

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

Un informe de El Cairo + 10

Población y salud reproductiva en las prioridades sectoriales de la
cooperación española

POBLACIÓN Y SALUD REPRODUCTIVA EN LAS PRIORIDADES SECTORIALES DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

En 1987 aparecen las primeras líneas directrices de la política española para la cooperación al desarrollo. Aprobadas por el Consejo de Ministros, contemplaban como áreas de acción intensiva la agricultura, la sanidad, la enseñanza del español, la formación profesional, el apoyo al desarrollo institucional y la infraestructura básica. No se hacía ninguna referencia a la potenciación de la mujer en el desarrollo ni a los programas de población o salud reproductiva. Un año más tarde, en 1988, la respuesta del Gobierno a una moción del Senado sobre la cooperación española desarrolla más ampliamente las líneas directrices de 1987, pero tampoco se hace mención alguna de la salud reproductiva ni del papel de las mujeres.

No es hasta 1995 cuando las líneas directrices de la cooperación española recogen específicamente los temas de población. Basándose en el informe sobre los objetivos y líneas generales de la política española de cooperación y ayuda al desarrollo, aprobado por el Congreso de los Diputados en noviembre de 1992, la Comisión Interministerial de Cooperación Internacional aprueba en febrero de 1994 (siete meses antes de la celebración de la Conferencia de El Cairo) las líneas generales de la política de cooperación española para 1995. Dichas directrices, recogidas en el Plan Anual de Cooperación Internacional (PACI) de 1995 establecen los rasgos que deben caracterizar la política española de cooperación al desarrollo:

1. Concentración en el desarrollo humano, dando prioridad a las políticas de gasto social y a las poblaciones más desfavorecidas.
2. Concentración y especialización geográfica y sectorial.
3. Cooperación integral: coordinación de flujos públicos y privados.
4. Distinción del tipo de cooperación en función del nivel de desarrollo de los países receptores.
5. Coordinación con otros donantes y con organismos multilaterales.
6. Consideración del impacto medioambiental y de género, temas de población y de desarrollo social, para el logro de un desarrollo sostenido.
7. Integración de los programas de condonación de la deuda.

Un año más tarde, para el PACI de 1996, la Comisión Interministerial aprueba unas nuevas directrices, similares a las del año anterior, con la diferencia de que a los siete rasgos arriba recogidos se les añaden dos más: la contribución al despliegue económico de los países beneficiarios y la incorporación de la perspectiva de género a los programas y proyectos, de manera que se garantice la participación de la mujer como agente activo en el proceso de desarrollo. Como vemos, los temas de género a partir de 1996 merecen ya un tratamiento individualizado como prioridades de actuación.

En 1997 y 1998 se prorrogan las líneas directrices de los años anteriores, por lo que permanecerán estables hasta la elaboración de la ley de Cooperación Internacional, en 1998. Así pues, para el período analizado de 1995 a 1998 los temas de población, unidos al impacto medioambiental y al desarrollo social, se contemplan en los sucesivos planes anuales. Sin embargo, esta prioridad teórica no se vio reflejada en los niveles de la Ayuda Oficial al Desarrollo de España para el período mencionado.

En 1998 se aprueba la primera ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la cual establece entre los principios de la política española de cooperación “el reconocimiento del ser humano en su dimensión individual y colectiva, como protagonista y destinatario último de la política de cooperación para el desarrollo”, así como “la defensa y promoción de los derechos humanos y las libertades fundamentales”, o “la necesidad de promover un desarrollo humano global, interdependiente, participativo, sostenible y con equidad de género”, sin olvidar “el respeto de los compromisos adoptados en el seno de los organismos internacionales”. Por lo que respecta a las prioridades sectoriales, la ley establece en primer lugar los “servicios sociales básicos, con especial incidencia en salud, saneamiento, educación, obtención de la seguridad alimentaria y formación de recursos humanos”, reconociendo también la “protección y respeto de los derechos humanos, igualdad de oportunidades, participación e integración social de la mujer y defensa de los grupos de población más vulnerables”.

Población y salud reproductiva en el Plan Director 2001-2004

El artículo 8 de la Ley prevé que “la política española de cooperación internacional para el desarrollo se establecerá a través de planes directores y planes anuales”. En cumplimiento de esta norma se inicia en 1999 la elaboración del Primer Plan Director Cuatrienal, el cual tras ciertos retrasos y diversos borradores no fue aprobado hasta finales del 2000.

En 1999 se elaboró un borrador del plan director que recogía de manera más extensa y específica la necesidad de facilitar el acceso a servicios de planificación familiar. Dicho borrador hacía mención específica de la Conferencia de El Cairo y de la importancia de la dinámica demográfica y de salud como dimensión básica del proceso de desarrollo. También mencionaba que en este sentido la cooperación española continuaría trabajando con la OPS, la OMS, la UNICEF y el

FNUAP. Estas menciones, en especial la del FNUAP, desaparecieron un año más tarde del texto, lo que supuso un claro retroceso que se ha ido paliando con altibajos en los diversos planes anuales, y de una manera más definitiva en la estrategia de la cooperación española de salud, aprobada en el 2003. Pese a que el borrador de 1999 mejoraba manifiestamente el Plan Director definitivo, en especial en lo que concierne a población y salud reproductiva, se constata que el Plan recoge y contempla como prioridades para el período 2001-2004 la cobertura de las necesidades en materia de población y salud reproductiva. Sin embargo, no debemos olvidar que los temas de población ya se recogen en las directrices de actuación en 1995, y ello no ha sido suficiente hasta el momento como para que la ayuda oficial cubra adecuadamente estos proyectos y cumpla así con los compromisos internacionales adoptados.

El Plan Director 2001-2004 establece tres orientaciones de carácter transversal: la lucha contra la pobreza, la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres y el medio ambiente, y seis áreas sectoriales prioritarias:

- a) necesidades sociales básicas;
- b) inversión en el ser humano;
- c) infraestructuras y promoción del tejido económico;
- d) defensa del medio ambiente;
- e) participación social, desarrollo institucional y buen gobierno, y
- f) prevención de conflictos.

El Plan Director recoge las líneas generales básicas de la cooperación al desarrollo así como un marco presupuestario indicativo para el quinquenio. En el marco de las estrategias de intervención de la cooperación española, el documento recoge los objetivos internacionales de reducir la mortalidad infantil y la mortalidad materna, así como el acceso universal a servicios de salud reproductiva a través del sistema de sanidad básica para el 2015, dentro de la prioridad horizontal de lucha contra la pobreza. En las estrategias de intervención sectorial, de forma aún más concreta la cooperación española establece como campos de actuación en materia de necesidades sociales básicas: “la salud básica, educación básica, población y salud reproductiva, nutrición, trabajos elementales de suministro de agua, saneamiento, vivienda, actuaciones de emergencia y programas integrados, de entre los que destacan los ámbitos de planificación familiar y lucha contra enfermedades de transmisión sexual, ayuda alimentaria y de emergencia, y formación de profesores y cuadros”. El Plan recoge que los objetivos en este sector son: a) cumplir los compromisos internacionales en este campo, en especial la Iniciativa 20/20, b) apoyar las capacidades de los países receptores, tanto mediante el respaldo a los gobiernos e instituciones como mediante el apoyo a la sociedad civil, c) atención a los sectores más vulnerables, y d) incorporar el máximo posible de actores, incluyendo todas las administraciones públicas,

sindicatos, ONGD y empresas. De la lectura de estas prioridades se pueden extraer dos conclusiones, o bien al pasar del borrador de 1999 al texto definitivo del 2000 se olvidó eliminar la mención específica de la planificación familiar, o bien el desarrollo del plan director adolece de una fuerte incongruencia en lo que a algunas prioridades en materia de necesidades sociales básicas se refiere.

Con anterioridad a la aprobación del Plan Director, la primera vez que la salud sexual y reproductiva aparece como una prioridad de la cooperación española es en las convocatorias para ayudas y subvenciones a ONG del año 2000. Se especificó textualmente que se priorizarían las "intervenciones centradas en prevención y control del Sida y otras ETS, salud reproductiva y atención primaria de salud".

PACI 2001

El Plan Anual 2001, cuyos objetivos deberían concretar aún más la actuación de la cooperación española en los sectores arriba indicados, no recoge en ningún momento el sector de población y salud reproductiva como cabría esperar. Su priorización se diluye en los servicios sociales básicos, especialmente en salud, y en el acceso universal a los servicios de salud, la referencia a la mortalidad infantil y a la mortalidad materna se reduce exclusivamente a la mortalidad infantil, y en ninguna de las especificaciones por países programa se hace referencia alguna al sector, a excepción del control del Sida para el África Subsahariana y a población y desarrollo sostenible para Filipinas. El Plan 2001 determina como prioridades en materia de servicios sociales básicos, la salud, saneamiento, educación, seguridad alimentaria y formación de recursos humanos, dotación de infraestructura social y de transportes y fomento del sector privado. Otras prioridades son el fortalecimiento de las estructuras democráticas, la protección del medio ambiente, el apoyo a la investigación científica y tecnológica, a la cultura y a la educación, especialmente la primaria y la formación profesional.

PACI 2002

El Plan Anual 2002 de nuevo hace una vaga referencia a la cobertura de las necesidades sociales básicas, y en las prioridades por países hace referencia a algunas acciones como la "reducción de los altos índices de mortalidad infantil y materna" en Centroamérica, México y Caribe, el "programa de salud materno-infantil" en Marruecos, el apoyo a "la mejora de las maternidades" en Túnez, o en los territorios palestinos a la "especial atención a los programas de salud materno-infantil". Establece que la cooperación española mantendrá como objetivos específicos la cobertura de las necesidades sociales básicas, la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres, la protección del medio ambiente o la prevención y asistencia en situaciones de emergencia. Dentro de estos objetivos se da una clara prioridad a la educación, así como a la promoción de la democracia y el Estado de derecho.

PACI 2003

Para el año 2003, por lo que respecta a Iberoamérica, el PACI prevé que se lleve a cabo la Iniciativa ESTHER de solidaridad hospitalaria, un proyecto iniciado por el Ministerio de Sanidad y continuado por la AECI, y que consiste en actividades de hermanamientos entre profesionales de hospitales para la lucha contra el VIH/Sida. En el proyecto participan, además de España, Francia, Italia y Luxemburgo, y se realizará principalmente en Iberoamérica (Honduras Nicaragua, El Salvador, Guatemala, Ecuador, Bolivia y Paraguay) además de en Mozambique. Para el 2003 finalizará el proyecto de apoyo al Hospital Isidro Ayora en el área de atención integral para adolescentes de Quito. En América Central y Caribe sí que el área de salud reproductiva parece ganar protagonismo en el 2003. En el sector salud se recoge que se actuará en la atención primaria en áreas rurales y mediante equipamiento y construcción de infraestructuras básicas con especial atención a la reducción de los altos índices de mortalidad infantil y materna, y de la incidencia de enfermedades como el VIH en la infancia. En El Salvador se prestará atención a los programas de salud prioritarios y a la prevención del Sida en sectores de alto riesgo.

En el Norte de África seguirá el apoyo a Marruecos con el fin de mejorar la salud materno-infantil de las provincias del norte. Para el África Subsahariana se anuncia una reorientación de la ayuda más enfocada a reforzar los sectores de salud y educación. En el 2003 se pondrá en marcha el programa integral de salud de la Cooperación Española para África, que incluirá la extensión de servicios sanitarios básicos, y en especial la atención de la salud materno-infantil, el control de tuberculosis, malaria y VIH/Sida, destacándose la ya mencionada iniciativa ESTHER. En Asia, las previsiones españolas se limitan a las acciones de refuerzo de la salud reproductiva en Filipinas. A nivel multilateral se anuncian destacables aportaciones a ONUSIDA, de cuyo comité ejecutivo España forma parte para el 2002 y el 2003. También destaca la aportación de 17 millones de euros al Fondo Global. Continuarán los planes de actuaciones conjuntas con la OPS, que hacen especial incidencia en la lucha contra el Sida, con 1,5 millones de euros.

En definitiva, parece existir cierta incongruencia a nivel general entre el Plan Director 2001-2004 y los planes anuales en la priorización de la salud reproductiva a nivel global. Sólo un país parece ser objeto de una clara voluntad de priorizar la salud reproductiva por parte de la cooperación española, se trata de Marruecos. Al menos así se desprende de la convocatoria para ayudas y subvenciones para estrategias, programas y proyectos de ONG de febrero del año 2001, donde fue el único país en que se refleja la prioridad sectorial de "salud reproductiva". Esto no se volverá a repetir en convocatorias posteriores; sin embargo, los datos de la AOD española que recoge este informe confirman la prioridad por Marruecos. Este país ha recibido entre 1995 y el 2002 cerca del 18% de la AOD española al sector distribuible por países. La incongruencia en cuanto a planificación parece revertirse a partir del año 2003, con la estrategia de salud, siguiendo una tendencia que ya en lo que respecta a desembolso económico también parece despuntar en el 2002.

La elaboración de la Estrategia de la Cooperación Española en Salud en el 2003, que se anuncia con una vigencia de cuatro años, debería confirmar la definitiva adecuación tanto en orientación estratégica como en movilización de recursos de la cooperación española hacia el sector de la salud sexual y reproductiva.

La Estrategia de la Cooperación Española en Salud

La estrategia en salud recuerda que una de las prioridades sectoriales de la cooperación española es la cobertura de las necesidades sociales básicas, y dentro de éstas el Plan Director hace mención específica de la salud básica, la población y salud reproductiva, la nutrición, los trabajos elementales de suministro de agua, el saneamiento, los programas de planificación familiar y la lucha contra enfermedades de transmisión sexual, además de la ayuda alimentaria y de emergencia. También destaca la necesaria orientación al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del Milenio, entre los cuales la salud tiene una presencia importante, y hacia la reducción de la pobreza.

La estrategia establece los siguiente principios:

- a) la lucha contra la pobreza
- b) la equidad en salud
- c) la solidaridad y sostenibilidad del sistema de salud
- d) la especial atención a la mujer en la cooperación en el ámbito sanitario
- e) la integración entre niveles asistenciales
- f) refuerzo de la participación ciudadana y control social del sistema sanitario
- g) principio de eficacia de las intervenciones
- h) coordinación interna
- i) coordinación internacional

El cuarto principio establece literalmente:

“La especial atención a la mujer en la cooperación en el ámbito sanitario. En primer lugar, la atención materno-infantil y la salud reproductiva constituyen áreas prioritarias para la cooperación española en el sector de la salud. Por otra parte, la educación de la mujer es clave por el papel que desempeña en la salud de la familia”.

A partir de estos principios, la estrategia diferencia entre líneas horizontales y verticales. Las primeras son el conjunto de orientaciones o modalidades de intervención que deben figurar en cualquier proyecto de salud, mientras que las verticales recogen los ámbitos o subsectores prioritarios de actuación de la cooperación sanitaria española.

Líneas horizontales

1. Fortalecimiento institucional y reforma de sistemas sanitarios
2. Proyectos de infraestructura y de suministro de equipos médicos
3. La investigación en áreas de salud y desarrollo
4. Formación en los países en desarrollo
5. Formación de los agentes de la cooperación
6. Evaluación de la cooperación española en el sector salud
7. Desarrollo de indicadores en salud

Líneas verticales

1. Cobertura de enfermedades prevalentes en los países en desarrollo
 - 1.1 Enfermedades transmisibles: VIH/Sida, tuberculosis, paludismo y otras enfermedades transmisibles.
 - 1.2 Enfermedades crónicas no transmisibles
2. Intervención en situaciones y actividades con especial incidencia en la salud en los países en desarrollo
 - 2.1 Promoción de estilos de vida y de medio ambiente saludables
 - 2.2 Situaciones de emergencia y catástrofes
 - 2.3 Calidad, seguridad e inocuidad de los alimentos, medicamentos e insumos
3. Concentración de actividades en grupos de población especialmente vulnerables
 - 3.1 Salud del niño y del adolescente
 - 3.2 Programas sobre salud reproductiva
 - 3.3 Salud de la mujer
 - 3.4 La salud y los pueblos indígenas

Como se puede observar, la salud sexual y reproductiva, aunque con diversas denominaciones, está presente y se encuentra ampliamente desarrollada. Esta presencia viene a compensar la no existencia o la decisión de no dotarse de una estrategia o política específica de cooperación en materia de población y salud reproductiva, distinta de la de salud, como tienen otros donantes (caso de Japón, Alemania, el Reino Unido, Noruega, Dinamarca, Suecia, los Países Bajos, Australia o Suiza).

En el apartado dedicado al VIH/Sida, la estrategia recoge que las intervenciones dirigidas a las poblaciones vulnerables y a las que adoptan comportamientos de más alto riesgo pueden hacer disminuir las tasas de infección en grupos específicos y reducir el riesgo de propagación amplia del VIH. Dichas intervenciones habrán de tener en cuenta en todo caso las características específicas de cada grupo de población, y especialmente las diferencias y desigualdades socioculturales existentes entre varones y mujeres. Los distintos actores de la cooperación española deberían prestar apoyo en todas aquellas actividades encaminadas a implantar mecanismos nacionales más integrales y fiables para la supervisión, vigilancia y evaluación del VIH en los países receptores de ayuda; apoyar programas de prevención, educación y promoción dentro de las estrategias de atención primaria, colaborando en el nivel hospitalario en la organización, gestión y capacitación técnica del personal sanitario; fomentar los planes de apoyo a las personas que viven con el VIH, y apoyar las políticas de adquisición de medicamentos a bajo precio, que garanticen el acceso a toda la población. En el marco de la lucha contra el Sida, en el seno de las Naciones Unidas fue creado el Fondo Global para Combatir el VIH/Sida, el Paludismo y la Tuberculosis, en el que España participa con 50 millones de dólares.

En el apartado de la promoción de estilos de vida y de medio ambiente saludables, la estrategia de la cooperación española destaca los embarazos prematuros, las infecciones de transmisión sexual, el consumo de tabaco y alcohol, así como el abuso de sustancias ilícitas como algunos de los problemas ocasionados por la adopción de conductas peligrosas para la salud. También recoge que la violencia, el descuido y el comportamiento abusivo, especialmente hacia las mujeres y los niños, son causas cada vez más importantes de las altas tasas de morbilidad, mortalidad y discapacidad. Para ello, entre las posibles actuaciones de la cooperación española destaca el apoyo en el desarrollo de políticas, programas educativos e incentivos de promoción de la salud con el fin de reducir el consumo de tabaco, de bebidas alcohólicas y sustancias psicoactivas, así como de comportamientos sexuales de riesgo.

Debemos mencionar que resulta cuanto menos curioso el hecho de que se dé tanta relevancia a reducir el consumo de tabaco cuando se trata de un hábito escasamente extendido en los países en desarrollo, dado que los mayores niveles de consumo se dan en la Europa mediterránea, en los países del golfo Pérsico y en algunos países del sudeste asiático, según datos de la OMS.

En el apartado de situaciones de emergencia y catástrofes se vuelve a mencionar la salud reproductiva cuando se apunta que en dichas situaciones existe un grave riesgo de incremento de la mortalidad materna e infantil y de difusión de enfermedades infecciosas, entre ellas el Sida. Se establece como actividad la puesta en funcionamiento de sistemas de atención sanitaria que protejan de una manera especial a las mujeres y los niños.

Es en el capítulo dedicado a la atención a grupos de población especialmente vulnerable donde se realiza una más extensa relación de las actividades en materia de salud sexual y reproductiva. En el apartado de salud del niño y del adolescente, además de asistencia técnica en la ela-

boración de calendarios vacunales y en el fortalecimiento de la atención a la infancia mediante programas de atención primaria, destaca el apoyo para establecer estrategias, patrones y normas de protección de los adolescentes frente a las enfermedades y los comportamientos y situaciones de riesgo para la salud. Creemos que aquí se podría haber ido un poco más lejos y concretar cuáles son los principales riesgos para la salud de los adolescentes, de entre los que sin duda habría que recoger la salud sexual y la prevención de embarazos adolescentes, con la consiguiente necesidad de fortalecer el acceso de los adolescentes a servicios de salud sexual y planificación familiar.

En el apartado de programas sobre salud reproductiva, establece que la cooperación española puede realizar un esfuerzo por contribuir a que los cuidados de salud reproductiva sean integrados en los programas de atención primaria de los países prioritarios, a través de diversas acciones: a) prestando asesoramiento técnico a los ministerios de salud de los países en desarrollo, para la mejora de los servicios sanitarios relacionados con la salud reproductiva y de los programas de prevención de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/Sida; b) impartiendo cursos de formación en el ámbito de las enfermedades transmisibles y VIH/Sida entre el personal responsable de los servicios de salud de los países receptores de ayuda.

Para la salud de la mujer, la estrategia establece que la cooperación internacional deberá orientar sus actuaciones al apoyo en la elaboración de políticas, estrategias e intervenciones que aborden de forma efectiva cuestiones de alta prioridad, y hasta ahora desatendidas, relacionadas con la salud de la mujer a lo largo de toda su vida, así como al apoyo de programas específicos de atención primaria a la mujer que incluyan: seguimiento del embarazo y preparación al parto, visita y revisión puerperal, diagnóstico precoz de los cánceres ginecológicos y de mama, salud reproductiva, tratamiento de las complicaciones patológicas de las enfermedades crónicas, la violencia contra la mujer, ETS y VIH/Sida en mujeres.

Destaca el Programa de Salud para África, promovido por la AECI, en el cual la cooperación española ha identificado cuatro ámbitos de actuación preferente: a) salud materno-infantil, b) lucha contra las enfermedades tropicales y transmisibles, con especial atención al VIH/Sida, la malaria y la tuberculosis, c) servicios de salud básica, y d) fortalecimiento de sistemas nacionales de salud.

La Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Democracia y del Estado de Derecho incluye entre sus áreas de intervención la igualdad entre mujeres y hombres, si bien se refiere a la futura estrategia para la promoción de la igualdad entre mujeres y hombres como el documento que integrará las acciones de carácter sectorial y aspectos horizontales de los proyectos. Avanza, sin embargo, que “la futura estrategia de igualdad tendrá en cuenta aspectos en los que una mejora en la situación de las mujeres es fundamental para promover el desarrollo: por ejemplo, una inversión en educación de las mujeres repercute en la mejora de la educación de los hijos, en la alimentación, en la gestión de los medios de subsistencia y en la salud. Si mejora la salud de las mujeres, mejora también la de los niños y demás miembros

de la familia". Parece que la futura estrategia no avanzará en reconocer que la salud de la mujer es un fin en sí mismo, y no solamente un medio para mejorar la salud infantil. De nuevo nos pone sobre la pista de que a la cooperación española le cuesta dejar atrás el concepto pre-Cairo de salud materno-infantil, y de un texto a otro se producen avances y retrocesos, con un evidente uso errático de la terminología y de la perspectiva de género.