

Beatriz Marrero, Marta O'Kelly,  
Montserrat Solsona y Adriana Zumarán



## Políticas europeas de cooperación al desarrollo en materia de salud sexual y reproductiva





# POLÍTICAS EUROPEAS DE COOPERACIÓN AL DESARROLLO EN MATERIA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Beatriz Marrero  
Marta O'Kelly  
Montserrat Solsona  
Adriana Zumarán

Estos materiales están pensados para que tengan la mayor difusión posible y que, de esa forma, contribuyan al conocimiento y al intercambio de ideas. Se autoriza, por tanto, su reproducción, siempre que se cite la fuente y se realice sin ánimo de lucro.

Los trabajos son responsabilidad de los autores y su contenido no representa necesariamente la opinión de la Fundación Carolina o de su Consejo Editorial.

Están disponibles en la siguiente dirección:  
<http://www.fundacioncarolina.es>

Primera edición, febrero de 2008

© Fundación Carolina - CeALCI  
Guzmán el Bueno, 133 - 5.º dcha.  
Edificio Britannia. 28003 Madrid  
[www.fundacioncarolina.es](http://www.fundacioncarolina.es)

© Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva  
C/ Juan Montalvo, 6  
28040 Madrid  
[www.grupogie.org](http://www.grupogie.org)

© de las autoras

Diseño de la cubierta: Alfonso Gamo  
Foto de la cubierta: UNICEF/Giacomo Pirozzi

DERECHOS RESERVADOS CONFORME A LA LEY

Impreso y hecho en España  
*Printed and made in Spain*

ISSN: 1885-866-X

Depósito legal: M-7.043-2008

Fotocomposición e impresión: EFCA, S.A.  
Parque Industrial «Las Monjas»  
28850 Torrejón de Ardoz (Madrid)

Impreso en papel reciclado

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	vii
INTRODUCCIÓN .....	1
1. ACERCAMIENTO A LA COOPERACIÓN EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA .....	5
2. UNA PERSPECTIVA COMPARADA: LAS POLÍTICAS DE COOPERACIÓN EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE BÉLGICA, DINAMARCA, ESPAÑA, PORTUGAL, REINO UNIDO Y SUECIA .....	11
I. Compromiso y alto nivel de definición como característica primordial .....	11
II. Los conceptos de salud y derechos sexuales y reproductivos.....	12
III. ODM, género y salud y derechos sexuales y reproductivos .....	17
IV. Documentos sectoriales estratégicos .....	19
V. Líneas prioritarias comunes de la cooperación en SDR .....	21
VI. Prioridades geográficas de la cooperación en SDR.....	33
VII. Tendencias de la cooperación multilateral .....	35
VIII. El rol de la sociedad civil y las ONG en la promoción de la SDR .....	36
3. ANÁLISIS POR PAÍS .....	39
I. España.....	39
II. Suecia.....	71
III. Dinamarca .....	80
IV. Bélgica.....	87
V. Reino Unido .....	91
VI. Portugal.....	96
4. RECOMENDACIONES PARA LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA DESDE UNA VISIÓN COMPARADA .....	99
BIBLIOGRAFÍA .....	105
LISTA DE ACRÓNIMOS .....	115



## AGRADECIMIENTOS

La presente publicación ha sido elaborada por un equipo del Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva, constituido por Beatriz Marrero (Presidenta del GIE y miembro de Médicos del Mundo), Montserrat Solsona (Centro de Estudios Demográficos), Adriana Zumarán (responsable de investigación) y Marta O'Kelly (Directora), sobre la base de una investigación previa más amplia.

Agradecemos especialmente la colaboración y el apoyo de Lut Joris (SENSOA-Bélgica), Julia Schalk (RFSU-Suecia) y Jacqueline Byrld (Sexogsamfund-Dinamarca) para la revisión de los análisis correspondientes a estos países.

Agradecemos a la Fundación Carolina la confianza depositada en el GIE para la elaboración de este documento y en especial a Ana Rosa Alcalde sus aportaciones a los primeros borradores del informe.



## INTRODUCCIÓN

La Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) constituyen parte de la agenda de reivindicación social del último siglo y, por tanto, son patrimonio de todos los seres humanos. Es crucial que los estados que defienden la democracia y los derechos humanos se posicionen y actúen en consecuencia para promoverlos. Los altos índices de mortalidad materna y la expansión del VIH/sida evidencian la vulneración de estos derechos y las graves deficiencias en el acceso a la educación, la salud, y otros recursos básicos necesarios para mantener niveles adecuados de salud sexual y reproductiva y bienestar general. Asimismo, la mortalidad materna y la epidemia del sida son el origen y la causa de diversos problemas humanos, sociales y económicos, que afectan al desarrollo de países enteros.

La contribución de la salud y los derechos sexuales y reproductivos al desarrollo sostenible fue reconocida por primera vez en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) celebrado en El Cairo en 1994. Seis años más tarde, en el marco de la Cumbre del Milenio, reducir la mortalidad materna a dos terceras partes y detener el aumento y comenzar a reducir la propagación del VIH/sida se incluyen como objetivos a ser alcanzados antes del año 2015. En 2006, se añade como meta el acceso universal a la salud reproductiva, reconociéndose una vez más la estrecha vinculación entre la planificación familiar, la mejora de la salud materna y la lucha contra el VIH/sida.

En el marco de la cooperación al desarrollo, responder a estas necesidades y compromisos requiere no sólo que la salud y los derechos sexuales y reproductivos se integren entre los objetivos y prioridades de las estrategias de reducción de la pobreza de los países en desarrollo, sino también que las políticas de cooperación de los países donantes canalicen más ayuda a este sector, en sinergia con los esfuerzos para promover la equidad de género. Asimismo, es necesario pensar desde un punto de vista preventivo, es decir, no respondiendo únicamente a los problemas generados por la falta de acceso a servicios y productos de salud sexual y reproductiva, sino estableciendo, a través del fortalecimiento de los sistemas de salud, aquellos canales y recursos necesarios para promoverla a lo largo del ciclo vital.

El papel de los donantes europeos en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es desigual, existiendo una serie de países con una larga tradición de cooperación al desarrollo en este campo y otros más bien incipientes tanto desde el punto de vista del marco político como de los niveles de ayuda dirigidos a este sector. No obstante, en los últimos años y quizás bajo la influencia de la retirada de Estados Unidos a un segundo plano, se ha constatado una clara consolidación y aumento del interés de ciertos países europeos por apoyar firmemente este ámbito de la cooperación, aunque el compromiso sea todavía mejorable si

tenemos en cuenta su importancia estratégica.

Incluir una determinada perspectiva o estrategia de SDR dentro de la política de cooperación o desarrollar documentos sectoriales específicos en este ámbito no asegura necesariamente iniciativas eficaces en el terreno, pero es el primer paso para facilitar que se destinen esfuerzos de la ayuda oficial a ello, de manera articulada, exigible y evaluable. Asimismo, la apuesta por programas y estrategias integrales, basados en la evidencia para responder a los grandes retos que este sector presenta en los países en desarrollo, es una responsabilidad ineludible para nuestros estados.

Por otro lado, la controversia constante que sufren muchos aspectos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde determinados sectores políticos y religiosos conservadores, hace que el posicionamiento político de los países donantes a favor de estos ámbitos resulte crucial para evitar retrocesos y mantener su presencia activa en la agenda de desarrollo.

## ESTRUCTURA DEL INFORME Y CONSIDERACIONES GENERALES

La presente publicación refleja una parte del estudio comparado de las políticas de cooperación en salud y derechos sexuales y reproductivos de España y cinco países europeos: Bélgica, Dinamarca,

Portugal, Reino Unido y Suecia, en el período 2003-2005. Dicho análisis, ejecutado por el GIE con apoyo de la Fundación Carolina durante 2006, no incluye una evaluación cuantitativa o cualitativa de la implementación de las políticas descritas sino que se reduce a aportar una valoración crítica del punto de partida de las intervenciones y del enfoque de salud sexual y reproductiva que inspira las políticas de cooperación de los países seleccionados.

Considerando la oportunidad que representaba esta publicación, se ha sintetizado lo más relevante de dicha investigación y se han añadido algunos aspectos que nos parecía interesante destacar. Por un lado, teniendo en cuenta el marco regional en el que nos movemos, decidimos incorporar una primera sección con reflexiones sobre las líneas generales de la política de cooperación de la Unión Europea que afectan a la SDR. Por otro lado, se incluyó el análisis de algunos documentos aprobados en 2006 y 2007 que merecía la pena no dejar de lado.

El primer capítulo del libro se dedica a la cooperación europea, seguido a continuación de un segundo capítulo que aglutina las principales conclusiones referidas a la comparativa de las políticas de los seis países analizados. En un tercer capítulo se aborda un análisis específico de cada país, con especial detenimiento en España. La «arquitectura» de la cooperación española ocupa una buena parte de la presente publicación,

al haberse producido recientemente un amplio desarrollo normativo relacionado con el tema objeto de investigación y aprovechamos para abordar el significado de las nuevas estrategias de género y salud, así como para valorar las últimas iniciativas lanzadas desde el Gobierno respecto al continente africano.

Finalmente, a partir de los resultados y conclusiones del informe nos aventura-

mos a aportar algunas recomendaciones y propuestas que puedan contribuir a consolidar la cooperación española en favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como a avanzar hacia una mayor «armonización externa» con las políticas de otros socios de la Unión Europea y una mejor «armonización interna» entre las políticas de cooperación de las distintas comunidades autónomas y la normativa estatal.



## 1. ACERCAMIENTO A LA COOPERACIÓN EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS EN EL MARCO DE LA UNIÓN EUROPEA

Después de tres años de largas negociaciones entre el Parlamento Europeo, la Comisión y el Consejo, la Unión Europea ha aprobado un nuevo Instrumento de Cooperación al Desarrollo<sup>1</sup>, en vigor desde el 10 de enero de 2007, que establece las líneas directrices de la cooperación europea para el período 2007-2013. Este nuevo instrumento ha significado una amplia reforma de las bases y mecanismos utilizados desde la Unión Europea para fomentar la lucha contra la pobreza en los países en desarrollo, y plantea algunas cuestiones interesantes con respecto al ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (SDSR).

Con anterioridad, el documento que mejor ha reflejado el posicionamiento y el papel de Unión Europea en este sector es el Reglamento 1567/2003 del Parlamento y del Consejo relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo<sup>2</sup>, aprobado en 2003. No obstante, existen otros documentos directa o indirectamente relacionados con la política de cooperación al desarrollo de la Unión que recogen estos temas de forma transver-

sal. En el año 2005, por ejemplo, se añade una referencia específica al «*fomento de la lucha contra las enfermedades prevalentes relacionadas con la pobreza, así como a la protección de la salud sexual y reproductiva*» dentro del Acuerdo de Cotonú<sup>3</sup>, que rige las relaciones de asociación entre los Estados de África, del Caribe y del Pacífico (países ACP) con la Unión Europea sobre la base de 3 pilares: relaciones políticas, comercio y ayuda al desarrollo. El artículo 25 de este acuerdo reconoce la importancia de la CIPD y establece que «*la cooperación europea deberá apoyar los esfuerzos de los países ACP para desarrollar políticas y reformas generales y sectoriales que mejoren la cobertura, la calidad y el acceso a infraestructura social básica y servicios que tengan en cuenta las necesidades locales y las demandas específicas de los más vulnerables y desfavorecidos, y por tanto reduzcan las desigualdades en el acceso a estos servicios*». En este marco, el artículo recoge que deberá prestarse atención especial a la integración de las cuestiones de población dentro de las estrategias de desarrollo con el fin de mejorar la salud reproductiva, la atención primaria, la planificación familiar, la prevención de las mutilaciones genitales

<sup>1</sup> Reglamento (EC) N° 1905/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo estableciendo un instrumento financiero para la cooperación al desarrollo.

<sup>2</sup> Reglamento (CE) N° 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de julio de 2003 relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo.

<sup>3</sup> Decisión del Consejo, de 21 de junio de 2005, relativa a la firma, en nombre de la Comunidad Europea, del Acuerdo por el que se modifica el Acuerdo de Asociación entre los Estados de África, del Caribe y del Pacífico, por una parte y la Comunidad Europea y sus Estados Miembros por otra, firmado en Cotonú el 23 de junio de 2000 (Diario Oficial L.209).

femeninas, así como promover la lucha contra el VIH/sida.

En coherencia con el Acuerdo de Cotonú, la contribución de la UE a los países ACP se organiza en base a unos programas plurianuales gestionados desde el Fondo Europeo de Desarrollo (FED), que responden a las prioridades establecidas en los Documentos de Estrategia País negociados entre el país socio y la UE. Estos documentos recogen una panorámica de la situación social, económica y política del país, describen las prioridades nacionales en diferentes sectores y mencionan los programas que han recibido o reciben apoyo por parte del FED. Además se acompañan de los Programas Indicativos Nacionales<sup>4</sup>, que definen los sectores focales que recibirán apoyo de la cooperación europea y las condiciones para su implementación.

A pesar del reconocimiento político de la SDRS en el Acuerdo de Cotonú, las posibilidades de cooperación en este sector se difuminan notablemente cuando se negocian los Documentos de Estrategia País (DEP). Un estudio, elaborado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas<sup>5</sup>, demuestra que, entre 2002 y 2007, únicamente 9 de los 74 países ACP revisados (12%) reconoció el sector salud como prioridad e incluso en estos casos, la salud y los derechos sexuales y reproductivos quedaban le-

jos de estar recogidos de forma holística e integral. Por lo general en aquellas situaciones en que el sector salud no aparecía como sector prioritario, la referencia a la SDRS era nula a excepción de la mención al VIH/sida.

Independientemente de ser o no sector prioritario, el estudio encontró referencias directas a la «salud reproductiva» o a la «salud sexual» en 19 de los 74 DEP analizados. A nivel temático, la presencia más importante la representaba la mortalidad infantil seguida del VIH/sida. La cuestión de la mortalidad materna aparecía en el 44% de los casos únicamente y la planificación familiar en el 23%. Las relaciones entre VIH/sida y SSR también se encontraron escasas y generalmente el tema del VIH/sida aparecía individualmente o ligado a las ITS. En aquellos casos en que existían referencias a la planificación familiar se hacían únicamente en forma de indicador de prevalencia contraceptiva, sin reconocerse en cambio en ninguno de los documentos revisados el problema de la falta de suministros. En relación con los y las adolescentes, sólo cuatro países de El Caribe y uno de la región del Pacífico mencionaban las necesidades de SSR de este colectivo, al igual que se identificó una referencia escasa a los programas de educación sexual (sólo 3 de los 74 Documentos de Estrategia País los señalaba de forma específica).

---

<sup>4</sup> Traducción de National Indicative Programmes (NIPs).

<sup>5</sup> *The Scope of Sexual and Reproductive Health in the National Strategies for ACP-EC Cooperation: A Review of the Country Strategy Papers 2002-2007*, UNFPA Brussels Office.

En referencia a otros documentos relevantes de la política de cooperación de la UE en el ámbito de la SDR hay que mencionar la Estrategia Conjunta UE-África <sup>6</sup>, donde el fortalecimiento de los sistemas nacionales de sanidad y educación y el acceso universal a la salud reproductiva son cuestiones prioritarias de desarrollo. Por otro lado, el Reglamento 1567/2003 del Parlamento y del Consejo mencionado más arriba, es el documento a través del cual la Unión Europea y sus Estados miembros reafirman específicamente su compromiso con la CIPD y con la meta de garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva antes de 2015. Este documento se hace eco además, de la necesidad de acompañar las acciones en esta línea con medidas encaminadas a mejorar la situación de las mujeres y la igualdad de género, reconociendo la estrecha vinculación entre ambos sectores.

Aunque se limita a definir la salud y los derechos sexuales y reproductivos de forma similar a la CIPD, el Reglamento menciona expresamente la necesidad de promover la protección de los derechos, además de la salud como tal, dentro de un marco general de fortalecimiento y mejora de los sistemas sanitarios, a través de acciones tendentes a: a) apoyar marcos políticos y operativos; b) mejorar el acceso a servicios de salud reproductiva y sexual de calidad con opción a anticonceptivos, a la prevención y diagnóstico de ITS, incluido el VIH/sida, así como

servicios de asesoramiento y análisis voluntarios y confidenciales; c) generar programas educativos dirigidos a los y las adolescentes sobre planificación familiar e ITS (sobre todo VIH/sida) así como información y servicios adecuados a sus necesidades; d) luchar contra las prácticas nocivas para la SSR de las mujeres, adolescentes y niños, como las mutilaciones genitales femeninas, la violencia sexual, los matrimonios infantiles y los matrimonios prematuros; e) asegurar la prestación sostenible, la disponibilidad y el acceso a métodos efectivos y aceptables de anticoncepción y protección frente a las ITS, incluido el VIH/sida; f) promover programas globales de salud materna con asistencia antes, durante y después del parto y desarrollar un organismo de comadronas cualificadas; g) proporcionar atención obstétrica de emergencia, incluyendo la atención derivada de abortos inseguros, y h) reducir el número de abortos inseguros y embarazos no deseados mediante la prestación de servicios de planificación familiar. Estos aspectos, que constituyen el núcleo de la SDR, se van a reflejar en gran medida en las prioridades de las políticas nacionales de cooperación de los Estados miembros de la UE, como analizaremos más adelante, existiendo, por tanto, una cierta coherencia entre el nivel regional y estatal.

Con el Nuevo Instrumento de Cooperación al Desarrollo (NICD), la política europea de lucha contra la pobreza se

---

<sup>6</sup> Outline for the Joint Africa-UE Strategy as endorsed by the Ministerial troika Meeting of 15 of May.

materializará a través de programas geográficos y temáticos. Los primeros se implementarán a través de los Planes Estratégicos País y los segundos, subsidiarios de los primeros, se destinarán a apoyar acciones en las áreas de desarrollo humano y social, medio ambiente y gestión sostenible de recursos naturales, incluyendo la energía, la seguridad alimentaria, el asilo y el apoyo a los actores no estatales y autoridades locales. El programa de desarrollo humano y social, denominado «Invertir en las personas»<sup>7</sup>, se ha dividido en 4 subprogramas: salud, educación, género y otros. En este marco, el documento reitera explícitamente que se deberá apoyar la mejora de la SSR en los países en desarrollo y el respeto de los derechos asociados, de acuerdo con los compromisos de la CIPD de El Cairo.

Independientemente de que la cooperación europea continúe priorizando la SDRS a nivel político, la aprobación de este documento conlleva la eliminación de la línea presupuestaria específica para salud sexual y reproductiva establecida por el Reglamento 1567/2003 del Parlamento y el Consejo que hemos comentado más arriba. Este Reglamento establecía una dotación financiera para su ejecución de cerca de 74 millones de euros en el período 2003-2006, es decir, unos 18 millones de euros al año. A partir

de ahora, sin embargo, la financiación para SSR saldrá directamente del presupuesto previsto para el subprograma de salud, que recibirá, en principio, un 55% del total destinado al programa «Invertir en las personas», estimado en 1.017,60 millones de euros. De acuerdo con informaciones de organizaciones europeas, la Comisión Europea ha propuesto informalmente destinar un 50% de este presupuesto a enfermedades transmisibles y un 15% a salud sexual y reproductiva pero no existe decisión oficial al respecto<sup>8</sup>. En cualquier caso, de cumplirse esta expectativa, este sector recibiría unos 12 millones de euros anuales, lo cual significa una reducción de más del 25% con respecto a lo establecido en el Reglamento 1567/2003.

Por otro lado, algunas organizaciones han alertado acerca de que el posicionamiento de la Comisión Europea respecto a la continuidad de los fondos es ambiguo y mientras el argumento de sostenibilidad se utiliza como justificación a la utilización cada vez mayor del apoyo presupuestario directo<sup>9</sup> como instrumento de cooperación, este principio, necesario para garantizar la efectividad de la ayuda, no se aplica a los fondos destinados a los programas temáticos propuestos por el nuevo instrumento de cooperación. En esta línea, la Comisión Europea ha señalado repetidamente que la asignación

---

<sup>7</sup> Communication from the Commission to the Council and the European Parliament of 25 January 2006, «Investing in people».

<sup>8</sup> Fast facts, Summary EU policy and funding for SRH, DSW, Brussels 2007.

<sup>9</sup> Traducción de «Direct budget Support».

presupuestaria arriba mencionada no tiene que producirse cada año.

Con respecto a la partida de salud del año en curso, al cerrarse la aprobación del NICD a finales de 2006 y no existir capacidad para ejecutarla de otra manera, se decidió dirigirla íntegramente hacia el Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Independientemente de que esto deba constituir un caso excepcional, este tipo de situaciones refuerza aún más la necesidad de favorecer un enfoque más amplio de salud sexual y reproductiva dentro del Fondo Global, lo cual está siendo asumido desde una parte de la sociedad civil y desde algunos de los países que analizaremos más adelante, como es el caso de Dinamarca, Bélgica o Suecia.

Además, no hay que perder de vista que la mayoría del presupuesto de la UE a cooperación al desarrollo será distribuido a través de los Documentos de Estrategia País, que como hemos visto no siempre recogen la SSR entre sus prioridades. Afortunadamente, gracias a los esfuerzos de la sociedad civil y a la presión del Parlamento Europeo, un 20% de la ayuda canalizada a través de estos programas deberá invertirse en salud básica y educación de aquí al 2009. No obstante, el seguimiento de este compromiso no será fácil desde el punto de vista de las complejidades que plantea el apoyo presupuestario directo.

Por otro lado, ciertas organizaciones europeas han denunciado que las negociaciones de los acuerdos país no han sido todo lo transparentes que deberían. La sociedad civil ha tenido muchas dificultades para obtener información y no ha participado oficialmente en el proceso. Según fuentes informales, parece que muy pocos de los DEP incluyen la salud y ninguno la salud sexual y reproductiva como prioridad. Las expectativas más pesimistas hablan incluso de una representación del sector salud y educación del 4-5% dentro de la ayuda canalizada geográficamente, aunque la falta de transparencia hace muy complicada cualquier iniciativa de incidencia política<sup>10</sup>.

Esta situación de falta de transparencia y no participación de las ONG es bastante contradictoria con los principios de la Declaración de París que, entre otros aspectos, nos hablan del concepto de «apropiación». Éste debería entenderse, desde el prisma de la sociedad civil, como una obligación de garantizar su participación en los procesos de planificación y en las negociaciones. En esta línea, las organizaciones no gubernamentales europeas, reunidas en redes como WIDE o EURONGOS (plataforma que reúne a las organizaciones más representativas que trabajan en el ámbito de la SDRS) están haciendo escuchar su voz para solicitar mayor participación y capacidad de influencia ante las instituciones europeas.

---

<sup>10</sup> Fast facts, Summary EU policy and funding for SRH, DSW, Brussels 2007.



## 2. UNA PERSPECTIVA COMPARADA: LAS POLÍTICAS DE COOPERACIÓN EN SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE BÉLGICA, DINAMARCA, ESPAÑA, PORTUGAL, REINO UNIDO Y SUECIA

### I. COMPROMISO Y ALTO NIVEL DE DEFINICIÓN COMO CARACTERÍSTICA PRIMORDIAL

Todos los países europeos analizados en el presente estudio, que abarca a Bélgica, Dinamarca, Portugal, Reino Unido, Suecia y España, reconocen en mayor o menor medida la salud y los derechos sexuales y reproductivos como objetivo prioritario de su cooperación al desarrollo. El nivel de compromiso con este sector a nivel de políticas y normas programáticas es bastante significativo en la mayoría de los países, lo cual se refleja en el carácter integral del enfoque utilizado para abordar estos temas, la importancia que se otorga a la prevención, el papel que el país desempeña en la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los foros internacionales, o el apoyo a los organismos multilaterales que trabajan en este ámbito del desarrollo.

Para valorar de forma global la contribución de estos países a la mejora de la SDRS y a la consecución de los ODM relacionados con salud materna y VIH/sida, necesitaríamos tener en cuenta también los niveles de desembolsos de AOD dirigidos a este sector y poder evaluar el impacto de las acciones que se llevan a cabo en el terreno. Estos dos últimos aspectos, sin embargo, no han sido objeto de este estudio, por lo que nos centraremos únicamente en la valoración de la coherencia y oportunidad de las políticas y documentos estratégicos relacionados con SDRS.

En este contexto, encontramos que cuatro de los seis países analizados, Dinamarca, Suecia, Reino Unido, y recientemente Bélgica, han desarrollado estrategias sectoriales específicas para concretar en qué aspectos quieren focalizar su ayuda oficial en este ámbito. El nivel de apoyo político y de promoción de todas estas cuestiones en los foros internacionales, así como la contribución multilateral y la participación en los organismos y agencias de Naciones Unidas que trabajan en este sector (Fondo de Población de las Naciones Unidas, ONUSIDA o Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, etc.) es también muy representativa, lo cual ubica a estos países en una situación de liderazgo en este campo.

El polo opuesto a esta situación lo representaría Portugal, donde no existe desarrollo normativo específico alguno en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos y su reconocimiento queda bastante diluido a nivel general. Hasta el año 2005 la estrategia central de la política de cooperación portuguesa desarrollada en el documento *La cooperación portuguesa en el límite del siglo XXI*, asumía como uno de sus 5 objetivos el acceso universal, a través del sistema de Atención Primaria de Salud, a la salud reproductiva a más tardar antes del 2015. Además, en relación con las prioridades y estrategias sectoriales incluía igualmente la salud, estableciendo como áreas fundamentales de actuación: «la creación de infraestructura y servicios de salud,

en especial, la atención materno infantil, la planificación familiar y la lucha contra enfermedades endémicas y epidémicas, y la promoción del acceso generalizado de las poblaciones a la atención en salud». Desafortunadamente, la aprobación de la nueva estrategia de ayuda al desarrollo, plasmada en el documento *Una visión estratégica para la cooperación portuguesa*, ha significado que la salud deje de aparecer como un objetivo y área prioritaria específica de la ayuda al desarrollo de Portugal, para quedar diluida dentro del objetivo de consecución de los ODM y dentro del área de desarrollo sostenible y lucha contra la pobreza. Ello no quiere decir que en la práctica la cooperación portuguesa haya eliminado el apoyo a la salud y derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, su compromiso no está todavía suficientemente claro y desarrollado, a pesar de las constantes demandas de la sociedad civil al respecto.

En el caso de España, estaríamos ante un ejemplo de evolución importante en cuanto a la presencia, importancia y desarrollo de las cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos en el marco de la ayuda oficial. Si bien este país no cuenta con una estrategia específica en esta materia, los últimos documentos normativos aprobados desde la cooperación española (Plan Director 2005-2008, Estrategia de Género y Estrategia de Salud) suponen, sin duda, un avance considerable que sitúa a España en la línea de coherencia y consolida-

ción normativa de Suecia, Dinamarca, Bélgica y Reino Unido.

## II. LOS CONCEPTOS DE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La manera en que cada país entiende la salud y los derechos sexuales y reproductivos influye en las estrategias y acciones que se ponen en práctica. Si bien es necesario que estas definiciones sean progresivamente revisadas y consensuadas para garantizar un marco conceptual cada vez más amplio e integral, los términos establecidos en la CIPD de 1994 siguen constituyendo hoy el mínimo fundamental que debe inspirar cualquier política de cooperación en este sector.

Esta es la línea que siguen todos los países analizados, aunque en algunos casos los conceptos están más desarrollados que en otros. Dinamarca y Suecia, por ejemplo, hacen especial énfasis en la separación entre salud sexual, derechos sexuales, salud reproductiva y derechos reproductivos. Este es un detalle importante si consideramos que la sexualidad y la reproducción son dos aspectos del ser humano íntimamente relacionados entre sí pero con significados e implicaciones diferentes. Asumir y dar visibilidad a la separación entre ambas áreas supone reconocer que la salud sexual y reproductiva también se refiere a la sexuali-

dad de las personas y que el propósito de ésta no es únicamente la reproducción. Desde esta perspectiva, Suecia aplica en su política sectorial en SDR un enfoque de ciclo vital muy oportuno, que no sólo se ciñe a la edad fértil de los seres humanos o a la planificación familiar, sino que incluye la actividad sexual de todas las personas a lo largo de las diferentes etapas del desarrollo, abarcando factores como la salud mental o las consecuencias relacionadas con el género. En esta línea, va pasos por delante de las conclusiones de El Cairo al definir la salud sexual de las personas como la *«igualdad de oportunidades, derechos y condiciones para ser capaces de aceptar y mantener una actitud positiva hacia la sexualidad y tomar decisiones acerca del propio cuerpo»*.

De acuerdo a las recién adoptadas Estrategia de Salud y Estrategia de Género, España también asume la línea marcada por el consenso de El Cairo y define el concepto de salud sexual y reproductiva de manera muy similar a como lo hace Suecia, aunque con menos hincapié en lo referente a la sexualidad.

El concepto de derechos sexuales y de derechos reproductivos es abordado en profundidad sólo por la cooperación española, belga y danesa. Para un amplio sector de la comunidad internacional, estos derechos visibilizan la aplicación de los derechos humanos, universalmente reconocidos, a dos dimensiones clave para el desarrollo humano y social

como son la sexualidad y la reproducción, garantizando a hombres y mujeres unos niveles mínimos de disfrute, respeto y dignidad en estas esferas. Estos derechos son, por tanto, exigibles, universales, inalienables e inherentes a todas las personas, entrañan responsabilidades para los individuos y los estados y deben constituir una de las bases primordiales para las políticas sanitarias, sociales y de desarrollo de cualquier país.

La estrategia de SDR de la cooperación danesa se pronuncia en esta línea cuando señala que considera a los estados como garantes de estos derechos, y por tanto portadores de la obligación de proteger a los ciudadanos de posibles violaciones de los mismos. La sociedad civil, por su parte, es considerada como sujeto activo, no sólo como receptor pasivo de servicios o beneficiario de programas, que debe ser fortalecida en su capacidad de exigir el cumplimiento de estos derechos. Bélgica también hace referencia explícita a la necesidad de promover el fortalecimiento de la sociedad civil y su participación activa, reconociendo así el importante papel que ésta desempeña en la promoción y salvaguarda de estos derechos. Trabajar en estos dos frentes es ciertamente básico para pensar en lograr avances en el respeto de los derechos sexuales y reproductivos, aunque no sea una estrategia fácil a corto plazo.

Como veremos más detenidamente, España también incorpora un enfoque de

derechos sexuales y reproductivos muy bien fundamentado, tanto en la Estrategia de Género como en la Estrategia de Cooperación en Salud, apostando fuertemente por el fortalecimiento de la sociedad civil y los marcos normativos de los países en desarrollo, como estrategias imprescindibles para lograr avances en este ámbito.

Aunque la CIPD estableció en 1994 una definición concreta de los derechos sexuales y reproductivos, un amplio sector de la comunidad internacional y sobre todo determinados movimientos sociales, han superado esa declaración de mínimos y se han movido hacia una conceptualización más avanzada y acorde con estos tiempos. Desde esta línea, se considera que los derechos sexuales abarcan una amplia gama de elementos de la persona entre los cuales se podrían destacar: el cuerpo, la identidad sexual, la identidad de género, las relaciones entre sexos, la afectividad, el placer, los roles de género, la orientación sexual, la vida o no en pareja y la actividad o no actividad sexual, e incluyen:

- El derecho al placer y a desarrollar una sexualidad plena y sin riesgos, en condiciones de igualdad, pleno consentimiento y respeto mutuo, compartiendo responsabilidades en las relaciones sexuales y sus consecuencias.
- El derecho a contar con protección frente a cualquier atentado, violencia, agresión o práctica perjudicial contra el propio cuerpo o la sexualidad.
- El derecho a tomar decisiones autónomas y libres de coerción sobre la propia sexualidad y el propio cuerpo, incluyendo la orientación sexual, la identidad sexual, la elección de la pareja, el contraer o no matrimonio y la actividad sexual.
- El derecho a disfrutar de un marco normativo y social equitativo que permita a todas las personas desarrollar su vida sexual en igualdad, sin ningún tipo de discriminación por motivos de raza, color, sexo, género, orientación sexual, estado marital, religión, edad, o condición alguna y sin que la propia sexualidad sea causa de discriminación en las demás esferas de la vida.
- El derecho a disfrutar de una salud sexual satisfactoria y acceder a una amplia gama de servicios sociosanitarios que enfoquen la sexualidad en su dimensión física, mental y social, que sean accesibles en ubicación y costo y que sean adecuados a las características y necesidades de edad, sexo, cultura, educación y condición social de las personas.
- El derecho a recibir una educación sexual basada en un enfoque positivo de la sexualidad, que reconozca la sexualidad como una dimensión humana, que brinde información y recursos para facilitar la construcción de la sexualidad de manera saludable y que promueva la diversidad y tolerancia, la reflexión, el autoconocimiento, la toma de decisiones responsables, la expresión de la afectividad, la experimentación del placer,

- y la capacidad de cada individuo de construir su sexualidad.
- El derecho a beneficiarse de aquellos tratamientos, investigaciones y avances del conocimiento que contribuyan a mejorar el bienestar y la salud sexual.
  - El derecho a pensar y manifestar libremente las ideas relacionadas con la sexualidad y a tener acceso a información completa, clara y veraz sobre sexualidad.
  - El derecho a reunirse o asociarse con otras personas para trabajar, promover o defender cuestiones relacionadas con la sexualidad.
  - El derecho a mantener la información relacionada con la propia sexualidad en privado y a tener acceso a los servicios relacionados con este ámbito en los que se garantice la confidencialidad.
  - El derecho a estar libre de tortura o trato inhumano o degradante y a contar con protección frente al comercio y la explotación sexual, la experimentación no consentida con el cuerpo, las violaciones sistemáticas, etc.
- Los derechos reproductivos por su parte no sólo protegerían el hecho físico de la reproducción sino también sus implicaciones a nivel de bienestar mental y social. En consecuencia, estarían encaminados a asegurar una serie de condiciones básicas que permitan tomar decisiones en materia de reproducción de manera informada, libre y plena, incluyendo:
- El derecho a la vida y a que ésta no sea puesta en peligro por motivos relacionados con el embarazo o el parto.
  - El derecho a disfrutar de la vida reproductiva y a decidir libremente si formar o no una familia o tener o no hijos, el número que se desea tener y el momento en que tenerlos, contando con medidas de protección frente a cualquier coacción o limitación en este sentido.
  - El derecho a disfrutar de un marco normativo, social y laboral equitativo que permita a todas las personas desarrollar su vida reproductiva en igualdad, sin ningún tipo de discriminación por motivos de raza, color, sexo, género, orientación sexual, estado marital, religión, edad o condición alguna y sin que la vida reproductiva sea causa de discriminación en las demás esferas de la vida.
  - El derecho a acceder a la información, servicios sociosanitarios y recursos sensibles, eficaces y de calidad que respondan a las necesidades reproductivas de cada persona, incluyendo la atención durante el embarazo, parto y puerperio, la prevención, tratamiento y diagnóstico de ITS (incluido el VIH/sida), el acceso a una asequible y amplia gama de métodos de anticoncepción, así como a servicios para la interrupción voluntaria del embarazo y la prevención de la violencia y otras formas de discriminación contra la mujer.
  - El derecho a recibir educación e información completa en temas reproductivos, incluyendo lo relativo a la

maternidad y paternidad, para que las personas puedan tomar decisiones de forma responsable, voluntaria y en condiciones de equidad sobre sus vidas reproductivas.

- El derecho a beneficiarse de aquellos tratamientos, investigaciones y avances en el conocimiento que contribuyan a alcanzar las metas reproductivas individualmente elegidas y a mantener y mejorar la salud reproductiva.
- El derecho a la privacidad de la vida reproductiva y a tener acceso a servicios relacionados con este ámbito que garanticen la confidencialidad.
- El derecho a la libertad de pensamiento, conciencia y expresión sobre la reproducción y la maternidad/paternidad y el acceso a información completa y veraz sobre estos temas.
- El derecho de reunión, asociación y participación para tratar, trabajar o incidir en temas relacionados con la reproducción y la maternidad/paternidad.

Aunque ninguno de los países analizados recoge con esta amplitud el concepto de los derechos sexuales y reproductivos, sería recomendable ir avanzando en este sentido. En cualquier caso, la estrategia belga de salud y derechos sexuales y reproductivos y la de Reino Unido se acercan bastante a estas definiciones y la Estrategia de Salud española reconoce el derecho de las personas a tener control sobre su sexualidad, a decidir libre y responsablemente sin

verse sujetos a coerción, violencia o discriminación, el derecho al placer físico y emocional, a la libre orientación sexual y el acceso a la información y servicios sanitarios.

Un aspecto a tener en cuenta al considerar la cuestión de los derechos sexuales y reproductivos tiene que ver con las barreras, que a pesar del amplio consenso alcanzado en el Programa de Acción de la CIPD, impiden aún hoy avances en este sentido e incluso impulsan retrocesos por parte de algunos sectores políticos y sociales. La salud y los derechos sexuales y reproductivos son todavía conceptos controvertidos para algunos colectivos, que cuestionan su valor como derechos humanos desde el prisma de la religión o del respeto a la cultura. Evidentemente no podemos obviar la espiritualidad y las costumbres como dimensiones del ser humano, ni negar el peso que tienen sobre la vida de las personas. Esta diversidad es una oportunidad para promover un diálogo y una retroalimentación constante en relación a los temas de sexualidad, reproducción y sus derechos asociados. Sin embargo, estos criterios culturales, sociales, religiosos, o de cualquier otra índole no deben servir de excusa para justificar la vulneración o limitación permanente o temporal de estos derechos. Este posicionamiento es únicamente recogido por la cooperación danesa en su estrategia de cooperación mientras que España lo menciona como pauta de intervención en la nueva Estrategia de Salud.

En términos generales, Suecia, Dinamarca, Reino Unido, Bélgica y España hacen bien explícito su compromiso político con la defensa de los SDR en sus políticas de cooperación al desarrollo. Este compromiso es imprescindible para seguir manteniendo estos temas en la agenda internacional y avanzar, no sólo hacia el objetivo de reducir la mortalidad y prevenir el VIH/sida, sino también para generar sociedades cada vez más igualitarias así como familias y personas cada vez más plenas y con más oportunidades.

Así, por ejemplo, cuando en noviembre de 2006, en pleno período electoral, la Asamblea de Nicaragua se pronunció a favor de la derogación del artículo del Código Penal que permitía el aborto terapéutico o la interrupción del embarazo por indicación médica hasta la semana 20 de gestación, vigente durante más de 100 años, los embajadores de Suecia y Dinamarca, junto a los de otros países que no han sido objeto de análisis en este informe, reaccionaron con rapidez para sumarse a las peticiones de los organismos internacionales destacados en el país centroamericano, solicitando una revisión profunda de las consecuencias que esta decisión podía tener para la vida de las mujeres.

En definitiva, estas y otras situaciones en las que se intenta retroceder en la garantía de los derechos sexuales y reproductivos o eliminar determinados aspectos de la salud sexual y reproductiva de las agendas de desarrollo son

constantes, y en todos estos casos la actuación rápida de gobiernos y sociedad civil es imprescindible para evitar que se tomen medidas desastrosas para la salud y los derechos de las mujeres, o al menos para impedir que se haga con total impunidad. En el caso de España, es imprescindible que además de dotarse de la normativa adecuada, avance también hacia una participación y presencia política más visible, ágil y proactiva en los organismos, redes e iniciativas de promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a nivel internacional, apoyando desde su posición los esfuerzos de la sociedad civil.

### III. ODM, GÉNERO Y SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

El desarrollo sostenible es un objetivo multidimensional, que no sólo implica progreso económico sino también el establecimiento de una serie de condiciones para el ejercicio de los derechos humanos y el bienestar de las personas. Por ello, la lucha contra la pobreza debe incluir aspectos como la cobertura de las necesidades sociales básicas y la promoción y defensa de los derechos humanos.

En este marco, la equidad de género y los derechos sexuales y reproductivos juegan un papel central. Las diferencias entre hombres y mujeres, en relación a la sexualidad y la reproducción, definen

características y necesidades diferentes para ambos sexos, siendo indispensable que existan marcos que garanticen que las oportunidades de bienestar, desarrollo y ejercicio de derechos sean iguales para todos.

La comunidad internacional reconoce por vez primera la relación entre el desarrollo sostenible y la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) de El Cairo en 1994. Más adelante, en la Cumbre del Milenio (2000), se consideran objetivos básicos: Mejorar la salud materna, con la meta de reducir, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna en tres cuartas partes, y combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades, con la meta de haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015, la propagación de la pandemia. En el año 2006, se agrega a estas metas el logro del acceso universal a la salud reproductiva antes del año 2015, reconociéndose de esta forma la importancia de los servicios de prevención, tratamiento y cuidados en este campo para la mejora de la salud materna.

Todos los países analizados consideran la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio como referencia clave de sus políticas de cooperación al desarrollo, lo que demuestra que esta iniciativa se ha convertido en un eje arti-

culador de la Agenda de Desarrollo actual. Ello no significa, no obstante, que todos sigan la recomendación del proyecto de dirigir el 75% de su AOD a la consecución de los ODM. Dinamarca, Portugal, Suecia y Reino Unido<sup>1</sup> hacen referencia además al Programa de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo (CIPD) como marco de su plan general de cooperación, Bélgica lo menciona en su estrategia de SDSR y España en la de salud y la de género.

La equidad de género es reconocida en todos los casos como un elemento clave para la lucha contra la pobreza y el desarrollo y se incluye como un eje transversal en todas las políticas de cooperación. Esta inclusión hace visible el resultado de muchos años de denuncia de la desigualdad entre hombres y mujeres y evidencia que es posible incorporar nuevos enfoques en el más alto nivel de las políticas de desarrollo. Además, todos los países han elaborado un documento sectorial en este ámbito, a excepción de Portugal, que no cuenta con estrategia de género, y Suecia, que aborda esta cuestión transversalmente en diferentes documentos, además de su estrategia sobre SDSR.

Es importante resaltar también que sin derechos sexuales y reproductivos es difícil alcanzar el empoderamiento de las mujeres. Las estructuras sociales

---

<sup>1</sup> Aunque no lo señalan explícitamente, Reino Unido y Suecia incluyen el acceso universal a la salud reproductiva como una de las metas internacionales del desarrollo.

basadas en una mayor valoración del hombre y su dominio sobre la mujer están establecidas a nivel familiar, social y religioso en todas las sociedades actuales. Estas estructuras se basan en premisas que limitan constantemente a las mujeres el ejercicio y el disfrute de sus derechos sexuales y reproductivos. Garantizar estos derechos a hombres y mujeres requiere, por tanto, trabajar paralelamente en la eliminación de la discriminación y la desigualdad de género en todos estos ámbitos, así como en la erradicación de aquellas prácticas tradicionales perjudiciales para las mujeres.

Esta relación entre la igualdad de género y los derechos sexuales y reproductivos es entendida muy claramente en políticas como la española, la danesa o la sueca, aunque en el resto sería necesario concretar mucho más la estrecha vinculación entre ambas, partiendo de la sexualidad y la reproducción como el núcleo de las diferencias entre hombres y mujeres y el acceso al control y la capacidad de decisión en estos ámbitos como un aspecto en el que ningún país ha logrado plena igualdad.

Otro aspecto interesante a tener en cuenta tiene que ver con la forma en que la perspectiva de derechos humanos, en este caso de derechos sexuales y reproductivos, se contempla en las distintas políticas de cooperación analizadas y cómo estos derechos son impulsados y protegidos por ellas. Al contrario que la perspectiva de género, el

papel y la importancia de los derechos sexuales y reproductivos no es todo lo relevante que debería. Si bien, todos los países, a excepción de Portugal, recogen su compromiso de defender políticamente estos derechos, sólo España, Bélgica y Dinamarca los reconocen como una de las áreas de acción de su Estrategia de Género. Este último país, por ejemplo, considera prioritario reforzar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres a través de la mejora de la legislación, el incremento del conocimiento de la misma entre el público general y la administración y la mejora de los sistemas de monitoreo legislativo.

Con la aprobación de la nueva Estrategia de Género en Desarrollo, la cooperación española pasa a convertirse en el país con el enfoque de derechos sexuales y reproductivos más avanzado y claramente definido. Como veremos más adelante, el nuevo documento sectorial de género considera la promoción de estos derechos como un objetivo estratégico para alcanzar la igualdad y establece una serie de líneas y pautas de actuación bien definidas y articuladas que van más allá de las marcadas desde otras cooperaciones.

#### **IV. DOCUMENTOS SECTORIALES ESTRATÉGICOS**

Además de incluir la salud sexual y reproductiva en los marcos generales de

cooperación, algunos países han elaborado documentos sectoriales específicos dirigidos a definir en profundidad los objetivos y prioridades fundamentales de la política de cooperación en este ámbito. No obstante, si bien es un hecho generalizado entre los países donantes el disponer de una estrategia de acción en materia de igualdad de género, la existencia de documentos específicos sobre cooperación en salud y derechos sexuales y reproductivos es bastante novedosa.

Es destacable que cuatro de los seis países analizados, Suecia Bélgica, Dinamarca y Reino Unido, hayan desarrollado estrategias específicas en este ámbito, siendo quizás la estrategia sueca la más avanzada y exhaustiva de todas. El desarrollo de este tipo de documentos tiene un valor importante porque implica un mayor compromiso y un esfuerzo de posicionamiento y cohesión por parte del país donante. Ello permite, en principio, la implementación de estrategias más coherentes, en sustitución de acciones aisladas y sin un objetivo común, y facilita al mismo tiempo el seguimiento y evaluación de los compromisos adoptados de forma más transparente y eficaz. A través de estos documentos, las cooperaciones definen las áreas prioritarias de actuación en las que quieren focalizar sus intervenciones, las pautas conceptuales que deben guiar dichas intervenciones o las bases para la organización de su cooperación multilateral en el sector.

Como ya hemos mencionado previamente, el caso de Portugal es diferente porque además de no contar con ningún documento estratégico en salud y derechos sexuales y reproductivos, tampoco encontramos un tratamiento suficientemente exhaustivo de estas cuestiones en el resto de la normativa que define los intereses y líneas de acción de la cooperación portuguesa. Este país no cuenta tampoco con un posicionamiento específico en materia de equidad de género a pesar de que la elaboración de una estrategia para este tema ha sido sugerida en repetidas ocasiones por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE.

En medio de estas dos opciones se encuentra España, que si bien no ha desarrollado estrategia específica de salud y derechos sexuales y reproductivos, incluye y regula este ámbito de forma muy exhaustiva dentro de su Estrategia de Género en Desarrollo y su Estrategia de Salud, ambas de reciente aprobación. De acuerdo con esta nueva formulación no sería necesario que España impulsara la formulación de un documento específico sobre cooperación en SDR, como han hecho otros países, puesto que ambas estrategias, articuladas entre sí, garantizan un enfoque sólido de SDR en la cooperación española. Desde esta perspectiva tampoco sería necesaria la aprobación de un documento específico de VIH/sida y más bien se trataría de concentrar los esfuerzos en aplicar los documentos existentes, de por sí bastante ambiciosos.

Cabe resaltar que en el caso de los países que las tienen, la elaboración de estrategias específicas sobre SDRS suele ser en la mayoría de las ocasiones posterior al desarrollo de las estrategias de género o VIH/sida. Si bien la cuestión del VIH/sida estuvo en sus orígenes muy ligada a la salud sexual y a las infecciones de transmisión sexual, ha llegado a tener tanta envergadura que se suele tratar como un tema independiente. Esto se denota en la preponderancia del tema dentro de los procesos de planificación sectorial, donde es generalmente más común encontrar estrategias para la lucha contra el VIH/sida que estrategias integrales de SDRS. En otras ocasiones, como es el caso de Bélgica, Dinamarca y Reino Unido, la estrategia sobre SDRS y la estrategia de VIH/sida coexisten de forma paralela, implicando muchas veces una repetición de contenidos.

Suecia, sin embargo, es un caso interesante al no contar ni con estrategia de género ni de VIH/sida e incorporar ambos conceptos de forma transversal y muy acertada dentro del documento estratégico sobre derechos sexuales y reproductivos. En el caso de España, no deja de ser paradójico que no incluya el VIH/sida dentro de la línea de «mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos» sino dentro de la relacionada con la «lucha contra enfermedades prevalentes», desvinculando en cierta forma el VIH/sida de las esferas de la sexualidad y la reproducción.

## V. LÍNEAS PRIORITARIAS COMUNES DE LA COOPERACIÓN EN SDRS

Existen líneas de encuentro muy evidentes entre las prioridades marcadas por las distintas cooperaciones analizadas. Aunque algunas son más amplias que otras, en términos generales hay consenso sobre la necesidad de: priorizar la respuesta a las demandas de SSR de los y las adolescentes, fortalecer los servicios de SSR dentro de la APS, focalizar la lucha contra el VIH/sida en la prevención y la integración de las acciones y servicios de SSR y VIH/sida, o fortalecer las capacidades de los países en desarrollo para gestionar el acceso a suministros de salud reproductiva y anti-concepción.

### V.1. *Fortalecimiento de la atención primaria de salud*

Dinamarca, Bélgica, España y Portugal encuadran explícitamente la promoción de la SDRS y la prevención del VIH/sida en el marco del fortalecimiento del sector salud. Es evidente que sin unos servicios básicos de salud, accesibles, eficientes y equipados con los recursos humanos y materiales necesarios para su funcionamiento, es bastante poco probable que podamos atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas.

La cooperación española y la belga parten de la definición sobre APS consensuada en la Conferencia de Alma Ata de

1978, considerando como principios fundamentales de la misma los de equidad, acceso, multisectorialidad, participación y fomento de la salud. Desde esta perspectiva, la cooperación de ambos países impulsa el fortalecimiento de unos servicios básicos de salud con cobertura apropiada para dar respuesta a las necesidades de cada población, accesibles al conjunto de la sociedad, con canales de participación comunitaria y con atención a los demás condicionantes de la salud que no dependen exclusivamente del sistema sanitario y con un objetivo de promoción de la salud y no sólo de asistencia a la enfermedad. En base a estos principios, se entiende que la APS debe incorporar nueve componentes, entre los que se encontrarían la atención materno-infantil (ahora salud sexual y reproductiva), la prevención de enfermedades endémicas, el suministro de medicamentos esenciales o la promoción de la salud junto al saneamiento ambiental, salud y vivienda o el control de excretas y basuras.

Si bien este es un modelo deseable para todos, las dificultades de los países en desarrollo para avanzar en este sentido son enormes debido fundamentalmente a cuatro grandes aspectos: personal sanitario insuficiente y con escasa formación, información sanitaria disponible insuficiente para conocer las necesidades de salud de la población, ausencia de recursos financieros y mala gestión

de los existentes y falta de capacidad institucional para planificar y aplicar las políticas sanitarias adecuadas. Por otro lado, los recursos internacionales siguen siendo insuficientes y el nivel de compromiso financiero de los países en desarrollo con la salud de sus ciudadanos bastante bajo. En 2001, los países africanos se comprometieron, a través de la Declaración de Abuja, a destinar el 15% de su presupuesto a salud y sin embargo hoy día sólo Liberia cumple con este compromiso (17,6%) seguido de Mauritania (14,3%) y Gambia (13,9%). Este hecho no es del todo extraño si consideramos que ni siquiera los países desarrollados destinan tanto presupuesto a salud. España, por ejemplo, dedica mucho menos que estos tres países africanos (13,7%)<sup>2</sup>.

## *V.2. Integración de la SDSR en las estrategias de reducción de la pobreza*

Avanzar en la mejora de la SDSR de las personas a través de la cooperación al desarrollo requiere que estas cuestiones estén presentes en los documentos que definen las estrategias de reducción de la pobreza del país y en aquellos que establecen los términos de la cooperación bilateral con los diferentes donantes. De acuerdo con la Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda, una cooperación eficaz debe respetar el liderazgo de los países socios y ayudarlos a

---

<sup>2</sup> *The World Health Report: Working Together for Health*, World Health Organization, 2007.

reforzar su capacidad de ejercerlo, favoreciendo de esta forma la apropiación de las políticas de desarrollo y la autoridad de los países socios sobre las mismas. Los países donantes no pueden imponer sus prioridades, aunque tienen capacidad de negociación en el marco de las estrategias de desarrollo nacional elaboradas por cada país. Es fundamental, por tanto, que la SDRS se incorpore en las prioridades de donantes y receptores paralelamente, aunque como ya hemos podido observar al tratar la cooperación de la Unión Europea, la realidad es que la mayoría de las veces esta incorporación no se produce y el enfoque de SDRS está ausente de las estrategias nacionales de desarrollo.

La mayoría de los países que entran en el ámbito de este estudio, sobre todo Dinamarca, Bélgica y España, otorgan una importancia relevante a este aspecto e impulsan desde sus estrategias de cooperación en SDRS la inclusión de este sector dentro de las estrategias nacionales, estrategias sectoriales y demás documentos de planificación. Esta idea se recoge, en el caso de España, tanto en el apartado relacionado con la SDRS contemplado en la Estrategia de Género como en el texto de la Estrategia de Salud.

### *v.3. Lucha contra la mortalidad materna*

Aunque la salud materna es un objetivo clave en todas las cooperaciones anali-

zadas, son la cooperación danesa y la sueca las que detallan más en profundidad sus estrategias concretas en este ámbito, fundamentalmente dirigiéndolas a apoyar un sistema de atención integral durante el embarazo, que permita los partos atendidos por personal cualificado en la comunidad, centros de salud o centros a nivel de distrito, con servicios de atención obstétrica de emergencia básicos y amplios y sistemas de referencia disponibles 24 horas. Por otro lado, la formación de matronas y proveedores de salud de nivel medio para realizar procedimientos de emergencia y la prevención de transmisión madre-hijo del VIH/sida son otro eje común a ambas cooperaciones, aunque Suecia va un poco más allá e incluye dentro de sus prioridades aquellos esfuerzos dirigidos a que los abortos seguros y legales estén disponibles para todas las mujeres, así como aquellas actividades que ponen su atención en las complicaciones del parto, incluyendo la fístula obstétrica.

Ambos países apuestan también por promover la atención al neonato a través de esfuerzos orientados a mejorar la calidad del cuidado en el momento del parto y en el período neonatal, y de nuevo Suecia especifica un poco más al inclinarse especialmente por la promoción de la lactancia materna.

España, por su parte, asume la salud materna dentro del conjunto de la salud reproductiva pero desafortunadamente no desarrolla las estrategias específicas

que quiere apoyar en la lucha contra la mortalidad materna ni se posiciona a un nivel tan concreto como hacen la cooperación sueca, danesa o belga.

#### v.4. *Planificación familiar y suministros de salud reproductiva*

Hacer realidad los derechos humanos en el campo de la salud, la sexualidad y la reproducción implica contar con los equipos y productos necesarios para prestar los cuidados adecuados en el ámbito de la planificación familiar, la atención antes, durante y después del parto o la prevención y respuesta frente a las ITS, incluyendo el VIH/sida. La ausencia de estos suministros tiene efectos negativos sobre la vida de las personas al traducirse en embarazos no deseados o muertes maternas y neonatales y fomenta la expansión de la epidemia del VIH/sida o el agravamiento de las condiciones de vida después de un desastre o una emergencia.

Proyecciones del Fondo de Población de las Naciones Unidas indican que, sin tener en cuenta las situaciones de emergencia, el número de usuarios de anticonceptivos en 2015 puede alcanzar los 730 millones de personas y el uso del preservativo incrementarse en un 65% en el caso de las relaciones de riesgo no

marital, y un 25% en el caso de las maritales. Sobre esta última base, el número de preservativos que se necesitarían para hacer frente a la demanda pasaría de 2,2 billones en 2000 a 15,3 billones en 2015<sup>3</sup>.

Todos los países, exceptuando Portugal que no señala nada al respecto, apoyan en mayor o menor medida el acceso a servicios de planificación familiar y el aprovisionamiento de insumos anticonceptivos como línea prioritaria de su cooperación al desarrollo en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. La estrategia danesa y la sueca mencionan específicamente además, que apoyarán el aprovisionamiento de anticoncepción de emergencia y en el caso de Dinamarca hay un posicionamiento expreso hacia la voluntad de potenciar el uso del preservativo femenino en los programas dirigidos a África, tanto con fines de prevención del VIH/sida como con fines de planificación familiar.

No obstante, la seguridad en el abastecimiento de anticonceptivos no sólo es una cuestión financiera. Implica que los suministros existan y sean de calidad así como la capacidad del Estado de pronosticar, financiar, comprar y entregar dichos suministros oportunamente. Este suele ser otro de los puntos débiles de los países en desarrollo, que no cuentan con sistemas logísticos

---

<sup>3</sup> *Asegurar los suministros para garantizar los derechos*, Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), Hoja Informativa núm. 1, febrero de 2007.

fuertes ni con mecanismos de coordinación intersectorial que faciliten estas tareas.

En esta línea, son la estrategia sueca de SDRS y la estrategia de salud española, las únicas que se hacen eco de la cuestión y la abordan en profundidad, señalando que prestarán apoyo prioritario a los países socios para la construcción de sistemas nacionales sostenibles para la compra, distribución y control de métodos anticonceptivos de buena calidad a un precio asequible.

### *V.5. Los y las jóvenes*

La cooperación de Suecia, Dinamarca y Bélgica incluyen entre sus áreas temáticas prioritarias el fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes. Un aspecto destacable de estas políticas es la importancia que conceden a los adolescentes no sólo como receptores de cuidados e información, sino también como sujetos activos y agentes con capacidad para manejar conocimientos y participar en los debates y decisiones que afectan a sus vidas.

Los jóvenes representan hoy día un tercio de la población mundial y en el caso de los países en desarrollo, el porcentaje es aún más alto. Es, además, el sector de la población en el que se concentra la mayor potencialidad de desarrollo para un país. Pese a ello, sufren discriminación y falta de acceso a información y

servicios de salud sexual y reproductiva, lo que los expone a muchos riesgos para su salud y bienestar general. La violencia y explotación sexual, el embarazo no deseado y el contagio de ITS, incluido el VIH, son algunos ejemplos de estos riesgos, que podrían evitarse en gran medida si recibieran la información y los servicios adecuados y oportunos para el ejercicio de sus derechos y el cuidado de su salud sexual y reproductiva.

Es interesante comentar que en el caso de Dinamarca y Suecia, además del acceso a servicios, se otorga mucha importancia a la cuestión de la integración del derecho de los y las adolescentes a la salud sexual y reproductiva dentro de la educación y los programas de formación. Dinamarca, por ejemplo, incluye entre sus objetivos y acciones prioritarias en el área de jóvenes, el apoyo al sector juvenil y a las ONG para desarrollar actividades de prevención y sensibilización dentro y fuera del sistema escolar y también impulsa que se refuerce el compromiso político y público hacia estos temas a través de acciones de incidencia política y sensibilización.

En el caso de España, la apuesta por los y las adolescentes es clara y muy afín a la línea de Suecia y Dinamarca, apostando por apoyar el acceso de este colectivo a servicios de salud sexual y reproductiva abiertos y de confianza, así como a información y educación sobre prevención de embarazos, anticoncepción, ITS, relaciones sexuales seguras, etc.

## v.6. Aborto inseguro

Sólo cuatro países mencionan el aborto inseguro en sus políticas de cooperación en SDSR: España, Dinamarca, Reino Unido y Suecia. En este último caso, el aborto legal y seguro constituye un área temática prioritaria que se pretende trabajar de forma integral, mientras que en los otros dos se inserta como línea de acción dentro del área de acceso a servicios de salud reproductiva. En línea con este enfoque, la Estrategia de Salud española hace referencia a la necesidad de garantizar la atención a las complicaciones causadas por el aborto inseguro y el acceso a la interrupción del embarazo dentro de los marcos legales de cada país. En el caso de la cooperación de Suecia, también se contemplan acciones para sensibilizar sobre el problema o para promover cambios en las legislaciones de los países en desarrollo.

Este compromiso con la lucha contra el aborto inseguro es importante teniendo en cuenta que es un problema básico de salud en los países en desarrollo. Cada año, aproximadamente 70.000 mujeres mueren por complicaciones relacionadas con el aborto y otras miles sufren secuelas. Un 13% de la mortalidad materna global está asociada al aborto inseguro y en algunos países este porcentaje se eleva hasta el 50%.

Ocurren aproximadamente 211 millones de embarazos anuales a nivel mundial y 87 millones de mujeres se embarazan de

manera no intencional, con aproximadamente 46 millones de embarazos que terminan en aborto inducido. Muchas mujeres en todas partes del mundo buscan terminar embarazos no deseados a través del aborto: de los 46 millones de mujeres que cada año deciden abortar, el 78% son de países en desarrollo y un 22% de países desarrollados. Anualmente 19 millones de abortos se consideran inseguros, más del 96% de los cuales ocurre en países en desarrollo<sup>4</sup>.

A nivel legislativo, un 25% de la población mundial continúa viviendo en países en los que el aborto es ilegal o está severamente restringido. En otros países, el acceso a los servicios y la información es limitado, si bien el aborto continúa siendo legal bajo ciertas condiciones. La interpretación y aplicación de leyes nacionales y la actitud de la comunidad médica ante el aborto afectan críticamente el acceso a los servicios. Diversos estudios han demostrado que legalizar o liberalizar las leyes de aborto no conduce a un aumento en la tasa general de abortos, pero tampoco soluciona el problema de los abortos inseguros si la legalidad no conlleva que se habiliten los servicios adecuados para ello. Asegurar la obtención de información adecuada acerca del aborto y el acceso a servicios de aborto seguros y asequibles es, por tanto, tan importante como legalizar el aborto.

Por otro lado, en países en los que el aborto está permitido, ocurre que las

---

<sup>4</sup> *Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*, IPPF, 2006.

barreras legales pueden retrasar el acceso a los servicios seguros, con las subsiguientes consecuencias negativas para el bienestar de la mujer. Los períodos obligatorios de espera, la necesidad de consentimiento del esposo o tutor, o la necesidad de viajar grandes distancias hasta un proveedor autorizado, constituyen barreras importantes al acceso al aborto seguro. Esto es igualmente válido para lo referente a la posibilidad de pagar por los servicios pues los altos costes exigidos no están generalmente al alcance de mujeres pobres.

El enfoque que adoptan los distintos países analizados en este estudio para abordar este problema es parecido en los tres supuestos. Se trata de promover servicios allí donde la interrupción voluntaria del embarazo es legal y prevenir la mortalidad materna asociada al aborto allí donde no lo es. Es interesante destacar la iniciativa adoptada en febrero de 2006 por la Agencia de Cooperación Británica (DFID) para la creación de un Fondo Global contra el Aborto Inseguro, gestionado por IPPF y dotado con 3 millones de libras. Este Fondo está dirigido a apoyar a ONG locales en el trabajo de prevención del aborto inseguro, de incidencia política y de mejora del acceso a servicios seguros en los países en desarrollo.

### *v.7. La lucha contra el VIH/sida*

La lucha contra la pandemia del VIH/sida es un área prioritaria de las políti-

cas de cooperación al desarrollo de todos los países europeos objeto de este estudio. Dinamarca, Bélgica y Reino Unido cuentan con una estrategia específica sobre VIH/sida, mientras que Suecia aborda este tema en el marco de su Estrategia sobre SDR. Portugal lo menciona en su política general pero no ha desarrollado ningún documento sectorial al respecto.

Todos los países dan una especial importancia o prioridad a la prevención, al menos sobre el papel. En el caso de la cooperación británica se quieren impulsar más programas especialmente preventivos y educativos y junto con Suecia pone énfasis en visualizar y trabajar al mismo tiempo sobre las causas subyacentes a la expansión del VIH/sida, estrechamente relacionadas con los derechos sexuales y reproductivos y la desigualdad de género. Igualmente, existe consenso en promover servicios de atención, orientación y tratamiento del VIH/sida, integrados dentro de los servicios de SSR, así como estrategias de prevención e información para todos, especialmente los y las jóvenes. El apoyo a las organizaciones internacionales relevantes en este tema (fundamentalmente UNFPA, ONUSIDA y Fondo Global) para implementar políticas más integrales de SSR y VIH/sida es también común como estrategia en todos los países analizados.

Por otro lado, Bélgica y Dinamarca dan atención prioritaria a la acogida y tratamiento de las víctimas de violencia se-

xual contagiadas con el VIH/sida y Bélgica y Suecia a la prevención y tratamiento de la transmisión vertical. Suecia es el único país, en cambio, que otorga un especial interés a las iniciativas dirigidas a aumentar la responsabilidad de los hombres en la lucha contra la pandemia.

En cuanto a los fundamentos que inspiran las políticas de lucha contra el VIH/sida de los países analizados, podemos resumirlos en cuatro aspectos:

- La información y el conocimiento no necesariamente generará un cambio inmediato dado que la conducta sexual está determinada por diferentes factores contextuales y de género que deben ser abordados para reducir la transmisión del VIH.
- La respuesta al VIH no puede darse únicamente desde el sector salud sino que implica un abordaje multisectorial.
- La política de VIH/sida debe estar basada en una discusión abierta sobre la relación entre VIH/sida y sexualidad, basada en la no discriminación, la no estigmatización, la no negación y el respeto de los derechos humanos.
- Las respuestas más fuertes frente al VIH/sida se han alcanzado cuando se ha establecido una amplia red de alianzas incluyendo a personas que viven con VIH, ONG, organizaciones comunitarias de base, organizaciones confesionales, el sector privado, el sector público, medios de comunicación, etc.

Todos estos aspectos nos parecen imprescindibles en cualquier enfoque que

pretenda tener impacto en la lucha contra el VIH/sida. A ello añadiríamos la importancia de garantizar el acceso a métodos barrera que permitan una protección efectiva frente al virus, y la promoción del uso del preservativo junto a otras opciones como la abstinencia y la fidelidad como forma de prevención. Por otro lado, es preciso trabajar sobre aquellos factores contextuales, fundamentalmente culturales y de género, que impiden una demanda y utilización pormenorizada y habitual del preservativo en las sociedades en desarrollo.

Existen, no obstante, diversos estudios relacionados con el continente africano que muestran que ciertos países están abandonando el uso del preservativo como estrategia de prevención del VIH para centrarse únicamente en la abstinencia y la fidelidad como opción. En ciertos casos, esta involución se produce por exigencias de la financiación, como ocurre en el caso de Estados Unidos, que está condicionando su ayuda en este sentido.

Organizaciones como Human Rights Watch están alertando incluso de casos concretos como el de Uganda, país que experimentó un descenso notable de la prevalencia de VIH/sida en la década de los años noventa y en el que se empiezan a observar ciertas iniciativas que ponen en peligro los logros obtenidos. Así, por ejemplo, en 2004, la Comisión Nacional de Sida de este país lanzó una «Guía sobre Abstinencia y Fidelidad» para orientar la implementación de programas de

abstinencia hasta el matrimonio en todo el país<sup>5</sup>. A pesar de que el Gobierno declaró que sería complementaria a su política de acceso a preservativos, dar estos mensajes aisladamente a la población puede crear confusión, sobre todo en los más jóvenes. En esa línea, es importante que tanto los países en desarrollo como los países donantes se mantengan firmes en la aplicación de la estrategia internacionalmente consensuada como la más óptima para luchar contra el VIH/sida, estrategia que incluye a los tres conceptos unidos y relacionados entre sí: abstinencia hasta el matrimonio, fidelidad y preservativo.

En cualquier caso, ninguna de las políticas europeas analizadas plantea ningún tipo de objeción al uso del preservativo. Muy al contrario este aspecto es la base de las estrategias de lucha contra el VIH/sida que se impulsan desde todos estos países.

### *v.8. Integración de la SSR y el VIH/sida*

Todos los países con normativa sectorial reconocen que es necesario reforzar y trabajar el vínculo entre la prevención del VIH/sida, la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos, así como desarrollar políticas preventivas que vinculen los diferentes aspectos de la SDR.

Más de tres cuartas partes de los casos de VIH/sida se producen por vía sexual y más del 10% por transmisión vertical madre-hijo. Reconociendo la interrelación entre la sexualidad, la reproducción y los contextos sociales en los que se produce la transmisión de las ITS y el VIH, se vuelve obvio que los temas de VIH/sida se solapan con el campo más amplio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

No obstante, a partir de un determinado momento la cuestión del VIH/sida se separa del resto de aspectos de SDR y comienza un proceso de cierta compartimentación. La separación de competencias en el marco de las agencias de Naciones Unidas y los mecanismos de financiación vertical, tanto bilaterales como multilaterales, también contribuyen a esta separación, que se refleja constantemente en la división de responsabilidades dentro y entre los ministerios de los países receptores y en la creación de servicios específicos para VIH/sida.

La cooperación danesa, sueca y española reconocen que frente a esta situación, se hace cada vez más urgente la integración y coordinación de los servicios de planificación familiar y salud sexual y reproductiva con los de prevención y tratamiento de VIH/sida. Este es un paso esencial para maximizar el impacto de los recursos para afrontar la dramática

<sup>5</sup> Human Right Watch denuncia el caso de Uganda en su estudio «The Less They Know, The Better», marzo de 2005.

epidemia del sida, las elevadas tasas de mortalidad materna e infantil, y la necesidad insatisfecha de anticoncepción a nivel mundial. De esta forma, se podría ampliar la capacidad y eficacia de los servicios de salud mediante el reconocimiento de un espectro más amplio e integrado de derechos y necesidades en salud.

Ello no quiere decir, no obstante, que esta integración no plantee dificultades a la hora de avanzar. Algunas de ellas tienen que ver con la imposibilidad de brindar entrenamiento y supervisión integral en lugares donde el personal suele estar sobrecargado de trabajo e insuficientemente formado, otras con la falta de evidencia, documentación de buenas prácticas y evaluaciones científicas acerca de qué métodos de integración son más efectivos y cómo pueden ser implementados y en algunos casos con una pobre infraestructura de salud para la oferta de servicios integrales.

A un nivel macro, se plantea el reto de superar el obstáculo de la verticalidad de la financiación, que debería pasar a apoyar iniciativas más globales y a largo plazo. Mientras los programas de VIH/sida significaban únicamente el 9% de la ayuda al desarrollo dirigida a población y salud reproductiva en el año 1995, esos mismos fondos representan ahora el 43% del total. En línea inversa, los programas de planificación familiar, que significaban el 55% de los fondos para población y salud

reproductiva hace una década, ahora reciben sólo el 23% de estos recursos.

Organismos como el Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria se están planteando en la actualidad la necesidad de financiar programas integrales con otros componentes de SSR aparte del VIH/sida, empujados por un sector de la sociedad civil que reclama un cambio en este sentido. El Gobierno danés en su estrategia de SDRS también establece como objetivo trabajar con este organismo para que adopte una perspectiva más amplia en el uso de los fondos e incorpore otros aspectos de la SDRS que merecen ser tenidos en cuenta, apoyando activamente el reconocimiento de la importancia de ligar el VIH/sida y SDRS a nivel global en los foros y conferencias internacionales y en los planes nacionales de desarrollo, planes de reducción de la pobreza, enfoques sectoriales, etcétera.

En esta misma línea, la cooperación británica, la sueca y la belga muestran interés por apoyar la integración de ambos campos tanto en el plano de las políticas como de la prestación de servicios, mientras que Portugal no menciona nada al respecto.

#### *v.9. El papel y la responsabilidad de los hombres*

Impulsar el papel y la responsabilidad de los hombres en el ámbito de la salud

sexual y reproductiva, paralelamente a la promoción del empoderamiento de las mujeres, es sin duda uno de los temas que más preocupa a todas las organizaciones que trabajan en este ámbito. No sólo por ser, los hombres, sujetos en sí mismos necesitados de atención, sino por la influencia negativa que desde su rol de género pueden tener sobre la salud de los demás.

Ya lo señaló el programa de Acción de la Conferencia de El Cairo en 1994:

los cambios de los conocimientos, las actitudes y el comportamiento de hombres y mujeres constituyen una condición necesaria para el logro de una colaboración armoniosa entre ambos. El hombre desempeña un papel clave en el logro de la igualdad de los sexos, puesto que en la mayoría de las sociedades, ejerce un poder preponderante en casi todas las esferas de la vida, que van de las decisiones personales respecto al tamaño de la familia, hasta las decisiones sobre política y programas públicos a todos los niveles. Es fundamental mejorar la comunicación entre hombres y mujeres en lo que respecta a las cuestiones relativas a la sexualidad y a la salud reproductiva, y la comprensión de sus responsabilidades conjuntas, de forma que unos y otras colaboren por igual en la vida pública y privada<sup>6</sup>.

A pesar de ser evidentemente imprescindible, la alianza con los hombres constituye también un fin ambicioso que no tendrá resultados a corto plazo. Las

estrategias para trabajar con este sector de la población han evolucionado desde el *enfoque de cliente* hasta el enfoque del *hombre como agente de cambio positivo*, pasando por el de los *hombres como aliados*. El primero de ellos, también el más común, trata de que los servicios de salud sexual y reproductiva y la información al respecto sean más accesibles y atractivos para ellos. Esto implica superar la idea de que la salud sexual y reproductiva es una cuestión de mujeres y sólo ellas usan los servicios.

El enfoque de los hombres como aliados va un poco más allá al reconocer su influencia sobre las decisiones en salud sexual y reproductiva y alentar a mujeres y hombres a abordar conjuntamente cuestiones como la anticoncepción, la detección voluntaria del VIH, la planificación del parto, la violencia de género o las mutilaciones genitales femeninas. Finalmente, el enfoque que destaca a los hombres como agentes de cambio positivo intenta involucrarlos más plenamente en la promoción de la igualdad y el cambio social, generando posibilidades para que reflexionen sobre su propia historia y experiencias y sobre cómo la desigualdad de género les perjudica a ellos mismos y a las mujeres. Este enfoque presenta mayor complejidad para ser implementado al proponer una nueva reinterpretación de la masculinidad<sup>7</sup>, pero brinda

<sup>6</sup> Programa de Acción de la CIPD, párrafo 4.24.

<sup>7</sup> «Estado de la Población Mundial 2005, La promesa de igualdad: Equidad de género, salud reproductiva y ODM», UNFPA, 2005.

un marco más completo para modificar cuestiones relativas a la gestión del poder, el papel de la sexualidad y la violencia de género, que lo hace más transformador.

Solamente las políticas de cooperación sueca, danesa y española reconocen expresamente en sus estrategias de SDRS la prioridad de trabajar y crear alianzas con los hombres. Los dos primeros países reconocen la necesidad de que los hombres se cuestionen las normas tradicionales establecidas para ambos sexos, lo cual implica optar más bien por el tercer enfoque que hemos descrito más arriba. En el caso de España, ya el Plan Director 2005-2008 recoge entre las líneas prioritarias de acción en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la promoción de la participación y corresponsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva, la paternidad, la planificación familiar, la salud prenatal, materna e infantil, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la educación. Igualmente encontramos que en la Estrategia de Salud se menciona como pauta para la intervención en el terreno la necesidad de trabajar con los hombres, con los líderes religiosos o comunitarios y con los demás representantes masculinos que tienen capacidad para influenciar las decisiones sobre salud sexual y reproductiva, aunque se echa de menos una estrategia más directa con acciones concretas enfocadas a modificar patrones de conducta.

#### V.10. *Violencia de género y explotación sexual*

La violencia contra la mujer es un fenómeno universal que persiste en todos los países del mundo. Según algunas investigaciones es un problema mucho más grave y generalizado de lo que se había sospechado hasta el momento. Se estima que entre el 10% y el 52% de las mujeres han sufrido maltrato físico por parte de su pareja en algún momento de su vida, y entre el 10% y el 30% ha sido víctima de violencia sexual. En el ámbito de las prácticas perjudiciales para la salud de las mujeres, cerca de 2 millones de niñas han sufrido algún tipo de mutilación genital femenina.

Suecia es el único país que aborda esta cuestión dentro de su Estrategia de SDRS aunque el resto, como es el caso de España, lo hacen en el marco de su Estrategia de Género. Por otro lado, como veremos más adelante al describir en profundidad las políticas de este país, la cooperación sueca es la única que aborda específicamente el tema de la prostitución y el tráfico de personas con fines de explotación sexual como una línea de acción prioritaria de su cooperación en SDRS.

Es interesante destacar como muy positivo que todos los países apuestan por la aplicación de la *Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU (2000) sobre las mujeres, la paz y la seguridad* y están dispuestos a destinar esfuerzos para desarrollar, implementar y dar seguimiento a la estrategia de la ONU

para la prevención y eliminación de la explotación y el abuso sexual contra las mujeres y los niños perpetrados por personal en misiones de paz y operaciones de emergencia, incluyendo la educación, el apoyo y el cuidado para las víctimas de dichos ataques.

## VI. PRIORIDADES GEOGRÁFICAS DE LA COOPERACIÓN EN SDR

El principal marco de referencia para los países donantes europeos es la lista que elabora el Comité de Ayuda al Desarrollo, donde se clasifica a los países en función de su nivel de desarrollo, incluyendo: países menos adelantados (PMA), otros países de ingreso bajo, países de ingreso medio-bajo y países de ingreso medio-alto. El consenso internacional en este sentido es, por un lado, que los donantes deben concentrar sus esfuerzos en un número limitado de países a los que brindar apoyo a largo plazo, y por otro, que deben orientar cada vez más su AOD a los PMA, especialmente a los del África Subsahariana.

Bélgica y Dinamarca son los países que responden de manera más clara al criterio de concentración de prioridades geográficas con 18 y 15 países respectivamente. Bélgica, concretamente, abordó un importante proceso de reestructuración en 2003, cuando en su *Nota*

*Política sobre Cooperación Internacional* planteó la reducción de 25 a 18 países prioritarios. Este descenso respondió también al deseo de generar espacios de cooperación regionales para la consecución de un objetivo en concreto, destacando sobre todo el interés en la región de África Central. En líneas generales, observamos que más de la mitad de las prioridades geográficas para Bélgica (55%) y Dinamarca (60%) son países menos adelantados y en el caso de Dinamarca, once de los quince países prioritarios (73%) se encuentran en el continente africano. En 2005 el monto de AOD que destinaron estos países a los PMA alcanzaba ya el 69,7% en el caso de Bélgica y el 54,8% de Dinamarca<sup>8</sup>, mientras que en el caso de España, este porcentaje alcanza un escaso 25% en ese año.

En oposición a estos dos países, encontramos que la distribución geográfica de la AOD de Reino Unido y Suecia es mucho más dispersa, alcanzando hasta 90 países receptores en el primer caso. Si bien, la cooperación británica desarrolla procesos constantes dirigidos a asegurar la efectividad de su ayuda, ha recibido la recomendación explícita de parte del CAD<sup>9</sup> de concentrar sus esfuerzos y reorientar su atención hacia los países de África.

Suecia, por su parte, hace referencia a los países más pobres en sus instrumentos de cooperación pero no estable-

<sup>8</sup> 2005 Development Co-operation Report, vol. 7, núm. 1, OECD, 2006.

<sup>9</sup> DAC Peer Review, United Kingdom, 2006.

ce prioridades geográficas concretas. Sin considerar a los países de Europa del Este, un total de 20 países recibieron ayuda oficial de Suecia, concentrados fundamentalmente en África Subsahariana y Asia. Sólo 9 de ellos son considerados Países Menos Adelantados aunque recibieron el 52,8% de la AOD sueca en 2005, de acuerdo a las estimaciones del CAD.

En términos de prioridades geográficas, España presenta también cierta dispersión, aunque en menor medida que Suecia y Reino Unido. El Plan Director de la cooperación española establece 23 países prioritarios, mayoritariamente latinoamericanos, aunque también incluye a varios del Magreb y de África Subsahariana. Además, el plan señala también dos categorías adicionales de países socios: los países preferentes y de atención especial. En conjunto, se determinan por tanto un mínimo de 52 países potencialmente receptores de ayuda española, lo que es un claro indicador de dispersión al menos en lo que se refiere a los documentos de política. A estas prioridades se ha sumado el Plan África que replantea algunas prioridades pero que en definitiva incrementa el número de países socios, aunque en este caso son mayoritariamente PMA.

En cuanto a Portugal, la situación es justo a la inversa pues adolece de una excesiva concentración que le hace focali-

zar su ayuda en tan sólo seis países, los considerados Países Africanos de Habla Portuguesa (PALOP), es decir: Angola, Cabo Verde, Mozambique, Santo Tomás y Príncipe y Guinea Bissau, junto a Timor Oriental. En este sentido, la cooperación portuguesa debería ampliar este rango de acuerdo a las recomendaciones del CAD. Sus documentos estratégicos generales de hecho reconocen también la necesidad de ampliar el apoyo a otros países, aunque siempre indican la preferencia por aquellos con quienes Portugal tiene vínculos históricos o culturales, señalando como ejemplos a Marruecos, Sudáfrica, Senegal o Indonesia. El porcentaje de la AOD portuguesa dirigida a PMA es por esta misma razón el más alto de todos los países del CAD, con un 86,7%.

En términos generales, todos los países coinciden en identificar a África como el continente con mayores retos en términos de desarrollo, aunque sólo Dinamarca cuenta con un documento específico para el continente africano con líneas de trabajo por país. En el caso de salud sexual y reproductiva (incluyendo VIH/sida) esta estrategia recoge prioridades para Ghana, Kenya, Mozambique y Zambia.

Centrándonos más específicamente en la situación de la salud sexual y reproductiva nos parece interesante realizar una referencia al Índice de Riesgo Reproductivo (IRR)<sup>10</sup>, que nos permite clasifi-

---

<sup>10</sup> Este índice ha sido desarrollado por la organización Population Action International y se conforma en base a los siguientes indicadores: número de nacimientos por cada 100 jóvenes entre 15 y 19 años, por-

car a 133 países en cuatro grupos según posean un IRR muy alto, alto, moderado o bajo. Este índice se articula en torno a la combinación de nueve indicadores de salud sexual y reproductiva, que incluyen desde el nivel de acceso a métodos anticonceptivos hasta la prevalencia de mortalidad materna, de ITS o de VIH.

En este contexto, observamos que Bélgica y Dinamarca dirigen en principio su cooperación mayoritariamente hacia países con IRR muy alto o alto al igual que Portugal, mientras que en el caso de Suecia, Reino Unido y España esto no es así necesariamente.

## VII. TENDENCIAS DE LA COOPERACIÓN MULTILATERAL

Bélgica, Dinamarca, Reino Unido y Suecia incluyen dentro de su estrategia de cooperación en SDR un claro apoyo político y económico a instituciones multilaterales que trabajan en SDR, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, ONUSIDA o el Fondo Global para la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Este posicionamiento denota la importancia que estos países brindan a participar en el espacio multilateral, no sólo con contribuciones económicas,

sino también incidiendo para que los temas que consideran clave se mantengan en la Agenda de Desarrollo Internacional.

La participación en los organismos multilaterales brinda además a los países la posibilidad de realizar esfuerzos de manera coordinada, a través de grupos de trabajo en las instancias de dirección institucional, que garanticen la incorporación y consolidación de la SDR en las políticas de estos organismos a nivel global. Tal es el caso del Fondo de Población de Naciones Unidas, por ejemplo, donde Bélgica, Portugal, España, Reino Unido y Dinamarca son miembros del Comité ejecutivo.

Países como Suecia han generado figuras como el Embajador de VIH/sida, que ha desempeñado un papel activo en la dirección y en la creación de soporte internacional para el Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria. Dada la relevancia que este organismo ha adquirido, es fundamental que los países que cuentan con una política de SDR que apuesta por la integración de la SDR y el VIH/sida, participen activamente en sus instancias de gobierno para consolidar estos aspectos. Dinamarca, por ejemplo, tiene un mandato explícito en este sentido dentro de su Estrategia de Cooperación en SDR.

---

centaje de mujeres entre 15 y 44 años que utiliza un método anticonceptivo moderno o tradicional, tipo de legislación en materia de aborto, prevalencia de anemia durante el embarazo, porcentaje de mujeres que reciben atención prenatal, porcentaje de partos atendido por personal cualificado, prevalencia de VIH/sida en mujeres y hombres, tasa de mortalidad materna y tasa total de fertilidad, es decir, número de hijos por mujer.

En relación con España, como veremos más adelante, es especialmente destacable el fuerte impulso que ha sufrido en los últimos años la cooperación multilateral de este país. En línea con lo mencionado más arriba, este avance es recomendable que se traduzca no sólo en un incremento sostenido de las contribuciones económicas, sino también en una mayor presencia política del Gobierno, promoviendo la SDSR en estas instituciones y brindándoles soporte en foros más amplios vinculados al desarrollo global.

Otro aspecto destacable de la cooperación española es la iniciativa que algunas CC AA han emprendido al apoyar financieramente a organismos multilaterales vinculados a la SDSR. Siendo la descentralización un rasgo de diferenciación de la cooperación española frente a otros países, es deseable que se desarrollen mecanismos internos para articular estas iniciativas, teniendo en cuenta los objetivos de la política de cooperación española y potenciando de la mejor manera posible la complementariedad entre todos estos actores.

#### VIII. EL ROL DE LA SOCIEDAD CIVIL Y LAS ONG EN LA PROMOCIÓN DE LA SDSR

La Declaración París explícita, al referirse al principio de apropiación, que la formulación e implementación de las estrategias de desarrollo nacional deben llevarse a cabo por los países receptores

«a través de amplios procesos consultivos» y «fomentando la participación de la sociedad civil». Este aspecto, quizás poco visible en la Declaración, es fundamental para asegurar que las estrategias de desarrollo respondan a las necesidades y demandas de la sociedad y se realicen de forma transparente y coherente. Esto es quizás más relevante en el ámbito de la SDSR, donde interfieren muchos aspectos que de una u otra manera pueden boicotear las estrategias en este ámbito. Por otro lado, documentos regionales como el Plan de Acción de Maputo para mejorar la SDSR en África también se hacen eco de la necesidad de involucrar a la sociedad civil en la ejecución y planificación de las políticas encaminadas a mejorar la SDSR.

El rol de la sociedad civil no puede limitarse al de mero receptor de las políticas sino que debe ser un papel activo y participativo. Para ello es necesario fortalecer las redes existentes y favorecer esos procesos de apropiación que la Declaración de París y otros acuerdos internacionales promueven. A nivel de país, la cooperación danesa, la belga y la española son las que otorgan más relevancia a este aspecto, que nos parece elemental para producir avances en la igualdad de género y en la garantía de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Mientras que Suecia, Reino Unido y Portugal no hacen apenas referencia a la sociedad civil como actor del desarrollo, Bélgica y Dinamarca recogen explícitamente la necesidad de promover el for-

talecimiento de la sociedad civil y su participación activa en procesos de diseño y monitoreo de políticas de género y SDSR.

En el caso de la cooperación danesa, esto se intenta llevar a cabo desde distintas estrategias bastante acertadas. Por un lado, mejorando la legislación sobre SDSR, incrementando el conocimiento de la misma entre el público general y la administración y reforzando los sistemas de monitoreo legislativo. Por otro, fomentando el compromiso político y público hacia la SDSR de las mujeres a través de acciones de incidencia política dirigidas a los tomadores de decisiones responsables de la mejora del estatus de la mujer. Además se intenta apoyar a las ONG para cambiar las actitudes de la sociedad con respecto a los roles de género, la SDSR, el VIH/sida, el aborto, el matrimonio temprano, la violencia contra las mujeres, la violación o el abuso sexual y se promueve la participación de organizaciones que trabajan en temas de género, empoderamiento y SDSR en el análisis, desarrollo, implementación y monitoreo de los planes nacionales de reducción de la pobreza.

España, muy en línea con la cooperación danesa, recoge estrategias bastante parecidas en los documentos sectoriales de salud y de género, aunque el trabajo con la sociedad civil de los países receptores es un enfoque ciertamente nuevo. En este último, concretamente se establecen como actuaciones a corto plazo:

- La integración de los DSR en la agenda principal de prioridades de actores sociales, políticos y económicos como un tema de especial interés en el desarrollo y para el diálogo social (la agenda de las mujeres en los sindicatos, en las empresas, en organizaciones de DD HH, etc.).
- El fortalecimiento y apoyo a las organizaciones, plataformas de diálogo social y político y redes de mujeres internacionales, regionales, nacionales y locales que promueven y trabajan en DSR y en la prevención y tratamiento del VIH-sida y la discriminación de género.

Además del papel de la sociedad civil de los países receptores, las ONG que trabajan desde los países donantes también contribuyen, evidentemente, a la promoción y defensa de la SDSR en las cooperaciones de sus países, a través del trabajo en red y en incidencia política, sobre la base de las experiencias adquiridas en el terreno y el conocimiento de la realidad y la sociedad civil de los países donde llevan a cabo los proyectos. Existen organizaciones activas en todos los países analizados que desempeñan la labor de seguimiento e impulso de la SDSR a nivel de políticas de cooperación. En Reino Unido, Bélgica y España están en marcha además redes de población, desarrollo y salud reproductiva, integradas por organizaciones que comparten este objetivo estratégico. Por otro lado, las organizaciones más relevantes en estos ámbitos están unidas bajo el paraguas

de redes europeas como EURONGOS o IPPF.

El hecho de que estas organizaciones estén articuladas a nivel nacional y regional y dispongan de canales de diálogo con sus gobiernos es clave para dar seguimiento y retroalimentar las propuestas políticas en torno a estas cuestiones. Así, por ejemplo, recientemente, con

motivo de la eliminación de los temas de planificación familiar y salud reproductiva dentro del Borrador de la Estrategia Mundial de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial, la sociedad civil organizada movilizó a sus representantes en el Comité de Directores de dicho organismo para bloquear la propuesta y solicitar una nueva versión en la que se incluyeran estos contenidos.

### 3. ANÁLISIS POR PAÍS

#### I. ESPAÑA

##### I.1. *Cooperación centralizada*

- *Marco general*

La Cooperación al Desarrollo de España entre los años 2003 y 2005 ha hecho esfuerzos por alinearse con la agenda internacional de desarrollo y fortalecer el enfoque estratégico de sus políticas. En relación con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la cooperación española ha desarrollado dos nuevas estrategias, una sobre género y otra sobre salud, que representan un salto cualitativo importante con respecto al posicionamiento previo de España en estos ámbitos. Esta evolución programática está siendo acompañada asimismo por un incremento progresivo de la AOD con una meta final de alcanzar el 0,7% en 2012 y un objetivo intermedio de llegar al 0,5% en 2008.

La cooperación española se regula en el más alto nivel normativo por la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo<sup>1</sup> aprobada en 1998. Esta ley no hace referencia concreta a la salud sexual y reproductiva, aunque la podemos entender incluida en el sector salud que aparece como prioridad dentro del marco de los servicios sociales básicos. Como tal, la SSR no adquiere relevancia propia dentro de la coopera-

ción española hasta la adopción del Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004, donde la salud reproductiva y otros programas integrados como la planificación familiar y la lucha contra enfermedades de transmisión sexual comienzan a reconocerse como prioridades dentro del sector de necesidades sociales básicas. Unos años más tarde, el Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008<sup>2</sup>, avanza un poco más en la definición y materialización de estas cuestiones dentro del sector salud, al establecer con más concreción que se apoyarán desde la cooperación española: *acciones de fortalecimiento institucional de los sistemas públicos de salud, mejora de la salud sexual y reproductiva y reducción de la mortalidad materna, mejora de la salud infantil y lucha contra las enfermedades prevalentes y olvidadas.*

En relación con el fortalecimiento de los sistemas básicos de salud es interesante destacar que este documento asume explícitamente la Declaración de Alma-Ata y apuesta por favorecer un modelo de Atención Primaria de la Salud, basado en los principios de equidad y acceso universal a través de un enfoque multi-sectorial y participativo. En esta línea, se hace eco también de la importancia de fortalecer a la sociedad civil de los países receptores, para que puedan partici-

---

<sup>1</sup> Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

<sup>2</sup> Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica.

par activamente en los procesos de mejora de la salud.

El Plan Director 2005-2008 define la salud reproductiva en la tónica del consenso de El Cairo como *«un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos»*, explicitando al mismo tiempo que la salud sexual, encaminada a la mejora de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de salud sexual, no deben estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.

En este documento, la cooperación española asume por vez primera el reto de articular sus acciones alrededor del respeto y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los hombres, entendiendo por tales la capacidad de *«disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia, el derecho a obtener información y a acceder a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos»*.

Dentro de las actuaciones prioritarias que define el Plan Director 2005-2008 en

el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, destaca sobre todo la atención dirigida a la salud materna. En este contexto, se apuesta por los siguientes objetivos: a) mejorar la atención ginecológica de las mujeres, reconociendo sus necesidades sanitarias a lo largo del ciclo de su vida; b) fomentar la educación sexual; c) apoyar campañas de información y sensibilización, tanto para mujeres como para hombres, sobre planificación familiar, facilitando información y acceso a métodos de planificación; d) promover la participación y corresponsabilidad de los hombres en la salud sexual y reproductiva, la paternidad, la planificación familiar, la salud prenatal, materna e infantil, la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la educación; e) reforzar los servicios de control prenatal y atención neonatal y postnatal; f) favorecer la atención básica a las madres por personal capacitado y el acceso a estructuras sanitarias con alto nivel resolutivo; g) mejorar la accesibilidad de las instalaciones sanitarias para las mujeres; h) prevenir infecciones de transmisión sexual y otras complicaciones derivadas del embarazo; i) apoyar los programas de lucha contra la mutilación genital femenina.

La lucha contra el VIH/sida se conforma como el otro gran pilar de la cooperación española en salud sexual y reproductiva que apuesta por un enfoque amplio de actuación: a) programas de educación e información para hombres y mujeres, educación para la salud y reducción del

estigma y la discriminación de las personas que viven con sida; b) acceso a la asistencia integral, lo que requiere actividades de promoción de hábitos saludables, de prevención, de tratamiento y asistencia a enfermos terminales, por medio de apoyo con recursos humanos, técnicos y económicos; c) asesoría pre y post-test y tratamiento antirretroviral adecuado y asequible; d) investigación y desarrollo (I+D) de nuevas estrategias de prevención, diagnóstico, monitorización y tratamiento, como las fórmulas pediátricas y combinaciones a dosis fija de antirretrovirales; e) formación de personal sanitario y no sanitario en prevención, tratamiento y consecuencias del VIH/sida; f) sensibilización sobre el impacto del sida en los recursos humanos de los sistemas sanitarios; g) atención a la población infantil huérfana.

Al igual que en el caso de la salud materna, se echan en falta en el Plan Director algunos aspectos imprescindibles para luchar contra el VIH/sida que son retomados en documentos posteriores, como aquellos dirigidos a mejorar la capacidad de los países para el aprovisionamiento, gestión y distribución de métodos barrera como el preservativo. Esta ausencia está ligada a la pendiente consolidación de un enfoque integral de SDR en el que el tratamiento de temas relativos a la sexualidad y el cuidado de la SDR son fundamentales para una respuesta efectiva frente al VIH/sida.

- *La SDR en las estrategias sectoriales de la cooperación española*

- *Aportaciones de las Estrategias de Salud a la consolidación de la cooperación española en SDR*

El objetivo de estos documentos estratégicos es establecer un marco de actuación común para el conjunto de actores de la cooperación española en salud, de modo que las intervenciones sean más coherentes con las de los organismos internacionales y el resto de donantes, incrementando así el impacto en la lucha contra la pobreza. En el período de ejecución del Plan Director 2001-2004 se elaboró la primera Estrategia de la Cooperación Española en Salud<sup>3</sup>, publicada en 2003. Esta estrategia ha sido sustituida por un nuevo documento, elaborado a lo largo de 2006 y 2007 y recientemente publicado.

Entender la evolución de la cooperación española en salud y derechos sexuales y reproductivos requiere, en cualquier caso, partir de la primera Estrategia de Salud. En ella se reconocía expresamente como marco de referencia los ODM, pero no se hacía referencia alguna al Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo. En cambio, se mencionaban los acuerdos establecidos en

<sup>3</sup> Estrategia de Cooperación Española en Salud. Ministerio de Asuntos Exteriores. 2003.

la Cumbre de Johannesburgo, donde se incluye la necesidad de implantar servicios básicos de salud eficientes y accesibles para toda la población, dirigidos a la prevención, el control y el tratamiento de enfermedades infecciosas, especialmente el VIH/sida.

Dentro del área de «atención especial a la mujer», la estrategia reconocía la atención materno-infantil y la salud reproductiva como principios de la cooperación española en salud, aunque no definía claramente el contenido de estos conceptos. Contrariamente, se advierte a lo largo de todo el documento una cierta confusión de términos entre salud materno-infantil, salud reproductiva y salud de la mujer, al mismo tiempo que se dejan prácticamente fuera la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos.

Las líneas estratégicas verticales marcadas por el primer documento sectorial de salud priorizaban algunos temas muy relacionados con la salud sexual y reproductiva, aunque todavía no alcanzaba a incorporar una visión y un concepto integral de lo que esto significa. En el apartado de «Cobertura de enfermedades prevalentes en los países en desarrollo», la cooperación española se inclinaba hacia intervenciones dirigidas a paliar aquellas enfermedades con mayor incidencia en la población de los países en desarrollo, incluyendo enfermedades transmisibles, y enfermedades crónicas, entre las que se encuentra el VIH/sida. En este marco se apostaba

por «*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 los programas de prevención, educación y promoción dentro de las estrategias de APS, 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*». Sin embargo, no se hacía referencia alguna a otras infecciones de transmisión sexual y tampoco se podía observar del todo clara la consideración del VIH/sida como ITS y su vinculación con la sexualidad.

En el área de intervención en situaciones y actividades con especial incidencia en la salud de los países en desarrollo, la cooperación española se planteaba reducir los comportamientos de riesgo de la población en diferentes planos, incluido el sexual, a través del apoyo al desarrollo de políticas, programas educativos e incentivos en salud que pudieran reducir, entre otros, los comportamientos sexuales de riesgo. También se apostaba por dar soporte a la vigilancia de las tendencias del comportamiento social que influye en los estilos de vida no saludables, aunque no se definía qué entendemos por tales. Una de las carencias de la cooperación española en este punto se vinculaba a las situaciones de emergencia y

catástrofe, pues si bien se asumía que éstas pueden estar asociadas a mayor mortalidad materna y difusión de enfermedades infecciosas como el sida, no se establecían medidas específicas en relación a estos temas.

La apuesta por la salud del niño y el adolescente, los programas de salud reproductiva y la salud de la mujer se observaba claramente sobre todo en el área estratégica dirigida a grupos de población especialmente vulnerables. Con respecto a la salud reproductiva, la cooperación española hacía explícito el posicionamiento de la necesidad de que los servicios y cuidados de salud reproductiva fueran incluidos en los sistemas de APS de los países prioritarios, tanto a nivel del fortalecimiento de servicios como en la formación del personal, evitando por tanto, los programas verticales.

Además se señalaban específicamente algunas acciones concretas en el campo de la «salud de la mujer» incluyendo el seguimiento del embarazo y preparación postparto, visita y revisión puerperal, el diagnóstico precoz de cánceres ginecológicos y de mama, la salud reproductiva, el tratamiento de las complicaciones patológicas de las enfermedades crónicas, la violencia contra la mujer, y la prevención y tratamiento de ITS y VIH/sida en mujeres. La gran ausencia de esta estrategia era, no obstante, la planificación familiar pues aunque aparecía en el Plan Director vigente en ese momento, no se establecen enfo-

ques ni acciones concretas para el trabajo en este campo en el marco sectorial.

Como hemos señalado al comienzo de este capítulo, durante el año 2006, se abre un proceso de planificación que culmina con la adopción de una nueva Estrategia de Salud. En este documento se pueden identificar algunos aspectos que suponen un salto cualitativo con respecto a la estrategia anterior y que mejoran notablemente la perspectiva política de la cooperación española en este sector, equiparándola a la de otros países europeos como Suecia, Dinamarca, Bélgica o Reino Unido. Además si tenemos en cuenta de forma paralela la Estrategia de Salud y la Estrategia de Género obtenemos una visión más integral y completa de cuáles son los caminos por los que quiere encauzarse la cooperación española en SDRS pues, como veremos más adelante, la Estrategia de Género guarda entre sus planteamientos una parte importante de las líneas directrices aplicables a este sector.

Uno de los aspectos más innovadores del planteamiento de la nueva Estrategia de Salud es que contempla por vez primera una línea de acción específica para la «Mejora de la Salud y los Derechos sexuales y Reproductivos», articulada en torno a cuatro líneas de intervención: derechos sexuales y reproductivos, servicios de salud sexual y reproductiva, atención a las necesidades de SSR de los y las jóvenes, e integración de la SDRS con otros ámbitos de actuación como el

VIH/sida o las acciones de emergencia y desastre. Esta línea de mejora de la SSR coexiste dentro de la estrategia con otras líneas de acción específicas como la de salud infantil o la de lucha contra las enfermedades prevalentes, así como con otras más enfocadas al fortalecimiento de las capacidades de los países para la atención general en salud, que tienen que ver con el acceso a medicamentos o el fortalecimiento de los recursos humanos sanitarios.

En términos de principios inspiradores, se valora muy positivamente que el borrador de la estrategia opte por un enfoque de salud y derechos, avanzando con respecto a una visión estrictamente biomédica y reconociendo los derechos sexuales y reproductivos según fueron definidos en la CIPD. Lo mismo puede aplicarse al reconocimiento que realiza de la necesidad de acabar con los programas verticales, la apuesta por el fortalecimiento de los sistemas de SSR dentro de la atención primaria de salud y la prioridad de incorporar el enfoque cultural como elemento transversal para las actuaciones y servicios de SSR, incluyendo el necesario trabajo con los hombres.

Otro aspecto importante a resaltar es que la planificación familiar deja de ser la gran ausencia del enfoque de la cooperación en SSR y aparece potenciada como parte integrante de los servicios de salud sexual y reproductiva. Al mismo tiempo y muy acertadamente, se concede alta importancia a la necesidad

de fortalecer las capacidades de aprovisionamiento, distribución y acceso de los países en desarrollo a los métodos anticonceptivos.

Con respecto a la cuestión de las necesidades de SSR de los y las jóvenes, la estrategia se pronuncia a favor de apoyar el acceso de este colectivo a información y servicios abiertos y de confianza, así como aquellas actividades encaminadas a mejorar la educación en temas como la igualdad de género, las relaciones sexuales seguras, la reproducción y la prevención de embarazos, la anticoncepción o las ITS (incluido el VIH/sida). De esta forma, por primera vez, un documento de la cooperación española apuesta de forma tan directa por acciones concretas dirigidas a un sector igual de estratégico que vulnerable.

Es muy positivo además que la estrategia se haga eco de la urgencia de articular y transversalizar los programas y estrategias de SSR en otros ámbitos como el de la lucha contra el VIH/sida o las acciones de emergencia, así como de promover la incorporación de estos aspectos dentro de los procesos e instrumentos de cooperación. En relación con esto último, sería positivo que la cooperación española adoptara una estrategia decidida para impulsar la integración de las iniciativas de lucha contra el VIH/sida dentro del enfoque y las estrategias de SDRS. Todas las cooperaciones analizadas en este informe, a excepción de Portugal, ubican la prevención y tratamiento del VIH/sida

como un aspecto más de sus estrategias de SDR y únicamente España lo encuadra junto con la malaria, la tuberculosis y otras enfermedades endémicas, dentro de una línea estratégica más relacionada con la lucha contra las enfermedades prevalentes. Esta separación del VIH/sida del resto de intervenciones definidas en la línea estratégica de SDR puede ser un obstáculo para mantener un enfoque integral de conexión con otros aspectos de la SSR a los que está íntimamente ligado.

Además de valorar el importante cambio que significa esta nueva estrategia para la cooperación española, es evidente que nos encontramos ante un documento quizás demasiado amplio y poco concreto en cuanto a la definición de sus indicadores de evaluación. En cualquier caso, es positivo que se haya apostado por la creación de una Comisión de Salud dentro del Consejo de Cooperación al Desarrollo que pueda participar en el seguimiento de la implementación de la estrategia.

En términos de contenidos es probable que se haya perdido una buena oportunidad de visibilizar y priorizar un problema clave como el de la mortalidad materna dentro del contenido de la línea estratégica de «Mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos» y los distintos marcos regionales específicos. La mortalidad materna constituye aún hoy uno de los problemas de salud más graves del desarrollo y una de las principales causas de mortalidad de las

mujeres en los países empobrecidos. Está demostrado que prevenir la mortalidad materna no requiere de gran infraestructura y recursos, pero veinte años después de la adopción de la Iniciativa por la Maternidad Segura y de los esfuerzos realizados para revertir los niveles de mortalidad, el balance es aún negativo en cuanto a los progresos alcanzados, especialmente en África Subsahariana. Aunque evidentemente se considera que la salud materna es el eje de la salud reproductiva, la elaboración de esta nueva estrategia suponía una buena oportunidad para reforzar aún más el compromiso con la lucha contra la mortalidad materna a través de una apuesta clara por intervenciones encaminadas a:

- a) Apoyar la implementación de Hojas de Ruta nacionales para la reducción de la mortalidad materna y la incorporación de las mismas en las estrategias de reducción de la pobreza.
- b) Fomentar un pacto social fuerte de lucha contra la mortalidad materna y el fortalecimiento de la sociedad civil.
- c) Concentrar los esfuerzos y los recursos hacia la formación de matronas cualificadas para la atención durante el embarazo y el parto con perspectiva cultural tanto en los servicios de salud como en la comunidad, la disponibilidad de servicios básicos de emergencia obstétrica y sistemas eficaces de referencia, y el incremento de la de-

manda y de servicios de planificación familiar de calidad.

- d) Trabajar por la eliminación de las barreras (culturales, sociales, de género, espaciales, económicas, etc.) que afectan al acceso a los servicios de salud desde un enfoque comunitario.

— La nueva Estrategia de Género: un giro estratégico hacia el fortalecimiento del binomio género-derechos sexuales y reproductivos

Recientemente y después de un largo proceso participativo, ha sido aprobada también la nueva «Estrategia de Género en Desarrollo y Efectividad de la Ayuda de la Cooperación Española», que viene a establecer el marco filosófico y programático de la cooperación española en los próximos años. Esta estrategia sustituye a la anterior denominada «Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres»<sup>4</sup>, aprobada en 2004 y representa un avance relevante en términos de claridad, especificidad y planificación.

Como su nombre indica, la estrategia se posiciona desde el prisma del enfoque de Género en Desarrollo (GED), intentando así superar las limitaciones del

enfoque MED y otros enfoques que todavía reproducen estereotipos y roles tradicionales de las mujeres y los hombres y no cambian sus condiciones estratégicas y políticas. Desde este enfoque, la cooperación española considera las relaciones de género como relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres que perpetúan la pobreza, la inequidad, la distribución de espacios y riquezas y el crecimiento económico insostenible en el mundo, en detrimento de la participación de las mujeres en la toma de decisiones.

En referencia directa al enfoque de salud y derechos sexuales y reproductivos, la estrategia invita a superar la perspectiva tradicional de la salud materno-infantil, siempre vinculada a la función reproductora y maternal de las mujeres, y a recuperar y explicitar el mandato de la Plataforma de El Cairo, que promueve el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos y sostiene una visión integral de la salud de las personas en todo el ciclo de vida. Por otro lado y a diferencia de la estrategia anterior que sólo mencionaba los ODM dentro de su marco de referencia internacional, la nueva estrategia menciona explícitamente el Programa de Acción de El Cairo.

Otra de las novedades que aporta la nueva Estrategia de Género es su articulación principal en torno a los derechos

---

<sup>4</sup> Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres, Ministerio de Asuntos Exteriores, 2004.

humanos de las mujeres, en cualquiera de sus acepciones. Mientras que anteriormente, la conexión con los derechos sexuales y reproductivos se realizaba a partir del concepto de salud sexual y reproductiva, ahora son estos derechos los que aparecen como eje y condición *sine qua non* para poder hablar de salud, de empoderamiento y de género en desarrollo. De esta forma, la salud sexual y reproductiva deja de ser un objetivo en sí misma y se pone el énfasis en «*Difundir y promover el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la diversidad de las mujeres en los diferentes países, regiones y culturas, como parte integrante de sus derechos humanos*» (objetivo 3 de la estrategia) a través de una serie de acciones prioritarias: a) adecuación de la normativa internacional sobre derechos sexuales y reproductivos; b) adecuación sobre VIH/sida y género; c) apoyo a políticas públicas regionales, nacionales y locales para la difusión y cumplimiento de los DSR; d) apoyo a políticas públicas sociales regionales, nacionales y locales para la prevención y tratamiento del VIH-sida con enfoque GED y DSR; e) protección social y jurídica de violación de DSR; f) fortalecimiento del diálogo social en DSR y VIH-sida y género; g) migraciones y género en DSR; h) DSR y seguridad de las mujeres en situaciones de emergencia y reconstrucción de la paz.

Vemos, por tanto, que mientras en la Estrategia de Género anterior el énfasis se situaba sobre la atención sanitaria a las

mujeres o la inclusión de la salud sexual y reproductiva en la atención primaria de salud, ahora se opta además por una intervención mucho más profunda y estratégica a través del fortalecimiento de los derechos sexuales y reproductivos. En el cuadro que reproducimos más abajo podemos observar las líneas estratégicas y las actuaciones prioritarias a través de las cuales se impulsarán cada uno de los ocho sectores mencionados.

Esta actuación en materia de DSR se complementa con las prioridades del Objetivo 2 referido al fortalecimiento de los «Derechos Sociales Básicos», que incluye una línea de salud y género desde la que se pretende fomentar iniciativas de atención primaria en salud y educación para la salud, que integren el enfoque de género, los derechos sexuales y reproductivos y que contemplen medidas de acción positiva para la participación de mujeres en los puestos de salud y en los cargos de decisión de los programas y políticas, así como proyectos que incorporen el enfoque de género en el tratamiento de las ITS, el VIH/sida, y las grandes epidemias.

Por otro lado, aunque ya hemos mencionado que la estrategia en su conjunto supone un paso de gigante en el posicionamiento conceptual de la cooperación española en temas de género y derechos sexuales y reproductivos, podríamos resaltar especialmente la parte que tiene que ver con el fortalecimiento del diálogo social y político en materia

CUADRO 1. *Líneas estratégicas y actuaciones prioritarias en DSR priorizadas por la Estrategia de Género en Desarrollo*<sup>5</sup>

OBJETIVO ESPECÍFICO 3. DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS DE LAS MUJERES	
NIVEL PARA LA IGUALDAD FORMAL	
Líneas estratégicas	Actuaciones prioritarias
3.1. Adecuación de la normativa internacional vigente sobre derechos sexuales y reproductivos de las mujeres	<p><u>Actuaciones en el corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Apoyo a campañas de difusión de la normativa internacional, regional y nacional sobre derechos sexuales y reproductivos, como derechos humanos, como un elemento fundamental para garantizar la seguridad integral de las mujeres.</li> <li>— Procesos de adecuación legislativa nacional, en materia de salud, igualdad, desarrollo y pobreza para el pleno ejercicio de los DSR.</li> <li>— Adecuación legislativa de estrategias, planes municipales de pobreza y desarrollo en salud a normativa internacional y nacional para la igualdad.</li> </ul> <p><u>Actuaciones en el medio plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Estudios sobre el grado de cumplimiento de la normativa internacional en materia de DSR y discriminación de las mujeres.</li> <li>— Investigación y recopilación de datos sobre violación de los DSR de las mujeres, tanto en procesos de desarrollo más estables como en situaciones de emergencia y reconstrucción.</li> </ul>
3.2. Adecuación a la normativa internacional del VIH-Sida y discriminación de género:	<p><u>Actuaciones en el corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Difusión y sensibilización sobre género y VIH-Sida en el mandato internacional sobre el tema, a hombres y mujeres, especialmente a las mujeres y jóvenes para la prevención y tratamiento efectivo de la enfermedad.</li> <li>— Adecuación legislativa de los países a la normativa internacional en materia de VIH-Sida y género.</li> </ul> <p><u>Actuaciones en el medio plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fortalecimiento de los sistemas de información desagregados por sexo en cuanto a salud y VIH-Sida en los países socios.</li> <li>— Investigaciones sobre feminización del VIH-Sida y relaciones de género, que orienten una mejor intervención que redunde en la mejora de las condiciones de salud y sociales de las mujeres frente a la enfermedad.</li> </ul>
NIVEL PARA LA IGUALDAD REAL	
ADECUACIÓN Y ARMONIZACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS, NACIONALES, MUNICIPALES Y LOCALES	
Líneas estratégicas	Actuaciones prioritarias
3.3. Apoyo a políticas públicas regionales, nacionales y locales para la difusión y cumplimiento de los DSR.	<p><u>Actuaciones en el corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fortalecimiento de Ministerios de Salud y mecanismos de igualdad para el cumplimiento efectivo de la normativa de género y DSR.</li> <li>— Seguimiento a los informes de El Cairo, Beijing y Convenios regionales en los continentes que promuevan planes de acción concretos y a corto plazo para la promoción de los DSR y vinculados a la seguridad integral de las mujeres.</li> <li>— Programas y acciones específicas para las mujeres sobre riesgos asociados a los derechos reproductivos, atención al embarazo, parto y post-parto desde un enfoque de</li> </ul>

<sup>5</sup> Reproducido íntegramente de la nueva Estrategia de Género en Desarrollo.

CUADRO 1. (Continuación)

Líneas estratégicas	Actuaciones prioritarias
	<p>género en desarrollo y para el cumplimiento de los ODM de lucha contra la pobreza, integrados en una visión más amplia de ejercicio de DSR en todo el ciclo de vida.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Programas informativos de sensibilización para los y las jóvenes sobre DSR, enfermedades de transmisión sexual, con el objetivo de generar conductas voluntarias positivas hacia el ejercicio de los DSR, que favorezcan una cultura de respeto a la igualdad de género y a la diversidad de identidades.</li> <li>— Establecer mecanismos de difusión y campañas de sensibilización sobre género y DSR, en relación con la feminización de la pobreza.</li> <li>— Integración del enfoque de género y DSR en la atención primaria en salud (APS) y educación para la salud (EPS), con una visión de respeto a la diversidad.</li> <li>— Fortalecimiento a sistemas de información sobre el tema de DSR y su vinculación con la pobreza, la discriminación y la violencia contra las mujeres.</li> <li>— Apoyo a programas regionales, nacionales y locales de promoción de los DSR desde las instancias públicas y gobiernos locales.</li> <li>— Formación a personal de la salud en DSR y género, y formas de acercamiento a culturas discriminadas.</li> <li>— Formación a promotoras de salud y parteras comunitarias de culturas diversas en DSR y atención con enfoque de género.</li> <li>— Creación y fortalecimiento de mecanismos que en el nivel municipal y local se hagan cargo de poner en práctica los DSR, en constante coordinación con las organizaciones de mujeres que habitualmente trabajan por los DSR.</li> </ul>
<p>3.4. Apoyo a políticas públicas sociales y de salud regionales, nacionales y locales para prevención y tratamiento sobre VIH-Sida con enfoque de género y DSR.</p>	<p><u>Actuaciones en el corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Fortalecimiento a Ministerios de salud, trabajo, instancias de DD HH y de igualdad de género para el cumplimiento efectivo de la normativa para prevenir y reducir la epidemia de VIH-Sida, y los problemas de discriminación social, económica y de género, y diversidad que acompañan a esta enfermedad.</li> <li>— Fortalecimiento de sistemas de información y programas de sensibilización sobre VIH-Sida y su vinculación a las desigualdades de género y la falta de ejercicio de los DSR de las mujeres.</li> <li>— Formación en DSR, género y Sida para personal de los sistemas públicos de salud y los sistemas alternativos de atención primaria que existan en los países y lugares, para una mejor atención tanto en el tratamiento de la enfermedad, como en su aspecto de no-discriminación e integración social, y deconstrucción de estereotipos discriminadores asociados a la enfermedad (sexistas, homófobos, racistas, culturales, etc.).</li> <li>— Creación y adecuación de planes y programas nacionales para reducir la propagación de Sida, y mejora de la situación de salud de las personas afectadas y condición de discriminación basada en el género y la carga moral asociada a dicha enfermedad.</li> <li>— Apoyo a proyectos específicos para la reducción y tratamientos adecuados del VIH-Sida con enfoque de género y considerando procesos de sensibilización, teniendo en cuenta el conocimiento del entorno cultural y social donde se trabaje.</li> </ul>

CUADRO 1. (Continuación)

Líneas estratégicas	Actuaciones prioritarias
3.5. Protección social y jurídica de los DSR como derechos humanos de las mujeres.	<p>Este punto se desarrolla en Ob.1 de derechos laborales y también en Ob.4 de derechos políticos en cuanto a violencia de género y seguridad integral de las mujeres, pero está ligado a esta línea, puesto que la violencia sexual y de género está intrínsecamente relacionada con la falta de ejercicio en el pleno ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, y la discriminación de las mujeres en cuanto a la diversidad de opciones sexuales e identidades culturales.</p> <p><u>Actuaciones en el corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Apoyar propuestas de protección jurídica de los DSR en los marcos legislativos y jurídicos de los países socios no discriminatorias contra las mujeres y hombres en el ejercicio de sus DSR.</li> <li>— Programas específicos de atención a mujeres embarazadas, desde el empoderamiento, la dignificación y el respeto, la mejora de la protección social y la atención desde el enfoque de género, especialmente referidos a la protección de la maternidad, reducir tasas de riesgo vinculadas a la reproducción, y propiciar la paternidad responsable.</li> <li>— Difusión y sensibilización sobre acoso sexual contra las mujeres, en tanto que problema de violación de los DSR y asesoría jurídica en este sentido.</li> <li>— Programas específicos que incluyan sensibilización, formación, prevención e intervención jurídica para eliminar la violación de los derechos sexuales y reproductivos en cuanto a prácticas lesivas como la mutilación genital.</li> <li>— Recopilación de buenas prácticas para afrontar la violación de DD HH y DSR de las mujeres frente a concepciones culturales arraigadas y discriminatorias, que nos permitan incidir en procesos de transformación política, legal y de salud física y psicológica de las mujeres (mutilación genital o matrimonios obligados para las mujeres y niñas, por ejemplo).</li> <li>— Procesos de integración de DSR en diferentes lugares y comunidades tratando de contemplar el respeto por la diversidad cultural, y definición de programas específicamente diseñados para las mujeres de otras culturas donde las pautas para la intervención han de ser diferentes a las de las culturas occidentales.</li> </ul>
<b>ACCIONES ESPECÍFICAS PRIORITARIAS PARA EL SECTOR GÉNERO</b>	
Líneas estratégicas	Actuaciones prioritarias
3.6. Fortalecimiento del diálogo social y político en materia de DSR y de VIH-Sida y género.	<p><u>Actuaciones en el corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Integración de DSR en la agenda principal de prioridades de actores sociales, políticos y económicos como un tema de especial interés en el desarrollo y para el diálogo social (La agenda de las mujeres en los sindicatos, en las empresas, en organizaciones de DD HH, etc.).</li> <li>— Fortalecimiento y apoyo a las organizaciones, plataformas de diálogo social y político y redes de mujeres internacionales, regionales, nacionales y locales que promueven y trabajan en DSR y para prevención y tratamiento del VIH-Sida y discriminación de género.</li> </ul>

CUADRO 1. (Continuación)

Líneas estratégicas	Actuaciones prioritarias
3.7. Migraciones y género	<p><u>Actuaciones en el medio plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Incluir como prioridad en la agenda principal del tema de género y migraciones, en los proyectos de desarrollo en los países de origen, en las acciones de apoyo a las mujeres emigrantes, sensibilización y formación sobre DSR y prevención VIH-Sida con enfoque de género.</li> <li>— Medidas de empoderamiento en el ejercicio de los derechos y ciudadanía de las mujeres y DSR, con mecanismos de planificación familiar, relaciones de género y poder en el ejercicio de la sexualidad y los derechos reproductivos, DD HH y seguridad jurídica de las mujeres frente a las peores formas de discriminación y violación de los DSR.</li> </ul>
3.8. DSR y seguridad integral de las mujeres en situaciones de emergencia y reconstrucción	<p><u>Actuaciones en el corto plazo:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Es necesario promover un diálogo intersectorial en profundidad entre las organizaciones españolas especializadas en acción humanitaria y construcción de la paz y las instancias de género, para sensibilizar y trabajar de la mano la aplicación de la Resolución 1325, que facilite la adaptación rápida a los planes o programas de acción humanitaria y reconstrucción en cuanto a seguridad humana de las mujeres, respeto a sus DSR y protección frente a la violencia en este tipo de situaciones extremas, donde las mujeres corren mayores riesgos para su salud, muy especialmente su salud sexual y reproductiva.</li> <li>— Elaborar protocolos de acción humanitaria, emergencia y construcción y reconstrucción de la paz, que faciliten la elaboración de planes de acción para la puesta en práctica de la Resolución 1325, la protección específica de los DSR y la seguridad integral de las mujeres.</li> <li>— Establecer mecanismos de apoyo a la participación en la toma de decisiones de las organizaciones de mujeres que trabajan el respeto por DSR, en situaciones de emergencia y reconstrucción.</li> <li>— Establecer procesos de fortalecimiento institucional y jurídico de los DSR y la violencia de género en las fases de reconstrucción después de desastre o conflicto armado, que ofrezcan garantías a las mujeres en cuanto a su seguridad y pleno ejercicio de sus derechos humanos.</li> </ul>

de derechos sexuales y reproductivos, VIH/sida y género. Apoyar acciones en este ámbito nos parece fundamental e imprescindible para generar cambios estructurales de base a nivel social y político, y no podemos menos que concordar con el planteamiento de la Estrate-

gia en el sentido de que hacer posibles estos cambios dependerá en gran medida del apoyo a las organizaciones, plataformas de diálogo social y político y redes de mujeres internacionales, regionales, nacionales y locales que trabajan en estos tres sectores.

• *La salud y los derechos sexuales y reproductivos en los Documentos de Estrategia País*

Los Documentos de Estrategia País están dirigidos a establecer las líneas de intervención de la cooperación española en los distintos países socios. Como podemos observar en el cuadro más abajo, aún con matices, existe una amplia presencia de la salud sexual y reproductiva en los DEP. Esta presencia

suele ser parcial, no obstante, enfocándose fundamentalmente hacia la salud materna o la prevención del VIH/sida. En Angola, Namibia y Ecuador únicamente se apoyan iniciativas de lucha contra el VIH/sida mientras en El Salvador, Paraguay, Marruecos, Túnez, Mauritania y Cabo Verde sólo se abordan problemas más relacionados con la salud materna. En cambio, sólo 8 DEP (Cabo Verde, Marruecos, Túnez, Población Saharaui, Bolivia, El Salvador, Honduras y Nicaragua) recogen entre sus objetivos estra-

CUADRO 2. *Países prioritarios de la cooperación española*

País	Nivel de desarrollo	Nivel de riesgo reproductivo	SSR como prioridad en DEPs
Honduras	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/sida
Nicaragua	Ingreso Bajo	Riesgo Moderado	SSR y VIH/sida
El Salvador	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado	SSR
Guatemala	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/sida
Haití	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo	SSR y VIH/sida
República Dominicana	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/sida
Paraguay	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo	SSR
Bolivia	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo	SSR y VIH/sida
Perú	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado	SSR y VIH/sida
Ecuador	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado	VIH/sida
Argelia	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado	No priorizado
Marruecos	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo	SSR
Mauritania	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo	SSR
Túnez	Ingreso Medio Bajo	Bajo Riesgo	SSR
Población Saharaui	No evaluado	No evaluado	SSR
Territorios Palestinos	Ingreso Medio Bajo	No evaluado	No tiene DEP
Mozambique	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo	SSR
Angola	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo	VIH/sida
Namibia	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo	VIH/sida
Senegal	Menos Desarrollado	Alto Riesgo	SSR y VIH/sida
Cabo Verde	Menos Desarrollado	No evaluado	SSR
Filipinas	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado	SSR y VIH/sida
Vietnam	Ingreso Bajo	Bajo Riesgo	No priorizado

técnicos de mejora de la SSR el acceso e información sobre planificación familiar y educación sexual, la promoción de la paternidad responsable y la prevención de embarazos, además de las acciones relacionadas directamente con la salud materna. Y un solo país, Túnez, dirige sus acciones específicamente a los y las jóvenes.

Es importante que España revise el apoyo que brinda al sector de la SDR en países que tienen un Índice de Riesgo Reproductivo (IRR) bajo o moderado, asegurando que sus intervenciones estén orientadas hacia aquellas zonas o regiones de menor desarrollo en el país o a colectivos especialmente marginados. En cualquier caso es fundamental que España refuerce la cooperación en SDR con aquellos países que presentan condiciones y problemáticas más agudas en este ámbito de la salud.

#### • *Prioridades geográficas*

Al establecer sus prioridades geográficas, España comienza a responder, por un lado, a los acuerdos internacionales, que promueven una mayor atención a los países menos desarrollados y en particular, a los países del África Subsahariana, sin dejar todavía de lado las tendencias más tradicionales que brindan preferencia a los países de Latinoamérica, Norte de África y Oriente Medio, con los que les une vínculos de carácter histórico o cultural.

En el ámbito de la SDR, la orientación geográfica de la ayuda del período 1995-2005 presenta tendencias similares a la AOD general, concentrándose en América Latina, Norte de África y Oriente Próximo más del 65% de los desembolsos de ayuda bilateral estatal (28,1 y 18,1 millones de euros respectivamente). En los últimos tres años, no obstante, se inicia una situación novedosa al obtener los países de África Subsahariana un mayor protagonismo dentro del sector. De esta forma, el porcentaje de la AOD bilateral estatal en SDR dirigida a la región de América Latina se reduce a la mitad (26,1%) en 2005 y los fondos dirigidos al Norte de África y Oriente Próximo descienden del 30,7% al 18,1%. En el caso de los países del África Subsahariana, en cambio, el porcentaje lejos de reducirse se triplica, de forma que a partir de 2003 tres de cada diez euros de AOD en SDR se destinan a esta región (32,3%).

Muy relacionado con esta reorientación de la ayuda está el incremento del porcentaje de AOD en SDR dirigido a PMAs. En el período 1995-2002 sólo el 10,3% de los desembolsos en AOD bilateral estatal se dirigieron a estos países, sin embargo, esta tendencia empieza a corregirse entre 2003 y 2005, cuando el porcentaje aumenta hasta superar el 30%, alcanzando los 9,1 millones de euros.

A excepción del caso de Marruecos, que sigue siendo el principal receptor de AOD española, el panorama geográfico

de la AOD en SDSR cambia mucho a partir de 2003. Algunos países de América Latina (República Dominicana, Paraguay) dejan de estar en los primeros puestos de los receptores de ayuda, para dar paso a los de África Subsahariana (Mozambique, Angola, Senegal). El Salvador, Ecuador y Nicaragua todavía se mantienen entre los diez principales países, pero sin embargo Bolivia, con una de las tasas más altas de mortalidad materna de la región, sale de este grupo.

Si analizamos la orientación de la cooperación española en función del Índice de Riesgo Reproductivo (IRR), observamos que el nivel es alto o muy alto en la tercera parte de los países prioritarios de la cooperación española, incluso en varios de aquellos clasificados con nivel de desarrollo medio. Esta comparación resulta interesante ya que refleja la especial vulnerabilidad de grupos específicos al interior de estos países, así como las importantes limitaciones que sufren en términos de equidad de género.

Elaborado por Population Action International, el Índice de Riesgo Reproductivo es útil para aproximarse de manera sintética a la situación de la SDSR en cada país. Los indicadores sobre los cuales se calcula incluyen muy diversos aspectos de la salud sexual y reproductiva y agrupan: nacimientos anuales por mujer entre 15 y 19 años, porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos, políticas de aborto, prevalencia de anemia

entre mujeres embarazadas, porcentaje de mujeres que reciben cuidados perinatales, porcentaje de partos atendidos por personal cualificado, prevalencia de VIH/sida en hombres, prevalencia de VIH/sida en mujeres, número de hijos por mujer y muertes maternas por 100.000 nacidos vivos.

Considerando el período 1995-2005, la cooperación española dirigió más de la mitad de su AOD bilateral estatal en SDSR a países de riesgo reproductivo moderado. Esta tendencia, en línea con la evolución general que sufre este sector, cambia en el período 2003-2005, al prestarse mayor prioridad a los países con riesgo reproductivo alto, que concentran actualmente alrededor del 45% de la AOD en SSR. Así, la mayor atención a países como Mozambique, Senegal, Angola y Afganistán incide en este resultado.

Cabe señalar que durante esta década, se ha producido una evolución en términos del índice de riesgo reproductivo en algunos países con los que la cooperación española colabora. Por ejemplo, Marruecos, República Dominicana, Honduras y Paraguay pasaron de considerarse países de alto riesgo a ubicarse entre los países de riesgo moderado. Ello no implica que deban dejarse de lado intervenciones en aspectos de salud sexual y reproductiva en estos países, pero muestra que el progreso es posible y sugieren la necesidad de estrategias más focalizadas, dirigidas a mejorar aspectos concretos o a acceder

CUADRO 3. Principales países receptores de AOD estatal en SDR, 2003-2005

	País	Clasificación del CAD - OCDE	Nivel de Riesgo Reproductivo
1	Marruecos	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
2	Mozambique	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
3	Senegal	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
4	Angola	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
5	Irak	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo
6	Namibia	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo
7	El Salvador	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
8	Afganistán	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
9	Ecuador	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
10	Nicaragua	Ingreso Bajo	Riesgo Moderado

Fuente: Elaboración propia.

a las poblaciones excluidas o con menor acceso a los servicios en SDR. Por otro lado, se aprecia la necesidad de evaluar permanentemente las prioridades geográficas en SDR de la cooperación española, para ampliar la ayuda a los países con más altos niveles de riesgo, que incluyen en la actualidad a Etiopía, Angola, Chad, Afganistán, República Central Africana, Malí, Níger, República Democrática del Congo, Sierra Leona y Lesoto.

Es interesante destacar finalmente que en 2006, España da una nueva muestra de su interés hacia África Subsahariana con la adopción del Plan de Acción para África Subsahariana 2006-2008. De acuerdo a este Plan, se incorporan once nuevos países a la lista de países socios, según se observa en el cuadro de la página siguiente.

Aunque como veremos más adelante, el Plan África tiene una vocación más am-

plia que la de fomentar el desarrollo, esta nueva lista de socios puede reforzar la desconcentración de la AOD española. Un aspecto positivo es que esta nueva mirada hacia África parece orientarse principalmente hacia los PMA, aunque no se entiende que países con ingreso medio alto como Sudáfrica o Seychelles hayan sido reclasificados o incorporados a la lista de socios, mientras que otros como Burkina Faso, con altos niveles de subdesarrollo ni siquiera sean mencionados.

- *El apoyo a la salud y los derechos sexuales y reproductivos a través de la cooperación multilateral*

La Ley de Cooperación recoge ya en su articulado que España participará activamente en los organismos internacionales de los que sea miembro y colaborará en la consecución de sus objetivos

adoptando las medidas que resulten más adecuadas. El Plan Director 2005-2008 reafirma esta indicación y la nueva Estrategia de Política Multilateral de Desarrollo la profundiza marcando las líneas prioritarias de la acción española a nivel multilateral.

La voluntad del Gobierno de incrementar los volúmenes de AOD hasta alcanzar el 0,5% del PNB en 2008 se está viendo traducida en un notable incremento de la cooperación multilateral, más significativamente a partir de 2006. Además de valorar positivamente este enorme esfuerzo y esta comprometida evolución, sería interesante que la cooperación española pudiera realizar un seguimiento continuo de la aplicación de los fondos y los resultados obtenidos e impulsar un papel políticamente más activo en los distintos organismos donde está focalizando su cooperación multilateral. Esto, acompañado de mecanismos de transparencia e intercambio de información entre los distintos actores de la cooperación, incluidas las ONGD, podría facilitar sinergias y crear valor añadido para todos.

En relación con la salud sexual y reproductiva, en el período 2003-2005, se destinaron alrededor de 42 millones de euros a organismos multilaterales que trabajan en alguno de los ámbitos relacionados con salud sexual y reproducti-

va como por ejemplo la OPS, PNUD, INSTRAW, UNICEF o UNIFEM. Además, otros 28 millones de la cooperación española se dirigieron a agencias que trabajan específicamente en SDSR, como el Fondo de Población de las Naciones Unidas, ONUSIDA o el Fondo Global de Lucha contra el sida, la tuberculosis y la malaria<sup>6</sup> y a programas concretos de SSR como el Programa de Salud Reproductiva de la Organización Mundial de la Salud. En síntesis, la contribución a organismos específicos de salud sexual y reproductiva en estos tres años ha representado un 1,2% del total de la AOD multilateral. El Fondo Global es el organismo que se ha priorizado de manera contundente en este ámbito, siendo gestor del 93% de los fondos en AOD multilateral española dirigida a SDSR.

Profundizando un poco más sobre la colaboración con los distintos organismos multilaterales observamos que en el caso del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), agencia encargada de implementar el Programa de Acción de El Cairo con mandato específico sobre las cuestiones de salud y derechos sexuales y reproductivos, España se mantuvo hasta 2004 en un modesto puesto 20 en el ranking de donantes. En los últimos dos años, no obstante, la contribución se ha incrementado notablemente, de tal forma que, de continuar estables las tendencias de los

---

<sup>6</sup> Para el cómputo de AOD multilateral española en SDSR canalizada a través del Fondo Global se ha considerado el 58% de AOD destinada a este organismo, ya que según su mandato y reportes de desembolsos es esa la proporción de recursos que destina a acciones de VIH/sida.

demás países, España podrá llegar definitivamente a situarse en el grupo de los 10 principales donantes en 2007.

A través de la cooperación española con UNFPA se están apoyando líneas estratégicas como: a) la lucha contra la fístula obstétrica, a través de la contribución a la campaña global y a un programa de maternidad segura y prevención de esta discapacidad en varios países africanos; b) la seguridad y abastecimiento de suministros de salud reproductiva, especialmente preservativos, a través del apoyo al Programa Global para asegurar los Suministros de Salud Reproductiva y al Fondo Fideicomisario de Suministros de Salud Reproductiva; c) Programas de salud reproductiva en cuatro países: Afganistán (enfocado hacia adolescentes), Filipinas (enfocado a las provincias de Lanao Sur y Maguindanao), Mozambique (enfocado hacia la reducción de la mortalidad materna en Inhambane) y Nigeria (encaminado hacia el fortalecimiento de la atención obstétrica y neonatal de urgencia).

Es importante destacar asimismo que en 2005, Cataluña pasa a ser donante directo del Fondo de Población de las Naciones Unidas con una contribución de 600 mil euros, que canaliza hacia la campaña de lucha contra la fístula obstétrica, el Programa Global para Asegurar los Suministros de Salud Reproductiva y un programa de salud materna en Mozambique. Esta es la primera vez que este organismo recibe fondos de la cooperación descentralizada, siendo una

opción interesante el que otras cooperaciones regionales puedan seguir esta línea, de manera coordinada en todo caso y evitando generar instancias paralelas que repercutan en un incremento de los esfuerzos burocráticos.

A nivel político, España forma parte del Comité Ejecutivo del Fondo de Población de Naciones Unidas, junto con Bélgica, Dinamarca, Portugal y Reino Unido, lo cual supone una excelente oportunidad para establecer lazos con estos países en defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y promover e impulsar la eficacia de las acciones de este organismo.

Por otro lado, España ha ido incrementando progresivamente su contribución hacia el Fondo Global de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria hasta colocarse en 2007 en el puesto noveno de la lista de donantes, después de Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Italia, Japón, Comisión Europea, Canadá y Alemania. La colaboración con el Fondo se inicia en junio de 2001 cuando se constituye un Grupo Interministerial de Seguimiento del Fondo en el cual estuvieron representados los Ministerios de Sanidad, Asuntos Exteriores y Economía. Más tarde, en 2003 y en la línea de otros países europeos, se crea la figura del Embajador Español ante el sida, que actualmente desempeña D. Francisco Elías de Tejada.

Sería interesante que España promoviera la posibilidad de tener representación

directa en este organismo y pudiera participar más activamente en el mismo, trasladando también la voz de la sociedad civil española respecto a aquellos aspectos que necesitan o pueden ser mejorados. Por el momento, parece que España representará a la cooperación bilateral en el Mecanismo Nacional de Coordinación del Fondo Global de Angola, lo cual puede ser una oportunidad para impulsar un enfoque de integración de la salud y los derechos sexuales y reproductivos y VIH/sida en las políticas y planes de lucha contra el VIH/sida que se estén llevando a cabo en el país con apoyo del Fondo Global.

Al igual que lo comentado más arriba al abordar la cooperación multilateral con UNFPA, Cataluña también se convierte en 2005 en donante del Fondo Global con una aportación de 1.256.900 euros que amplía hasta 1.991.250 euros en 2006 y 2.051.984 euros en 2007, acercándose por tanto, a los niveles de contribución de países como Portugal.

Además de las aportaciones a UNFPA y el Fondo Global, la cooperación española también da soporte al trabajo de ONUSIDA, a través de una contribución que ha aumentado de los 300.000 euros en 2003 y 2004 a cerca de un millón de euros en 2006. Extremadura es junto con Cataluña, el otro ejemplo de Comunidad Autónoma que ha canalizado parte de su ayuda al desarrollo hacia un organismo multilateral relacionado con la SSR, en este caso ONUSIDA, con el cual ha colaborado con una contribu-

ción de alrededor de 440.000 euros y 114.000 euros en 2004 y 2006 respectivamente.

En relación con la ayuda dirigida hacia otros organismos no específicos pero sí directamente relacionados con este sector, el problema reside en que, en la mayoría de los casos, es difícil conocer con exactitud qué programas o iniciativas son las que están siendo apoyadas dentro del marco de cada uno de estos organismos, con lo cual es complicado concretar la parte que corresponde a SDSR. En el caso de la OMS, por ejemplo, España financió un programa específico de salud reproductiva con 48.000 euros entre 2003 y 2005 y otro proyecto sobre determinantes de la salud de la mujer en 2005 con 119.000 euros. Este Programa de Salud Reproductiva de la OMS incluye diferentes áreas como planificación familiar, MGF, maternidad segura, cáncer asociado al aparato reproductivo, ITS, VIH/sida, aborto inseguro o infertilidad, aunque no conocemos exactamente hacia dónde se dirigió la contribución española.

La labor de PNUD, UNICEF, UNIFEM, OPS o INSTRAW (donde España es actualmente miembro de la Junta Ejecutiva) en el ámbito de la salud general, la igualdad de género o la educación, también guarda una cierta relación con la SDSR, en cuanto que como hemos visto, crea un entorno favorable para que ésta pueda darse. Además de las contribuciones generales a estos organismos, la cooperación española ha financiado

un programa de UNICEF para la prevención del VIH/sida y la atención a la población afectada en cuatro países subsaharianos y otro proyecto con UNIFEM sobre violencia de género en Colombia.

A nivel de ONG internacionales, la Federación Internacional de Planificación Familiar (International Planned Parenthood Federation) recibió una ayuda de 30.000 euros en 2003, aunque ésta no se volvió a repetir en los años consecutivos. La organización Health Development Information and Policy Institute fue receptora de cerca de 500.000 euros para trabajar con mujeres de los Territorios Palestinos en temas de cuidados prenatales y postnatales y en este año 2007, la cooperación española ha comprometido 1 millón de euros a la International Aids Vaccine Initiative, que desarrolla un programa internacional de investigación en busca de una vacuna contra el sida, aunque estos se canalizarán a través de ONUSIDA.

Es interesante también destacar que en el marco de la creciente voluntad de reforzar la cooperación con el continente africano, comienzan a reconocerse oportunidades para establecer vínculos de coparticipación con organismos como la Unión Africana y NEPAD<sup>7</sup>. Los gobiernos de los países africanos adoptaron en 2006 un Plan de Acción 2007-2010 para la implementación de la Política Continental Africana sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, más conoci-

do como Plan de Acción de Maputo y en esta línea, el Gobierno español debería dedicar todos los esfuerzos posibles a favorecer su implementación, animando a los países socios en África a ratificar dicho Plan, en caso de que no lo hayan hecho todavía y apoyando acciones concretas para su puesta en marcha.

- *La emergente cooperación en África desde la perspectiva de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*

— *El Plan de Acción de Maputo y la Declaración de Abuja*

En los últimos años, el grado de actividad de la Unión Africana en los temas relacionados con la promoción y el cuidado de la salud sexual y reproductiva ha sido bastante importante. En abril de 2001, los países africanos, reunidos en Abuja para tratar la cuestión de la lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria a nivel regional, alcanzaron el compromiso de destinar el 15% de su presupuesto nacional al fortalecimiento del sector salud. Este acuerdo es retomado cinco años más tarde dentro del «Marco Político Continental para la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos» y el Plan de Acción de Maputo para su implementación, impulsado por la Unión Africana (UA). Los Estados miembro de la UA tienen que adecuar sus políticas nacionales a las estrategias

<sup>7</sup> New Partnership for African Development (NEPAD).

generales del mismo, así como promover su ejecución, en colaboración con los organismos multilaterales, los donantes y demás actores del desarrollo, involucrando al mismo tiempo a la sociedad civil. El Plan incluye una estimación presupuestaria de los fondos necesarios para conseguirlo que supone 3,5 billones de euros en 2007 y 16 billones para todo el período hasta el 2010.

A nivel de estrategias, hay un posicionamiento claro hacia las siguientes prioridades: a) Integrar los programas y servicios de VIH y sida, ITS y de salud sexual y reproductiva, incluyendo el cáncer del aparato reproductivo, con el fin de maximizar la eficacia en la utilización de recursos y lograr una sinergia complementaria entre ambas estrategias; b) Reposicionar la planificación familiar como una parte esencial de la realización de los ODM en lo correspondiente a salud; c) Satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los adolescentes y los jóvenes como un componente importante en este dominio; d) Resolver el problema de los abortos inseguros; e) Prestar servicios de calidad y accesibles, orientados a promover la maternidad segura, la supervivencia de recién nacidos, así como la salud de las madres, los recién nacidos y los niños; f) Fomentar la cooperación africana Sur-Sur para materializar los objetivos de la CIPD y los ODM en África.

Como líneas transversales de la estrategia, el Plan establece:

- Aumentar los recursos nacionales para la salud y los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo la resolución de la crisis de recursos humanos.
- Incluir a los hombres como socios/actores involucrados principales en los programas de SDR.
- Adoptar un abordaje multisectorial en relación a la SDR.
- Promover el involucramiento y la participación de la comunidad.
- Fortalecer la seguridad de los bienes, productos y servicios de base para la salud sexual y reproductiva, con especial atención a la planificación familiar, los cuidados obstétricos de emergencia y los servicios de referencia.
- Crear servicios de investigación que permitan acciones basadas en la evidencia científica.
- Crear mecanismos de monitoreo eficaces para acompañar los progresos alcanzados en la implementación del Plan de Acción.

#### — El Plan de Acción de la cooperación española para África Subsahariana

Como hemos mencionado más arriba al referirnos a la orientación geográfica de la cooperación española, África ha comenzado recientemente a ocupar un papel más relevante en las prioridades de la ayuda oficial. Manifestación de ello es el Plan de Acción para África 2006-2008, que constituye el primer marco político

específico elaborado para este continente por la cooperación española, sumándose así a otras iniciativas, como la de Dinamarca. El Plan es sin duda una gran oportunidad y marca un hito en cuanto a la trayectoria de la cooperación con África Subsahariana.

Es también positivo, sin duda, que la salud y la lucha contra las grandes pandemias y el fomento de políticas de género y desarrollo constituyan uno de sus objetivos prioritarios. Sin embargo, es preciso al mismo tiempo, para evitar dispersiones, que estas prioridades queden bien articuladas con las establecidas por el Plan Director, la Estrategia de Género, la Estrategia de Salud y el programa VITA.

El Plan África no tiene una vocación exclusiva hacia la reducción de la pobreza sino que constituye un posicionamiento político más amplio de España hacia este continente, con atención a otras cuestiones como la regulación de flujos migratorios, la promoción de intercambios comerciales y de inversión o el fortalecimiento de la cooperación científica y cultural. Aun valorando la transparencia del documento, es evidente que la cuestión de los flujos migratorios o la apertura de nuevos mercados para los productos españoles, son aspectos que pueden resultar muy controvertidos desde un enfoque de desarrollo y de respeto de los derechos humanos, con lo cual será importante hacer seguimiento de las implicaciones que las acciones en estos ámbitos puedan tener sobre el objetivo fundamental de reduc-

ción de la pobreza. La creación de una «Mesa África», prevista en el Plan, puede ser una forma oportuna de facilitar dicho seguimiento con la sociedad civil siendo necesario que se defina el funcionamiento de la misma.

La aplicación de este plan, sin duda ambicioso, va a requerir de importantes recursos, no sólo financieros sino también humanos, y esfuerzos de coordinación a largo plazo. El propio documento recoge compromisos en este sentido al establecer que la ayuda dirigida a la región se cuadruplicará, pasando de los 33 millones ejecutados en 2003 hasta los 90 millones en 2006 y los 120 en 2008. En la misma línea de lo mencionado arriba, al ser éste un compromiso financiero común para todas las líneas y objetivos marcados por el Plan, sería conveniente asegurar que la mayoría se destine al objetivo de reducción de la pobreza e incluso concretar más la distribución de la partida por subsectores u objetivos.

En cuanto a los recursos humanos, el Plan prevé la apertura de Embajadas en Sudán, Malí, y Cabo Verde, así como Oficinas Técnicas de Cooperación en estos dos últimos países y Etiopía. Con estas tres serían nueve las oficinas de la cooperación española en África Subsahariana, aunque sólo tres de ellas disponen de técnicos de salud. Sería muy positivo que se ampliara esta presencia a todas las oficinas técnicas de forma que pudieran contar al menos con una persona experta o con la formación previa adecuada en salud, incluida la salud se-

xual y reproductiva, responsable de implementar en el terreno las prioridades programáticas de la cooperación española.

Aunque en el momento de la aprobación del Plan África, todavía no había sido adoptado el Plan de Acción de Maputo 2007-2010 para la implementación de la Política Continental Africana sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, es importante que se tengan en cuenta las voluntades de los países africanos reflejadas en dicho documento, y que desde España se apoye su implementación.

### — El Programa VITA de cooperación al desarrollo en salud para África

El Programa VITA tiene como vocación fomentar un importante esfuerzo de coordinación y complementariedad entre todos los actores de la cooperación española en materia de salud en África. Este programa es impulsado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) y el Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación, con el apoyo de los Ministerios de Sanidad y Consumo, Economía y Hacienda, Educación y Ciencia, e Industria, Comercio y Turismo. A este esfuerzo se unen las siguientes Comunidades Autónomas: Generalitat de Catalunya, Xunta de Galicia, Junta de Andalucía, Comunidad Autónoma de Cantabria, Región de Murcia, Comunidad Autónoma de La Rioja, Generalitat Valenciana, Junta de Comuni-

dades de Castilla-La Mancha, Gobierno Foral de Navarra, Diputación General de Aragón, Gobierno de Canarias, Junta de Extremadura, Gobierno de las Islas Baleares, Junta de Castilla-León y Comunidad de Madrid. Este hecho de articular a todas las cooperaciones regionales en torno a estos temas es un valor muy positivo que aporta el Programa VITA, aunque el margen de maniobra y la armonización de enfoques sean reducidos y como veremos más tarde, no se esté produciendo, de momento, un reflejo claro en una mayor presencia de la SDR en las políticas de cooperación descentralizadas.

El objetivo principal de este programa es coordinar los esfuerzos de la cooperación española tanto a nivel central como descentralizado en cuatro ámbitos de acción: salud materna e infantil, donde se incluye la salud sexual y reproductiva, lucha contra las enfermedades transmisibles y tropicales, servicios de salud básica y fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud. En el primer sector, el programa prioriza como estrategias fundamentales la promoción de la atención sanitaria durante el embarazo y el parto, el aumento de la capacitación del personal sanitario y las parteras tradicionales, la prevención y el tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual, el uso de los servicios de salud y de planificación familiar, el fortalecimiento de la lucha contra las enfermedades infantiles, la ampliación de las campañas de nutrición y seguridad alimentaria y la mejora de las cam-

pañas de vacunación. Al igual que en el caso del Plan Director, tampoco se mencionan los servicios básicos de emergencia obstétrica y los sistemas de referencia entre las prioridades destacadas.

El Programa VITA es el único programa específico en materia de salud del que goza la cooperación española e impulsa muy diversas iniciativas que contribuyen a una cada vez mayor implicación de la cooperación española en la lucha contra la mortalidad materna, el VIH/sida y la mejora del acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Estas iniciativas tienen que ver con proyectos de cooperación en el terreno pero también con acciones de formación, sensibilización o incidencia política que a veces se celebran en España y en otras ocasiones en alguno de los países africanos socios.

En líneas generales, el programa VITA es especializado en cuanto a la temática que aborda pero no en cuanto a las estrategias a seguir para hacerlo, favoreciendo un marco muy diferente y amplio de iniciativas cuya diversidad es positiva pero puede llegar a ser demasiado dispersa. Por otro lado, a pesar de su importancia y la cada vez mayor presencia y representatividad del programa en el marco de la cooperación española, sigue sin contar con una partida presupuestaria específica y suficientes recursos humanos. En este sentido, el

proceso de reorganización que está viviendo la AECI podría constituir una buena oportunidad para que la cooperación española apoye más firmemente este programa. En ese marco podría ser interesante que se llevara a cabo una evaluación interna de la trayectoria del programa y la eficacia de sus actividades, del cual éste pudiera salir enriquecido y fortalecido.

#### — La Declaración de Maputo y la Red de Mujeres Africanas y Españolas

Otra de las iniciativas que comienzan a ser impulsadas por el Gobierno en el marco de la cooperación con África en 2005, es la creación de una red de mujeres africanas y españolas encaminada a facilitar el diálogo y el trabajo conjunto en la mejora de la igualdad de género y la condición de la mujer. Esta red nace como resultado del I Encuentro de Mujeres Africanas y Españolas «Por un mundo mejor», que se celebra en Maputo en marzo de 2006, y en el marco del cual se genera un documento de compromisos conocido como la «Declaración de Mozambique»<sup>8</sup>. No obstante, la naturaleza de red, las condiciones de funcionamiento de la misma y el apoyo financiero para hacerlo posible no comienzan a clarificarse hasta finales de 2006. En el II Encuentro de Mujeres Africanas y Españolas que tiene lugar en Madrid en marzo de 2007 que-

<sup>8</sup> El texto completo de esta declaración está disponible en <http://www.madrid2007.org>.

da establecido que esta red estará constituida por las mujeres africanas y españolas que participaron en el I Encuentro de Maputo y podrán ser miembros todas aquellas mujeres e instituciones públicas y privadas que compartan los objetivos de la red. Estos objetivos se resumen en:

- Contribuir al empoderamiento de todas las mujeres.
- Promover el diálogo y el mutuo conocimiento entre mujeres africanas y españolas.
- Mejorar la contribución de las políticas de cooperación internacional para el desarrollo a favor de la igualdad de género y los derechos humanos de las mujeres.
- Desarrollar estrategias para promover iniciativas conjuntas entre las diversas redes.
- Actuar sobre las políticas multilaterales de la Unión Africana y de la Unión Europea, así como sobre las respectivas políticas nacionales.
- Abrir espacios y vínculos con organizaciones y movimientos de mujeres de otras regiones como América Latina y la región euromediterránea.

Queda establecido además que la estructura de la red esté conformada por:

- a) La presidencia española y mozambiqueña, que darán respaldo y visibilidad política a la red, convocarán la reunión anual en el marco de los «Encuentros Internacionales de Mujeres Españolas y Africa-

nas por un mundo mejor» y proporcionarán los recursos necesarios para su funcionamiento.

- b) Una entidad gestora que impulsará la programación y recursos anuales puestos a disposición de la red, garantizará su funcionamiento operativo y rendirá cuentas anualmente sobre los avances de la red.
- c) Un Comité de Coordinación, con carácter rotatorio para cada período, encargado de elaborar un plan de trabajo anual, analizar el funcionamiento de la red a través de la web y elaborar un informe anual, formulando propuestas o recomendaciones para ser incluidas en la Declaración de cada Encuentro Anual.
- d) Una serie de Grupos Temáticos, que contarán con una coordinadora sectorial designada por el Comité de Coordinación y que identificará documentos e iniciativas que resulten interesantes para cada Grupo Temático, siguiendo las resoluciones adoptadas.

Volviendo al ámbito específico de la salud sexual y reproductiva, la primera «Declaración de Mozambique» adoptada en Maputo, planteó tres objetivos claros de cara al siguiente encuentro: crear un grupo de trabajo que analizara las posibilidades de suscribir acuerdos con las compañías farmacéuticas para la fabricación y distribución de antirretrovirales genéricos de bajo coste, crear un grupo de trabajo para elaborar un informe con programas concretos para mejorar la salud materno-infantil y organizar, a través

de la red de mujeres, una campaña de distribución masiva de profilácticos con el fin de evitar enfermedades de transmisión sexual.

Como seguimiento al segundo de estos compromisos se celebra, de nuevo en Maputo a finales de diciembre de 2006, un Grupo de Trabajo de Salud del que se extrae un informe con recomendaciones y propuestas de programas concretos para la mejora de la salud materno-infantil y la sexual-reproductiva en el continente africano<sup>9</sup>. Expertos y expertas procedentes tanto de agencias internacionales como del Ministerio de Salud y las ONG de Mozambique, así como ONG y representantes de la cooperación española llegaron a un consenso sobre la necesidad de apoyar programas de fortalecimiento de las capacidades de planificación, implementación, seguimiento y evaluación sectorial de políticas de salud sexual y reproductiva y lucha contra mortalidad materna, específicamente en lo que se refiere al Plan de Acción de Maputo y las Hojas de Ruta nacionales para acelerar la reducción de la mortalidad materna. Además, resaltaron la urgencia de impulsar la participación social y el fortalecimiento de la sociedad civil en la lucha contra la mortalidad materno-infantil apoyando programas para: a) incrementar el acceso a servicios de salud materna y neonatal; b) reposicionar la planificación familiar dentro de la

APS; c) integrar los derechos y la salud sexual y reproductiva y la lucha contra el VIH/sida; d) promover la salud sexual y reproductiva y la prevención de embarazos en adolescentes y jóvenes; e) detectar y tratar precozmente el cáncer de cuello uterino; f) realizar investigación aplicada sobre aspectos relacionados con la salud materno-infantil y la salud sexual y reproductiva.

En la línea con lo mencionado hasta ahora, la «Declaración de Madrid sobre mujeres y desarrollo»<sup>10</sup>, adoptada en 2007, vuelve a recoger la salud sexual y reproductiva como uno de los aspectos importantes en los que seguir invirtiendo y apostando. De una forma más general quizás que en la declaración precedente, se asume el compromiso de desarrollar programas e iniciativas conjuntas para garantizar el acceso de las mujeres a los servicios públicos de salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva y se señala que se pondrán en marcha actuaciones específicas en función de las necesidades de cada país. Ello no debe impedir, no obstante, que esta iniciativa y los compromisos relacionados con la SSR que se generen a raíz de ella estén articulados dentro de la dirección programática de la cooperación española, es decir, vinculados con el Plan Director, la Estrategia de Salud, la Estrategia de Género, el Plan África, el programa VITA y los Planes-País, y al servicio de su implementación.

<sup>9</sup> Informe Final. Grupo de Trabajo de Salud. Reunión de Maputo. 14 y 15 de diciembre de 2006.

<sup>10</sup> El texto completo de esta declaración está disponible en <http://www.madrid2007.org>.

## 1.2. Cooperación descentralizada

### • Panorama general

Las Comunidades Autónomas han ido consolidándose paulatinamente como un importante actor de la cooperación española en el sector de la salud sexual y reproductiva. No obstante, esta presencia se ha materializado más a nivel financiero que político.

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio son marco de referencia todavía para muy pocas comunidades, únicamente Aragón, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y Valencia, los contemplan en su normativa. Por otro lado, solamente el País Vasco menciona los compromisos de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) dentro de su Plan Director y los utiliza para definir sus prioridades en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Como hemos mencionado, la ausencia casi total de referencias a los ODM y la CIPD no impide que la salud sexual y reproductiva sea una prioridad sectorial para muchas cooperaciones autonómicas, en términos de desembolsos de ayuda. Algunas autonomías, no obstante, han asumido un compromiso más decidido que otras, lo cual se ha visto plasmado en políticas más amplias e integrales, incluyendo no sólo aspectos como la salud materna o la lucha contra el VIH/sida, sino también cuestiones como la lucha contra el aborto inseguro,

la planificación familiar o las necesidades de los y las adolescentes.

Si bien la salud es una línea de trabajo importante para todas las CC AA, en el marco de las necesidades sociales básicas, no todas incluyen la salud reproductiva explícitamente en este sector. Muchas de aquellas que si lo hacen tampoco definen qué entienden por este concepto, con lo cual queda ciertamente abierta su interpretación. La salud sexual no siempre acompaña a la salud reproductiva, y sólo en el caso de Castilla-León, Castilla-La Mancha, Cataluña, La Rioja, Madrid y País Vasco se presta atención a ambos aspectos. Estas comunidades son las que más relevancia otorgan a la prevención y el tratamiento de las ITS o la educación e información sexual, además de la atención durante el embarazo o el parto y la planificación familiar.

El supuesto de Canarias es interesante porque a pesar de utilizar el término «salud materno-infantil» y no considerar el de salud sexual y reproductiva, su Plan Director desarrolla este primer concepto de forma muy amplia e incluye entre sus objetivos aspectos relacionados con el cuidado de la sexualidad y la reproducción como: fomentar la promoción de la atención sanitaria durante el embarazo y el parto, aumentar la capacitación de las parteras tradicionales y del personal sanitario, desarrollar la prevención y el tratamiento de las infecciones de transmisión sexual, incentivar el buen uso de los servicios de salud y de planificación familiar o luchar contra

las enfermedades transmisibles tropicales, con especial atención al VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

El Plan Director de la cooperación aragonesa y la madrileña, por su parte, hablan de salud reproductiva y salud materno-infantil a la vez, no siendo evidente la diferencia que aplican entre una y otra.

- *La salud y los derechos sexuales y reproductivos en las prioridades sectoriales de las cooperaciones autonómicas*

Dentro del grupo de comunidades que han aprobado una ley de cooperación, sólo dos, la catalana y la andaluza, reconocen específicamente la salud reproductiva. Canarias, aunque no la ha aprobado todavía, cuenta con un anteproyecto de ley de cooperación <sup>11</sup>, en cuyo articulado se recoge al sector salud como primera prioridad sectorial y se apuesta explícitamente por la salud sexual y reproductiva.

Descendiendo a los planes de cooperación, encontramos que Aragón, Canarias, Cataluña, Castilla-La Mancha, Extremadura, Galicia, La Rioja, Madrid, País Vasco, y Valencia también reconocen la salud sexual y reproductiva como un sector de lucha contra la pobreza, bien directamente o bien a través de la mención a aspectos como la salud ma-

terno-infantil o el VIH/sida. No obstante, pocos documentos evidencian un enfoque integral de salud y derechos sexuales y reproductivos que incluya elementos preventivos como la educación sexual o el acceso a métodos anticonceptivos, siendo Cataluña, el País Vasco, La Rioja y Castilla-La Mancha las únicas excepciones a esta regla.

Asturias es la única comunidad autónoma que no menciona estos temas en su Plan Director y en relación a las tres CC AA que no cuentan con Ley ni Plan Director y continúan orientando sus actuaciones través de bases reguladoras, sólo Castilla y León hace referencia a la salud reproductiva como parte de la atención primaria de salud. Murcia lo hace de forma indirecta al considerar entre sus criterios de valoración para la adjudicación de subvenciones la atención a los sectores planteados por el CAD, entre los que se encuentra el de población y SSR. Cantabria por su parte, al igual que Asturias, no hace referencia alguna a la salud o los derechos sexuales y reproductivos, ni siquiera a la mortalidad materna o en lucha contra el VIH.

Las aproximaciones más integrales a la sexual y reproductiva las encontramos por tanto en la cooperación de Cataluña, País Vasco, La Rioja y Castilla-La Mancha. En el primer caso, la mejora de la salud reproductiva se concreta en el Plan

<sup>11</sup> Anteproyecto de Ley Canaria de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Gobierno de Canarias. Versión 2 (16/06/06).

Director 2007-2010<sup>12</sup> de la cooperación catalana en una serie de productos y resultados, que engloban tanto a servicios básicos de salud reproductiva, incluidos los de planificación familiar y educación sexual, como campañas de información y sensibilización sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS) y VIH/sida. En cuanto a resultados, el plan catalán es el más avanzado dentro de la normativa regional. Esto se refleja en un mayor compromiso hacia la consecución de resultados visibles en la mejora de la salud sexual y reproductiva de las poblaciones de los países en desarrollo, incluyendo entre ellos:

- Haber promovido la existencia, el funcionamiento, el acceso y el uso de los servicios básicos de salud sexual y reproductiva como servicios públicos dirigidos a hombres y mujeres, con atención especial a los y las adolescentes y a los problemas de salud sexual que generen más mortalidad.
- Haber contribuido a la mejora de la salud materno-infantil en todas las fases del ciclo del embarazo, parto y puerperio asegurando unos servicios de control, prevención y atención adecuados.
- Haber contribuido a la mejora de la salud infantil, especialmente de los y las menores de 5 años, asegurando el control y la prevención de enfermedades a través del seguimiento de la estrategia de AIEPI (Atención Integral de

Enfermedades Prevalentes en la Infancia) impulsada por la OMS.

- Haber contribuido a abordar las prácticas tradicionales y convencionales perjudiciales para la salud y la sexualidad de las mujeres y las menores.
- Haber contribuido al fortalecimiento de las capacidades de investigación, gestión y vigilancia de los sistemas de salud por los que atienden estas enfermedades.
- Haber contribuido a aumentar el control, la prevención y el tratamiento adecuado de las enfermedades infecciosas graves priorizadas y de las enfermedades olvidadas.

Por otro lado, la cooperación catalana es la única que hace referencia a una problemática tan importante como es la del aborto y la mortalidad asociada a su realización en condiciones inseguras.

En el caso de La Rioja, se presta especial atención a «la prevención y tratamiento de enfermedades infecciosas, la reducción de la mortalidad materna e infantil y otros ámbitos vinculados al cuidado de la salud como la educación, la nutrición o el medio ambiente». En el apartado de objetivos de la cooperación riojana se apuesta por:

- El aumento de las personas con acceso a la atención primaria.
- El aumento de las mujeres con acceso a programas de salud reproductiva.

---

<sup>12</sup> Resolución 1699/VI, de 19 de febrero de 2003, sobre el Plan Director de Cooperación al Desarrollo 2003-2006. DOGC, núm. 3872 - 28/04/2003. Parlamento de Cataluña.

- La puesta en marcha de programas de educación para la salud, especialmente los relativos al control de ETS, incluido el sida, entre los jóvenes.

Castilla-La Mancha incluye entre sus prioridades el control de enfermedades infecciosas, incluido el VIH/sida, la atención en salud reproductiva y la planificación familiar y cabe destacar el hecho de que sólo La Rioja y Cataluña identifican especialmente a los jóvenes como un grupo prioritario para trabajar temas ligados a la SDSR, siendo recomendable que otras CC AA avancen en este mismo sentido.

El resto de políticas regionales sólo incluyen en sus prioridades sectoriales la «salud materno-infantil» o la «lucha contra el VIH/sida» —Aragón, Galicia y Canarias ilustran este caso— o bien no incorporan ningún aspecto de los derechos y la salud sexual y reproductiva entre sus prioridades de cooperación como es el caso de Asturias, Islas Baleares, Cantabria y Navarra. Las Islas Baleares y Navarra mencionaron estos elementos en sus órdenes de convocatoria en años anteriores pero actualmente éstas no se mantienen. Es importante que en estas CC AA se trabaje para hacer visible la necesidad de abordar estos temas, resaltando la relación que existe entre el desarrollo sostenible, la equidad de género y la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Por otro lado, si tomamos con referencia únicamente los derechos sexuales y reproductivos, observamos que estos

son obviados por regla general en las políticas autonómicas y no suelen aparecer ligados a la salud reproductiva. Una excepción es el caso del País Vasco, cuyo Plan Director 2004-2006 establece un área de derechos sexuales y reproductivos como sector prioritario, dentro de la línea de necesidades sociales básicas. Este sector aparece junto a otros como la educación, la salud básica o el saneamiento. Para concretar el contenido de esta área, el Plan Director vasco se apoya en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo integrando casi todos sus aspectos, especialmente:

- a) La atención a la salud sexual y reproductiva, entendiendo dentro de ella la atención durante el embarazo, parto y posparto; la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento de ETS; la información fidedigna y los suministros de planificación familiar o el apoyo y la respuesta activa frente a la violencia sexual.
- b) La educación sexual y la sensibilización dirigida a tomadores de decisiones, profesores y demás personas con capacidad de influencia.
- c) El fortalecimiento del movimiento de mujeres y sus organizaciones.
- d) La investigación, divulgación e intercambio, dirigido a hacer visible la problemática sexual y reproductiva, generar indicadores de base y de proceso, sensibilizar sobre las barreras sociales, culturales y económicas y apoyar la toma de decisiones autónomas por parte de las mujeres.

En relación con el enfoque de género, en cambio, casi todas las CC AA incluyen la igualdad entre hombres y mujeres como objetivo o eje transversal de sus intervenciones. Tal es el caso de Aragón, Asturias, Islas Baleares, Canarias, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, La Rioja, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia. Referencias a la «mujer» como un tema prioritario son hechas por Cantabria y Extremadura, y sólo Andalucía no incluye este tema como eje, aunque en su declaración de principios mencione la equidad entre sexos como derecho humano. Como caso destacable al que ya hemos hecho referencia más arriba, podemos mencionar a La Rioja, que al establecer la equidad de género como eje transversal, incluye en su definición a los derechos sexuales y reproductivos, además de establecerlos como prioridad sectorial de su política de cooperación.

Algunas CC AA apuestan por un enfoque basado en la Atención Primaria de Salud y dentro de ella contemplan la salud reproductiva o la salud sexual y reproductiva. Es el caso de Castilla y León, Madrid y Valencia. Sin embargo, dentro del marco de APS, la atención en salud reproductiva está centrada básicamente en la salud materna y en menor medida, en el control de enfermedades como el VIH/sida. Es por ello importante que las comunidades que apuesten por este modelo, se aseguren de que en él se incorporen además otros elementos de la salud sexual y reproductiva, especialmente aquellos que representen acciones de prevención

y respondan a las necesidades de hombres y mujeres de manera integral y durante todo el ciclo de vida.

- *Prioridades geográficas*

En líneas generales, las prioridades geográficas de las CC AA son bastante dispersas. Sólo siete CC AA establecen una lista de países prioritarios y en esos casos el rango de países incluidos varía entre 12 (Madrid) a 36 países (Valencia). Dado que el volumen de fondos que las CC AA destinan a actividades de cooperación resulta limitado, es recomendable que estas prioridades se concentren más y se procure coordinar esfuerzos para aumentar el impacto de sus aportaciones.

Para quienes establecen prioridades geográficas por países, la inclusión de Países Menos Adelantados varía. El menor porcentaje lo tiene el País Vasco (20%) y el más alto Castilla-La Mancha (50%). Con respecto al riesgo reproductivo, las CC AA que más priorizan a los países con alto o muy alto riesgo reproductivo son: Galicia, Cataluña, Castilla-La Mancha y Madrid, las que menos: Canarias, País Vasco y Valencia.

- *Apoyo a organismos multilaterales que trabajan en el ámbito de la SDR*

Como ya hemos mencionado al abordar la cuestión de la cooperación multilate-

ral española, hay dos comunidades que han comenzado en los últimos años a apoyar a organismos multilaterales que trabajan en SDR. Se trata del FNUAP y el Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria en el caso de Cataluña y de ONUSIDA en el caso de Extremadura. Sería muy apropiado que otras CC AA siguieran esta línea y pudieran comenzar a ampliar su colaboración con este tipo de organismos, como ha hecho recientemente el País Vasco al firmar un acuerdo de colaboración con ONUSIDA que incluye acciones de cooperación al desarrollo en países africanos. Es también fundamental que esta colaboración se realice de manera coordinada con el resto de autonomías y en coherencia con las estrategias de la cooperación estatal.

## II. SUECIA

### II.1. *Marco general*

La política de cooperación internacional sueca se enmarca en una tendencia integral de desarrollo global cuyo objetivo estratégico es asegurar la coherencia entre la acción interna y externa con el fin de promover un desarrollo equitativo y sostenible a nivel global. Su enfoque de cooperación al desarrollo está

basado, por un lado, en la perspectiva de derechos humanos, incluidos los derechos sexuales y reproductivos y especialmente los derechos de las mujeres y niñas, y por otro, en el enfoque de pobreza y desarrollo sostenible. Los ODM, por su parte, son reconocidos como elementos fundamentales de la agenda internacional para el desarrollo que debe orientar las acciones y facilitar la coordinación entre países.

Suecia es uno de los pocos países cuya Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) representa más del 0,7% de su Producto Nacional Bruto (PNB) y en esta línea busca promover que otros países donantes alcancen porcentajes similares. Desde hace unos años este país mantenía el compromiso de aumentar su AOD hasta el 1% del PNB, nivel que ha alcanzado por primera vez en 2006, según datos preliminares del CAD<sup>13</sup>. Por otro lado, según datos de esta misma fuente, Suecia destinó cerca del 42% de su AOD en salud en 2005 a programas de salud sexual y reproductiva, siendo éste el subsector más importante, por delante de la salud básica y la salud general.

El marco general de la cooperación sueca está definido en el documento «Responsabilidad compartida: Política Sueca para el Desarrollo Global»<sup>14</sup> aprobado en 2003. Dicho documento

<sup>13</sup> Development aid from OECD countries fell 5.1% in 2006, CAD. <http://www.oecd.org/document/17/>.

<sup>14</sup> «Shared Responsibility: Sweden's Policy for Global Development». Declaración de Gobierno (Government Bill) presentada al Parlamento el 15 de mayo de 2003 y aprobada con modificaciones en diciembre de 2003.

no hace referencia a los compromisos adoptados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo (CIPD), aunque estos sí son reconocidos como marco de referencia dentro de la estrategia específica de salud y derechos sexuales y reproductivos<sup>15</sup>.

Para la política de cooperación sueca, las mujeres deben ser reconocidas como ciudadanas plenas, con los mismos derechos económicos, sociales, culturales, políticos y civiles que los hombres y con el derecho a decidir libremente sobre sus cuerpos, su reproducción y su sexualidad. Este mismo documento considera el problema del VIH/sida, las complicaciones relacionadas con el embarazo o el parto y el aborto inseguro como algunos de los aspectos relacionados con la SSR que más afectan a los países en desarrollo.

A nivel sectorial, Suecia ubica como quinta prioridad de su cooperación al desarrollo la política de salud pública y de bienestar social, donde incluye la salud sexual y reproductiva y la lucha contra el VIH/sida. Los objetivos de esta área son:

- Apoyar esfuerzos para mejorar las capacidades de los países en desarrollo para asumir la responsabilidad de brindar sistemas equitativos de bienestar social y atención de salud.

- Insistir en que se tomen medidas internacionales intensas para prevenir y limitar la expansión del VIH/sida y aliviar sus consecuencias.
- Continuar jugando un papel de liderazgo en los temas relacionados con la salud sexual y reproductiva y los derechos asociados.
- Trabajar para incrementar la disponibilidad de medicamentos a precios razonables en los países en desarrollo.

El documento base de la política sueca de cooperación hace referencia constantemente a los países más pobres, pero no establece prioridades geográficas concretas. No obstante, del análisis de las Estrategias País desarrolladas por el Ministerio de Relaciones Exteriores, hemos podido concluir que, además de los países de Europa del Este, que se incorporan dentro de la cooperación sueca a partir de 2004, hay 20 países que han recibido ayuda al desarrollo de Suecia en los últimos tres años. De ellos, sólo 25 (76%) son parte de la relación de países receptores del CAD<sup>16</sup> y sólo nueve son considerados Países Menos Adelantados, lo que representa un escaso 28% del total. Cabe destacar, sin embargo, que la mayoría de estos países menos adelantados están en el grupo de los 10 países que más ayuda han recibido de la cooperación sueca en el período 2003-2004, con lo cual podemos deducir que se intenta priorizar

---

<sup>15</sup> Sweden's International Policy on Sexual and Reproductive Health and Rights», 2006.

<sup>16</sup> Se incluyen entre estos 25 a Bielorrusia y Kosovo.

CUADRO 4. Distribución de países prioritarios de la cooperación sueca

País <sup>17</sup>	Nivel de Desarrollo		Nivel de Riesgo Reproductivo
	Lista CAD 2003-2004	Lista CAD 2005-2007	
D. R. Congo	Menos Desarrollado		No evaluado
Tanzania	Menos Desarrollado		Muy Alto Riesgo
Mozambique	Menos Desarrollado		Muy Alto Riesgo
Rusia	AO <sup>18</sup>	No incluido	Muy Bajo Riesgo
Afganistán	Menos Desarrollado		No evaluado
Etiopía	Menos Desarrollado		Muy Alto Riesgo
Nicaragua	Ingreso Bajo		Alto Riesgo
Uganda	Menos Desarrollado		Muy Alto Riesgo
Territorios Palestinos	Ingreso Medio Bajo		No evaluado
Serbia y Montenegro	Ingreso Medio Bajo		No evaluado
Vietnam	Ingreso Bajo		Bajo Riesgo
Bosnia y Herzegovina	Ingreso Medio Bajo		No evaluado
Ucrania	AO	Ingreso Medio Bajo	Bajo Riesgo
Turquía	Ingreso Medio Bajo	Ingreso Medio Alto	Riesgo Moderado
Irak	Ingreso Medio Bajo		Alto Riesgo
India	Ingreso Bajo		Alto Riesgo
Sudáfrica	Ingreso Medio Bajo	Ingreso Medio Alto	Riesgo Moderado
Bielorrusia	AO	Ingreso Medio Bajo	Bajo Riesgo
Sri Lanka	Ingreso Medio Bajo		Bajo Riesgo
Tailandia	Ingreso Medio Bajo		Bajo Riesgo
Camboya	Menos Desarrollado		Alto Riesgo
Kosovo	No incluido		No evaluado
Albania	Ingreso Medio Bajo		Bajo Riesgo
Moldavia	Ingreso Bajo		Bajo Riesgo
Croacia	Ingreso Medio Alto		Muy Bajo Riesgo
Kenya	Ingreso Bajo		Alto Riesgo
Somalia	Menos Desarrollado		Muy Alto Riesgo
Filipinas	Ingreso Medio Bajo		Riesgo Moderado
Timor Oriental	Menos Desarrollado		No evaluado
Estonia	AO	No incluido	Muy Bajo Riesgo
Letonia	AO	No incluido	Muy Bajo Riesgo
Lituania	AO	No incluido	Muy Bajo Riesgo
Indonesia	Ingreso Bajo	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado

<sup>17</sup> Los diez primeros países son los primeros 10 países receptores para el período 2003-2004 según el CAD.

<sup>18</sup> En la Lista del CAD de 2003-2004 se incluía una lista de Países y Territorios en Transición, que no se consideraban como receptores de AOD sino de Ayuda Oficial (AO).

la ayuda hacia un número reducido de PMAs. Con respecto al índice de riesgo reproductivo, aunque hay algunos países que no pueden ser evaluados al ser territorios de conflicto o no existir datos, es destacable que sólo diez países receptores se encuentran dentro de la categoría de riesgo reproductivo alto o muy alto.

A nivel multilateral, Suecia considera a la ONU como un foro político incompatible para impulsar el trabajo en SDSR, y asegurar que la salud y los derechos sexuales y reproductivos estén incluidos en el plan coordinado de desarrollo. En este marco, Suecia apoya las actividades de UNFPA, dado su papel central en la implementación de la agenda de El Cairo y si bien no forma parte de los Grupos Regionales que conforman el Comité Ejecutivo de este organismo, constituye el cuarto donante más importante de esta agencia de Naciones Unidas, después de Reino Unido y Países Bajos. Asimismo, este país participa activamente en ONUSIDA, cuyo Programa de Coordinación preside y colabora con instituciones como la OMS, UNICEF, el Comité CEDAW, el Comité para los Derechos del Niño, UNIFEM, la UNESCO, que cuenta con una iniciativa global para la educación en VIH/sida, y la UNODC que combate el tráfico de seres humanos y el consumo de drogas.

Dentro del Banco Mundial, Suecia colabora con el distrito Nórdico-Báltico y otros países de cultura similar para asegurar que las actividades de esta institución estén basadas tanto en una perspectiva de pobreza como en una perspectiva de derechos. El diálogo entre el gobierno de Suecia y el Banco Mundial acerca de los puntos de vista y el posicionamiento de este país con respecto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos es también parte de la reforzada agenda de cooperación entre ambas instituciones.

La política sueca no menciona específicamente al Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, aunque su participación en este organismo ha sido activa tanto en el plano político como en el financiero. A través de su Embajador en VIH/sida, Suecia presidió en 2004 el «Point Seven»<sup>19</sup>, conjunto de países que forman parte de la directiva del Fondo. Además, ha promovido acciones dirigidas a potenciar este organismo, como la primera reunión para la complementación de fondos<sup>20</sup>, mecanismo establecido para responder a las brechas de financiamiento y asegurar su sostenibilidad.

Es interesante destacar la participación de Suecia, especialmente a través de la OMS, en la promoción de los intereses de los países en desarrollo en relación

---

<sup>19</sup> El «Point Seven» está conformado por: Noruega, Dinamarca, Irlanda, Luxemburgo, Holanda y Suecia.

<sup>20</sup> «The Global Fund first replenishment meeting», llevada a cabo en Estocolmo en marzo del 2005, auspiciada por el Gobierno sueco.

con los medicamentos, así como en la investigación de vacunas contra el VIH/sida. Concretamente, mediante fondos de investigación de la cooperación se financian los estudios de un grupo de investigadores suecos afectados por la enfermedad del sida, en búsqueda de una posible vacuna. Por otro lado, desde el sector privado, la cadena farmacéutica Apoteket está involucrada en el desarrollo de estándares para medicamentos para el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

## 11.2. *La Estrategia sueca de Cooperación al Desarrollo en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*

La Estrategia sueca de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos coloca a este país como uno de los principales líderes del compromiso con este sector de la lucha contra la pobreza. Como hemos visto arriba, este liderazgo se denota igualmente a nivel multilateral al constatar su fuerte presencia, no sólo en términos de contribución sino también de participación política, en organismos como el Fondo de Población de las Naciones Unidas u ONUSIDA.

Esta Estrategia, vigente desde febrero del 2006, toma como punto de partida los resultados de las Conferencias Internacionales de Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y sobre la Mujer (Beijing, 1995), a pesar de que el propio documento critica fir-

memente que, diez años después de la adopción de estos acuerdos, se hayan conseguido escasos logros en su implementación.

La primera sección del documento estratégico de salud y derechos sexuales y reproductivos establece cuáles son los conceptos que inspiran la cooperación sueca en este ámbito. La salud sexual y la salud reproductiva son definidas por separado, en la consideración de que el propósito de la sexualidad no es únicamente la reproducción. El enfoque que inspira todo el documento es un enfoque de ciclo vital que no sólo se ciñe a la edad fértil o a la planificación familiar, sino que considera la actividad sexual a lo largo de toda la vida, abarcando factores como la salud mental o las consecuencias relacionadas con las diferencias de género.

En este marco, una buena salud sexual es definida como *«igualdad de oportunidades, derechos y condiciones para que las personas sean capaces de aceptar y tener una actitud positiva hacia su sexualidad y decidir acerca de sus propios cuerpos»*. En la línea de lo establecido en El Cairo, la salud reproductiva se refiere a *«la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia»*. No obstante, la cooperación sueca amplía un poco más este concepto al considerar incluido también el derecho al aborto legal de todas las mujeres.

Basándose en el párrafo 96 de la Plataforma de Acción de Pekín, el gobierno sueco destaca que *«los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control y decidir libre y responsablemente respecto a los asuntos relacionados con su sexualidad, incluyendo la SDSR, libres de coerción, discriminación o violencia»*. Este párrafo es interpretado por Suecia como la definición de los Derechos Sexuales de las Mujeres. Más allá de esto, el Gobierno de Suecia entiende que los Derechos Sexuales significan que *«todos los seres humanos, con independencia de su sexo, edad, etnia, discapacidades, identidad de género u orientación sexual, tienen derecho a su propio cuerpo y su sexualidad»*, definición que incluye el principio general de no discriminación.

En cuanto a los derechos reproductivos, la estrategia reconoce *«el derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre estos y a disponer de la información y de los medios para ello y el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva»* (CIPD, El Cairo 1994). A esta definición, Suecia suma el consenso acordado en la Convención de la ONU sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (CEDAW) que nos habla, con la equidad de género como base, del derecho a *«decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento y el tiempo entre los embarazos, así como*

*el acceso a la información, la educación y todos los medios necesarios para ser capaces de ejercer este derecho»*.

Esta forma de entender la salud y los derechos sexuales y reproductivos se traduce en 13 áreas o sectores prioritarios impulsados desde la cooperación sueca: a) empoderamiento de las mujeres y las niñas para el desarrollo de la sociedad y de sus propias vidas; b) salud y derechos de los y las jóvenes; c) el papel y la responsabilidad de los hombres en la promoción de la igualdad de género; d) atención a personas homosexuales, bisexuales y transexuales (GLBT); e) violencia de género y explotación sexual; f) prostitución y tráfico de seres humanos con fines sexuales; g) cuidados maternos; h) cuidados neonatales; i) acceso a anticonceptivos; j) aborto legal y seguro; k) VIH, sida e ITS; l) educación y diálogo sobre sexualidad y reproducción; m) desarrollo de capacidades.

Observamos, por tanto, que las prioridades de la cooperación sueca en este ámbito son bastante amplias siendo éste, el único país que hace referencia expresa a las necesidades del colectivo GLBT dentro de los sectores prioritarios de su cooperación.

En cuanto al trabajo con los y las jóvenes, a los que la política sueca considera receptores de cuidados e información, y también sujetos activos y agentes con capacidad para manejar información y conocimientos, se potencian sobre todo las siguientes líneas de acción: a) forta-

lecimiento de la posición de los y las jóvenes a través de iniciativas que animen al diálogo y que les impliquen en los debates y decisiones que afectan a sus vidas; b) acceso a servicios de SSR de calidad, que sean abiertos y amigables hacia los jóvenes<sup>21</sup>, y c) educación y difusión de información para los y las jóvenes sobre la desigual división de poder entre hombres y mujeres, sobre sexualidad y relaciones personales, sobre reproducción y sobre prevención de la infección por VIH.

Muy relacionados con el colectivo joven, aunque no sólo, están los intereses de la cooperación sueca por aumentar el conocimiento de la población sobre las ITS, el VIH/sida, los embarazos no deseados, los abortos inseguros y otros asuntos relacionados con las estructuras de poder basadas en el género, la orientación sexual y la identidad de género. Desde este enfoque, se apoyan dos tipos de estrategias, unas dirigidas a la integración de la educación sexual en los sistemas educativos y otras a la disponibilidad y el acceso a información correcta por parte de los y las jóvenes.

Es, asimismo, un acierto la importancia que se concede al papel y la responsabilidad de los hombres en la promoción de la igualdad de género. Desde esta perspectiva se intenta sobre todo promover la igualdad de género y cuestio-

nar las estructuras de poder basadas en el género, así como apoyar medidas que involucren a los hombres y los niños en la responsabilidad de promover la igualdad de género. La estrategia de SDSR considera igualmente que las tradiciones dañinas y las costumbres, como las mutilaciones genitales femeninas, son graves violaciones de los derechos de las mujeres y las niñas y por tanto dichas prácticas no pueden ser disculpadas o excusadas en base a preceptos culturales o religiosos. En este sentido, Suecia reitera expresamente que aunque las costumbres tienen que ser entendidas y manejadas en sus contextos socioculturales específicos, es especialmente importante apoyar la implementación y seguimiento de aquellas leyes y acuerdos internacionales, regionales y nacionales que prohíben las tradiciones y costumbres dañinas. Por otro lado, concretamente en el caso de las mutilaciones genitales femeninas (MGF) y la lucha contra el tráfico de personas, Suecia ha desarrollado documentos específicos<sup>22</sup> previos que abordan en profundidad estas cuestiones tanto a nivel internacional como nacional.

Por otro lado, Suecia es el país que dedica mayor atención a la lucha contra la violencia de género, la explotación sexual, la prostitución y el tráfico de personas con fines sexuales dentro de su

<sup>21</sup> Traducción de «youth-friendly».

<sup>22</sup> «Poverty and Trafficking in Human Beings: A strategy for combating trafficking in human beings through Swedish international development cooperation», 2003.

política de cooperación en SDSR. Desde ahí impulsa programas que trabajen las causas subyacentes y otros factores que influyen en la violencia de género y que presten apoyo a las víctimas de violencia, tanto desde la perspectiva médica como psicosocial. Asimismo, potencia los esfuerzos nacionales y locales para combatir las costumbres dañinas y las tradiciones que están relacionadas y afectan a la salud sexual y reproductiva y favorece la implementación y seguimiento de la *Resolución 1325 del Consejo de Seguridad de la ONU (2000) sobre las mujeres, la paz y la seguridad*.

En la lucha contra la prostitución, Suecia se define dentro del posicionamiento «abolicionista» y promueve acciones encaminadas a: a) animar a otros países a introducir leyes que prohíban la compra de servicios sexuales, b) fortalecer la posición económica, política, legal y social de los niños y las niñas para reducir el riesgo de caer en la prostitución, c) implementar esfuerzos y medidas focalizadas en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y los niños/as explotados con fines de prostitución, en los cuales la clave de atención se centre en el acceso a condones, a cuidados de salud, asesoramiento y abortos legales y seguros.

Como es lógico la salud materna y la lucha contra el VIH/sida también son ejes centrales de la política sueca de cooperación en SDSR. Tras hacerse eco de los pocos avances conseguidos en la lucha contra la mortalidad materna en los últi-

mos 20 años, la estrategia apuesta por: a) apoyar los esfuerzos para mejorar los sistemas sanitarios; b) dar una elevada prioridad a las políticas de desarrollo, investigación y acceso a cuidados maternos de calidad, que incluyan protocolos de referencia eficientes para dar una completa atención obstétrica de emergencia, así como atención cualificada y tratamiento a las mujeres VIH positivas y sus hijos/as; c) formar al personal, especialmente matronas y otros profesionales de la salud, en obstetricia, cirugía y anestesia; d) apoyar los esfuerzos para que los abortos seguros y legales estén disponibles para todas las mujeres; e) apoyar actividades que pongan su atención en las complicaciones del parto, incluyendo la fístula obstétrica, y en el cuidado de las mujeres afectadas.

El documento también apuesta especialmente por la lactancia materna y por promover la atención al neonato a través de esfuerzos orientados a mejorar la calidad del cuidado en el momento del parto y en el período neonatal, así como fomentar la lactancia materna temprana y a largo plazo, junto con iniciativas que permitan a las mujeres combinar el trabajo con dicha lactancia y apoyar la disseminación del conocimiento sobre estrategias eficaces para prevenir la transmisión del VIH a los recién nacidos y los bebés.

Al abordar la problemática de la salud materna, el Gobierno sueco no es ajeno al impacto del aborto inseguro sobre la mortalidad y la morbilidad de mujeres.

De hecho, se compromete a apoyar esfuerzos para hacer que el aborto esté disponible de forma segura y legal para todas las mujeres, así como para prevenir los abortos inseguros y dar tratamiento a las mujeres que los hayan sufrido. Las estrategias que se priorizan para ello se enfocan hacia una ampliación de la gama de anticonceptivos disponibles, un mayor acceso a equipamiento para realizar abortos quirúrgicos y médicos y un mayor número de servicios de atención eficientes con personal cualificado.

Asimismo, se considera que el acceso a información y a los diferentes tipos de métodos anticonceptivos, incluidos los condones, es vital para que las personas tengan oportunidad de tener una vida sexual segura y puedan determinar si quieren tener hijos y cuándo tenerlos. En este sentido, la cooperación sueca orienta sus prioridades a apoyar la construcción de sistemas nacionales sostenibles para la compra, distribución y control de métodos anticonceptivos de buena calidad a un precio accesible, así como para ofrecer asesoramiento a adultos y jóvenes sin importar su sexo y apoyar la compra y distribución de métodos de anticoncepción de emergencia y tratamientos de Profilaxis Post-Exposición (PEP).

El trabajo preventivo y de apoyo a las personas VIH positivas, así como la atención y tratamiento del VIH y el sida

son otros de los aspectos importantes del trabajo de Suecia para promocionar la salud y los derechos sexuales de las personas. En esta área estratégica, el gobierno sueco pone énfasis sobre las siguientes líneas de acción:

- Apoyar esfuerzos para aumentar la responsabilidad de los hombres en la promoción de la equidad de género y en la protección frente al VIH/sida.
- Apoyar el derecho a la atención e información para todos —incluida la atención y la información accesible a los jóvenes— para que todas las personas puedan tener una vida sexual positiva y responsable, incluidas las personas afectadas por la enfermedad.
- Luchar por sistemas de atención sanitaria que no estigmaticen a los jóvenes, que funcionen de manera amigable con ellos<sup>23</sup> y que puedan integrar medidas preventivas, tratamiento y atención para el VIH, el sida y otras ITS en todos los niveles.
- Aumentar los esfuerzos para asegurar que las medidas relacionadas con el VIH/sida formen parte de todos los servicios de salud sexual y reproductiva y se les dé una elevada prioridad en los sistemas de salud pública.
- Apoyar los esfuerzos orientados a reducir el riesgo de infección en mujeres casadas y hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres.

<sup>23</sup> Traducción de «function-friendly».

- Asegurar que las mujeres embarazadas y sus parejas tengan acceso a asesoramiento y pruebas diagnósticas de ITS —incluido el VIH/sida— y donde sea necesario, esto se combine con la adecuada oferta de tratamiento y fármacos inhibidores.

Finalmente, aunque no por ello menos importante, la estrategia dedica una línea concreta al desarrollo de capacidades básicas y estructurales a nivel sanitario, legal, educativo y de investigación. En el ámbito sanitario, por ejemplo, se apoyan acciones dirigidas a fortalecer los sistemas de salud, la formación de personal o la creación de incentivos para que el personal de enfermería permanezca en los servicios de salud, mientras que en el ámbito legal, se anima a los países a que legalicen el aborto, se apoyan reformas legales orientadas a promover la SDSR de todas las personas así como la formación de expertos legales, policía, jueces, abogados defensores y fiscales (procuradores) en derecho civil y derechos políticos, y se promueven políticas para la abolición de las leyes que permiten las prácticas y tradiciones dañinas.

Suecia define por tanto, de forma exhaustiva hacia dónde quiere orientar sus esfuerzos, lo cual es imprescindible para conseguir una ayuda al desarrollo eficaz y eficiente. En este marco, por ejemplo, el apoyo a la formación de matronas y la apuesta por la lactancia materna son dos aspectos que nos parecen de gran importancia al igual que la pro-

moción del aborto legal y el fortalecimiento de los servicios necesarios para ello.

En relación a cuestiones como la defensa de los derechos de las personas GLTB o la lucha contra la prostitución y el tráfico de personas con fines sexuales, es destacable que la política sueca sea la única que recoge estos temas como prioridades sectoriales dentro de sus líneas de actuación en SDSR. En cambio, se echa en falta una apuesta específica por el fortalecimiento de la sociedad civil que no está tan visible y presente a lo largo del documento.

En términos generales, observamos que la cooperación sueca cuenta con un alto y amplio grado de definición de prioridades en salud y derechos sexuales y reproductivos, poco común en el resto de políticas europeas analizadas. Es un factor muy positivo que este país cuente con un documento específico en este ámbito y que éste se articule sobre una acertada integración de las cuestiones de género, los derechos humanos y los aspectos de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción.

### III. DINAMARCA

#### III.1. *Marco general*

La política de cooperación danesa tiene como objetivo enfrentar los retos que la globalización plantea en términos de

desigualdad en las condiciones de vida entre países pobres y ricos. En este marco, la reducción de la pobreza es la misión fundamental de la ayuda al desarrollo de Dinamarca y los Objetivos de Desarrollo del Milenio están ubicados en el primer lugar de prioridad de su política de cooperación.

Dinamarca es uno de los países europeos que mayor nivel de esfuerzo presupuestario realiza en el ámbito de la cooperación al desarrollo. De acuerdo con los datos del CAD, el porcentaje del PNB dedicado a AOD en 2006 fue del 0,80%<sup>24</sup> y al igual que Suecia, tiene entre sus objetivos promover un compromiso firme de todos los países donantes con la obligación de destinar el 0,7% del PNB a Ayuda Oficial al Desarrollo.

Las líneas generales de la cooperación danesa de los últimos tres años se han guiado por dos documentos, uno de ellos denominado «Un mundo de diferencia. La Visión del Gobierno para las Nuevas Prioridades en la Ayuda al Desarrollo Danesa 2004-2008»<sup>25</sup> que no llegó a aplicarse en su totalidad, y otro más reciente, promovido por el gobierno de centro-derecha que gana el poder en el año 2005, llamado «Globalización y Progreso Mediante la Asociación: Prioridades del Gobierno

Danés para la Ayuda al Desarrollo Danesa 2006-2010»<sup>26</sup>. Los compromisos acordados en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo no se mencionan en ninguno de estos documentos, aunque sí aparecen como marco de referencia en documentos sectoriales específicos como la estrategia de género y la estrategia de salud y derechos sexuales y reproductivos.

El documento vigente incorpora específicamente como primera área de acción la promoción de los ODM, especialmente en África. Dentro de ese marco se presta una atención especial a la lucha contra el VIH/sida y al fortalecimiento de las capacidades del sector salud de los países en desarrollo, atención que se traduce en apoyo presupuestario concreto.

A nivel geográfico, Dinamarca es el país que aplica más seriamente el principio de concentración de la ayuda, dirigiéndose únicamente a 15 países, fundamentalmente africanos y Países Menos Adelantados. En esta misma línea, la mayoría de los socios de la cooperación danesa son países considerados dentro del grupo de alto o muy alto riesgo reproductivo. Es interesante también señalar que el documento 2006-2010 marca como objetivo la identificación de un

<sup>24</sup> Development aid from OECD countries fell 5.1% in 2006, CAD. <http://www.oecd.org/document/17/>.

<sup>25</sup> «A World of Difference: The Government's Vision for New Priorities in Danish Development Assistance 2004-2008». Royal Danish Ministry of Foreign Affairs, junio de 2003.

<sup>26</sup> «Globalisation: Progress through Partnership. Priorities of the Danish Government for Danish Development Assistance 2006-2010», Royal Danish Ministry of Foreign Affairs, agosto de 2005.

CUADRO 5. *Distribución de países prioritarios de la cooperación danesa*

País	Nivel de Desarrollo	Nivel de Riesgo Reproductivo
Tanzania	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Mozambique	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Ghana	Ingreso Bajo	Alto Riesgo
Uganda	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Vietnam	Ingreso Bajo	Bajo Riesgo
Bangladesh	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Bolivia	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo
Burkina Faso	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Benin	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
Zambia	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
Nicaragua	Ingreso Bajo	Alto Riesgo
Kenya	Ingreso Bajo	Alto Riesgo
Nepal	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
Bután	Menos Desarrollado	No evaluado
Egipto	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado

nuevo país socio en África, que vendría a unirse a Tanzania, Mozambique, Ghana, Uganda, Vietnam, Bangladesh, Bolivia, Burkina Faso, Benin, Zambia, Nicaragua, Kenia, Nepal, Bután y Egipto.

En relación con la cooperación multilateral, Dinamarca aplica también una suerte de principio de concentración y prioriza en gran medida a aquellas agencias que juegan un rol estratégico en la promoción de la SDR. Las prioridades del Gobierno danés en este ámbito son bastante claras:

- Promover la SDR y la total implementación del Programa de Acción de El Cairo en foros internacionales, acuerdos y resoluciones.
- Continuar atrayendo más donantes y socios estratégicos a la coalición a favor de la SDR, con el objetivo de

asegurar un mayor compromiso político y financiero y reducir el movimiento de oposición.

- Continuar apoyando el liderazgo de la Unión Europea en la promoción de la SDR.
- Continuar influenciando a organizaciones políticas para que apoyen la SDR.
- Reforzar el diálogo sobre SDR en los Comités Ejecutivos de las Agencias de Naciones Unidas e igualmente entre ellas.
- Reforzar a las organizaciones de Naciones Unidas en el terreno para que mejoren la consecución de sus mandatos de cara a la SDR y la Agenda de El Cairo.
- Continuar el apoyo a ONG internacionales y regionales que trabajan en SDR, VIH/sida e igualdad de género.

- Enfatizar la necesidad de incluir la SDSR en las respuestas humanitarias a las situaciones de crisis.

En esta línea, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) es, sin duda, uno de los socios estratégicos del Gobierno danés, el cual ostenta actualmente la presidencia del Comité Ejecutivo de dicho organismo. Otros socios de la cooperación multilateral danesa que trabajan en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos son la OMS (en cuyo Comité Ejecutivo también figura este país como representante de región europea), UNICEF, ONUSIDA, PNUD o UNIFEM así como organizaciones como IPPF, la Alianza Internacional contra el Sida, Family Care International o la International Women's Health Coalition.

En el ámbito de la lucha contra el VIH/sida, el gobierno danés está involucrado con la Iniciativa 3x5, lanzada por la OMS y ONUSIDA en 2003, con el objetivo de hacer llegar tratamiento antirretroviral a 3 millones de personas antes de finales de 2005. Dinamarca ha apoyado financieramente la iniciativa desde el principio y ha promovido un mayor papel de la OMS como proveedor de asistencia técnica en el ámbito del tratamiento antirretroviral. Por otro lado, también se ha sumado a la estrategia «The Three Ones» que establece tres elementos necesarios y fundamentales para cualquier tipo de respuesta frente al VIH/sida a nivel de país: un marco general consensuado de actua-

ción que sirva de base para la coordinación entre los distintos actores, una autoridad u órgano nacional responsable de la coordinación general y un sistema general consensuado de seguimiento y evaluación.

Es interesante además destacar que la cooperación danesa, lejos de limitar su contribución multilateral al aspecto financiero, muestra un alto grado de implicación política en la defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. A título de ejemplo, la Estrategia de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos, a la que haremos referencia seguidamente, recoge expresamente la voluntad del Gobierno danés de trabajar con el Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria para que este organismo adopte una perspectiva más amplia en el uso de sus fondos e incorpore otros aspectos de la SDSR que merece la pena que sean tenidos en cuenta de forma integrada con el VIH/sida. También apuesta por apoyar a socios nacionales e internacionales como UNFPA e IPPF para que refuercen la integración de las acciones de prevención del VIH/sida con los servicios de salud reproductiva y viceversa (incluyendo asesoramiento y diagnóstico de VIH, gestión de ITS, planificación familiar y programas de prevención de la transmisión madre-hijo), asegurando que estos servicios sean complementarios y no competitivos.

Este tipo de posicionamiento es clave para impulsar una determinada forma de entender y de hacer cooperación en

salud y derechos sexuales y reproductivos, así como para garantizar que estas cuestiones no sean excluidas de la agenda de lucha contra la pobreza.

### III.2. *La Estrategia danesa de Cooperación al Desarrollo en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*

Dinamarca se encuentra, con Suecia, Bélgica y Reino Unido, entre el grupo de países europeos que ha desarrollado una estrategia específica de salud y derechos sexuales y reproductivos<sup>27</sup>. Esta estrategia, posterior a la de Género y a la de VIH/sida, incorpora muy fielmente los principios enunciados en los documentos sectoriales precedentes y da continuidad al trabajo allí iniciado. En su conjunto, consigue integrar los ODM con los compromisos acordados en el programa de Acción de El Cairo. Además, toma partido por enfoques concretos, prioriza unas acciones determinadas y no otras, e incluso define bien claramente quiénes serán los socios principales para la ejecución de la estrategia. Todo esto hace de este documento una propuesta política bastante completa e integral.

El concepto de derechos sexuales y reproductivos defendido por la cooperación danesa es similar al consensuado en la CIPD. La salud sexual y reproducti-

va se concibe como un derecho humano esencial que implica la capacidad de la persona de tomar sus propias decisiones en relación a su vida sexual y reproductiva y el derecho a acceder a los medios para hacerlas posibles, incluido el acceso a información y servicios de salud reproductiva y de interrupción del embarazo de forma segura y legal. En este punto, la estrategia remarca explícitamente el convencimiento del Gobierno danés acerca de la necesidad de que las mujeres tengan acceso a estos servicios de forma legal, aun dentro de la consideración de que el aborto no podrá ser promovido en ningún caso como método de planificación familiar. En esta línea, la estrategia puntualiza que el acceso a información y productos de anticoncepción es el medio más recomendable para evitar el aborto y empoderar a las mujeres.

Al igual que mencionábamos al hablar de la política sueca de SDSR, la estrategia danesa también distingue entre salud sexual y salud reproductiva. Además, señala expresamente que el concepto de derechos sexuales implica el reconocimiento de la homosexualidad, aunque no entra a abordar este tema con tanta profundidad como la estrategia sueca. Al mismo tiempo, se hace eco de los conflictos o controversias que acompañan a la sexualidad y la reproducción al señalar que las acciones en este ámbito deben basarse en el recono-

---

<sup>27</sup> «The Promotion of Sexual and Reproductive Health and Rights: Strategy for Denmark's Support». Ministry of Foreign Affairs of Denmark, 2006.

cimiento de las diferencias religiosas y culturales, dentro del marco universal de los derechos humanos, sin que éstos puedan servir como excusa para recortar la libertad individual de una mujer o sus derechos.

La cooperación danesa intenta, al menos en teoría, que todos sus esfuerzos en el ámbito de la salud sexual y reproductiva se lleven a cabo desde un enfoque integrado de derechos humanos, entendido como aquel que garantiza la participación, la inclusión y la responsabilidad. Desde ese punto de vista, considera a los estados como garantes de estos derechos, y por tanto portadores de la obligación de proteger a los ciudadanos de posibles violaciones de los mismos. La sociedad civil por su parte es considerada como un sujeto activo, y no sólo como receptor pasivo de servicios o beneficiario de programas, que debe ser fortalecido en su capacidad de exigir el cumplimiento de estos derechos.

Cinco son las áreas o líneas temáticas que se impulsan desde la cooperación danesa: a) promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres, b) mejora de la salud reproductiva, c) acceso de los y las jóvenes a información y servicios, d) integración de la respuesta contra el VIH/sida y la salud y los derechos sexuales y reproductivos y los ODM, e) investigación para la planificación y la acción.

En el apartado de la igualdad de género, la estrategia, además de asumir las

metas marcadas en el ODM 3 y dar continuidad a lo ya establecido en la estrategia de género, otorga una gran relevancia a las acciones de incidencia política y fortalecimiento de la sociedad civil como elementos clave para promover los derechos sexuales y reproductivos. En esta línea, la cooperación danesa opta por dirigirse fundamentalmente a: a) reforzar los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres mejorando la legislación, incrementando el conocimiento de la misma entre el público general y la administración y reforzando los sistemas de monitoreo legislativo; b) reforzar el compromiso político y público hacia la SDR de las mujeres a través de acciones de incidencia política dirigidas a agentes de decisiones responsables de la mejora del estatus de la mujer; c) apoyar a las ONG para cambiar las actitudes de la sociedad con respecto a los roles de género, la SDR, el VIH/sida, el aborto, el matrimonio temprano, la violencia contra las mujeres, la violación o el abuso sexual, y d) promover la participación de organizaciones que trabajan en temas de género, empoderamiento y SDR en el análisis, desarrollo, implementación y monitoreo de los planes nacionales de reducción de la pobreza.

En la misma línea que Suecia, además de dirigir sus esfuerzos a la lucha contra la mortalidad materna, la cooperación danesa también se enfoca a involucrar a los hombres en la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En relación con lo primero hay

tres intervenciones que interesan sobre todo a la cooperación danesa:

- Apoyar el desarrollo de un sistema que funcione, que sea accesible y esté al alcance de todos, que permita los partos en la comunidad, centros de salud o centros a nivel de distrito, con servicios de atención obstétrica de emergencia básicos y amplios, sistemas de referencia disponibles 24 horas y atención por personal cualificado.
- Apoyar la formación de matronas, incluyendo la revisión y el cambio de las regulaciones y prácticas necesarias para capacitar a los proveedores de salud de nivel medio para realizar procedimientos de emergencia.
- Apoyar la implementación de intervenciones basadas en la evidencia para la supervivencia neonatal, incluyendo paquetes de atención antenatal, natal y postnatal y PMTCT cuando corresponda.

La cuestión del aprovisionamiento de anticonceptivos también está presente en la estrategia de este sector. De hecho, Dinamarca es el único país que, por un lado, menciona explícitamente entre sus prioridades la anticoncepción de emergencia, y por otro, apuesta concretamente por el preservativo femenino como método específico de anticoncepción y protección frente a las ITS, especialmente en los programas en África.

Refiriéndonos a colectivos especialmente vulnerables, observamos que la coo-

peración danesa también otorga una importancia muy alta al trabajo con adolescentes y a garantizar su acceso a servicios apropiados, fundamentalmente mediante la adaptación de los ya existentes. Otro aspecto al que se otorga gran importancia es al papel del sector educativo y su contribución a la mejora de la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los niños y adolescentes, impulsándose todo tipo de iniciativas encaminadas a desarrollar e implementar programas escolares sobre habilidades para la vida y la igualdad de género. Por otro lado, se apoya al sector juvenil y a las ONG para que desarrollen tanto actividades cocurriculares como iniciativas para adolescentes que están fuera del sistema escolar, así como la integración de los derechos del niño/a y los/las adolescentes a la salud sexual y reproductiva dentro de la educación y los programas de formación sobre derechos humanos, democratización y buen gobierno.

En el ámbito de la respuesta frente a VIH/sida, la estrategia profundiza sobre los principios y prioridades marcados por la estrategia de lucha contra el VIH/sida y les da continuidad. Fundamentalmente se centra en desarrollar la apuesta por la promoción de un enfoque integrado de VIH/sida y SDRS, promoviendo un sistema integrado y coordinado entre los distintos servicios. A nivel de acciones concretas, la estrategia establece que la cooperación danesa deberá dirigir sus esfuerzos a: a) asegurar que los nexos de unión entre el VIH/sida y la salud sexual y reproductiva sean incor-

porados en los planes nacionales de desarrollo y presupuestos; b) promover el preservativo femenino y la investigación y desarrollo de métodos preventivos que puedan ser controlados por las mujeres, como los microbicidas; c) promover estrategias y programas que aseguren que el VIH/sida y los programas de SDR contribuyen al objetivo global de reforzar los sistemas nacionales de salud y mantener su sostenibilidad, y d) apoyar programas de aprovisionamiento de preservativos.

Finalmente, aunque no por ello menos importante, la política de salud y derechos sexuales y reproductivos de Dinamarca focaliza su atención en la necesidad de fomentar la investigación en una serie de sectores estratégicos, fundamentalmente aquellos relacionados con: a) las normas socioculturales, los aspectos de género, el comportamiento sexual de los adolescentes y demás elementos que pueden mejorar los programas de intervención; b) el concepto de los derechos sexuales y reproductivos en determinadas culturas, medios sociales y contextos políticos; c) las percepciones de proveedores de servicios y usuarios; d) las herramientas de diagnóstico, métodos de tratamiento de infecciones de transmisión sexual, otros métodos anticonceptivos, nuevas vacunas contra enfermedades específicas como el sida o el cáncer de cerviz; e) los aspectos que influyen en la no utilización de los servicios existentes y los me-

canismos para integrar el VIH/sida con la salud sexual y reproductiva.

En definitiva, nos encontramos ante una política bastante completa que presta atención a sectores que se consideran clave dentro del ámbito de la SDR. Es destacable la especificidad con que la cooperación danesa apuesta por el preservativo femenino o la anticoncepción de emergencia, así como la importancia que se otorga al trabajo con adolescentes, la promoción de los DSR, la formación de matronas o los servicios básicos de atención obstétrica de emergencia. Aunque no llega a ser tan integral como la política de cooperación sueca en SDR, Dinamarca cuenta con un documento sectorial muy completo que prioriza aspectos fundamentales de forma estratégica.

#### IV. BÉLGICA

##### IV.1. *Marco general*

Bélgica ubica el desarrollo sostenible, la lucha contra la pobreza y los ODM como objetivo primordial de su política de cooperación, articulada fundamentalmente en el documento *Marco político para el departamento de cooperación al desarrollo*<sup>28</sup>, aprobado en octubre del 2003 y vigente hasta el momento. A nivel presupuestario mantiene un compromiso político de incrementar progre-

<sup>28</sup> [http://www.dgic.be/en/the\\_minister/political\\_note/index.html](http://www.dgic.be/en/the_minister/political_note/index.html).

sivamente su AOD hasta alcanzar el 0,7% de su PNB antes del año 2010. Sin embargo, datos preliminares del CAD<sup>29</sup> advierten de un ligero descenso de su esfuerzo presupuestario en AOD, que pasó del 0,53% en 2005 al 0,5% en 2006.

La Ley de Cooperación de 1999 no hace ninguna referencia a los compromisos adoptados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de 1994 como marco de la política de ayuda al desarrollo de este país, aunque considera la atención primaria de salud, que incluye la salud reproductiva, como el primer sector prioritario de la cooperación. Al mismo tiempo reconoce la igualdad de género como principio y eje transversal con derecho a una atención especial y es, sobre todo a partir de 2003, que comienza a mostrar un mayor interés en la lucha contra el VIH/sida, pasando a convertirse en una prioridad clara dentro del enfoque de atención primaria de salud y salud reproductiva.

Si bien la Ley de 1999 no llega a detallar el contenido de las prioridades sectoriales, recoge el mandato de desarrollar una estrategia específica para cada uno de ellos, lo cual da lugar a la aprobación de la Nota Política sobre la Equidad de los Derechos y Oportunidades entre las Mujeres y los Hombres, la Nota Política

sobre Atención Primaria de Salud en el 2002 y más recientemente, en abril de 2007, la Nota Política sobre la Cooperación Belga al Desarrollo en el Ámbito de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Paralelamente a la importancia que va ganando la cuestión de la lucha contra el sida dentro de las prioridades políticas de la cooperación belga, se elabora un documento específico denominado *Integrando el VIH/sida: documento de investigación política para lograr un enfoque multisectorial expandido en la Cooperación Belga*<sup>30</sup> (2003) que será el encargado de definir la forma de integrar transversalmente esta cuestión dentro del marco general de cooperación.

El documento *Marco político para el departamento de cooperación al desarrollo*, aprobado en 2003, viene a concretar aún más lo establecido en la ley al reconocer los Objetivos de Desarrollo del Milenio como pauta y estándar para el desarrollo de la política de ayuda al desarrollo, y definir como temas prioritarios la lucha contra el VIH/sida, malaria y otras enfermedades relacionadas con la pobreza, la igualdad de género, el acceso a agua potable y los derechos del niño.

Al igual que ocurre con Dinamarca, la cooperación de Bélgica sintoniza con un

---

<sup>29</sup> Development aid from OECD countries fell 5.1% in 2006, CAD. [http://www.oecd.org/document/17/0,2340,en\\_2649\\_33721\\_38341265\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/17/0,2340,en_2649_33721_38341265_1_1_1_1,00.html).

<sup>30</sup> Documento original: «Mainstreaming HIV/AIDS. Policy research document for an expanded multi-sectoral approach for the Belgian Development Co-operation». Desarrollado por la Unidad de Investigación e Intervención en ETS/VIH/ del Instituto de Medicina Tropical (2003). El análisis de estos documentos se presenta en el siguiente apartado.

CUADRO 6. *Distribución de países prioritarios de la cooperación belga*

País	Nivel de Desarrollo	Nivel de Riesgo Reproductivo
Benin	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
Senegal	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
D. R. Congo	Menos Desarrollado	No evaluado
Burundi	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
Malí	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Mozambique	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Níger	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Rwanda	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Tanzania	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Uganda	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Vietnam	Ingreso Bajo	Bajo Riesgo
Marruecos	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
Bolivia	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo
Territorios Palestinos	Ingreso Medio Bajo	No evaluado
Argelia	Ingreso Medio Bajo	No evaluado
Ecuador	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
Perú	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado
Sudáfrica <sup>31</sup>	Ingreso Medio Bajo	Riesgo Moderado

principio de concentración de prioridades geográficas y sectoriales. En este sentido, la adopción en 2003 del nuevo marco político de la cooperación significó una reducción de 25 a 18 en el número de países considerados como prioritarios, dos tercios de los cuales son considerados Países Menos Adelantados y presentan altos o muy altos niveles de riesgo reproductivo. De acuerdo a la nota política del 2003, la cooperación belga también comienza a priorizar espacios de cooperación regionales, que abarquen más de un país, para la consecución de un objetivo en concreto, destacando sobre todo su interés sobre la Región de África del oeste.

La voluntad de concentración afecta también a la cooperación con organismos multilaterales, dirigiéndose ésta únicamente a 12 instituciones, entre las que figuran: el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Programa de las Naciones Unidas para el sida (ONUSIDA), el Fondo Global para la Lucha contra la malaria, la tuberculosis y el VIH/sida, el Banco Mundial (donde Bélgica representa en la actualidad a un grupo de 10 países), UNIFEM y UNICEF. En el caso de UNFPA, esta cooperación se manifiesta en una participación activa y una estrecha colaboración desde hace años (Bélgica forma parte del

<sup>31</sup> La lista correspondiente al período 2005-2007 reclasifica a este país como de Ingreso Medio Alto.

«Grupo de trabajo de países europeos y otros» del Comité Ejecutivo de UNFPA). En cuanto a la representatividad de su colaboración financiera, si bien se sitúa en la actualidad en el puesto once en la relación de donantes de este organismo, hasta el 2005 su contribución fue más significativa que la de países como Francia o España.

Al igual que en el caso de Suecia y Dinamarca, Bélgica también se muestra dispuesta a continuar trabajando a nivel internacional por el respeto de los derechos sexuales y reproductivos. Es interesante destacar que la nueva Nota Política sobre la Cooperación al Desarrollo Belga en el ámbito de la Salud y los Derechos Sexuales y Reproductivos es la única, al ser la más reciente, que menciona el *Plan de Acción de Maputo 2007-2010* como marco de referencia para la promoción de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en África. Desde ahí, Bélgica se compromete a utilizar su diplomacia para lograr que los países africanos que todavía no lo han hecho, ratifiquen el Protocolo de Maputo.

#### IV.2. *La Estrategia belga de Cooperación al Desarrollo en Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*

En la línea de Suecia, Dinamarca y Reino Unido, aunque más recientemente,

Bélgica ha aprobado un documento estratégico en salud y derechos sexuales y reproductivos dentro de su política de cooperación<sup>32</sup>. Tal como reconoce la misma estrategia, este documento es resultado de las numerosas iniciativas llevadas a cabo por la sociedad civil y los parlamentarios y parlamentarias para consolidar el compromiso de Bélgica con estas cuestiones. De hecho, al analizar los documentos estratégicos anteriores, podemos observar claramente cómo estos temas venían siendo recogidos de forma transversal como elemento esencial para el desarrollo.

Se postulan tres principios o enfoques que deben actuar como fuente de inspiración de las distintas actuaciones: un enfoque de derechos sexuales y reproductivos, un acercamiento global y positivo hacia la sexualidad y la procreación y un principio de acceso a la atención en salud sexual y reproductiva para todos. Respecto a lo segundo, se reconocen seis ámbitos estratégicos: a) promover la integración de los derechos sexuales y reproductivos en las políticas nacionales de lucha contra la pobreza; b) promover la igualdad de género y la autonomía de mujeres y niñas (en línea con lo establecido en la estrategia de género); c) prestar una mayor atención a las necesidades de los/las adolescentes favoreciendo la información, los servicios y la participación de este colectivo; d) reforzar los sistemas de salud (en línea

---

<sup>32</sup> Note Politique La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, Direction Générale de la Coopération au Développement, 17 de abril de 2007.

con lo establecido en la Estrategia de Atención Primaria de Salud; e) promover un acercamiento global al tema del VIH/sida (de acuerdo con lo dispuesto por la estrategia de VIH/sida); f) apoyar la sensibilización, la información y la educación en este ámbito. Además de estos sectores estratégicos se incluyen tres ámbitos específicos de cooperación: a) la integración de la atención en salud sexual y reproductiva dentro de los servicios generales de salud; b) la lucha contra la violencia sexual y las prácticas nefastas y c) la atención y los derechos sexuales y reproductivos en crisis humanitarias, situaciones de conflicto y construcción de la paz.

Es interesante destacar, asimismo, la relevancia que la cooperación belga presta al trabajo con las comunidades de base y al apoyo a las redes de ONG que trabajan en el Norte y el Sur en estos ámbitos, con vistas a favorecer el intercambio de información y competencias.

Teniendo en cuenta que además de tocar directamente estas cuestiones en este documento, Bélgica también disponía de documentos estratégicos precedentes sobre cuestiones intrínsecamente relacionadas con la SDSR como son la igualdad de género, la atención primaria de salud o el VIH/sida, se ha perdido en cierta forma la oportunidad de definir más en profundidad las acciones concretas a priorizar en el trabajo en el terreno. En cualquier caso, hay que va-

lorar positivamente el compromiso del Gobierno belga con la promoción de la SDSR a nivel internacional y aspectos concretos como la importancia que otorga a la integración de la SSR y el VIH/sida o al fortalecimiento de la sociedad civil como eje de desarrollo.

## V. REINO UNIDO

### v.1. *Marco general*

La política de desarrollo internacional del Reino Unido se ha modificado sustancialmente durante la última década. Entre los años 2003 y 2005 ha llevado a cabo un proceso de reorientación política dirigido a posicionar la lucha contra la pobreza como su objetivo central. En este marco, el Programa de Acción de la CIPD ha sido reconocido como parte de la Agenda Internacional para el Desarrollo, cuyo núcleo son los ODM, y por tanto como marco de referencia para la política británica.

A nivel presupuestario, Reino Unido se ubicaba entre los países con más bajo porcentaje del PNB destinado a AOD. Sin embargo, según datos preliminares del CAD, en 2006<sup>33</sup> incrementó en un 13,1% su esfuerzo presupuestario con respecto al año anterior, alcanzando el 0,52% del PNB. El compromiso de Reino Unido es brindar el 0,7% para el año 2013.

<sup>33</sup> Development aid from OECD countries fell 5.1% in 2006, CAD. <http://www.oecd.org/document/17/>.

CUADRO 7. *Los diez principales países receptores de AOD de Reino Unido*

País	Nivel de Desarrollo <sup>34</sup>	Nivel de Riesgo Reproductivo <sup>35</sup>
India	Ingreso Bajo	Alto Riesgo
Bangladesh	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Tanzania	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Irak	Ingreso Medio Bajo	Alto Riesgo
Ghana	Ingreso Bajo	Alto Riesgo
Zambia	Menos Desarrollado	Alto Riesgo
R. D. del Congo	Menos Desarrollado	No evaluado
Afganistán	Menos Desarrollado	No evaluado
Malawi	Menos Desarrollado	Muy Alto Riesgo
Sudáfrica	Ingreso Medio Alto	Riesgo Moderado

La cooperación británica presta apoyo a más de 90 países, siendo la concentración de sus prioridades uno de los principales retos pendientes. Los principales receptores de ayuda en los últimos años son mayoritariamente PMA, con niveles de riesgo reproductivo alto o muy alto.

Reino Unido reconoce su participación en el sistema internacional como prioritaria para la eliminación de la pobreza. Para definir las políticas y contribuciones a los distintos organismos multilaterales, la cooperación británica cuenta con estrategias institucionales individuales que se integran en su *Marco de Efectividad Multilateral*<sup>36</sup>. Por otro lado, en el documento de posicionamiento de la Agencia Británica de Cooperación al Desarrollo (DFID) sobre SDSR, que reci-

be el nombre de *Salud y Derechos Reproductivos*, el gobierno se compromete expresamente a mantener su política de participación activa en los debates internacionales sobre SDSR, a hacer *lobby* para mantener el consenso a favor de estos temas y a defender asuntos controvertidos como el acceso al aborto seguro donde la ley lo permita, así como medidas para enfrentar la violencia de género.

En esta tarea, reconoce como aliados a organismos multilaterales y organizaciones a nivel nacional e internacional como IPPF, UNFPA o el Fondo Global de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, etc. Reino Unido es, de hecho, el tercer donante más representativo de UNFPA<sup>37</sup> y forma

<sup>34</sup> Clasificación establecida por el Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD), se ha usado la lista correspondiente al período 2003-2004.

<sup>35</sup> Clasificación elaborada por Population Action International (2005) Countdown 2015. Salud y derechos sexuales y reproductivos para todas las personas. <http://www.countdown2015.org/>.

<sup>36</sup> Multilateral Effectiveness Framework (MEFF).

<sup>37</sup> En 2004 contribuyó con 41.785.221 de dólares según datos de UNFPA, [www.unfpa.org](http://www.unfpa.org).

parte del Comité Ejecutivo de este organismo a través de su participación en el «Grupo de representantes de países europeos y otros». Asimismo, pertenece a la Junta Directiva del Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, al Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud y al Comité de Directores del Banco Mundial.

### *v.2. El posicionamiento de la cooperación británica sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos*

Reino Unido establece como primer objetivo de sus esfuerzos en cooperación al desarrollo el enfrentar los retos de la globalización, haciendo explícito su compromiso con la lucha contra la pobreza, el logro de los ODM y las metas internacionales de desarrollo. Entre estas metas, incluye el acceso a servicios de salud reproductiva a través del sistema de salud primaria para todos los individuos a edades apropiadas antes del año 2015.

Sin llegar a ser igual de exhaustivo que los documentos desarrollados por Suecia y Dinamarca, Reino Unido dispone en la actualidad de un documento estratégico específico para regular su cooperación en el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Este documento, que recibe el nombre de

*Salud y Derechos Reproductivos*<sup>38</sup>, se produce en el marco del aniversario de los diez años de la adopción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo y aspira a constituir una base para la planificación del trabajo en este ámbito y para el diálogo con sus socios y demás instituciones y organizaciones.

Analizando el documento, lo primero que encontramos es que a pesar de su título, que parece sólo interesarse por el ámbito reproductivo, las vertientes relacionadas con la salud sexual y los derechos sexuales también se reflejan en el contenido. El texto considera la salud reproductiva como un elemento esencial para que las personas puedan ejercer el derecho a elegir y a tomar sus decisiones basándose en información apropiada. En cuanto al concepto de derechos reproductivos, a diferencia de otros documentos, los define exhaustivamente, incluyendo:

- El derecho de todas las personas al mejor estándar de salud alcanzable.
- El derecho de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número, el espaciamiento y la temporalización de los hijos, así como a tener la información y los medios para ello.
- El derecho de las mujeres a tener control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluyen-

<sup>38</sup> «Reproductive Health and Rights». DFID Position Paper, 2004.

do la salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia.

- El derecho de hombres y mujeres en igualdad de condiciones a elegir a sus cónyuges y a contraer matrimonio solamente con su completo y libre consentimiento.
- El derecho al acceso a la información.
- El derecho de todas las personas a disfrutar de los beneficios del progreso científico y sus aplicaciones.

El documento reconoce que invertir en la salud reproductiva es una de las acciones para el desarrollo más efectivas desde la perspectiva coste-beneficio y se establece como prioritario el colaborar con los países socios para que fijen metas claras y destinen recursos para este campo dentro de las Estrategias de Reducción de la Pobreza y los procesos de planificación general.

En cuanto a la ejecución de la política de salud reproductiva, el documento establece que deberá guiarse por una perspectiva de derechos humanos que implique promover la equidad de género, dar prioridad a los pobres y a las personas menos atendidas, generar demanda y responsabilidad efectiva a través de un mayor acceso a la información y a la participación de la sociedad civil en todos los niveles de decisión, promover políticas e instituciones que aseguren que los gobiernos y otras entidades con responsabilidad y autoridad cumplan con sus obligaciones, y apoyar sobre

todo a los países que soportan una mayor carga de mala salud sexual y reproductiva.

En este contexto, la cooperación británica también otorga alta prioridad a la erradicación o transformación de los tabúes y las normas sociales (como el matrimonio infantil, las mutilaciones genitales femeninas o la iniciación sexual temprana) que constituyen fuertes barreras al suministro de información, servicios y otras formas de apoyo que necesitan los y las jóvenes para estar sanos. Se considera explícitamente que el sexo, el embarazo y la gente joven son asuntos sensibles que tienen que ser abordados para que los jóvenes puedan desarrollar plenamente su potencial.

Se opta igualmente por mantener el financiamiento de un programa amplio de investigación en salud reproductiva que incluya programas de conocimientos y contribuciones para el desarrollo de la vacuna contra el VIH y microbicidas, entre otras cosas.

En cuanto a las áreas u objetivos prioritarios dentro de este ámbito de la cooperación, para Reino Unido los problemas existentes en la actualidad pueden ser abordados desde distintos campos de acción, priorizándose sobre todo la mejora del acceso a servicios integrales de salud reproductiva, entendiendo por tales aquellos que ofrezcan: a) educación e información sobre todos los aspectos de la salud reproductiva; b) orientación y apro-

visionamiento de una amplia gama de métodos de planificación familiar; c) cuidados durante el embarazo y el parto tanto para las madres como para los recién nacidos; d) atención para los problemas físicos y psicológicos que puedan surgir a consecuencia de las complicaciones del embarazo o la pérdida del mismo; e) diagnóstico, orientación, tratamiento y fomento de la prevención de las ITS, incluyendo el VIH y la prevención de la transmisión madre-hijo; f) cuidado y asesoramiento para mujeres y otras personas que hayan sufrido violencia; g) cuidado, asesoramiento y prevención para otros aspectos de la salud reproductiva, incluyendo los problemas menstruales, el cáncer, la fertilidad y las disfunciones sexuales.

Ésta es quizá la parte más concreta, pues el resto de prioridades más que constituir un área de acción se refieren a enfoques o formas de abordar el trabajo en este campo. Así, por ejemplo, encontramos que al igual que en el caso de la cooperación sueca, danesa y belga, también se otorga una especial importancia a la promoción de servicios accesibles para los y las jóvenes, que ofrezcan un ambiente amigable y sensible y que les ofrezcan información, capacitación y medios para tomar opciones seguras. Igualmente ocurre con la integración del VIH/sida y los demás aspectos de la salud sexual y reproductiva o con

la cuestión del aprovisionamiento de suministros de salud reproductiva (anticonceptivos, condones o medicamentos), aspectos ambos también prioritarios para Reino Unido.

Además de lo establecido en la política de salud y derechos sexuales y reproductivos, Reino Unido cuenta con otros documentos que vienen a añadir o mejorar lo aquí establecido. Nos referimos concretamente a un documento sobre género, denominado *Gobierno inclusivo: Integrando la perspectiva de género en la política exterior*<sup>39</sup> y otro donde se perfilan un poco más los aspectos relacionados con el VIH/sida, aprobado en 2004 bajo el nombre de *Actuando: La estrategia del Reino Unido para responder frente al VIH y sida en el mundo en desarrollo*<sup>40</sup>. En la línea de lo que ya se avanza en el documento de posicionamiento sobre salud y derechos reproductivos, las prioridades que se plantea el gobierno británico para responder a la situación de la pandemia del VIH/sida de acuerdo a este último documento son:

- Desarrollar más programas, especialmente preventivos y educativos.
- Incrementar el financiamiento, especialmente para asegurar el acceso gratuito a condones.
- Aumentar la cooperación entre donantes, para aligerar la carga buro-

<sup>39</sup> «Inclusive Government: Mainstreaming Gender Into Foreign Policy». Foreign and Commonwealth Office, 2004.

<sup>40</sup> «Taking Action: The UK's strategy for tackling HIV and AIDS in the developing world». DFID, 2004.

crítica de quienes ejecutan las acciones, entre las que destaca la iniciativa «Three Ones».

- Incrementar la voluntad política, reconociendo seriamente la dimensión del problema, tanto desde los países en desarrollo como en los adelantados.
- Aumentar los programas dirigidos a contrarrestar las causas, no sólo los síntomas, lo que implica trabajar con los grupos más vulnerables de la sociedad, entre los que se encuentran las mujeres y los jóvenes.

Observamos que en líneas generales las directrices marcadas desde la Estrategia de SDR y los demás documentos sectoriales del Reino Unido tienen un carácter general y no descienden al nivel de desarrollo de otros países como Bélgica, Suecia o Dinamarca. No obstante, es importante que existan estas orientaciones políticas y que se apueste por una determinada forma de entender la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

## VI. PORTUGAL

Durante los últimos años, se han producido una serie de cambios en la visión y organización de la cooperación al desarrollo portuguesa con el objetivo de responder a los retos que implican la lucha contra la pobreza en el marco del desarrollo global y los ODM. Los niveles

de desembolso de AOD desde Portugal, sin embargo, son bajos en comparación al resto de países donantes. Según datos preliminares del CAD<sup>41</sup>, su porcentaje de PNB dedicado a AOD fue sólo del 0,21% en el 2006, después de un leve incremento con respecto al año anterior. Esta cifra quedó bastante lejos del 0,33% comprometido para ese año, en el marco del objetivo del 0,7% para 2015.

Entre los años 1999 y 2003, la política general de cooperación al desarrollo estuvo enmarcada por el Documento de Orientación Estratégica *La cooperación portuguesa en el límite del siglo XXI*. Este fue el primero en su género y en establecer los objetivos, prioridades, canales, instrumentos y organización de la cooperación de este país. En 2003, como parte del proceso de reforma general del Estado portugués, se fusionan instituciones clave en el campo de la cooperación y se apertura a su vez un proceso de revisión y replanteamiento de las políticas que se consolida en el año 2005, con la aprobación de un nuevo documento político: *Una visión estratégica para la Cooperación Portuguesa*, en vigor desde marzo de 2006.

El primero de los documentos mencionados reconocía el acceso a la salud reproductiva como un objetivo específico de la cooperación portuguesa en el marco de la atención primaria de salud. Sin embargo, en el nuevo aprobado en 2005 pueden destacarse dos cambios aparen-

---

<sup>41</sup> Development aid from OECD countries fell 5.1% in 2006, CAD, <http://www.oecd.org/document/17/>.

temente contradictorios. Por un lado, se incorporan los Objetivos de Desarrollo del Milenio como marco de la ayuda oficial al desarrollo de Portugal y se asumen los compromisos consensuados en la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo. Por otro, la salud, y en concreto la salud reproductiva, deja de aparecer como objetivo específico para diluirse dentro del área de desarrollo sostenible y lucha contra la pobreza.

A pesar de las continuadas recomendaciones del CAD, Portugal tampoco cuenta con desarrollo sectorial alguno, ni en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ni en cualquiera de los demás sectores relacionados: género, atención primaria de salud o VIH/sida. Así, por ejemplo, aún cuando la nueva estrategia de cooperación que entra en vigor en 2006, se refiere al «rol social de la mujer y sus derechos sexuales y reproductivos», en ella no se refleja la relevancia de la equidad de género en la reducción de la pobreza ni cómo promover la participación de la mujer en el desarrollo.

En ese marco, no nos es posible conocer y describir el posicionamiento concreto de la cooperación portuguesa en este ámbito, ni valorar cuál es el enfoque en cuestiones clave como el acceso a métodos anticonceptivos, la planificación familiar, la información y educa-

ción en la sexualidad, la prevención y lucha contra las mutilaciones genitales femeninas y otras prácticas tradicionales nocivas para las mujeres, la prevención de embarazos no deseados, las necesidades de los y las adolescentes, la prevención de ITS además del VIH o la prevención de la violencia de género y la integración del VIH/sida y la salud sexual y reproductiva.

Es interesante mencionar que en el análisis de los Planes Indicativos País<sup>42</sup> (PIP), instrumentos que definen la cooperación bilateral entre Portugal y sus socios, aprobados entre 2003 y 2005, se observa una mínima presencia del sector salud, aunque en muchos casos limitada a la respuesta frente al VIH/sida. En cuanto a las iniciativas concretas, la salud es una de las tres prioridades del PIP de Guinea Bissau e incluye dar continuidad al Proyecto de Prevención del VIH/sida en la maternidad del Hospital Nacional Simón Méndez. Lo mismo ocurre con Mozambique, cuyo Plan Indicativo apuesta por el trabajo con el personal sanitario y técnico para su formación en la prevención del VIH/sida y otras enfermedades epidémicas.

En cualquier caso, según el CAD<sup>43</sup>, tras una mirada a la política y desembolsos de AOD, la asistencia a la infraestructura y servicios sociales básicos (incluyendo población y VIH/sida) no fue una

<sup>42</sup> Estos Programas son elaborados en asociación con cada país receptor y toman como insumo sus documentos de Estrategia de Lucha contra la Pobreza.

<sup>43</sup> Portugal (2006), DAC Peer Review: Main Findings and Recommendations.

opción estratégica de la cooperación portuguesa en el período 1999-2004, aunque en los últimos años exista la tendencia a aumentar su apoyo a estas áreas.

En el apartado de la orientación geográfica de la cooperación portuguesa es destacable que ésta se centra únicamente en seis países lusófonos, cinco de los cuales son africanos. La cooperación portuguesa se rige completamente por los vínculos históricos, culturales o lingüísticos para seleccionar a sus países socios, al mismo tiempo que reconoce la urgencia de responder a las necesidades de África en el marco de la lucha contra la pobreza. En este contexto, los Países Africanos de Habla Portuguesa, es decir, Angola, Cabo Verde, Mozambique, Santo Tomás y Príncipe y Guinea Bissau son los países prioritarios y han sido los principales receptores de la AOD portuguesa entre los años 2003 y 2005, uniéndose a ellos Timor Oriental. La mayoría de estos países son PMA y aunque no en todos los casos se cuenta con estadísticas completas para determinar sus niveles de riesgo reproductivo, también la mayoría presenta significativos índices de prevalencia de mortalidad materna, VIH/sida y otros problemas vinculados a la SDR.

En relación con la AOD multilateral, Portugal focaliza principalmente su ayuda en el ámbito de la Unión Europea y el sistema de Naciones Unidas, intentando concentrar el apoyo en un número delimitado de instituciones, de manera que se pueda obtener un impacto más significativo. En el ámbito de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, la ayuda se ha centrado en el PNUD, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Fondo Global contra el sida, la tuberculosis y la malaria. Si bien, la contribución a UNFPA es muy poco relevante y casi simbólica, este país forma parte del Comité Ejecutivo de este organismo a través de su participación en el «Grupo de representantes de países europeos y otros», junto con España, Bélgica, Reino Unido y Dinamarca, que ostenta la Presidencia del Comité Ejecutivo.

En líneas generales, se echa de menos un mayor desarrollo de las prioridades políticas de la cooperación portuguesa en el ámbito de la SDR y la igualdad de género. No obstante, el hecho de no contar hasta el momento con ningún documento sectorial constituye también una oportunidad para poder impulsar la elaboración de una estrategia de SDR que pueda integrar transversalmente aspectos de género, VIH/sida y salud, en la línea de la estrategia sueca.

#### 4. RECOMENDACIONES PARA LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA DESDE UNA VISIÓN COMPARADA

— *Incrementar la presencia y la participación del Gobierno en el escenario político internacional, con posicionamientos claros y de liderazgo en los diferentes temas vinculados a la SDR.*

El Gobierno español puede unirse a otros países europeos para impulsar la presencia y la importancia de la SDR en aquellos ámbitos donde sea necesario, evitando que se produzcan retrocesos en la agenda política vigente desde la CIPD. Esta presencia constituye una oportunidad para transversalizar el posicionamiento de España a nivel diplomático y técnico, así como desarrollar mecanismos de respuesta rápida ante las solicitudes de apoyo por parte de la sociedad civil o los organismos multilaterales.

— *Contribuir de forma más activa a reforzar el liderazgo de la Unión Europea en salud y derechos sexuales y reproductivos, en el marco de la nueva agenda europea de desarrollo.*

España puede contribuir a garantizar en el futuro una mayor transparencia y participación de la sociedad civil en la definición y evaluación de las nuevas directrices de la cooperación al desarrollo europea. En relación con esto, también puede impulsar que las instituciones europeas:

- Garanticen que el programa «Invertir en las personas» y el subprograma de salud asuman lo planteado en el re-

glamento 1905/2006 del Consejo y el Parlamento relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y los derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo, incluyendo una línea presupuestaria específica superior como mínimo a la vigente para 2003-2006 que pueda ser implementada a través de las ONG.

- Incrementen progresivamente el porcentaje que los programas geográficos deben dirigir a los sectores sociales básicos, actualmente en el 20%.
- Impulsen la presencia de la SDR en las prioridades establecidas en los DEPs dentro del marco del Acuerdo de Cotonú y los demás documentos programáticos.
- Promuevan un enfoque de SDR y género dentro de las estrategias del Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.

— *Garantizar la armonización sectorial y geográfica del Plan Director, la Estrategia de Salud, la Estrategia de Género, el Programa VITA, las Declaraciones de la Red de Mujeres Africanas y Españolas y el Plan África.*

El amplio despliegue desarrollado en los últimos años por la política exterior española en el continente africano, que incluye la voluntad de una mayor presencia y compromiso de la cooperación con esta región, constituye un esfuerzo financiero, de coordinación y de planificación sin precedentes en nuestro país.

Es importante, no obstante, revisar y armonizar los distintos procesos abiertos para garantizar la retroalimentación de los mismos, evitando una excesiva dispersión de esfuerzos y rentabilizando el impacto de las actuaciones. Todas estas iniciativas deben estar orientadas coherentemente hacia la reducción de la pobreza.

— *Consolidar y reforzar el Programa VITA de Salud para África.*

Teniendo en cuenta que este programa constituye hoy por hoy un indudable punto de encuentro y enlace de la cooperación oficial con las ONG y las comunidades autónomas en temas de SDR, es oportuno consolidar el Programa VITA a través de una línea presupuestaria específica, recursos humanos adicionales y soporte a nivel político. Paralelamente, sería recomendable acometer una evaluación de la trayectoria del Programa que permitiera determinar su impacto e identificar aquellos aspectos que necesitan ser mejorados para aumentar su eficacia.

— *La creciente apertura de la cooperación española hacia África Subsahariana constituye una oportunidad única para realizar una apuesta mayor y de mejor calidad hacia el fortalecimiento de la salud básica y la salud sexual y reproductiva de los países menos adelantados, en línea con otros países del CAD y en el marco de los principios asumidos por la Declaración de París.*

El fortalecimiento de la contribución española en el sector de la salud sexual y reproductiva en esta región puede resultar muy positivo si se implementa en base a procesos previos de identificación de necesidades, de definición de estrategias a nivel subregional y de coordinación con otros donantes, así como de ampliación de las capacidades de las ONGD españolas y las OTC en el terreno. Es importante también, que en este marco, se tomen en cuenta y se diseñen estrategias específicas para dar soporte a los procesos y prioridades definidas a nivel regional dentro del Plan de Acción de Maputo y las Hojas de Ruta para la Reducción de la Mortalidad Materna.

— *Seguir reforzando la reorientación de las prioridades geográficas de la cooperación, atendiendo los compromisos relativos a los Países Menos Adelantados.*

La cooperación española debe continuar con la tendencia creciente de AOD en SDR dirigida a PMA y debe asegurar que la orientada a países de renta media se concentre en intervenciones estratégicas dirigidas a las zonas o grupos más vulnerables de estos países.

— *Concentrar las prioridades multilaterales relacionadas con SDR en un número reducido de organismos, seguir aumentando el apoyo a los organismos internacionales no financieros de este sector y de*

*sarrollar una mayor presencia política en los órganos directivos de los mismos, especialmente en el caso de UNFPA, UNIFEM, OMS, ONUSIDA y Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.*

La cooperación española está inmersa en un fuerte proceso de fortalecimiento de su política multilateral, que se ha visto reflejado en los últimos tiempos en un incremento notable de la AOD dirigida hacia estos organismos y en la elaboración de una Estrategia específica de Acción Multilateral. En esta línea, es clave que este impulso vaya acompañado de una participación más activa de España en los procesos políticos de toma de decisiones de los organismos a los que apoya y que se dote de los recursos necesarios para poder realizar un seguimiento exhaustivo de las distintas acciones financiadas y facilitar información transparente a los demás actores de la cooperación.

*— Asegurar la delimitación e integración de las prioridades relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos, identificadas en la Estrategia de Género y la Estrategia de Salud, como marco definidor de la política de SDR de la cooperación española.*

Aunque otros países como Bélgica, Dinamarca, Reino Unido o Suecia cuentan con una Estrategia específica sobre SDR, no sería estrictamente necesario

desarrollar este tipo de documentos en el caso de España, puesto que en principio la Estrategia de Género y la Estrategia de Salud conforman un marco político suficientemente completo si se presentan adecuadamente conectadas entre sí. A través de estos dos documentos sectoriales, la cooperación española se coloca al nivel de los países europeos mencionados en cuanto a compromiso político y definición programática.

*— Consolidar los esfuerzos del proceso de planificación sectorial en salud a través de objetivos, acciones e indicadores concretos, que pongan especial atención en la lucha contra la mortalidad materna.*

La cooperación española ha llevado a cabo en estos últimos años un importante esfuerzo de planificación, que ha dado lugar a múltiples estrategias, entre las que se encuentra la de género y la de salud. En relación a esta última, es indudable que a nivel político, este nuevo planteamiento supone un avance muy notable en la cooperación española en SDR, puesto que se reconoce a este sector como una de las líneas prioritarias de trabajo en el marco de la atención primaria de salud.

Al mismo tiempo, los contenidos de esta línea estratégica son demasiado amplios y se echa en falta mayor concreción a la hora de definir los objetivos perseguidos y los indicadores que servirán para medir los resultados obtenidos así como las actuaciones prioritarias.

rias a corto y largo plazo. Es fundamental que, en línea con la estrategia de género, la Estrategia de Salud defina niveles de problemas y de actuación y que, en ese marco, dirija el grueso de su cooperación hacia aquellas intervenciones basadas en la evidencia que reducen de manera efectiva la mortalidad materna, fundamentalmente la formación de matronas cualificadas para la atención durante el embarazo y el parto con perspectiva cultural y la disponibilidad de servicios básicos de emergencia obstétrica y adecuados sistemas de referencia.

— *Garantizar la vinculación de las acciones y estrategias de la cooperación española dirigidas a la prevención y tratamiento del VIH/sida dentro de un marco más amplio de SDR y promover esta integración en el programa de acción del Fondo Global de Lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria.*

El Embajador del VIH/sida puede jugar un papel importante en el apoyo a esta línea de trabajo, de acuerdo con la sociedad civil y con los representantes de otros Gobiernos como el de Dinamarca, Suecia, Bélgica o Reino Unido que también impulsan un mayor enfoque de SDR en el Plan de Acción del Fondo Global.

— *Impulsar la implementación de las prioridades de SDR recogidas en la Estrategia de Salud a través de los DEP y fomentar su incorpora-*

*ción a las estrategias nacionales de reducción de la pobreza.*

Teniendo en cuenta los avances en la definición estratégica de la cooperación española en salud, será clave que se siga fortaleciendo la inclusión de estos contenidos y prioridades en el proceso de elaboración de herramientas más concretas como los Documentos Estrategia País así como que se impulse su presencia en las estrategias nacionales de los países socios.

— *Estructurar un grupo de trabajo sobre SDR en el seno de la Comisión de Salud que se implique en la implementación y seguimiento de las políticas de cooperación en salud.*

— *Contribuir a incrementar la presencia del enfoque integrado de salud y derechos sexuales y reproductivos en las políticas de cooperación de las distintas comunidades autónomas y generar canales para incrementar la contribución de estos actores a los organismos multilaterales que trabajan en SDR.*

A diferencia de otros países europeos que no cuentan con políticas de cooperación descentralizadas, España tiene que hacer un esfuerzo adicional para avanzar hacia una mayor armonización del compromiso de las diferentes políticas regionales en el ámbito de la SDR. En estos momentos sólo cuatro comunidades autónomas: Cataluña, País Vasco, Castilla-La Mancha y La Rioja han desarrollado políticas que incluyen la salud

sexual y reproductiva de manera más o menos integral, aunque con diferentes grados de profundización y definición. En lo referente a los organismos multi-

laterales sólo Cataluña, Extremadura y recientemente el País Vasco cooperan con algún organismo relacionado con este ámbito.



## BIBLIOGRAFÍA

### DOCUMENTOS GENERALES

*Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD)*. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), 1994.

*DAC List of Aid Recipients: As at 1 January 2003*. Development Assistance Committee (DAC), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).

*DAC List of ODA Recipients: Effective from 2006 for reporting on 2005, 2006 and 2007*. Development Assistance Committee (DAC), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD).

*A Measure of Survival*. Population Action International, Washington, 2007.

*The Less They Know, The Better*, Human Rights Watch, Londres, 2005.

*Estado de la Población Mundial 2005, La promesa de igualdad: Equidad de género, salud reproductiva y ODM*, UNFPA, 2005.

*Development Co-operation 2005 Report*. OECD Journal on Development, vol. 7, núm. 1, Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2006.

*The World Health Report 2006: Working Together for Health*. World Health Organization, Génova, 2006.

*Death and Denial: Unsafe Abortion and Poverty*. International Planned Parenthood Federation (IPPF), Londres, 2006.

*Fast facts: Summary EU policy and funding for Sexual Reproductive Health*. German

Foundation for World Population (DSW) Bruselas, 2007.

*The Scope of Sexual and Reproductive Health in the National Strategies for ACP-EC Cooperation: A Review of the Country Strategy Papers 2002-2007*. UNFPA Brussels Office, 2007.

*Development Co-operation 2006 Report. Efforts and Policies of the Members of the Development Assistance Committee*. OECD Journal on Development, vol. 8, núm. 1, OECD, 2007

Estadísticas Globales de Ayuda - Portugal [www.ipad.mne.gov.pt](http://www.ipad.mne.gov.pt).

Estadísticas de Naciones Unidas sobre el cumplimiento de los ODM: División de Estadística de las Naciones Unidas. [www.mdgs.un.org](http://www.mdgs.un.org).

Estadísticas del Fondo Global contra el sida, la tuberculosis y la malaria sobre compromisos y desembolsos. [www.theglobalfund.org](http://www.theglobalfund.org).

### NORMATIVA OFICIAL DE LA UNIÓN EUROPEA

Reglamento (CE) N° 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de julio de 2003 relativo a la ayuda para políticas y acciones sobre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad en los países en desarrollo. 2003.

Decisión del Consejo, de 21 de junio de 2005, relativa a la firma, en nombre de la Comunidad Europea, del Acuerdo por el que se

modifica el Acuerdo de Asociación entre los Estados de África, del Caribe y del Pacífico, por una parte y la Comunidad Europea y sus Estados Miembros por otra, firmado en Cotonú el 23 de junio de 2000 (Diario Oficial L.209). 2005.

Reglamento (EC) N° 1905/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo estableciendo un instrumento financiero para la cooperación al desarrollo. 2006.

Communication from the Commission to the Council and the European Parliament of 25 January 2006, «Investing in people». 2006.

#### NORMATIVA OFICIAL Y DOCUMENTOS SOBRE ESPAÑA

Ley 23/1998, de 7 de julio, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. *BOE*, núm. 162, 8 de julio de 1998.

Plan Director de la Cooperación Española 2001-2004 Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica, 2000.

Estrategia de Cooperación Española en Salud. Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica, 2003.

Estrategia de la Cooperación Española para la Promoción de la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. Ministerio de Asuntos Exteriores. Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica, 2004.

Plan Director de la Cooperación Española 2005-2008. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, 2005.

Guía para Programas de Salud Sexual y Reproductiva en África Subsahariana. Programa VITA, Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), 2005.

Informe de Seguimiento del PACI 2005. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional. Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas para el Desarrollo, 2006.

Borrador de la Estrategia de Salud de la Cooperación Española (en revisión). Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, 2006.

*La salud en la cooperación al desarrollo y la acción humanitaria, Informe 2005*. Prosalus, Medicus Mundi y Médicos del Mundo, Madrid, 2006.

Estrategia de Género en Desarrollo y efectividad de la ayuda de la cooperación española. Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación. Secretaría de Estado de Cooperación Internacional, 2007.

Declaración de Mozambique sobre Mujeres y Desarrollo, 2006. [www.madrid2007.org](http://www.madrid2007.org).

Informe Final. Grupo de Trabajo de Salud. Reunión de Maputo. 14 y 15 de diciembre 2006. Grupo GIE, Madrid, 2007.

*Mujer, sida y acceso a la salud en África Subsahariana: enfoque desde las ciencias so-*

*ciales*, Medicus Mundi Catalunya, Barcelona, 2007.

Asegurar los suministros para garantizar los derechos. Hoja Informativa, núm. 1, febrero, 2007. Grupo GIE. Madrid, 2007.

Declaración de Barcelona, 2007. [www.grupogie.org](http://www.grupogie.org).

Declaración de Madrid sobre Mujeres y Desarrollo, 2007. [www.madrid2007.org](http://www.madrid2007.org).

## COMUNIDADES AUTÓNOMAS

### Andalucía

Decreto 172/2005, de 19 de julio, por el que se regula el Consejo Andaluz de Cooperación Internacional para el Desarrollo, la comisión de cooperación para el Desarrollo y el Registro de agentes de la Cooperación Internacional para el Desarrollo. *BOJA*, núm. 142. Sevilla, 22 de julio de 2005.

ORDEN de 2 de diciembre de 2004, por la que se deroga la de 26 de junio de 2002, por la que se establecen las bases reguladoras para la concesión de becas de formación, investigación y apoyo relativas a la Unión Europea y a la Cooperación. *BOJA*, núm. 250. Sevilla, 24 de diciembre de 2005.

Ley 2/2006, de 16 de mayo, de creación de la Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo. *BOJA*, núm. 98. Sevilla, 24 de mayo de 2006.

### Aragón

Ley 10/2000, de 27 de diciembre, relativa a la Cooperación al Desarrollo. *BOA*, núm. 156, 30 de diciembre de 2000.

Decreto 12/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de la Comisión Autónoma de Cooperación para el Desarrollo. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. *BOA*, núm. 16, 6 de febrero de 2002.

Decreto 11/2002, de 22 de enero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento del Consejo Aragonés de Cooperación para el Desarrollo. Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales. *BOA*, núm. 16, 6 de febrero de 2002.

Plan Director de la Cooperación Aragonesa para el Desarrollo 2004-2007. Gobierno de Aragón, 2004.

### Asturias

Plan Cuatrienal de Cooperación Asturiana al Desarrollo 2000-2003. Gobierno de Asturias, 2000.

Plan Cuatrienal. Cooperación Asturiana al Desarrollo 2004-2007. Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo. Agencia Asturiana de Cooperación al Desarrollo. Consejería de Justicia, Seguridad Pública y Relaciones Exteriores, 2004.

Ley 4/2006, de 5 de mayo, de Cooperación al Desarrollo. *BOE*, núm. 162 de 08/07/2006 Sec 1. 2006.

Islas Baleares

Ley 9/2005, de 21 de junio, de cooperación para el desarrollo. *BOE*, núm. 179, 28 de julio de 2005.

Decreto 38/2006 de 7 de abril, de la Agencia de Cooperación Internacional de las Islas Baleares.

Decreto 1/2006, de 13 de enero. Sobre competencias, funciones, composición y organización del Consejo de Cooperación al Desarrollo de las Islas Baleares. *BOIB*, núm. 10, 21 de enero de 2006.

Islas Canarias

Anteproyecto de Ley Canaria de Cooperación Internacional para el Desarrollo. Gobierno de Canarias. Versión 2 (16/06/06).

Cantabria

Decreto 28/2005, de 17 de marzo, por el que se regula la cooperación para el desarrollo y la solidaridad con los países empobrecidos.

Castilla y León

Decreto 267/2000, de 14 de diciembre, por el que se crea el Consejo de Cooperación al Desarrollo de Castilla y León. *BOCyL*, núm. 243, 19 de diciembre de 2000.

ORDEN/PAT/7/2003, de 13 de enero, por la que se convocan ayudas para la Cooperación al Desarrollo para el año 2003. *BOCyL*, núm. 13, 21 de enero de 2003.

Resolución de 22 de diciembre de 2003, de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se convocan ayudas para la Cooperación al Desarrollo para el año 2004. *BOCyL*, núm. 13, 21 de diciembre de 2003.

Resolución de 30 de diciembre de 2004, de la Gerencia de Servicios Sociales, por la que se convocan ayudas para la Cooperación al Desarrollo para el año 2005. *BOCyL*, núm. 13, 5 de enero de 2004.

Castilla-La Mancha

Orden de 22-10-2002, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las bases y se convocan subvenciones destinadas a la Cooperación al Desarrollo. *DOCM*, núm. 133, 28 de octubre de 2002.

Ley 3/2003, de 13-02-2003, de Cooperación Internacional para el Desarrollo. *DOCM*, núm. 28, 28 de febrero de 2003.

Resolución de 22-09-2004, de la Secretaría General Técnica, por la que se reconoce a la Fundación Castellano-Manchega de Cooperación. *DOCM*, núm. 187, 7 de octubre de 2004.

Orden de 08-10-2004, de la Consejería de Bienestar Social, por la que se regulan las bases y se convocan subvenciones destinadas a la Cooperación para el Desarrollo. *DOCM*, núm. 193, 15 de octubre de 2004.

Cataluña

Ley 26/2001, de 31 de diciembre, de Cooperación al Desarrollo. *BOE*, núm. 34, febrero de 2002.

Resolución 1699/VI, de 19 de febrero de 2003, sobre el Plan Director de Cooperación al Desarrollo 2003-2006. *DOGC*, núm. 3872 - 28/04/2003. Parlamento de Cataluña, 2003.

#### Extremadura

Ley I/2003, de 27 de febrero, de Cooperación para el Desarrollo. *DOE*, núm. 33, 18 de marzo de 2003.

Plan General de la Cooperación Extremeña al Desarrollo 2004-2007. Asamblea de Extremadura. *Boletín Oficial*. VI Legislatura, núm. 78, Mérida, 23 de marzo de 2004.

Decreto 37/2005, de 9 de febrero, por el que se regula el Consejo Asesor de Cooperación al Desarrollo. *DOE*, núm. 18, 15 de febrero de 2005.

Decreto 38/2005, de 9 de febrero, por el que se regula la Comisión Autonómica de Cooperación al Desarrollo, 2005.

#### Galicia

Ley 3/2003 de 19 de junio de Cooperación para el Desarrollo. *DOG*, núm. 128, 3 de julio de 2003.

Orden de 26 de febrero, *DOG*, núm. 48, 9 de marzo de 2004.

Libro Branco da Acción Exterior de Galicia. Xunta de Galicia, 2004.

#### La Rioja

Ley 4/2002, de 1 de julio, de Cooperación para el Desarrollo. *Boletín Oficial de la Rioja*, núm. 81, página 3.105, 4 de julio de 2002.

Regulado posteriormente a través del: Decreto 11/2004, de 20 de febrero, por el que se regula el Consejo Regional de Cooperación para el Desarrollo. *Boletín Oficial de La Rioja*, núm. 26, página 891, 24 de febrero de 2004.

I Plan Director de Cooperación para el Desarrollo de La Rioja 2004-2008. Gobierno de La Rioja. Consejería de Presidencia y Acción Exterior, 2004.

#### Madrid

Ley 13/1999, de 29 de abril, de Cooperación al Desarrollo de la Comunidad de Madrid, 1999.

Plan General de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid 2001-2004. Dirección General de Inmigración, Cooperación al Desarrollo y Voluntariado. Comunidad de Madrid, 2001.

Plan General de Cooperación 2005-2008. Comunidad de Madrid, 2005.

#### Región de Murcia

Orden de 7 de mayo de 2004 de la Secretaría General de la Presidencia y Relaciones Externas, por la que se establecen las bases reguladoras de las subvenciones a organizaciones no gubernamentales de desarrollo, para la ejecución de proyectos de cooperación internacional al desarrollo y acciones de educación y sensibilización para el desarrollo, y se convocan las correspondientes al año 2004. *Boletín Oficial de la Región de Murcia*, núm. 117, 22 de mayo de 2004.

Navarra

Ley Foral 5/2001, de 9 de marzo, de Cooperación al Desarrollo, 2001.

Orden Foral 102/2002, de 27 de noviembre, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se convocan subvenciones para la realización de proyectos de cooperación al desarrollo, en el año 2003. *BON*, núm. 7 de 2003.

Orden Foral 97/2003, de 22 de diciembre, de la Consejera de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se convocan subvenciones para la realización de proyectos de cooperación al desarrollo y de sensibilización y educación en esta materia, en el año 2004. *BON*, núm. 15 de 2004.

Orden Foral 17/2005, de 17 de febrero, del Consejero de Bienestar Social, Deporte y Juventud, por la que se convocan subvenciones para la realización de proyectos de cooperación al desarrollo y de sensibilización y educación en esta materia, en el año 2005. *BON*, núm. 28 de 2005.

País Vasco

Plan Director. Cooperación para el Desarrollo 2004-2006. Gobierno Vasco. Departamento de Vivienda y Asuntos Sociales, 2004.

Valencia

Decreto 201/1997, de 1 de julio de 1997, del Gobierno Valenciano, sobre regulación de las bases para la cooperación internacional al desarrollo y del régimen específico

de transferencias de fondos destinados a la cooperación de países en vías de desarrollo, 1997.

Plan Director de la Cooperación Valenciana 2004-2007. Generalitat Valenciana. Cooperación al Desarrollo, 2004.

## NORMATIVA OFICIAL Y DOCUMENTOS POR PAÍSES

Bélgica

Note Strategique: Soins De Sante Primaires. Direction Generale De La Cooperation Au Developpement (DGCD), 2002.

Note Strategique Egalite Des Droits Et Des Chances Entre Les Femmes Et Les Hommes. Direction Generale De La Cooperation Au Developpement (DGCD), 2002.

Law on Belgian International Cooperation, May 25th, 1999. 2003. [www.dgic.be](http://www.dgic.be).

Policy outline for the development cooperation department. Belgian Development Cooperation General Directorate (DGCD), 2003.

Global Partnership for Development, Millennium Development Goal 8: First Progress report by Belgium 2004. Belgian Development Cooperation General Directorate (DGCD), 2004.

La contribution belge à la lutte internationale contre le VIH/sida. Direction Generale De La Cooperation Au Developpement (DGCD), 2002.

Mainstreaming VIH/AIDS: Policy research document for an expanded multi-sectoral approach for the Belgian Development Co-operation. STD/HIV Research and Intervention Unit. Institute of Tropical Medicine. Antwerp, 2003.

Belgium 2006 DAC Peer Review. Development Assistance Committee (DAC), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2006

Note Politique La Coopération belge au Développement dans le domaine de la Santé et des Droits Sexuels et Reproductifs, Direction Générale de la Coopération au Développement, 17 de abril de 2007.

#### Dinamarca

Act on International Development Co-operation as Publisher in Act n° 541 of July 1998. Amendments in Act n° 410 and Act n° 411, 6 of June 2002.

A World of Difference: The Government's Vision for New Priorities in Danish Development Assistance 2004-2008. Royal Danish Ministry of Foreign Affairs, 2003.

Gender Equality en Danish Development Co-operation Royal Danish Ministry of Foreign Affairs. Danida, 2004.

Globalisation: Progress through Partnership. Priorities of the Danish Government for Danish Development Assistance 2006-2010» Ministry of Foreign Affairs of Denmark. Danida, 2005.

Africa, Development and Security: The government's priorities for Danish coopera-

tion with Africa 2005-2009. Royal Danish Ministry of foreign Affairs. Danida, 2005.

Summary of the Conference: Status, Challenges and Recommendations for the Strengthening of the ICPD Goals. 14 de marzo de 2005. [www.um.dk](http://www.um.dk).

Strategy for Denmark's Support to the International Fight against VIH/sida, 2005.

The Promotion of Sexual and Reproductive Health and Rights: Strategy for Denmark's support. Ministry of Foreign Affairs of Denmark. Danida, 2006.

#### Portugal

Documento de Orientación Estratégica. La cooperación portuguesa en el límite del siglo xxi, 1999.

Uma Visão Estratégica para a Cooperação Portuguesa. Resolução do Conselho de Ministros n.º 196/2005, 2006.

Millenium Development Goals: Report from Portugal. Instituto Português De Apoio Ao Desenvolvimento (IPAD), 2004.

Indicative Cooperation Programme Portugal/Angola 2004-2006. Instituto Português De Apoio Ao Desenvolvimento (IPAD), 2004.

Indicative Cooperation Programme Portugal/Mozambique 2004-2006. Instituto Português De Apoio Ao Desenvolvimento (IPAD), 2004.

Indicative Cooperation Programme Portugal/Timor Oriental 2004-2006. Instituto

- Português De Apoio Ao Desenvolvimento (IPAD), 2004.
- Indicative Cooperation Programme Portugal/Cabo Verde 2005-2007. Instituto Português De Apoio Ao Desenvolvimento (IPAD), 2005.
- Indicative Cooperation Programme Portugal/Guinea Bissau 2005-2007. Instituto Português De Apoio Ao Desenvolvimento (IPAD), 2005.
- Indicative Cooperation Programme Portugal/Sao Tome y Príncipe 2005-2007. Instituto Português De Apoio Ao Desenvolvimento (IPAD), 2005.
- Memoria de la Cooperación Portuguesa 2001-2004. Instituto Português de Ayuda al Desarrollo (IPAD), 2005.
- Glosario de la Cooperación al Desarrollo Portuguesa Instituto Português de Ayuda al Desarrollo (IPAD) 1ª ed. 2002; Actualizado marzo 2005.
- Portugal 2006 DAC Peer Review. Development Assistance Committee (DAC), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2006.
- Reino Unido
- Eliminating World Poverty: Making Globalisation Work for the Poor White Paper on International Development. Crown, United Kingdom. Department for International Development (DFID), 2000.
- International Development Act 2002. Crown. United Kingdom, 2002.
- From commitment to action: health. HM Treasury. Department for International Development (DFID), 2005.
- Reproductive Health and Rights. DFID Position Paper. 2004. [www.dfid.gov.uk](http://www.dfid.gov.uk).
- Response on DFID Reproductive Health & Rights Position Paper. Network on Sexual & Reproductive Health and Rights, 2004. [www.bond.org](http://www.bond.org).
- Inclusive Government: Mainstreaming Gender into Foreign Policy. Foreign & Commonwealth Office, 2004.
- Taking Action: The UK's strategy for tackling VIH and sida in the developing world. Crown, United Kingdom. Department for International Development (DFID), 2004.
- United Kingdom 2006 DAC Peer Review. Development Assistance Committee (DAC), Organization for Economic Co-operation and Development (OECD), 2006.
- Suecia
- Shared Responsibility: Sweden's Policy for Global Development. Government Bill 2002/ 03:122. Ministry for Foreign Affairs, 2003.
- Government communication: Sweden's Global Development Policy. 2004/05:4. Ministry for Foreign Affairs, 2004.
- National Action Plan to prevent female genital mutilation. Government Offices of Sweden, 2003.

Poverty and Trafficking in Human Beings: A strategy for combating trafficking in human beings through Swedish international development cooperation. Government Offices of Sweden, 2003.

Sweden's International Policy on Sexual and Reproductive Health and Rights. Government Offices of Sweden, 2006.



## LISTA DE ACRÓNIMOS

ACP	África, Caribe y Pacífico
AECI	Agencia Española de Cooperación Internacional
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
APS	Atención Primaria de Salud
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo
CC AA	Comunidades Autónomas
CEDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
DEP	Documento Estrategia País
DFID	Uk Department for International Cooperation
DGPOLDE	Dirección General de Planificación y Evaluación de Políticas de Desarrollo
DSR	Derechos Sexuales y Reproductivos
EPS	Educación para la Salud
EURONGOS	European NGOs for Sexual and Reproductive Health and Rights, Population and Development
FED	Fondo Europeo de Desarrollo
GED	Género en Desarrollo
INSTRAW	United Nations International Research and Training Institute for the Advancement of Women
IPPF	International Planned Parenthood Federation
IRR	Índice de Riesgo Reproductivo
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGTB	Colectivo de Lesbianas, Gays, Transexuales y Bisexuales
MGF	Mutilación Genital Femenina
NEPAD	New Partnership for Africa's Development
NICD	Nuevo Instrumento de Cooperación al Desarrollo
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONGD	Organización No Gubernamental para el Desarrollo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida
OPS	Organización Panamericana de Salud
PAI	Population Action Internacional
PEP	Profilaxis Post-Exposición
PIB	Producto Interior Bruto
PIC	Planes Indicativos de Cooperación (Portugal)
PMA	Países Menos Adelantados

PNB	Producto Nacional Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SDSR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
UA	Unión Africana
UE	Unión Europea
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
UNIFEM	Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
WIDE	Mujeres en Desarrollo en Europa



FUNDACIÓN CAROLINA

## PRESENTACIÓN

La Fundación Carolina se constituye en octubre del año 2000 como una institución para la promoción de las relaciones culturales y la cooperación en materia educativa y científica entre España y los países de la Comunidad Iberoamericana de Naciones, así como con otros países con especiales vínculos históricos, culturales o geográficos.

Por su naturaleza, mandato y funciones la Fundación Carolina es una institución única en el sistema español de cooperación al desarrollo, así como en el marco de la Comunidad Iberoamericana de Naciones.

## ACTIVIDADES

### Programa de Formación

Tiene como objeto facilitar la ampliación de estudios en España de titulados universitarios, profesores, investigadores profesionales iberoamericanos, a través de tres modalidades de becas:

- Postgrado
- Doctorado y Estancias Cortas
- Formación Permanente

Se convocan anualmente alrededor de 1.500 becas y ayudas.

### Programa de Investigación

Se realiza a través del Centro de Estudios para América Latina y la Cooperación Internacional (CeALCI) mediante investigaciones directas, una convocatoria anual de Ayudas a la Investigación y el desarrollo de líneas de investigación concertadas con diferentes centros europeos y latinoamericanos. El Programa se articula en torno a cuatro grandes temas: estudios sobre América Latina, relaciones económicas internacionales, políticas públicas y calidad de la ayuda al desarrollo.

### Programa Internacional de Visitantes

Se dirige a personas y grupos relevantes y con proyección de futuro en sus respectivos países con el fin de conocer la realidad española y establecer contactos con personalidades e instituciones españolas de su ámbito de interés. Existen programas específicos como Becas Líder, Líderes Hispanos de Estados Unidos, Jóvenes Políticos Iberoamericanos o Mujeres Líderes Iberoamericanas.

### Programa de Responsabilidad Social de las Empresas

Su objetivo es sensibilizar sobre la importancia de establecer mecanismos de concertación en los modelos de gestión e incorporar perspectivas de justicia, igualdad y solidaridad, para contribuir a un desarrollo sostenible desde el punto de vista económico, social y medioambiental.

## PUBLICACIONES

La Fundación Carolina, a través de su Centro de Estudios para América Latina y la Cooperación Internacional (CeALCI), ha iniciado una serie de publicaciones que reflejan las nuevas orientaciones del centro y sus actividades. La Fundación pretende así servir de plataforma de difusión de libros que respondan a los criterios de excelencia y relevancia que definen las actuaciones del CeALCI.

### Libros

Los libros son compilaciones de trabajos o monografías, tanto aquellas que hayan sido elaboradas con apoyo de la Fundación como aquellas otras que por su interés y concurrencia con sus objetivos así se decida. Los criterios de calidad científica de los materiales y de su coincidencia con las prioridades del Centro son por tanto los que determinan la aceptación de los proyectos. El primer título de esta colección es "Las Cumbres Iberoamericanas (1991-2005). Logros y desafíos". La obra, elaborada por especialistas españoles e iberoamericanos bajo la coordinación del profesor Celestino del Arenal, recoge la historia, los logros y el futuro de las Cumbres, y ha sido editada en coedición con Siglo XXI de España.

### Documentos de Trabajo

Bajo la denominación Documentos de Trabajo se publican los informes finales de los proyectos de investigación así como otros trabajos científicos y/o académicos que se propongan y se consideren que tienen la suficiente calidad e interés para los objetivos del Centro.

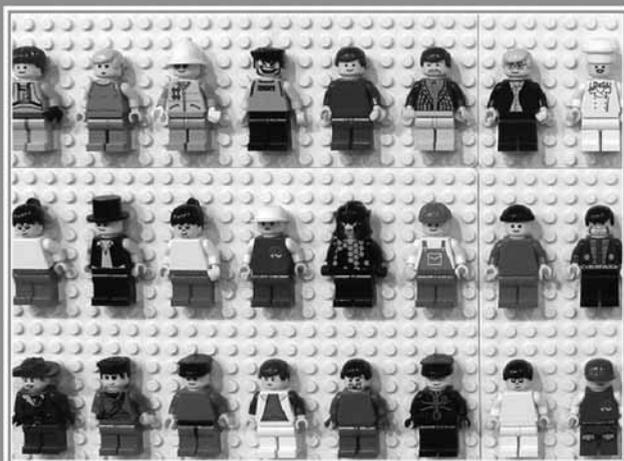
Con un formato ligero y con carácter divulgativo, son el instrumento que sirve para difundir las investigaciones realizadas y promovidas por el CeALCI, específicamente las propias investigaciones y las resultantes de las ayudas a la investigación. Además, pueden ser publicados como Documentos de Trabajo todos aquellos estudios que reúnan unos requisitos de calidad establecidos y un formato determinado, previa aceptación por el Consejo de Redacción.

### Avances de Investigación (Edición electrónica)

Se editan en formato pdf, para su distribución electrónica y su acceso libre desde las páginas web, aquellos Avances de Investigación que, a juicio del centro y con el visto bueno del investigador, se considera oportuno con el fin de presentar algunos de los resultados iniciales de las investigaciones para su conocimiento por la comunidad científica, de tal forma que el autor o autores puedan tener reacciones y comentarios a sus trabajos.

Estos Avances permiten también al CeALCI conocer los logros y dificultades en los proyectos de investigación y modificar o reorientar, si fuera necesario, sus objetivos. En principio se consideran susceptibles de edición electrónica en este formato aquellos avances de investigación de proyectos que hayan sido objeto de financiación a través de la Convocatoria de Ayudas a la Investigación, Becas de Estancias Cortas o informes realizados por encargo directo.

Judith Astelarra (coord.)



## Género y cohesión social

Gabriel Ferrero y de Loma-Osorio



## Apoyando los procesos de desarrollo

Enfoques y métodos  
para una ayuda inclusiva