún es insuficiente y su clasificación en el sistema de evaluación es similar a la de 2005⁹¹.

Según la Encuesta 2008 de la OCDE, la coordinación de la cooperación técnica, de manera similar a la tendencia general reportada por los demás países participantes, se incrementó notoriamente en Senegal, pasando de 18% en 2005 a 54% en 2007, cuando el porcentaje esperado era de 50%. España se ubicó, sin embargo, por debajo del promedio obtenido por el conjunto de donantes ya que sólo la cuarta parte de su ayuda mediante cooperación técnica se canalizó de manera coordinada.

Con respecto al uso de sistemas nacionales de finanzas públicas, Senegal presentó retrocesos en 2007 puesto que, mientras que en 2005 canalizaba el 23% de la ayuda mediante estos sistemas, esta cifra se redujo al 19% dos años más tarde. Junto a Bélgica, Estados Unidos, Kuwait y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrario, España se encuentra en el grupo de donantes que no utilizó los siste-

mas nacionales. En el caso de los sistemas nacionales de aprovisionamiento, los resultados de Senegal mejoraron, incrementándose el porcentaje de 29% en 2005 a 41% en 2007. Las estructuras de implementación paralela en Senegal, contabilizadas en 2005, eran 23, mientras que dos años después se incrementaron a 55, lo que implica un retroceso en la meta planteada para 2010.

La predictibilidad de la ayuda es otro aspecto en el que se identifican retrocesos para Senegal. Mientras que en 2005 el 69% de la ayuda programada para este país fue desembolsada en el año que correspondía, en 2007 el porcentaje fue del 61%, cuando se esperaba incrementar el porcentaje de la ayuda predecible. En este indicador el porcentaje de España, un 61%, fue notablemente mejor que el del resto de donantes, estimado en 48%.

ARMONIZACIÓN

Con 60 donantes y más de 500 proyectos y programas, la coordinación de los donantes es, según la Comisión Europea, un verdadero desafío en este país⁹². De hecho, con respecto a la ayuda que se canaliza a través de programas en Senegal, el porcentaje descendió del 57%, en 2005, al 39%, en 2007. Por otro lado, la realización de misiones conjuntas por los donantes en Senegal se incrementó ligeramente entre 2005 y 2007 del 15% al 19%, mientras que en la realización de análisis conjuntos se produjeron retrocesos, puesto que en 2005 el porcentaje era del 40% y descendió al 28% en 2007. España no participó en estos procesos de trabajo coordinado ni tampoco canalizó su ayuda a través de mecanismos basados en programas⁹³.

Para afrontar este reto de armonización, la comunidad de donantes establece varios mecanismos de coordinación de la ayuda, aunque es a partir de 2007 cuando se da un impulso real a la agenda de eficacia de la ayuda, tanto por parte de los donantes como del Gobierno. El mecanismo tradicional de diálogo entre donantes es desde 1993 el Foro de donantes. Presidido por el PNUD y el Banco Mundial, a las reuniones suelen acudir entre 40 y 45 instituciones, lo que limita en cierta forma su capacidad para impulsar una efectiva coordinación. Para resol-

ver esta limitación, en 2009, se adoptan medidas concretas para agilizar el seguimiento y la toma de decisiones del grupo mediante la creación de un “grupo ejecutivo” de coordinación de 12 miembros.

Otras vías de coordinación operativas desde hace años son los Grupos Temáticos. En estos momentos existen trece, entre ellos uno sobre género y otro sobre salud, que ahora coordina la OMS. No obstante, sus reuniones son de carácter informal y sirven más como espacios de intercambio de información y experiencias que de coordinación. Como reconocen distintas fuentes, la calidad del trabajo y el nivel de actividad de los grupos dependen del donante que lo lidere y del nivel de implicación de los demás donantes. Así, el grupo de salud ha bajado su nivel de actividad después de que Bélgica dejase la coordinación.

Tras la Declaración de París y a partir de 2007 el Gobierno senegalés ha puesto en marcha dos herramientas para avanzar en la agenda de la eficacia de la ayuda: el Plan de Acción para la Armonización y eficacia de la Ayuda en Senegal 2007–2010 y el Acuerdo Marco sobre el Apoyo Presupuestario. El Plan de acción para la armonización y la eficacia de la ayuda en Senegal es la herramienta principal para coordinar las intervenciones de los donantes. En él se detallan las acciones a realizar en cuanto a apropiación, alineamiento, armonización, gestión por resultados y responsabilidad mutua. El plan es impulsado por la Comisión Europea desde el frente de donantes, que además ha asumido el liderazgo en la armonización de las estrategias de los distintos países presentes en Senegal. No obstante, aunque se trata de un documento que muestra la voluntad de los donantes por avanzar en la agenda de la eficacia queda por ver la capacidad real de los donantes para armonizar sus actuaciones.

Dentro del plan de armonización, se establece el Comité Conjunto de Armonización y Seguimiento, CCHS en sus siglas en francés, en el que participan el Ministerio de Finanzas y el grupo temático de finanzas públicas y apoyo presupuestario del Foro de donantes. El objetivo del comité es facilitar la absorción de financiación de forma concertada entre los donantes y el Estado y asegurar la coordinación y coherencia entre todas las acciones relacionadas con la reforma.

Por otra parte, el Gobierno ha puesto en marcha un Acuerdo Marco sobre el Apoyo Presupuestario, ACAB (Arrangement Cadre relatif aux Appuis Budgétaires)⁹⁴, que busca convertirse en la principal herramienta para avanzar en la agenda de la eficacia de la ayuda en Senegal. La coordinación del acuerdo la realiza la célula de seguimiento del programa de lucha contra la pobreza (CSPLP), dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas. Aunque por ahora el acuerdo marco sólo ha sido firmado por el Gobierno y los siete donantes que realizan apoyo presupuestario (Comisión Europea, Banco Mundial, Canadá, Banco Africano de Desarrollo, Países Bajos, Francia y Alemania), se espera que otros países, entre ellos España, se sumen a este acuerdo a medida que vayan canalizando una parte de su ayuda a través del apoyo presupuestario directo.

Aunque el acuerdo marco ha propiciado un buen diálogo sobre políticas, como ya hemos señalado, éste sigue siendo insuficiente a nivel técnico, aspecto clave para el apoyo presupuestario y la armonización. Para mejorar la comunicación y facilitar la realización de reuniones técnicas entre las agencias y ministerios firmantes del acuerdo, una de las quejas de la delegación de la CE⁹⁵, el Ministerio de Economía y Finanzas ha creado recientemente el Comité ACAB, que centralizará la coordinación técnica entre donantes y Gobierno.

GESTIÓN ORIENTADA A

RESULTADOS DE DESARROLLO Y

RENDICIÓN MUTUA DE CUENTAS

De acuerdo con la Encuesta OCDE 2008 de Seguimiento de la Declaración de París, Senegal no presenta avances en lo que se refiere al desarrollo de marcos orientados a resultados, puesto que no existe el suficiente progreso en los principios de apropiación, alineamiento y armonización que lo permita. Además, el Gobierno senegalés no ha puesto en marcha ninguna estrategia específica para impulsar este tema dentro de su agenda de eficacia.

En relación con la rendición mutua de cuentas, a pesar de que la Encuesta OCDE muestra que Senegal cuenta con un mecanismo bidireccional para la rendición de cuentas, no se ha encontrado información clara que corrobore a qué tipo de mecanismo se refiere y cuál es su alcance.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

GENERALES

1 La Declaración de París constituye un esfuerzo notable de todos los actores del desarrollo para avanzar hacia los ODM a través de la adopción de mejoras en el sistema de gestión de la ayuda y la transformación de las relaciones de desarrollo en asociaciones más igualitarias. Esta agenda tiene sentido si se pone al servicio de la mejora de la vida de las personas, la igualdad de género, el respeto por los derechos humanos y la sostenibilidad ambiental.

RECOMENDACIÓN: La implementación de la agenda de eficacia por parte de donantes y socios debe venir acompañada de una mayor coherencia de políticas, el fortalecimiento de una sociedad civil más activa y una mejor rendición de cuentas mutua no sólo sobre la ayuda al desarrollo sino sobre el conjunto de políticas.

2 La implementación de la Declaración de París debe ir más allá del seguimiento de los indicadores establecidos e instaurar un sistema de seguimiento internacional independiente, que garantice un mayor equilibrio entre donantes y socios, y facilite la rendición de cuentas de país receptor a donante y viceversa.

RECOMENDACIÓN: Apoyar la creación de un proceso independiente que evalúe a donantes y receptores por igual a través de instituciones como el Foro de Cooperación para el Desarrollo del ECOSOC de Naciones Unidas.

3 La cooperación española en salud ha comenzado a utilizar los nuevos mecanismos de la ayuda para implementar los compromisos de la agenda de eficacia en sus intervenciones. A través de apoyo presupuestario y fondos multidonantes se han canalizado en los últimos dos años 71 millones de euros, es decir un 14% de la AOD global en salud. El objetivo del Plan Director 2008-2012 es llegar al 60%.

RECOMENDACIONES:

- Participar activamente en la Asociación Internacional de Salud (IHP).

- Incrementar el personal capacitado en salud de las oficinas técnicas de cooperación a efectos de reforzar la presencia de la cooperación española en los mecanismos nacionales de coordinación entre Ministerios de Salud y donantes.

- Participar de forma más activa en el diálogo de políticas en salud a nivel nacional e internacional.

- Reforzar la Mesa de Armonización del Sector Salud de la Cooperación Española (MASCE) como espacio para la rendición de cuentas y la participación de las ONG españolas en la aplicación de la agenda de eficacia de la ayuda.

- Asegurar la participación de la sociedad civil española y local en la elaboración de los marcos estratégicos de asociación.

4 La sociedad civil es un actor del desarrollo por derecho propio y debe jugar un papel imprescindible en el seguimiento y control de las políticas de los gobiernos, asegurando así que la ayuda llegue a quien más lo necesita. La imposibilidad de hacer seguimiento a la ayuda dirigida a los gobiernos, a través de apoyo presupuestario u otros instrumentos, es una de las principales preocupaciones de la sociedad civil del norte y el sur, que considera que avanzar en este sentido sin garantizar la participación, la transparencia y la rendición de cuentas puede ser un refuerzo para sistemas disfuncionales que aumentarían la brecha entre gobierno y sociedad.

RECOMENDACIÓN: Paralelamente al apoyo prestado a los gobiernos y especialmente en aquellos países socios con los que se establezca cooperación bilateral en el sector salud, poner los nuevos mecanismos de la ayuda al servicio del fortalecimiento de las capacidades de las ONG e impulsar alianzas estratégicas entre la sociedad civil del sur y del norte que favorezcan una participación más activa y significativa en el diálogo de políticas en salud.

5 La completa aplicación de la agenda de eficacia de la ayuda en el sector salud es imprescindible por cuanto implica a una multiplicidad de donantes y prioridades. La excesiva fragmentación de los actores presentes en este sector es un riesgo si tenemos en cuenta que desde el año 2000 han surgido entre 75 y 100 iniciativas Globales de Salud, muchas de ellas para el tema de Sida, Tuberculosis y Malaria.

RECOMENDACIÓN: Apoyar desde la cooperación española que iniciativas globales de salud como el Fondo Mundial de lucha contra el VIH/Sida, la Malaria y la Tuberculosis o IAVI desarrollen un enfoque de intervención más alineado con los Planes de Desarrollo del Sector Sanitario del país socio, respondiendo así a sus necesidades y al fortalecimiento de los sistemas de salud, además de a la lucha contra la enfermedad concreta para la que fueron creados.

6 A pocos meses de la Asamblea de Naciones Unidas, que conmemora los 10 años de implementación de los Objetivos del Milenio, los compromisos relacionados con la salud son los que menos avances presentan, sobre todo el ODM 5 relacionado con la lucha contra la mortalidad materna. De continuar con la tendencia actual, ninguno de los tres países analizados en este estudio alcanzará en 2015 los objetivos de salud materna marcados en la Agenda del Milenio.

RECOMENDACIÓN: Es urgente que la cooperación española apoye la creación de un fondo multidonante para luchar contra la mortalidad materna, con financiación suficiente para fortalecer los sistemas nacionales de formación de enfermeras y matronas, los servicios de atención al embarazo, parto y puerperio, los sistemas de referencia obstétrica de emergencia, el aprovisionamiento y distribución de anticonceptivos e insumos de salud reproductiva y los programas para la eliminación de los condicionamientos socio culturales que actúan como barreras para el acceso a la salud.

COMUNES A LOS TRES PAÍSES

7 Los tres países analizados en este estudio cuentan con un alto desarrollo programático en género y salud. Tanto Etiopía como Níger y Senegal han elaborado los correspondientes planes o políticas de salud que unidos a las estrategias de población, de lucha contra el VIH/Sida, de promoción de la mujer y de salud reproductiva, conforman el marco de referencia para el desarrollo del sector salud.

RECOMENDACIONES:

- Apoyar acciones de sensibilización que generen conocimiento y conciencia en la población local sobre su derecho a la salud y sus derechos sexuales y reproductivos.
- En el caso de Etiopía y Níger, impulsar estrategias para lograr que estos dos países ratifiquen, al igual que ya lo ha hecho Senegal, el Protocolo a la Carta Africana de Derechos del Hombre y Los Pueblos y adopten medidas para su efectiva aplicación en los tres países.
- Apoyar acciones que promuevan la eliminación de las reservas a la implementación de la CEDAW.

8 Para hacer frente a la crisis de personal sanitario es imprescindible apoyar las políticas nacionales de formación y reclutamiento. Los sistemas vigentes en los tres países analizados necesitan ser reforzados, sobre todo en el caso de Etiopía y Níger. Las escuelas y demás instituciones formativas de matronas y enfermeras carecen de programas académicos actualizados, cuentan con una infraestructura insuficiente para el aumento de estudiantes y la calidad del profesorado es baja. Además, estas instituciones continúan estando centralizadas en la capital por lo que la mayoría de la población no tiene acceso a las escuelas de formación, lo cual tampoco favorece que exista personal dispuesto a trabajar en las zonas rurales.

RECOMENDACIÓN: Reforzar las experiencias iniciadas por la cooperación española para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de formación de personal de enfermería y matronas en Senegal y Níger y apoyar iniciativas similares en Etiopía.

9 Todos los sistemas de salud de los países objeto de análisis en este estudio aplican tarifas a la utilización de los servicios de atención sanitaria y sólo en algunos casos el acceso es gratuito. El cobro de los servicios de atención al parto, por ejemplo, es uno de los aspectos que influye en la baja tasa de parto institucional. Incluso cuando se eliminan las tarifas a la atención cualificada del parto, las mujeres deben costear la estancia en el centro de salud, el material o los medicamentos. Por lo que una gran parte de la población que no puede invertir recursos en su salud queda excluida del acceso al sistema.

RECOMENDACIÓN: Apoyar a los países en desarrollo para establecer estrategias específicas que garanticen el acceso gratuito a la sanidad, al menos de la población más vulnerable, así como sistemas globales de seguridad social y de auto financiamiento de los sistemas de salud.

10 Aunque en los tres países se cuenta con una sociedad civil activa y organizada en el sector salud y de género, la participación de estos actores en los procesos relacionados con la eficacia de la ayuda es sobre todo simbólica.

RECOMENDACIÓN: Reforzar la apropiación y la rendición de cuentas en estos países, demandando el establecimiento de procesos horizontales donde las ONG puedan participar de forma significativa y disponer de la información necesaria de forma transparente y democrática.

11 En los tres países analizados, el grupo de población más numeroso, los y las jóvenes y adolescentes, se caracteriza por carecer de acceso a servicios de atención e información en salud y derechos sexuales y reproductivos. En el plano positivo es destacable que Etiopía cuente con una estrategia de SSR específica para jóvenes y que Níger y Senegal lo reconozcan como un grupo prioritario en sus políticas de SSR.

RECOMENDACIÓN: Impulsar la implementación de las políticas existentes y ampliar los servicios específicos de atención en salud sexual y reproductiva para los y las jóvenes y adolescentes.

ETIOPÍA

12 La nueva ley de ONG aprobada por el Gobierno etíope no permitirá trabajar a aquellas organizaciones que reciban más del 10% de su presupuesto de la ayuda externa, en la mejora de los derechos humanos y la democracia o la promoción de la igualdad de género. Sólo podrán dedicarse a la prestación de servicios. De esta forma, por falta de recursos o por imposibilidad legal será muy difícil poder hacer seguimiento al gobierno en estas cuestiones.

RECOMENDACIÓN: Trasladar al Gobierno etíope, como han hecho otros donantes, la preocupación de la cooperación española por esta ley que vulnera el derecho de las ONG a defender cuestiones tan elementales como los derechos humanos y la igualdad de género y reforzar el apoyo al fortalecimiento de las organizaciones etíopes para que el impacto de la ley sea lo más leve posible.

13 Etiopía destaca como uno de los países receptores de ayuda con mayor nivel de implementación de la Agenda de París y cuenta con un alto nivel de apropiación y armonización. La cooperación española canaliza a este país para el sector salud unos 16 millones de euros anuales para el sector salud a través de apoyo presupuestario al Fondo ODM así como mediante contribuciones al Programa multidonante de Protección de los Servicios Básicos y los fondos-canasta de salud y de género.

RECOMENDACIONES:

- Establecer mecanismos apropiados para rendir cuentas a la sociedad española sobre el impacto de los fondos suministrados a través del Consejo de Cooperación y la MASCE.

- Fortalecer los recursos humanos especializados en salud dentro de la OTC para participar en el diálogo de políticas del sector junto al resto de donantes.

14 Etiopía es el único país de los analizados que ha puesto en marcha estrategias para la ampliación de los recursos humanos del sistema de salud a través de la formación de personal no sanitario. Con este programa, denominado Health Extension Worker, se pretende incorporar a 30.000 trabajadores comunitarios en los servicios rurales de salud.

RECOMENDACIÓN: Impulsar la realización de una evaluación sobre el impacto de los Health Extension Worker sobre la atención a la salud de la población etíope y sus indicadores de salud.

15 Etiopía presenta numerosos retos en el ámbito de la salud, la igualdad y los derechos sexuales y reproductivos. La lucha contra la mortalidad materna es uno de ellos, pues las tasas de mortalidad que maneja este país se encuentran entre las diez más altas del mundo (673 muertes por cada 100.000 nacidos vivos). La erradicación de las mutilaciones genitales femeninas, que afecta a un 74% de las mujeres y desciende muy lentamente, debe ser otra prioridad para la cooperación.

RECOMENDACIÓN: Apoyar los esfuerzos del Gobierno etíope en SSR y el trabajo de incidencia política de las ONG, especialmente aquellas campañas y acciones para luchar contra el matrimonio temprano, incrementar la tasa de parto cualificado e institucional y eliminar las mutilaciones genitales femeninas.

NÍGER

16 Níger no cuenta con un marco tan amplio y tradicional de donantes en salud como Etiopía y, sin embargo, sus indicadores son parecidos o incluso peores. Este país ha desarrollado un enfoque sectorial de salud que cuenta con un mecanismo de financiación extra-presupuestario, gestionado por el Banco Mundial, donde ya están participando activamente Francia y Bélgica.

RECOMENDACIONES:

- Reforzar la presencia española en el sector salud a través de su contribución y participación en el Fondo Común de Apoyo al Plan de Desarrollo Sanitario.

- Dotar de personal especializado en salud a la OTC para poder participar en el diálogo de políticas del sector, junto al resto de donantes.

17 La situación de la mujer y los derechos reproductivos en Níger se puede calificar de extremadamente difícil. Con una tasa de fecundidad de 7,4 hijos por mujer, una tasa de mortalidad materna de 648 mujeres por cada 100.000 nacidos vivos, un 5% de prevalencia de uso de anticonceptivos y sólo un 33% de los partos asistidos por personal sanitario, este país deberá redoblar sus esfuerzos para poder avanzar hacia el ODM 5 antes de 2015.

RECOMENDACIÓN: Apoyar los esfuerzos del Gobierno nigerino en SSR, y el trabajo de incidencia política de las ONG específicamente aquellas campañas y acciones para luchar contra el matrimonio temprano, incrementar la tasa de parto cualificado e institucional e incrementar el acceso a métodos y servicios de planificación de la familia.

SENEGAL

18 El sector salud es uno de los que se está resintiéndose más acusadamente de la llamada “fatiga del donante”. En los últimos años, se ha producido una clara retirada de donantes tradicionales en este ámbito, siendo importante la reducción de la presencia europea, sobre todo de la cooperación belga, francesa y alemana. La cooperación española tiene también previsto salir de este sector para centrarse en el futuro en temas productivos y de infancia y juventud vulnerable. Existe, por tanto, el riesgo de que el sector salud se convierta en un sector huérfano.

RECOMENDACIÓN: Teniendo en cuenta la fatiga de donantes como Alemania, Francia o Bélgica, que llevan apoyando el sector salud desde los años 90, la experiencia, aunque joven, de la cooperación española en este sector a través de los programas y proyectos desarrollados a partir de 2002 por las ONG españolas en este país, y la importancia que se otorga a este sector en la región de África occidental tendría sentido que España, en vez de retirarse, desempeñara un rol mucho más activo en el sector salud en Senegal.

19 Senegal tiene que hacer frente al reto de garantizar el acceso a la salud en las zonas rurales, prácticamente desatendidas. A pesar de tener un PNB de 634 dólares por habitante, este país se sitúa entre los 20 países menos desarrollados del mundo. La desigualdad entre las zonas urbanas y rurales se ven reflejadas en el índice de pobreza que alcanza el 55% en estas últimas frente al 30% en las ciudades. A nivel de salud, los servicios y los profesionales sanitarios se concentran en la capital y otras urbes, lo cual deja a las zonas rurales con grandes dificultades para cumplir con los objetivos del milenio en salud.

RECOMENDACIÓN: Destinar fondos de la cooperación española al fortalecimiento de los sistemas regionales de salud, especialmente en las regiones más pobres, como Kolda, Tambacounda y Sédhiou.

20 Al igual que en los demás países analizados, en Senegal, las relaciones sociales de género determinan la forma en que se perciben los derechos de las mujeres y los derechos sexuales y reproductivos. La mortalidad materna o el matrimonio temprano, si bien no son tan acuciantes como en el caso de Etiopía y Níger, continúan presentando valores altos. La juventud, sector más representativo de la población, continúa careciendo de servicios de referencia en salud sexual y reproductiva o educación sexual.

RECOMENDACIÓN: Apoyar los esfuerzos del Gobierno senegalés en SSR y el trabajo de incidencia política de las ONG en estas cuestiones, especialmente aquellas campañas y acciones para luchar contra el matrimonio temprano, incrementar la tasa de parto cualificado e institucional y lograr la despenalización de la homosexualidad.

NOTAS

- 1 El Grupo de Trabajo sobre Eficacia de la Ayuda de la OCDE/CAD crea en 2007 un Equipo de trabajo sobre Salud como sector de seguimiento (Task Team on Health as a Tracer Sector en su denominación en inglés) con el objetivo de informar sobre los avances y retos para implementar la Declaración de París en el sector salud así como rescatar buenas experiencias en este sentido extrapolables a otros sectores.
- 2 Aid for better health- what are we learning about what works and what we still have to do?, An interim report from the Task Team on Health as a Tracer Sector, Development Co-operation Directorate, DAC, 2009
- 3 Este grupo está constituido por AFRODAD, Third World Network Africa Reality of Aid, IBON Foundation, Canadian Council for International Cooperation, CONCORD, Care International, Actionaid Internacional y los gobiernos de Canadá, Francia, Noruega, Zambia, Ruanda y Nicaragua.
- 4 La Sociedad civil ante la nueva arquitectura de la ayuda, estudios de caso en Senegal y Mali, Maria Eugenia Callejón, Ana Bustinduy y Violeta Doval, Fundación Carolina - Cealci, diciembre 2008
- 5 ISG, Better Aid. A civil society position paper for the Accra High level Forum on Aid Effectiveness, 2008
- 6 La reflexión de la sociedad civil sobre la agenda de París se está llevando a cabo a nivel internacional desde varios ámbitos, a través del Grupo de Dirección Internacional (ISG por sus siglas en inglés), el Grupo Consultivo sobre Sociedad Civil y Eficacia de la Ayuda o la misma CONCORD. En España, la Coordinadora de ONG de Desarrollo también impulsa desde hace años en España un amplio proceso de debate e incidencia política.
- 7 Aurora Steinle and Denis Correl, Can Aid be effective without Civil Society? The Paris Declaration, the Accra Agenda for Action and Beyond, ICSW, agosto 2008
- 8 ActionAid y otros (2008) Turning the tables. Aid Accountability under the Paris framework. A civil society report.
- 9 IBON Internacional (2007) Primer on Development and Aid Effectiveness.
- 10 Wood, B; Kabell, D; Sagasti, F; Muwanga, N. (2008) Informe de síntesis sobre la Primera Fase de la Evaluación de la Implementación de la Declaración de París, Copenhague, julio de 2008. Ministerio de asuntos exteriores de Dinamarca.
- 11 CONGDE, Apropiación, armonización y alineamiento en las OSC, 2009
- 12 El Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, por ejemplo, trabaja sobre la base del apoyo paralelo a gobiernos y sociedad civil. Para conceder una ayuda siempre exige que haya un organismo de referencia para cada uno de los actores y que sus fondos se distribuyan entre ambos. Independientemente de las mejoras necesarias para fortalecer el diálogo y la participación, es destacable el alto nivel de apropiación que el Fondo favorece a través de este sistema.
- 13 Development Co-operation Directorate, Aid for better health- what are we learning about what works and what we still have to do?, An interim report from the Task Team on Health as a Tracer Sector, DAC, 2009
- 14 En relación con el segundo caso, el alcance del Código de Conducta depende sobre todo de la voluntad política. En la actualidad existen 37 procesos de salida de donantes abiertos y un uso cada vez más amplio de la cooperación delegada. Fundación Carolina, CEALCI, Conclusiones del seminario "El Código de Conducta de la Unión Europea y la decisión del trabajo en el ámbito de la política de desarrollo", Abril 2009
- 15 UNIFEM, Integrating gender-responsive budgeting into the aid effectiveness agenda, Ethiopia, julio 2008
- 16 PNUD, Informe de Desarrollo Humano,, 2009
- 17 La mortalidad materna se define como la muerte de una mujer embarazada o sucedida 42 días después del parto, por cualquier causa relacionada con el embarazo o con la gestión, atención y proceso durante el embarazo (OMS, 2007)
- 18 Sexual Rights initiative, Report on Ethiopia, Universal Periodic Review – Sixth Round, 2009.
- 19 MULABI, Informe Sobre Derechos Sexuales en Etiopía, 2009
- 20 OMS, Report On the National Situational Analysis of Pre-Service Midwifery Training In Ethiopia. 2008, OMS Oficina Regional en Etiopía.
- 21 AECID, Plan de Actuación Especial de la Cooperación Española para Etiopía 2006-2008, 2006
- 22 La leishmaniasis es una enfermedad parasitaria que, aunque desconocida para la mayoría de la población, no es nueva. Tiene una larga historia y ha estado presente en América y África durante varios siglos. En la actualidad, la enfermedad afecta a 12 millones de personas en 88 países y los enfermos se encuentran, principalmente, en los países en vías de desarrollo (MSF, 2001).
- 23 El Plan África 2006-2008 define la estrategia de la política exterior y de cooperación española en los países africanos. Su marco temporal son tres años y establece cinco ámbitos de actuación.
- 24 El Fondo PNUD-España para la consecución de los ODM se lanzó en diciembre de 2006 con un compromiso inicial de 528 millones de euros del Gobierno español con Naciones Unidas. En septiembre de 2008 otros 90 millones de euros fueron comprometidos. El fondo tiene ocho ventanas temáticas: 1) igualdad de género y autonomía de las mujeres; 2) medioambiente y cambio climático; 3) desarrollo y diversidad cultural; 4) gobernanza económica; 5) jóvenes, empleo y migración; 6) prevención de conflictos y construcción de la paz; 7) infancia, seguridad alimentaria y nutrición; y 8) desarrollo y sector privado. La ventana de género dispone de un fondo total de 90 millones de euros y se han aprobado programas conjuntos con agencias de NNUU bajo esta temática en 13 países (Argelia, Bangladesh, Bolivia, Brasil, Colombia, Etiopía, Guatemala, Marruecos, Namibia, Nicaragua, Territorios Palestinos, Vietnam y Timor-Leste). Los términos de referencia para presentación de

- programas en la ventana de género incluían el acceso de las mujeres a servicios de salud reproductiva como uno de los siete componentes prioritarios que deben contemplar dichos programas a implementar.
- 25 OCDE ORS
- 26 Getnet Alemu, A case study of the health sector aid architecture, April 2009
- 27 Plan de Emergencia del Presidente de Estados Unidos para paliar el Sida
- 28 Getnet Alemu, A case study on aid effectiveness in Ethiopia, Wolfensohn Center for Development, Working paper 9, April 2009.
- 29 OECD, Survey on Monitoring the Paris Declaration: Making Aid more Effective by 2010, 2008
- 30 Action for Global health, Aid Effectiveness in the health sector, case study Ethiopia, septiembre 2009
- 31 Ibid.
- 32 Federal Negarit Gazeta, Proclamation No. 621/2009, pág 4522
- 33 La Red de Asociaciones de Mujeres de Etiopia (NEWA) ha recibido financiación para un programa de incidencia política contra la violencia de género.
- 34 Ethiopian's Partners Group – Development Assistance Group Statement on the CSO Law, Enero 2009
- 35 El Manual de Armonización del PDSS establece cerca de 10 comités y foros a distintos niveles administrativos, desde el nivel federal, regional, woreda y kebele, para la realización de revisiones a la implementación del PDSS. Para más información sobre los diferentes foros de reunión y comités ver el Manual de Armonización 2007 p 69-70.
- 36 Australia, Canadá, Finlandia, Francia, Alemania, Italia, Noruega, Portugal, España, Suecia, Holanda, Reino Unido, UNAIDS, UNICEF, Banco Mundial, UNFPA, OMS, BDA, ILO, Bill and Melinda Gates Foundation, Comisión Europea, IAVI y Fondo Global
- 37 OCDE, Survey on Monitoring the Paris Declaration: Making Aid More Effective by 2010, 2008
- 38 Actualmente existen 4 fondos: un Fondo general, un Fondo para seguimiento y evaluación, un Fondo de educación y un Fondo de género.
- 39 El Plan de Armonización y Alineamiento para la Efectividad de la Ayuda en Etiopía fue integrado en el PDSS III en julio de 2005
- 40 Raquel C. Alvarez, El apoyo presupuestario en la cooperación al desarrollo europea: una falsa panacea, Policy Brief nº 30, Fride, Enero 2010
- 41 DP/FPA/CPD/NER/7 UNPFA, http://149.120.32.2/exbrd/2008/2008_second.htm
- 42 Plan de Développement Sanitaire 2005-2009, pág. 4 y ss.
- 43 DP/FPA/CPD/NER/7 UNPFA, http://149.120.32.2/exbrd/2008/2008_second.htm
- 44 DP/FPA/CPD/NER/7 UNPFA, http://149.120.32.2/exbrd/2008/2008_second.htm
- 45 Información obtenida del Portal de Níger en Wikipedia.
- 46 PNUD, Human Development Report 2009
- 47 CONGAFEM, DIMOL, SOS FEVVF, AFJN CEDUN, ANDDH, MAPADEV y LUCOFVEM; Rapport Alternatif des ONG du Niger sur la mise en oeuvre de la CEDEF, Mai 2007
- 48 Femmes en devenir, nº003 juin 2005, p.7.
- 49 Ver nota 48
- 50 <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/N06/555/18/PDF/N0655518.pdf?OpenElement>
- 51 Institut National de la Statistique, Ministère de l'Économie et des Finances, Enquête Démographique et de Santé et à indicateurs multiples 2006, Niger, Febrero 2007
- 52 Ver nota 48
- 53 Ministerio de Salud, Plan de Développement Sanitaire, 2005-2009 p.10
- 54 Tari Fatouma Manga et Aboubacar Korao, Les caractéristiques des revenus des professionnels de la santé et leur relation avec la fourniture des soins, Rapport du Niger, Octobre 2009
- 55 Ibid.
- 56 Ministerio de Salud, Plan de Développement Sanitaire, 2005-2009 p. 22-27
- 57 Ver nota 55
- 58 Ibid.
- 59 Ver <http://www.stat-niger.org/>
- 60 Ver nota 48
- 61 La estrategia de los “three ones” fue adoptada por ONUSIDA en 2004 con el objetivo de promover en todos los países un sólo marco de acción de lucha contra el VIH/SIDA, un único organismo de coordinación a nivel nacional y un sólo sistema de evaluación y monitoreo
- 62 Ver nota 60
- 63 AECID, Plan África 09-12, pág. 79
- 64 Cf. AECID, Estrategia de Género en Desarrollo de la Cooperación Española, pág. 100-108, 2007
- 65 AECID, PAE Niger, pág. 14-15
- 66 AECID, Dossier Género en Desarrollo: Proyectos de Género de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo, marzo, 2009
- 67 OCDE, Aid Effectiveness, 2008 Survey on Monitoring the Paris Declaration
- 68 Atlas de Donantes de la Unión Europea 2008: http://fs3.bbj.it/EURDA_02.aspx?r=Western-Africa. Hay que señalar por otra parte que Níger es el sexto receptor principal de ayuda de la UE, por detrás de países como Ghana, Senegal, Mali y Burkina Faso, y que Níger se sitúa muy por delante al recibir más de 8 000 millones en AOD, en contraposición a los 200 o 300 millones

- que reciben los cinco siguientes países.
- 69 Benín, Burundi, Camboya, Etiopía, Ghana, Kenia, Madagascar, Mali Mozambique, Nepal, Níger (desde el 21 de mayo de 2009), Nigeria y Zambia.
- 70 Contribution a la Reunion Interregionale des equipes du secteur national de Sante au Niger. Marzo 2008. http://www.internationalhealthpartnership.net/CMS_files/documents/niger_stock_taking_report_FR.pdf
- 71 Datos de la OCDE sobre cooperación con Níger.
- 72 Apartado elaborado por Codou Bop, coordinadora de la asociación GREFELS
- 73 Diario Oficial de la República de Senegal Mayo 2005: Ley de 29 de Abril de 2005 referente a la Lucha contra la Trata de Personas y Prácticas Asimiladas y a la Protección de las Víctimas.
- 74 N de la T: en francés, siglas de Observatoire National des Droits de la Femme.
- 75 República de Senegal, Ministerio de Justicia. Ley No. 72-41 de 1 de Junio de 1972 del Código de la Familia, 1972
- 76 Ndiaye S; Ayad M; Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005 ; 2006. Calverton, Mayland, USA: Centre de Recherche pour le Développement Humain et ORC. Macro
- 77 Dr E.O. Faye; Estatuto del aborto en Senegal, Comunicación al Taller Nacional de Alegato para la Reducción de la Mortandad Materna; Saly ; 13-15 de mayo de 2008
- 78 Ndiye S, y Ayad M. ; Enquête Demographique et de Santé au Sénégal, 2005
- 79 Sow F, Bop C ; Notre Corps, Notre Santé, la santé et la sexualité des femmes en Afrique subsaharienne. L'Harmattan, Paris 2004
- 80 Déclaration de Politique de Population, 1988
- 81 Déclaration de la Politique de Santé et d'Action Sociale de juin 1989
- 82 Comité national de lutte contre la mortalité maternelle et néonatale, Note de Service de 06 de febrero de 2004 (referencia N° 00651 MSP/DS/DSR)
- 83 Feuille de Route Multisectoriel pour Accélérer la Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales au Sénégal. 2006-2015. Ministerio de Sanidad y Prevención de Senegal
- 84 El Ministerio de salud define al personal cualificado como al profesional de salud, médico, enfermero/a o matrona con competencias para la gestión de embarazos, partos y post parto normal y capaz de identificar, gestionar o referir las complicaciones maternas o neonatales.
- 85 Politiques et Normes de Services de la Santé de la Reproduction, Division de la Santé de la Reproduction, 2007
- 86 Politique National de Prévention de la Transmission Mere-Enfant du VIH au Senegal, marzo 2005
- 87 Strategie Nationale pour l'Egalite e l'Equite de Genre, 2005-2015 Ministerio de la mujer, la familia y el desarrollo social.
- 88 Agence Nationale de la Statistique et la Démographie, Situation Economique et sociale du Sénégal, 2007
- 89 Ministère des Affaires étrangers et européens, Document Cadre de Partenariat France-Sénégal 2006-20010, 2005
- 90 Capítulo sobre Senegal de la Encuesta de 2008 de seguimiento de la Declaración de París. Ver nota 68
- 91 Ibid.
- 92 EC, (2009), Rapport annuel conjoint 2008, Coopération entre la République du Sénégal et la Communauté Européenne
- 93 Ibidem, nota 104
- 94 République du Sénégal, Project d'Arrangement Cadre entre le Gouvernement du Sénégal et les Partenaires au Développement relatif aux Appuis Budgétaires
- 95 Rapport annuel conjoint 2008, Coopération entre la République du Sénégal et la Communauté Européenne, 2009

ACRÓNIMOS

GENERALES

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	IATI	International Aid Transparency Initiative
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	IHP	International Health Partnership
BM	Banco Mundial	MGF	Mutilación genital femenina
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo de la OCDE	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
CONCORD	Confédération Européenne des ONG d'Urgence et Développement. Confederación Europea de las ONG Europeas de Emergencia y Desarrollo	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
DEP	Documento Estrategia País	OTC	Oficina Técnica de Cooperación
ECOSOC	Consejo Económico y Social de Naciones Unidas	PEPFAR	US President's Emergency Plan for Aids Relief. Plan Presidencial de Emergencia para el Alivio del SIDA.
ENRP	Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza	SWAP	Sector Wide Approach Enfoque Sectorial
FMI	Fondo Monetario Internacional	UNFPA	United Nations Population Fund Fondo de Población de Naciones Unidas
ISG	International Support Group Grupo de Dirección Internacional	EDS	Encuesta Demográfica y de Salud
IAVI	Global Alliance for Vaccines and Immunisation	IHP	International Health Partnership
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual	OMS	Organización Mundial de la Salud
GA-SC	Grupo Asesor sobre Sociedad Civil y Eficacia de la Ayuda	OSC	Organizaciones de la Sociedad Civil

ETIOPÍA

COMESA	Common Market for Eastern and Southern Africa. Mercado Común del África Austral y Oriental	EPRDF	Ethiopian People's Revolutionary Democratic Front Frente Democrático Revolucionario Popular de Etiopía
CPN	Cuidados Prenatales	IDH	Índice de Desarrollo Humano
DAG	Development Assistance Group Coordinación del Grupo de Donantes	HEW	Health Extension Workers Personal de atención sanitaria básica
DGI	Gender Related Development Index Índice de Desarrollo Humano relativo al género	HSDP	Health Sector Development Programme Programa de Desarrollo del Sector Salud
DPT3	Difteria, Póleo y Tétanos, tercera dosis	HSEP	Health Service Extension Programme Programa de Extensión de los Servicios de Salud
EASSI	Eastern Africa Sub-regional Support Initiative for the advancement of women Iniciativa subregional de África Oriental de Apoyo al Avance de la Mujer	IEC	Información, educación y comunicación
EGLDAM	Comité Nacional Etíope sobre Prácticas tradicionales Nocivas	IGAD	Intergovernmental Authority on Development Agencia Intergubernamental para el Desarrollo
ENSR	Estrategia Nacional de Salud Reproductiva		

LNWB	Leave no Woman Behind Program	PNP	Política Nacional de Población
MAAM	Ministerio de Asuntos de la Mujer	PNS	Política Nacional de Salud
MASS	Manual de Armonización del Sector Salud	PSB	Protecting Basic Services Programa de Protección de los Servicios Básicos
MDEF	Ministerio de Desarrollo Económico y Finanzas	SDPRP	Sustainable Development and Poverty Reduction Programme Plan de Desarrollo Sostenible y Reducción de la Pobreza
ORFDE	Oficinas Regionales Financieras y de Desarrollo Económico	SNNP	Southern Nations, Nationalities and People
PASDEP	Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty II Estrategia Nacional de Reducción de la Pobreza	TPUA	Tasa de Prevalencia de Uso Anticonceptivo
PANGE	Plan de Acción Nacional para l la Equidad de Género	UAP	Unidad de Atención Primaria
PDSS	Plan de Desarrollo del Sector Salud		
PESS	Programa de Extensión del Sistema Sanitario		

NÍGER

CEDAW	Convención sobre la eliminación de todas las formas de violencia contra la mujer	ROASSN	Red de Organizaciones del Sector de la Salud de Níger
CEDEAO	Communauté Economique Des Etats de l'Afrique de l'Ouest. Comunidad Económica de los Estados de África del Oeste	SDRP	Stratégie de Développement Accéléré et de Réduction de la Pauvreté Estrategia de Desarrollo Acelerado y Reducción de la Pobreza
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo	SRD	Estrategia de Desarrollo Rural
IDA	Asociación Internacional para el Desarrollo	SNDS	Estrategia Nacional de Desarrollo Estadístico
MSP	Ministerio de Salud Pública	UEMOA	Unión Económica y Monetaria del África Occidental
FCFA	Franco de la Communauté Financière d'Afrique Franco de la Comunidad Financiera de África	UNDAF	Plan Marco de Naciones Unidas para la Ayuda al Desarrollo
PDS	Plan de Développement Sanitaire Plan de Desarrollo Sanitario		

SENEGAL

ACAB	Arrangement Cadre relatif aux Appuis Budgétaires Acuerdo Marco para el apoyo presupuestario.	IEC	Información, educación, comunicación
ACS	Agentes comunitarios de salud	ITS	Infecciones de transmisión sexual
ANCS	Alianza Nacional de lucha Contra el Sida	MGF	Mutilación genital femenina
ARV	Antirretroviral	ONDF	Observatoire National des Droits des Femmes Observatorio Nacional de los Derechos de la Mujer
CADV	Centro de asesoramiento y diagnóstico voluntario	PDIS	Programme de Développement Intégré de Santé Programa de desarrollo integral de la sanidad
CC	Comunicación para el cambio de comportamiento	PNDL	Plan National de Développement Local Plan Nacional de Desarrollo local
CNLS	Conseil National de Lutte contre le Sida Consejo Nacional de Lucha contra el Sida	PNDS	Programme National de Développement Sanitaire et Social Programa Nacional de Desarrollo sanitario y social
DEP	Documento Estrategia País	PTV	Prevención de la transmisión vertical
ELP	Estrategia de lucha contra la pobreza	SNEEG	Stratégie pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté Estrategia Nacional para la Igualdad y la Equidad de Género
EDS	Enquête démographique et santé Encuesta demográfica y de salud		
EPS	Establecimiento Público de Salud		

BIBLIOGRAFÍA

ETIOPÍA

AECID, *Estrategia de País Cooperación Española: Etiopía 2006-2008*

Banco Mundial, *Etiopía: A country Status Report on Health and Poverty*. Vol. I y II. Julio 2005. African Region Human Development.

- *Protection of Basic Services: Project Information Document (Appraisal Stage)*. 2006
- *Achieving Better Service Delivery Through Decentralization in Ethiopia*. Eds. García M. and Rajkumar A.S., Africa Region Human Development (2008)
- *Protection of Basic Services, 2nd Phase: Project Information Document (Appraisal Stage)*, 2009

CRDA, CSOs/NGOs IN ETHIOPIA: Partners in Development and Good Governance. Christian Relief and Development Association (CRDA) 2008.

DAG, Annual Report , 2007

EDS, Ethiopian Demographics and Health Survey, 2005. Central Statistic Agency, September 2006.

Gobierno Federal de Etiopía, *Policy on HIV/AIDS Federal Government of Ethiopia* ,1998

- *Population Policy Federal Government of Ethiopia*, 2008

IHP, Taking Stock Report: Ethiopia. Marzo 2008.

MoFED, Ethiopia: *Building on Progress: A Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty (PASDEP)*, (2005/06-2009/10). September 2006.

MoFED, *Building on Progress: A Plan for Accelerated and Sustained Development to End Poverty (PASDEP) Annual Progress Report 2006/07*, December 2007.

Ministerio de Salud de Etiopía, Final Evaluation: Health Sector Development Plan (HSDP-I) 1997/98-2001/02, Marzo 2003.

- Health Sector Development Plan (HSDP-II) 2002-2005, 2002
- Final Evaluation: Health Sector Development Plan (HSDP-II), Mayo 2006.
- Health Sector Development Plan (HSDP-III) 2005/6-2009/10. Departamento de Planeación y Programas, 2005.
- The HSDP Harmonization Manual. First Edition, 2007
- Mid-Term Review Health Sector Development Plan (HSDP III), Julio 2008
- National Adolescent and Youth Reproductive Strategy 2007-2015, 2007
- Health Policy of the Transitional Government of Ethiopia, 1993.
- Health Sector Development Plan (HSDP-I) 1997/98-2001/02. Departamento de Planeación y Programas, 1997

Ministerio de Salud, *IHP: Compact between the Government of the Federal Democratic Republic of Ethiopia and the Development Partners on Scaling Up For Reaching the Health MDGs through the Health Sector Development Programme in the framework of the International Health Partnership*, Agosto 2008, Etiopía

MOWA, *National Action Plan for Gender Equality (NAP-GE) 2006-2010*. 2006

MULABI, *Informe Sobre Derechos Sexuales en Etiopía*. 2009, MULABI, Argentina

NEWA, *Policy Monitoring and Evaluation Tools on Reproductive Health and Gender*. 2007, Addis Abeba.

OECD, *2006 Survey on Monitoring the Paris Declaration: Country Chapter Ethiopia*, 2006

OMS, *Report On the National Situational Analysis of Pre-Service Midwifery Training In Ethiopia*. 2008

NÍGER

Acción por la Salud Global, Salud en Crisis, 2009

AECID, 2009, *Dossier Género en Desarrollo: Proyectos de Género de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo*, marzo,

- *Dossier Género en Desarrollo*, años 2008 y 2009
- *Estrategia de Género en Desarrollo de la Cooperación Española*. 2007
- *PAE NIGER 2006-2008*. 2006

BAD/FAD, 2009, *Annual Report 2008,2009*.

BAD-Níger, *Ensemble pour gagner la bataille du développement*, (documento sin fecha)

BMZ (Ministerio Federal de la Cooperación Económica y Desarrollo), *In partnership for a strong Africa Priorities of German development policy*, Enero 2007.

BUSTINDUY AMADOR, Ana, "La financiación a organizaciones de mujeres: apuesta imprescindible para la equidad del desarrollo"; en *Memorando Opex* nº 111/2009, Enero 2009.

CARMODY, Padraig, *Neoliberalism, civil society and Africa*, 2007

Comisión Europea, *Gender Equality and Women Empowerment in Development Cooperation* [SEC(2007) 332]

- *Comunicado de la Comisión al Consejo y Parlamento Europeos*, 08 de marzo de 2007
- *Programming Guidelines for Gender Equality*. Detailed version, enero de 2006
- *A European Programme for Action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007–2013)*, COM(2006) 870 final,
- *Comunicado de la Comisión al Consejo y Parlamento Europeos*, 21 de diciembre de 2006
- *Investir dans les ressources humaines. Document de stratégie pour le programme thématique 2007-2013*,
- *Intégration de l'égalité entre les femmes et les hommes dans la coopération au développement*, septiembre 2003
- *Health and Poverty Reduction in Developing Countries*, COM(2002) 129 final.

- *Comunicado de la Comisión al Consejo y Parlamento Europeos*, 22 de marzo de 2002

Femmes en devenir, nº003 Junio 2005

FCI, *Choix responsables, jeunesse en bonne santé*. 2008

FCI, Bunkasa Ged y Réseau National des Jeunes Leaders pour l'atteinte des OMD (RNJL/OMD). 2007.

- *Les Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) et la santé sexuelle et reproductive*.
- *Un regard sur le NIGER: du constat à l'action*, mayo 2007

FCI (Family Care International) y FNUAP, 2007, *Témoignage vivant. La fistule obstétricale et les inégalités en maternelle*, 2007

FRANCIA, DCP - *Document Cadre de Partenariat France-Niger Niger 2006-2010*, 2006

GIE, *Progresos y Promesas. La AOD española en Salud Sexual y Reproductiva 1995-2005*, 2007

IHP, 2008, *Rapport d'Inventaire. Niger*, Marzo de 2008

IHP-International Health partnership, *Contribution a la Reunion Interregionale des equipes du secteur national de Sante au Niger*, Marzo de 2008.

Ministerio de Igualdad, *VI Informe de España, Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*, 2008.

NIGER, Coordination Intersectorielle de Lutte contre les IST/VIH/SIDA, *Rapport national sur les progres de la Declaration d'engagement de l'UNGASS sur les IST/VIH/SIDA (2006-2007)*.

NIGER-COMUNIDAD EUROPEA, *Document de Stratégie Pays et Programme indicatif national 2008-2013*, 2008.

NIGER - INS, *Rapport National sur les Progrès vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement*, 2007.

- *Enquête Démographique et de Santé et a Indicateurs Multiples*, 2006.
- *Rapport National sur les Objectifs du Millénaire pour le Développement*. 2003.

NIGER-MSP/LCE, *Programme National de Santé de la Reproduction 2005-2009*.

- *Plan de Développement Sanitaire 2005-2009*

NIGER-MSP/LCE y OMS, *Comptes Nationaux de la Santé 2002-2003*. 2005.

OMS, *La Lettre de l'OMS au Niger*.

UA, *Plan d'Action sur la Santé et les Droits Sexuels et de Reproduction (Plan d'Action de Maputo)*, Sp/Min/CAMH/5(I), 2006.

UE, 2008, Atlas de Donantes de la Unión Europea, <http://fs3.bbj.it/>

UNFPA, *Plan estratégico para el período 2008-2011: aceleración de los progresos e identificación nacional con el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*, 2007.

- *Informe de la Directora Ejecutiva*, DP/FPA/2007/17, 17 de Julio de 2007;

UNFPA/EC/ACP, *Contributions to Innovate HIV/AIDS Prevention Practices*, Bulletin n° 3, Septiembre 2006

- *Reducing Maternal and Neonatal Mortality*, Bulletin n° 4, Mayo 2007

VV.AA., *West African Women's Statement On Aid Effectiveness And Gender Equality*, Lomé, 26 de Junio, 2008

SENEGAL

AECID, *Documento de Estrategia País Senegal*, 2005-2008

- *Plan África 2006-2008*

AED, *Lueurs d'espoir, La santé de la reproduction des adolescents au Sahel*, 2005

Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels, *Un rapport au Comité des Droits économiques, sociaux et culturels. Sénégal*, 2001

Division de la Santé de la Reproduction y Engender Health, *Taking Post abortion Care Services Where They Are Needed: An Operations Research Project Testing PAC Expansion in Rural Senegal*, 2003

Gobierno de Senegal, *Document de Stratégie de Réduction de la Pauvreté – DRSP II*, 2006-2010

- *Plan Stratégique de lutte contra le Sida 2007-2011*
- *Document de Stratégie pour la croissance et la Réduction de la Pauvreté 2006-2010*

Gobierno de Senegal.- Comunidad Europea, *Document de Stratégie de Coopération et Programme Indicatif pour la période 2002-2007*

Gobierno de Senegal – UNFPA, *Plan d'Action du Sixième Programme de Coopération entre le Gouvernement du Sénégal et Le Fonds des Nations Unies pour la Population 2007-2011*

GREFELS et CRPL, *Les droits des femmes en matière de santé reproductive au Sénégal. Rapport Alternatif au Comité sur les droits économiques, sociaux et culturels*, 2001

- *Improving the Reproductive Health of Adolescents in Senegal*, Frontiers in Reproduction Health Program, 2004
- *Lettre de Politiques de Développement du secteur jeunesse (LPDSJ)* Mayo 2004

Ministerio de la Mujer, de la Familia y de Desarrollo Social de Senegal, *Stratégie Nationale de l'Égalité et l'Équité de Genre 2015*

Ministerio de Salud y de la Prevención Médica de Senegal, *Enquête Démographique et de Santé 2005*

- *Feuille de route multisectorielle pour accélérer la réduction de la mortalité et de la morbidité maternelles et néonatales au Sénégal, 2006-2015*
- *Politiques et Normes des Services de Santé de la Reproduction, 2000*
- *Plan national de développement sanitaire (PNDS) Phase II 2004-2008*
- *Evaluation quantitative de DRSP 2003-2005*

Naciones Unidas, *Rapport du Coordonnateur Résident du system NU au Sénégal, 2005*

- *Rapport du gouvernement au Comité des Droits économiques, sociaux et culturels, Senegal, 2001.*
- *Draft du Document du programme du pays pur le Sénégal 2007-2011*

OMS, *Mutilations génitales féminines et devenir obstétrical: étude prospective concertée dans six pays africains*. The Lancet 2006.

Population Council, *Mainstreaming Adolescent Reproductive Health in Senegal. Enhancing Utilization of the Findings from the Youth Reproductive Health Project, 2007*

- *Testing a Community Based Distribution. Approach to Reproductive Health. Service Delivery in Senegal(a study of community agents in Kébémér)*

Projet d'Arrangement cadre entre les Gouvernement du Sénégal et les partenaires au développement relatif aux appuis budgétaires

UNDAF, *Cadre-Plan des Nations Unies pour l'Assistance au Développement, 2007-2011.*

Université Cheikh Anta Diop, *Impact des conférences de Dakar et Beijing sur les organisations de la société civile au Sénégal et leurs influences sur les politiques*

USAID y AED, *Questions aux soins après avortement: extension des services en Afrique francophone, 2004.*

ENTREVISTAS

ETIOPÍA

Agencias bilaterales

Dr. Theo Pas, especialista en salud y VIH/sida, Agencia de cooperación holandesa
Yelfigne Abegaz, especialista en género y sociedad civil, Agencia de cooperación holandesa
Abeba Bekele, especialista senior en VIH/sida, Irish Aid

OTC

Maria Cruz Ciria Matilla, coordinadora, Oficina Técnica de Cooperación, AECID

Agencias multilaterales

Dr Muna, responsable de SR, UNFPA
Victoria Chisala, coordinadora de programa, Secretariado del DAG
Dr. Abonesh, responsable de salud materna, OMS

Organismos gubernamentales

Neghist Tesfaye Belayneh, responsable del Departamento de salud de la familia, Ministerio de Salud
Dr. Kesete, director del programa HEP, Ministerio de Salud

Organizaciones de la sociedad civil

Mahdere Paulos, directora ejecutiva, Ethiopian Women Lawyers Association
Gezu Berhanu, responsable de programas, Consortium of Reproductive Health Associations
Saba Gebremedhin, directora, Network of Ethiopian Women's Associations
Digafe Feleke, coordinadora, ProPride
Dr. Asheber, director, Association of obstetricians and gynecologists
Netsanet Tsegaw, directora, Gemini Trust
Joao Soares, director, AMREF Etiopía
Fisseha Mekonnen, director, Family Guidance Association of Ethiopia
Abate Gudunffa, director, EGLDAM
Semira Alhadi, responsable del departamento de apoyo institucional, Christian Relief and Development Association
Messelech Mengistu, coordinadora del programa de salud reproductiva, Oromia Development Association
Grethe Petersen, directora, Marie Stopes International Ethiopia
Melkamu Adisu, directora, German Foundation for World Population (DSW)
Assefa Amenu, coordinador del programa de VIH/sida, CARE Ethiopia
Dr. Tesfaye Bulto, subdirector técnico, Integrated Family Health Programme, Pathfinder International

NÍGER

Agencias bilaterales

Hubert Balique, Consejero para SG MSP/LCE, Embajada de France-Niamey, Ministerio de la Salud

OTC

Rafael García, coordinador, oficina técnica de cooperación AECID

Agencias multilaterales.

Francoise Bucyana- PNUD-VIH/Sida.
Moutari Nahi, Coordinador médicos y matronas UNV.
Montserrat Conde Pereira, UNIFEM Niger.
Eric Verschueren, Coordinador ONUSIDA-Níger.
Amoul Kinni Ghaichatou, UNPFA-Níger.
Christian Issifi, SOS Niger, Representante en el Mecanismo de Coordinación de País.
del Fondo Mundial de Lucha contra el VIH, TB y Malaria de las FBO.

Organismos gubernamentales

Maiga Aissata Diallo B, Jefe de División de la Cooperación, Ministerio de Salud Pública.
Dr. Mahamene Daouda Aabdoul-Kader, Programación y Evaluación, Ministerio de Promoción de la Mujer.
Mme Bako, Coordinadora de Matronas-Escuela Nacional de Salud Pública.
Ibrah Boukary, Jefe de Enfermeras-Escuela Nacional de Salud Pública.
Visita Instituto Nacional de Estadística para obtener datos demográficos actualizados.
Fatima Ibrahim, Representante

Marie-Christine Nama, Consejera en Desarrollo y Gestión
Matrona (Sage Famme) Maternidad Konni

Organizaciones de la sociedad civil

Salamatou Traore -Presidenta, DIMOL (Fistule-Red Mujeres por un Mundo Mejor)
Dr. Abdoulaye TRAORE-Secretario General Adjunto, DIMOL (Fistule-Red Mujeres por un Mundo Mejor)
Kane Ismail Abdoulaye-Administrador, ANDDH
Bube Fatuma-Presidenta Oficina Ejecutiva, CONIPRAT (MGF)
Marie Deramat, Coordinadora Convenio Salud Konni y Tahoua, MPDL
Asamblea de Jovenes Konni (entrevista grupo a 20 jóvenes, separados chicos y chicas)
Mme Afgnibo Haoua- Presidenta ANPDDF
Mme Boubacar Amina Sekou Ba- Abogada Encargada del Consejo Juridico, ANPDDF

SENEGAL

Agencias bilaterales

Corine Noix Diouf, responsable de programas, Cooperación Técnica Belga

OTC

Mercedes Navarro, responsable de programas de cooperación, OTC

Agencias multilaterales

Suzanne Maïga Konaté, directora de UNFPA
Edwige Adekambi Domingo, subdirectora, UNFPA
Aboubakar Cissé, responsable de programas de VIH/sida, UNFPA

Organismos gubernamentales

Dr. Safiatou Thiam, ministra de Salud y Prevención
Dr. Fatou Nar Mbaye Diouf, jefa de la División de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud y Prevención

Organizaciones de la sociedad civil

Anta Tal Dia, directora, Institut de Santé et Développement Universidad Cheik Anta Diop
Codou Bop, coordinadora, Groupe de Recherche sur les Femmes et les Lois au Sénégal (GREFELS)
Amadou Sylla, coordinador, Centre de Formation et de Recherche en Santé de la Reproduction (CEFOPRE)
Sandra García, coordinadora en funciones, Médicos del Mundo Saint Louis
Beatriz Parra, coordinadora, MdM Vélingara
Marco Pollarolo, administrador coordinador, MdM Vélingara
Marcel Monteil, técnicos de proyectos, MdM Vélingara
Molly Melching, directora, Tostan
Abdoulaye Diao, responsable de Programas, Ziguinchor, Tostan
Julie Spillera, técnica de proyectos, Asamblea de Cooperación por la Paz
Carmen García, Asamblea de Cooperación por la Paz
Veronica Trasancos Buitrago, responsable de proyectos, Richard Toll, Fundación Barcelona Sida2002
Maria Antonia Cañete Parras, técnica de laboratorio, Richard Toll, Fundación Barcelona Sida2002
Laura Mendoza, responsable de área, Fundación Barcelona Sida2002
Alfa Koita, Miembro de la Asamblea Nacional y ex director de ASEAD
Mayte Rios, coordinadora, Enfermeras para el Mundo
Gérard Xavier, Jefe de Delegación, Terre des Hommes
Dr Fatoumata Diawara, directora, Association Sénégalaise pour le Bien-Etre Familial (ASBEF)
Mamadou Elimane Kane, Responsable de programas, Group pour l'Etude et l'Enseignement de la Population (GEEP)
Ousmane Doucuré, Responsable de Programas Ziguinchor, Group pour l'Etude et l'Enseignement de la Population (GEEP)
Rokhaya Nguer, directora, Society for Women and AIDS in Africa (SWAA)
Papa Moussé Diop, responsable del programa de salud, población e higiene, RADI
Fatu Bontou Thione, coordinadora, Comité de Lutte contre la Violence faites aux Femmes (CLVF)
Massagui Thiandoume, responsable de programas, Alliance National contre le sida (ANCS)
Abibatou Ndiaye, presidenta, Federation des Associaton Femmines du Sénégal (FAFS)
Madjiguène Cissé, presidenta, Réseau des femmes pour le développement durable en Afrique (REFDAF)
Marianne Ndiaye Sidibé, presidenta, COSEPRAT
Cheikh Tidiane Athie, coordinador nacional, AcDev
Aminata Kebe, coordinadora, Association de Juristes Sénégalaises
Gisèle Raimondi, responsable de formación, Centre Africain pour l'Education aux droit Humains (CADHU)
Fatou Ndoye, coordinadora, Enda Graf



Red ACTIVAS
Juan Montalvo, 6
28040 Madrid
www.redactivas.org

Con la financiación de :



Con la colaboración de:

