

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

Un informe de El Cairo + 10

La ayuda de las comunidades autónomas

LA AYUDA DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

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

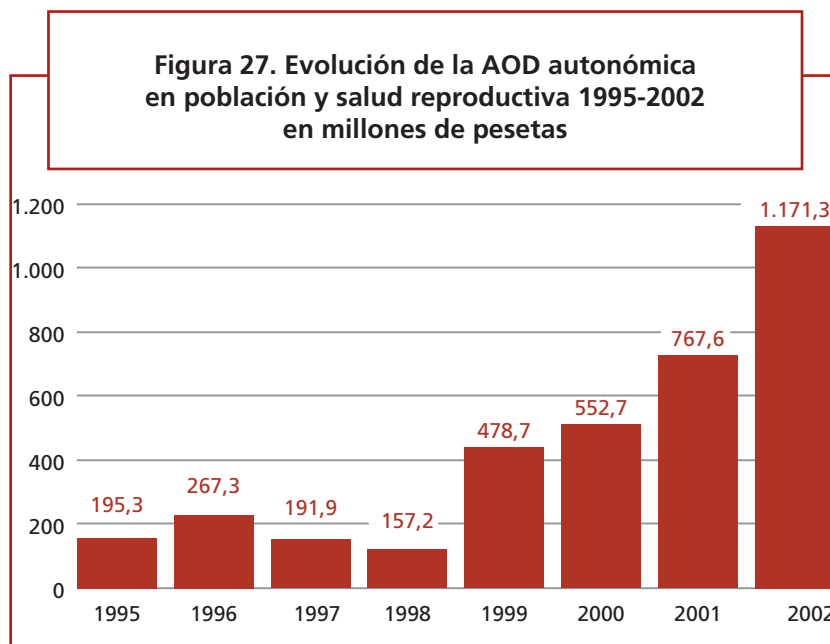
La evolución de la participación de la cooperación descentralizada y especialmente de la ayuda autonómica en los últimos diez años ha sido muy importante. En 1993 la cooperación descentralizada suponía un 4% de toda la AOD bilateral, y en el 2002 alcanza la cifra del 25%. Si nos limitamos a la AOD no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

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

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

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

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

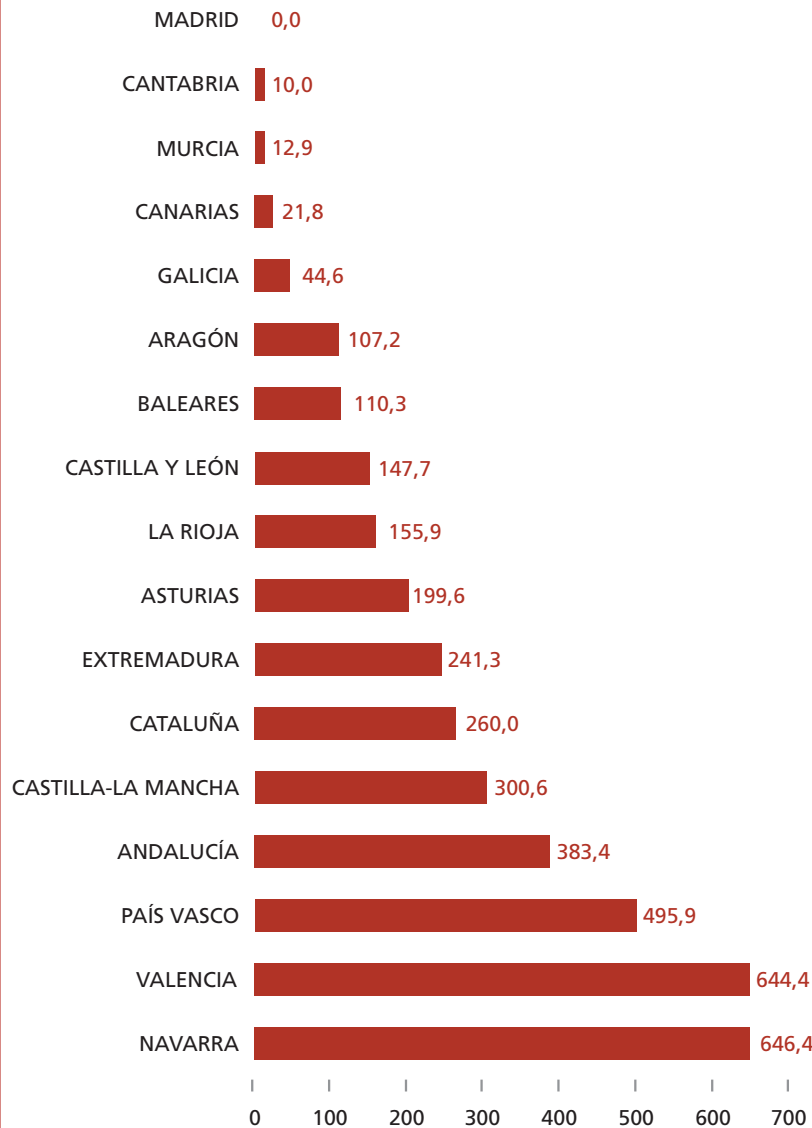


Fuente: elaboración propia

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

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

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

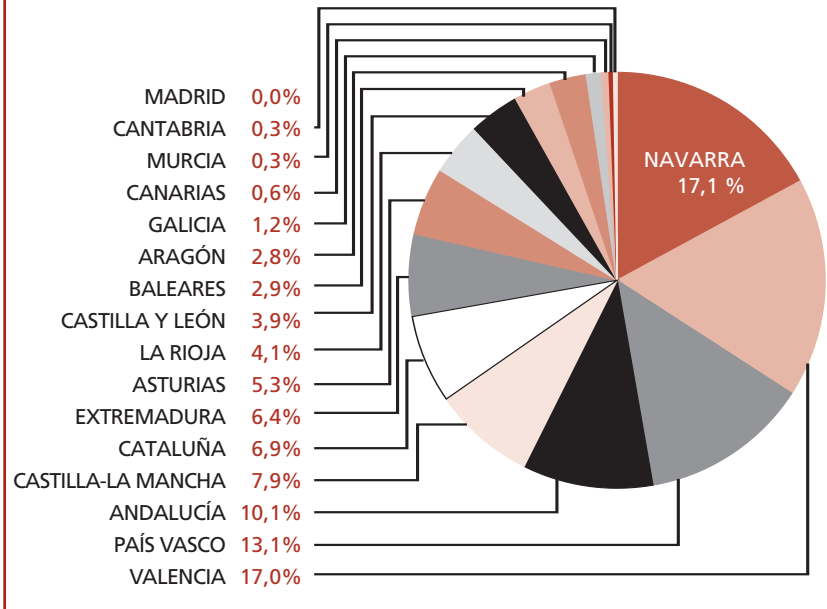


Fuente: elaboración propia

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

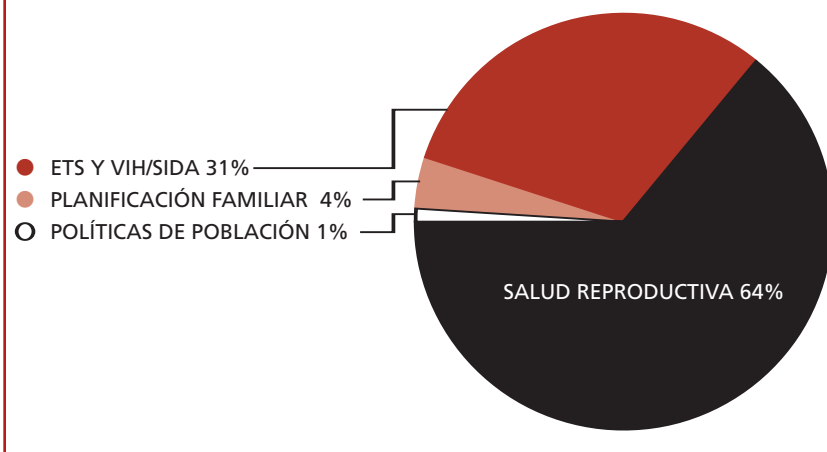
En la distribución geográfica de la ayuda se observa una acentuada preferencia por América Latina, en especial por los países de América Central y Caribe, pero la característica principal es que es el canal de ayuda que mayor proporción destina al África Subsahariana. Esta distribución geográfica se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

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



Fuente: elaboración propia

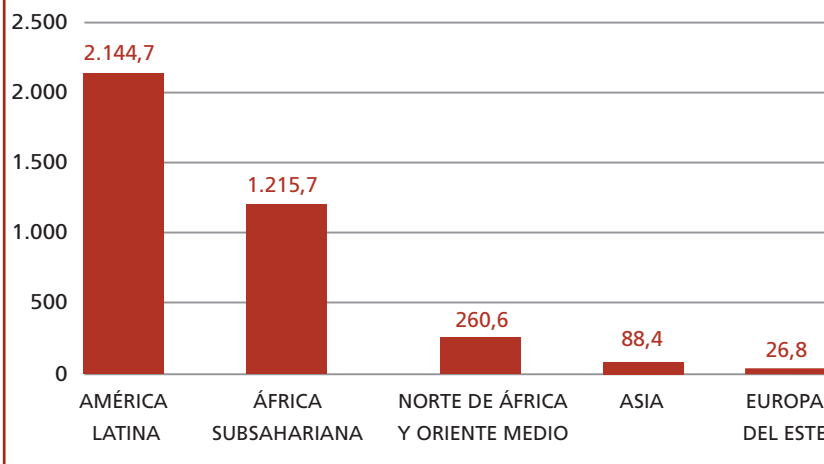
Figura 30. AOD autónoma en población y salud reproductiva por componentes 1995-2002



Fuente: elaboración propia

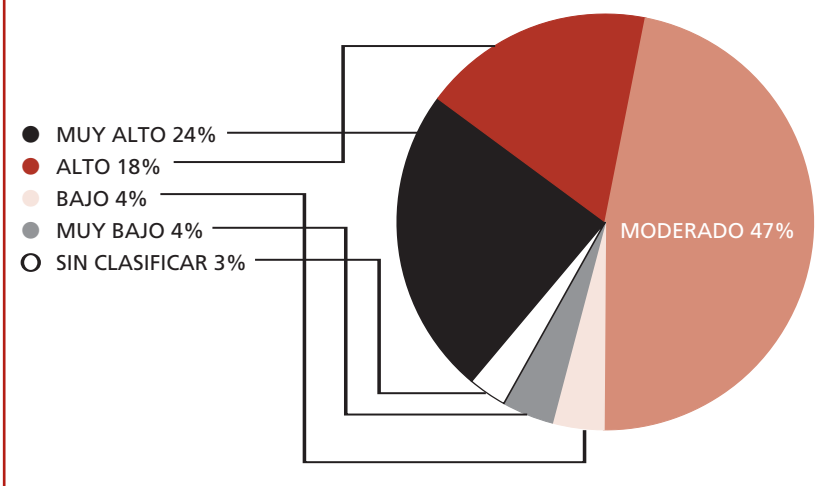
con índices de riesgo reproductivo muy alto (24%) y alto (18%). De los países receptores de la ayuda, encabeza la lista Burkina Faso, seguida de Bolivia, Nicaragua, la República Dominicana, Honduras, El Salvador y Perú. (Figuras 31, 32 y 33).

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



Fuente: elaboración propia

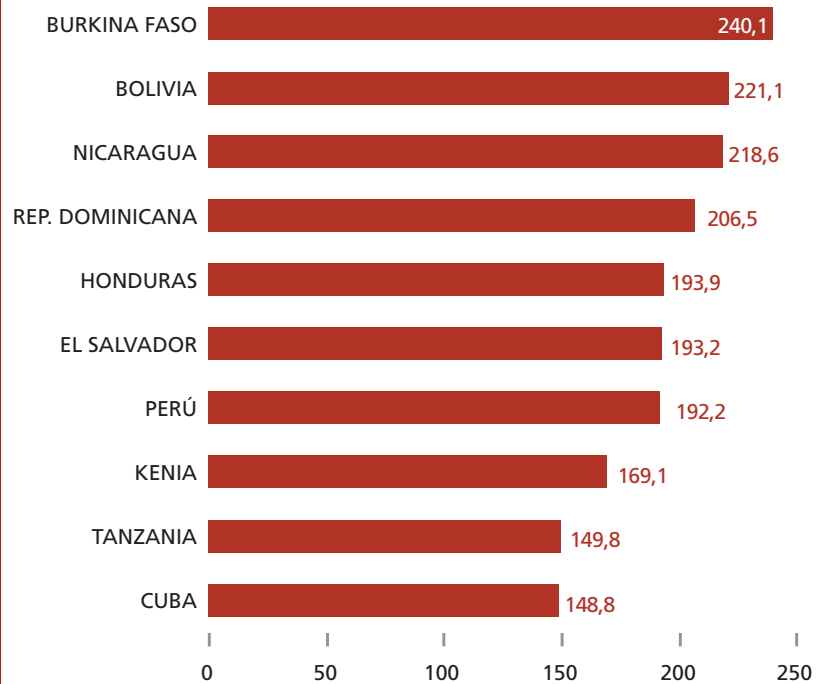
Figura 32. Distribución de la AOD autonómica por países según su índice de riesgo reproductivo 1995-2002



Fuente: elaboración propia

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

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

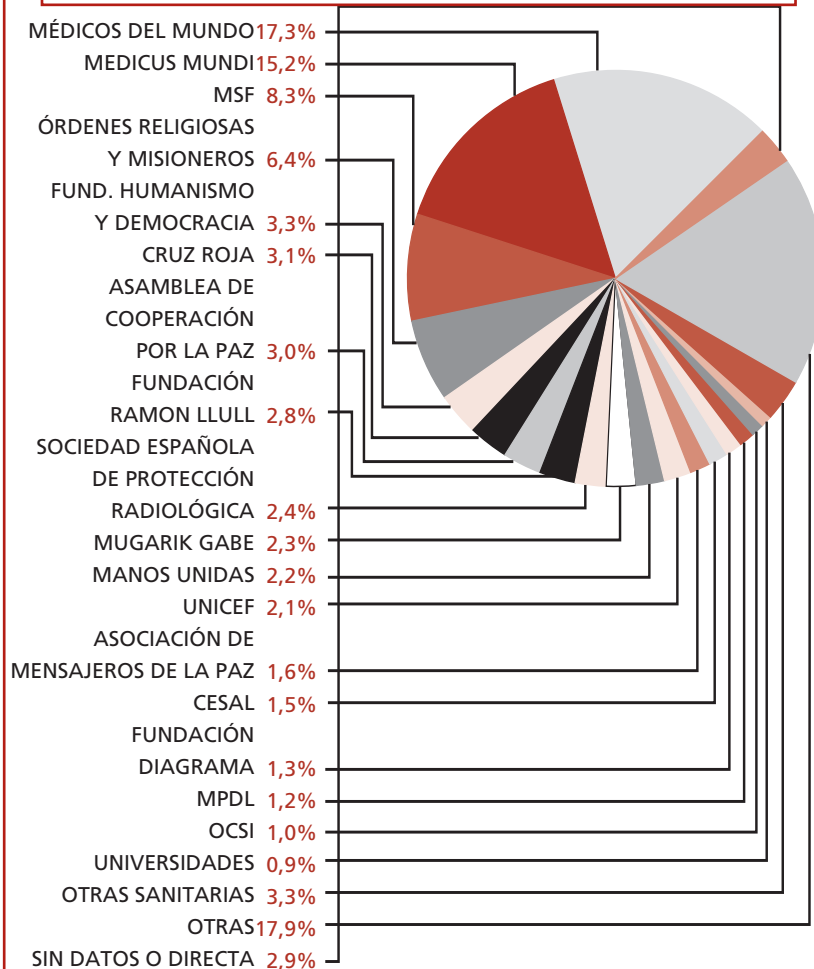


Fuente: elaboración propia

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

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

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



Fuente: elaboración propia

Navarra

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

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



Fuente: elaboración propia

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

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

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

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

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

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

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

Comunidad Valenciana

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

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

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

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

País Vasco

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

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

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

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

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

Andalucía

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

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

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

Castilla-La Mancha

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

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

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

Extremadura

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

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

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

Cataluña

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

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

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

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

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

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

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

Asturias

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

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

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

La Rioja

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

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

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

Castilla y León

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

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

Baleares

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

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

Aragón

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

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

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

Galicia

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

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

Canarias

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

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

Murcia

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

Cantabria

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

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

Madrid

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

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