

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

Un informe de El Cairo + 10

La agenda internacional en materia de población y salud reproductiva

La conferencia internacional de El Cairo de 1994

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

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

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

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

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

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

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

La movilización de recursos

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

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

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

Movilización de recursos por años y conceptos

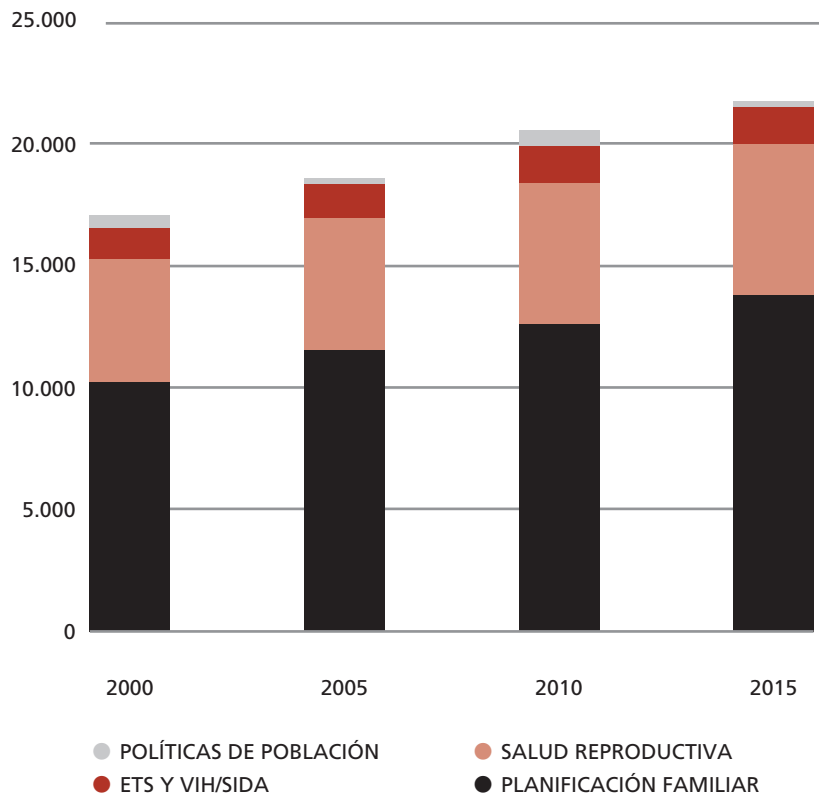
	2000	2005	2010	2015
Planificación familiar	10.200	11.500	12.600	13.800
Salud reproductiva	5.000	5.400	5.700	6.100
ETS y VIH/Sida	1.300	1.400	1.500	1.500
Políticas de población	500	200	700	300
Total	17.000	18.500	20.500	21.700

Cantidades en millones de dólares de 1993

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

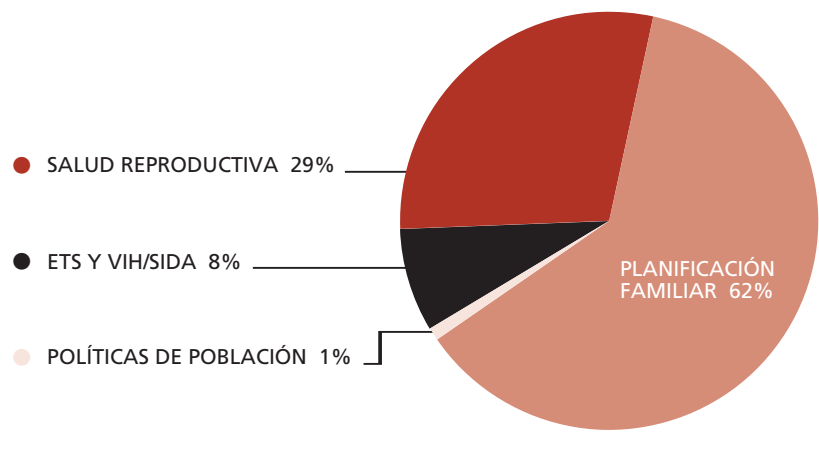
Estas recomendaciones financieras se basan en una corresponsabilidad que el Programa de Acción establece entre los países desarrollados y los países en desarrollo. El total de recursos que destinar en materia de población y salud reproductiva se reparte de manera que los países en desarrollo deberán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

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



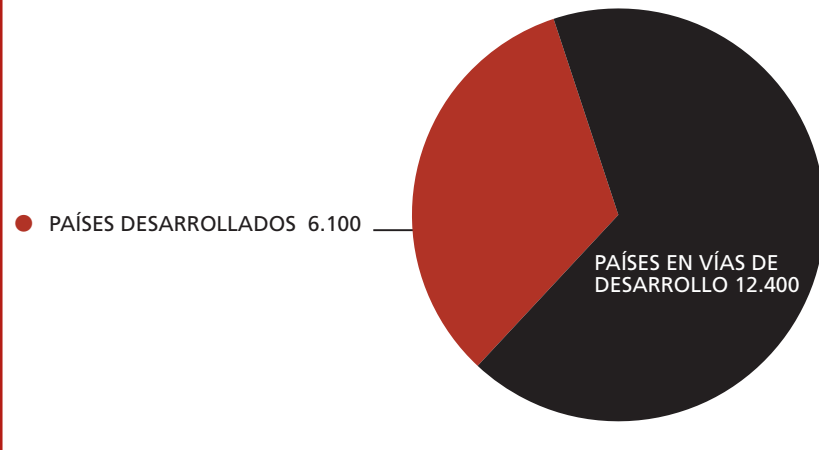
Fuente: Programa de Acción de El Cairo

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



Fuente: Programa de Acción de El Cairo

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



Fuente: Programa de Acción de El Cairo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Reducir la mortalidad infantil

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

Objetivo 5. Mejorar la salud materna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Evolución de la ayuda internacional en materia de población

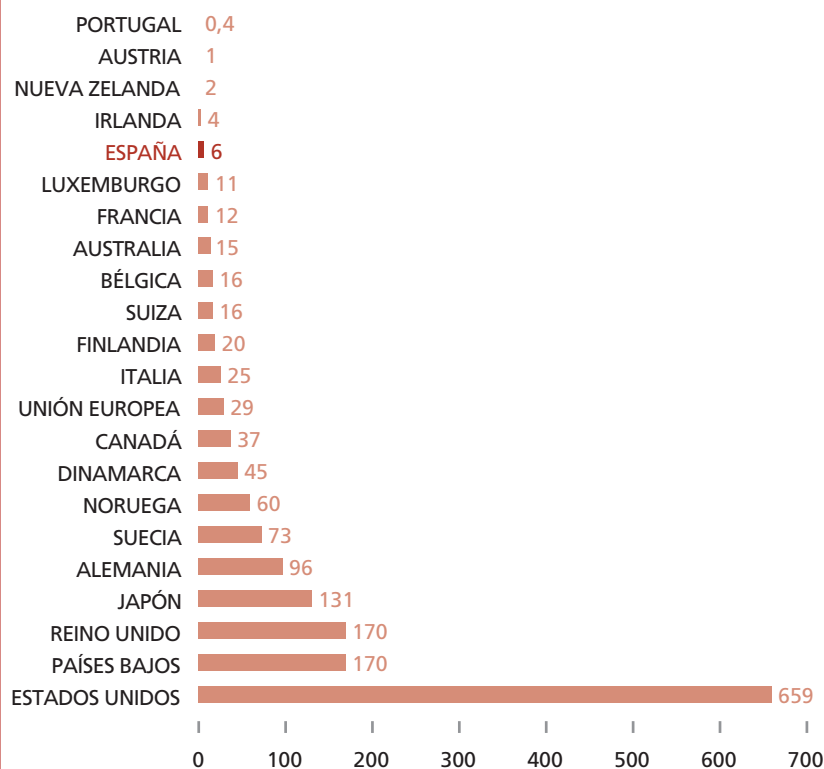
Los países donantes, reunidos en el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), de la OCDE, ya en mayo de 1996, establecieron una serie de objetivos con el fin de ayudar a definir la visión de progreso, en el documento "Shaping the 21st century: the contribution of development cooperation". Los objetivos en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

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

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

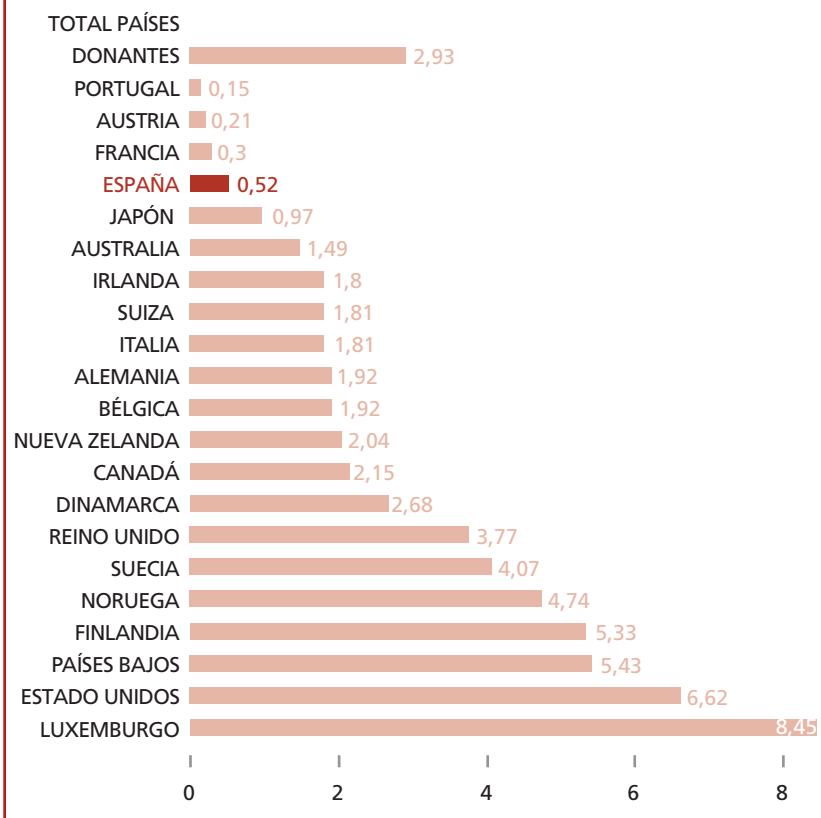
ayuda internacional en materia de población en 2.000 millones de dólares (2.600 si se contabilizan los créditos de los bancos de desarrollo). La evolución anual de la ayuda en materia de población marca un crecimiento desde la etapa pre-Cairo hasta 1997 del 54%. En dicho año se observa un descenso a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

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



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

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



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

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

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

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

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

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

Cronología de la Global Gag Rule

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

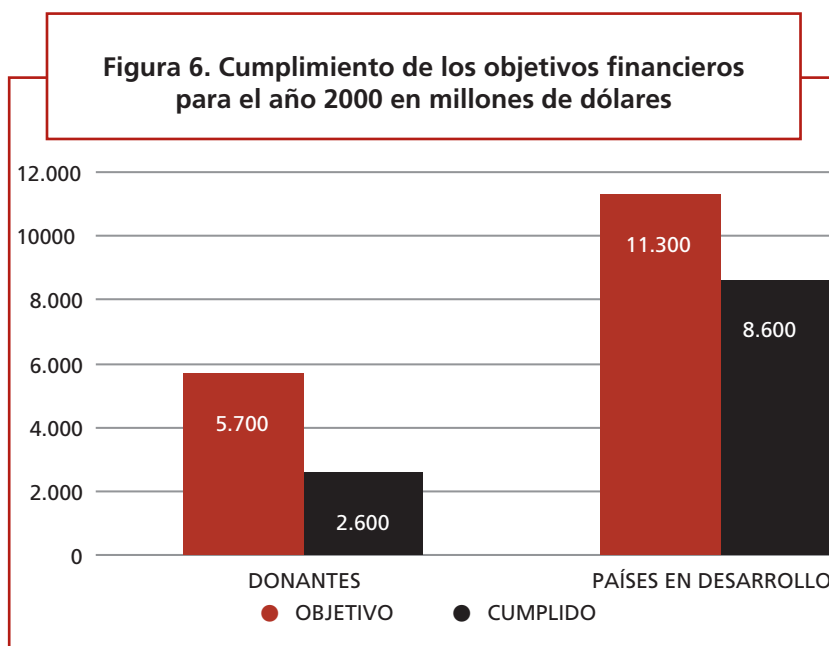
Septiembre 2001 USAID reafirma que los servicios de atención postaborto sí están permitidos.

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

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

Fuente: Population Action International

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



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

Un entorno político poco favorable

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

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

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