

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

Un informe de El Cairo + 10

Consideraciones metodológicas previas

CONSIDERACIONES METODOLÓGICAS PREVIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dificultades conceptuales

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

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

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

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

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

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

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

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

La contabilización de la ayuda española

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

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

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

Ayuda no contabilizada

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

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

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

Fuentes de información y estructura del contenido

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

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