

La cooperación internacional española en el ámbito de la salud

Lucía Mazarrasa-Alvear^a / María José Montero-Corominas^b

^aEnfermera Instructora de Sanidad. Jefa de Sección de Salud y Desarrollo Internacional. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

^bLicenciada en Historia Moderna y Contemporánea por la Universidad Complutense de Madrid. Integrante de las delegaciones gubernamentales en Conferencias Internacionales. Colaboradora del Fondo de Población de Naciones Unidas. Madrid. España.

Correspondencia: Lucía Mazarrasa Alvear. Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III. Pabellón 6. Sinesio Delgado, 8. 28029 Madrid. España.
Correo electrónico: lmazarra@isciii.es

(Spanish international cooperation in health)

Resumen

Se analiza la relación entre la política española de cooperación al desarrollo y los problemas más importantes de salud que tienen los países subdesarrollados, teniendo en cuenta la perspectiva de género. La salud de los pueblos es un exponente de la desigualdad en el desarrollo entre los países ricos y pobres. Los organismos internacionales establecen el marco y las prioridades de la cooperación, donde es prioritaria la erradicación de la pobreza. La Cumbre del Milenio se comprometió a reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil y en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna antes del año 2015, detener y reducir el avance de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida y la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves (tuberculosis) y proporcionar el acceso a medicinas a países en vías de desarrollo. Sin embargo, los recursos destinados a la cooperación se han reducido un 30% en los últimos años. La ayuda oficial al desarrollo en España en materia de salud es difícil de cuantificar, ya que figura dentro de los servicios sociales básicos y no va destinada a solventar los principales problemas de salud de los países más pobres.

Palabras clave: Salud. Desarrollo. Cooperación internacional. Ayuda oficial española al desarrollo.

Abstract

In this chapter, there is a view of the relationships between the Spanish policy for international cooperation aid and the main health problems of the developing world, with a gender perspective.

The population health is a result of the development inequity between rich and poor countries. The international institutions have established the frame and priorities of the cooperation aid, being poverty eradication the main priority. The compromise of the Millennium Conference was to reduce in 2/3 child mortality and 3/4 maternal mortality before year 2015, to stop and reduce HIV-AIDS, malaria and others serious diseases as tuberculosis and to facilitate developing countries the access to drugs. Although the resources allocated, the total amount for cooperation has been reduced 30% during the last years. The Spanish AOD in health is difficult to account because it is considered among social basic services and it is not addressed to solve the main health problems in the poorest countries.

Key words: Health. Development. International cooperation. Spanish official development aid.

Introducción

La salud constituye un exponente de la desigualdad entre los países ricos y pobres. El desarrollo y el subdesarrollo son realidades distintas del mismo proceso universal, el capitalismo y su lógica de funcionamiento. El subdesarrollo es el resultado de la relación que los países subdesarrollados han experimentado con la expansión de los países capitalistas, y es necesario para que exista el desarrollo tal y como está concebido por las leyes del mercado en la sociedad tardoindustrial¹. Supone la dependencia externa que somete a los países a unas relaciones de intercambio desigual, que se caracteriza por las restric-

ciones impuestas a las exportaciones de los países del tercer mundo y por las transferencias de plusvalía hacia los países desarrollados a través de la deuda externa que los empobrece progresivamente^{2,3}. Las políticas de cooperación internacional al desarrollo son un intento de paliar esta situación que ha demostrado ser, hasta la fecha, un fracaso⁴.

El desarrollo ha marginado a las personas más pobres e incluso ha agravado las desventajas que padecen: 1.169 millones de personas viven con menos de un dólar al día en el mundo⁵ (tabla 1). La brecha que separa a los ricos de los pobres aumenta en todo el mundo y dentro de cada país. En la Europa central y del este, la Confederación de Estados Independientes (Rusia, Ucrania, Kazajistán, Bielorrusia), Latinoaméri-

Tabla 1. Población que vive con menos de un dólar diario en el mundo

| Región | % | | N.º (en millones) | |
|---|------|------|-------------------|-------|
| | 1990 | 1999 | 1990 | 1999 |
| África subsahariana | 47,4 | 49,0 | 241 | 315 |
| Asia oriental y Pacífico (excluyendo China) | 30,5 | 15,6 | 486 | 279 |
| Asia meridional | 24,2 | 10,6 | 487 | 57 |
| Latinoamérica y el Caribe | 45,0 | 36,6 | 506 | 488 |
| Europa central, este y CEI ^a | 11,0 | 11,1 | 48 | 57 |
| Oriente Medio y norte de África | 6,8 | 20,3 | 31 | 97 |
| Total ^b | 2,1 | 2,2 | 5 | 6 |
| (excluyendo China) | 29,6 | 23,2 | 1.292 | 1.169 |
| | 28,5 | 25,0 | 917 | 945 |

CEI: confederación de estudios independientes.

^aSe utiliza 2 dólares diarios, considerado más apropiado para este grupo de países para medir la pobreza extrema.

^bDatos basados en un dólar para todas las regiones.

Fuente: Informe de Desarrollo Humano. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), 2002.

ca y el Caribe, Oriente Medio y el conjunto de África se registraron incrementos netos en el número de pobres⁶.

Entre las personas que viven en la pobreza, las mujeres constituyen el 70% y sólo poseen el 1% de la riqueza mundial⁷. En los países subdesarrollados, en los que existe una carencia de los recursos básicos para el cuidado y la protección de la salud de las poblaciones, las mujeres sufren una doble discriminación, por desigualdades de género y por ser más pobres.

El objetivo de este artículo es analizar la relación entre la política española de cooperación al desarrollo y los problemas más importantes de salud que tienen los países subdesarrollados, teniendo en cuenta la perspectiva de género.

La salud en el mundo

El informe de la salud mundial de la OMS 2002 identifica los 10 riesgos más importantes para la salud: insuficiencia ponderal; prácticas sexuales de riesgo; hipertensión arterial; tabaquismo; alcoholismo; agua insalubre, saneamiento e higiene deficientes; carencia de hierro; humo de combustibles sólidos en espacios cerrados; hipercolesterolemia y obesidad⁸.

Por lo menos el 30% de toda la carga de morbilidad existente en muchos países en vías de desarrollo, como los de África subsahariana y de Asia meridional, es el resultado de menos de 5 de los 10 factores citados. La insuficiencia ponderal por sí sola es responsable de más de 3 millones de defunciones infantiles al año en los países en vías de desarrollo. Los riesgos de salud

Tabla 2. Probabilidad de fallecer de los niños menores de 5 años (por 1.000) en España y otros países.

| País | Niños | Niñas |
|-----------------------|-------|-------|
| Bangladesh | 82 | 84 |
| China | 34 | 40 |
| India | 89 | 98 |
| Pakistán | 105 | 115 |
| Maldivas | 42 | 48 |
| Nepal | 100 | 115 |
| Santo Tomé y Príncipe | 69 | 71 |
| España | 5 | 4 |

Fuente: informe sobre la salud en el mundo. OMS, 2002.

que corren los niños menores de un año y el resto de la infancia, en general, son peores en las familias pobres que tienen mucha descendencia. En ellas las criaturas tienen menos probabilidades de recibir incluso una atención preventiva básica de salud y tratamiento, y en el caso concreto de las niñas los riesgos son mayores⁹ (tabla 2).

La situación precaria de la salud de las mujeres en los países subdesarrollados es una consecuencia de su falta de poder de decisión sobre su propia vida, de su escasa o nula participación en las políticas públicas, así como de su desvalorización social y económica. En algunos países esto supone una menor esperanza de vida para las mujeres, y en la mayoría, una menor expectativa de vida saludable respecto a los hombres.

Aunque en la actualidad se reconoce que las mujeres tienen necesidades de salud propias, más allá de su condición de madres y reproductoras, cada año 500.000 mujeres mueren por causas relativas a la maternidad y muchas más padecen enfermedades y lesiones debidas al embarazo y el parto. Un 99% de las defunciones por mortalidad materna ocurren en países en vías de desarrollo¹⁰.

La tasa de mortalidad materna es la que indica con mayor precisión la desigualdad entre los países ricos y pobres. Las mujeres embarazadas en países en vías de desarrollo tienen un riesgo de muerte entre 80 y 600 veces superior al de las mujeres de los países desarrollados¹¹. El riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo, el parto o sus complicaciones en África es de uno por cada 19 casos, en Asia de 1/132, en Latinoamérica de 1/188, y en los países más desarrollados sólo de 1/2.976¹². Esta tasa se reduciría si la atención del parto la llevara a cabo personal capacitado y se realizara en un centro de salud, y si estuviera garantizado el acceso a los servicios para el control del embarazo por parte del personal capacitado.

Las mujeres más pobres en los países subdesarrollados comienzan a procrear más temprano, entre los 15 y los 19 años de edad, como consecuencia del matrimonio precoz, la menor capacidad para negociar el

aplazamiento de las relaciones sexuales y la reproducción, así como el menor acceso a los métodos anticonceptivos modernos.

Además, cada día 6.000 niñas sufren la mutilación de sus órganos sexuales; se calcula que entre 128 y 130 millones de mujeres han sufrido alguna forma de mutilación genital, con las consecuencias que ello conlleva para su salud física y psíquica, que a veces acarrean la muerte¹³.

A escala mundial, las prácticas sexuales son el factor principal de la propagación de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)/sida, cuyo impacto es enorme en los países pobres de África y Asia. Es la cuarta causa de mortalidad en el mundo y la mayoría de esas muertes se producen en África subsahariana. Más del 99% de las infecciones por el VIH prevalentes en el año 2001 eran atribuibles a prácticas sexuales de riesgo y, según la ONUSIDA, el 57,7% de las mujeres están afectadas por el VIH/sida en esta región del mundo¹⁴.

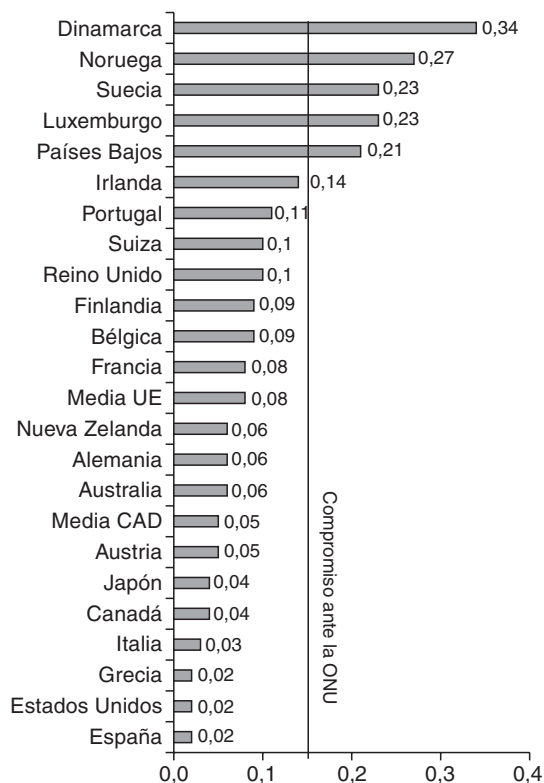
Políticas de cooperación internacional al desarrollo

Las Naciones Unidas y otros organismos internacionales establecen el marco y las prioridades de la cooperación, donde figuran como objetivo prioritario la erradicación de la pobreza; sin embargo, la ayuda a nivel mundial ha disminuido en un 30% desde 1990 y sólo un porcentaje de ésta se destina a erradicar la pobreza.

Los acuerdos más importantes adoptados por la comunidad internacional en los últimos años en materia de cooperación son: dedicar por parte de los países donantes el 0,7% de su producto interior bruto (PIB) a la ayuda al desarrollo; destinar 5.700 millones de dólares para servicios básicos de salud reproductiva en los países en vías de desarrollo para el año 2000, que deberían ser 6.100 millones en 2005¹⁵ (hasta la fecha los países donantes en su conjunto sólo han aportado el 33%) y el «compromiso 20/20» por el que los países donantes se comprometían a destinar el 20% de la ayuda a servicios sociales básicos y los países receptores también destinarían el 20% de su presupuesto a estos servicios¹⁶. Asimismo, se reconocía que la atribución de poder a las mujeres es fundamental para el desarrollo, y también se reconocía el derecho de las mujeres al control de su sexualidad¹⁷.

La reciente Cumbre del Milenio de Naciones Unidas se comprometió a reducir en dos tercios la tasa de mortalidad infantil y en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna antes de 2015, así como a detener y reducir el avance del VIH/sida y la incidencia de la malaria y otras enfermedades graves (tuberculosis)

Figura 1. Porcentaje de ayuda oficial al desarrollo (AOD) sobre el producto interior bruto (PIB) de los países menos desarrollados (año 2000).



CAD: Comité de Ayuda al Desarrollo; UE: Unión Europea
Fuente: Intermón-Oxfam. España, 2002.

y proporcionar, en colaboración con las empresas farmacéuticas, el acceso a medicinas en los países en vías de desarrollo¹⁸. En el año 2002 se aprueba un fondo global contra el sida, la malaria y la tuberculosis a iniciativa del Secretario General de Naciones Unidas, para el que España ha donado 50 millones de euros. Todos estos compromisos no se corresponden con la realidad de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) de los países donantes (fig. 1).

España, además de haber suscrito todos los acuerdos internacionales en materia de cooperación al desarrollo, es miembro de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) junto con todos los estados donantes bilaterales, en total 23 países y la propia Comisión Europea. Según los informes del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE, de todos estos países sólo 5 cumplen con el compromiso de destinar el 0,7% del PIB a la cooperación¹⁹.

El informe que emitió el Comité de Ayuda al Desarrollo sobre la AOD española en el año 2001 critica, entre otras cosas, la falta de información detallada y el des-

censo de los recursos destinados a África, y cuestiona el cómputo que hace el gobierno español de los servicios sociales básicos.

La Unión Europea (UE) es el principal donante mundial en cifras absolutas y también en materia de salud, contribución que supone el 10% del total de la AOD. La Comisión Europea vincula la salud al desarrollo y en sus políticas integra como temas intersectoriales ciertas cuestiones relacionadas con la población, como la salud y los derechos sexuales y reproductivos y la maternidad sin riesgos, las enfermedades de transmisión sexual y en particular el VIH/sida.

En la Conferencia Internacional sobre la Financiación para el Desarrollo (Monterrey, 2002), la Comisión Europea y los Estados Miembros de la UE adquirieron el compromiso¹⁸ de alcanzar en el año 2006 como mínimo el 0,33% del PIB, la media de la UE en 2000, hasta llegar al 0,7% para ayuda al desarrollo.

La ayuda oficial al desarrollo centralizada de España

Desde el año 1998 está vigente la Ley de Cooperación Internacional para el Desarrollo, que define las directrices básicas de la política española, e incluye entre sus principios la igualdad entre los sexos, y prevé la existencia de Planes Directores cada 4 años. El Ministerio de Asuntos Exteriores es el organismo responsable de la gestión de la ayuda; sin embargo, el Ministerio de Economía ejecuta una parte muy considerable de ésta, como los créditos vinculados a los Fondos de Ayuda al Desarrollo (FAD) y la condonación de la deuda. Además, en los últimos años otros ministerios han cobrado mucho protagonismo, especialmente el Ministerio de Defensa, que en la partida presupuestaria destinada a necesidades básicas para el 2002 se le asignaron 8,1 millones de euros, seis veces lo que destina el Ministerio de Sanidad.

Desde 1991 el porcentaje de recursos destinados a cooperación en relación al PIB ha oscilado entre el 0,22 y el 0,30%, valor del año 2001 (esta excepción de 2001 se debe a la condonación de la deuda originada por la papelera Celgusa de Honduras, cifrada en 400 millones de euros, lo que ha disparado el porcentaje hasta un 0,30%; de no ser por este motivo, el porcentaje sería del 0,23%)²⁰.

En primer lugar, al analizar la ayuda oficial al desarrollo, llama la atención que no se conoce ni el volumen ni la calidad que se destina desde España en su conjunto, ya que la mayoría de los municipios, diputaciones provinciales y gobiernos autonómicos destinan recursos directamente. Esta ayuda es, en muchos casos, proporcionalmente superior a la de la Administración central del Estado.

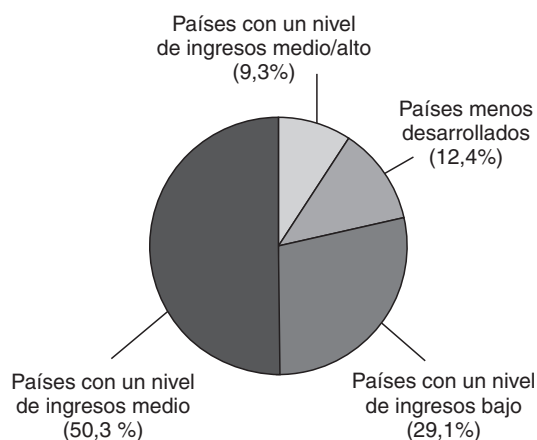
En segundo lugar, destaca el incumplimiento por parte del Estado del compromiso de destinar la ayuda a la erradicación de la pobreza, como refleja el plan director vigente, que prioriza las necesidades sociales. Sin embargo, la cooperación española se ejecuta a través de los FAD (el 24% del total de la ayuda bilateral para el período 2001-2004), es decir, «ayuda reembolsable», que está ligada a créditos para la compra de bienes y servicios de empresas españolas. Este tipo de ayuda, si bien es práctica habitual de los países donantes, no todos la contabilizan como ayuda al desarrollo. En los presupuestos de 2003 no hay previsto ningún fondo o programa destinado a condonar la deuda externa. A diferencia de España, otros países donantes tampoco contabilizan la ayuda de emergencia y las ayudas a los inmigrantes dentro de las propias fronteras.

Los principales actores, de acuerdo con las previsiones del Plan Director de la Cooperación 2001-2004, son el Ministerio de Economía (351.916 millones de ptas.) y el Ministerio de Hacienda (297.737 millones de ptas.), frente a los 1.547 millones de ptas. del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Otro de los rasgos que definen la cooperación es el hecho de que la ayuda no va dirigida a los países de rentas más bajas (objetivo internacionalmente consensuado). España destina la mayor parte de la ayuda a países de renta intermedia. Un exponente paradójico es, por ejemplo, la consideración de los gastos destinados al nuevo Centro Español Iberoamericano de Miami como ayuda al desarrollo²¹ (fig. 2).

En cuanto a la ayuda multilateral, hay que resaltar que excepto al Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR), España no ha incre-

Figura 2. Distribución geográfica de la ayuda oficial española al desarrollo (AOD) por niveles de ingresos (año 2000).



Fuente: Intermón-Oxfam. España, 2002.

mentado su contribución voluntaria a ninguno de los organismos internacionales.

Por último, cabe destacar el importante papel que desempeñan las organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD), cuyos objetivos sí van dirigidos a la erradicación de la pobreza. En los últimos años se ha producido un duro enfrentamiento entre la mayoría de ellas y la Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI) por la política de subvenciones, ya que el gobierno prima a las ONG con mayor capacidad y recursos sin tener en cuenta la calidad y la incidencia de los proyectos.

Ayuda al desarrollo en salud

Los rasgos que caracterizan la ayuda oficial al desarrollo en salud son: la falta de planificación, la inestabilidad presupuestaria y de continuidad de los programas y proyectos, la concepción limitada de la salud, especialmente en lo relacionado con la salud sexual y reproductiva, la dispersión de las iniciativas y la falta de mecanismos para el análisis efectivo de la reducción de la desigualdad entre hombres y mujeres.

La ayuda oficial en salud no es cuantificable, ya que se engloba dentro de los servicios sociales básicos y es muy difícil obtener datos desagregados, además de las discrepancias al utilizar el concepto de salud.

En el año 2001 España destinó 100,09 millones de euros para la salud, lo que significa el 7,27% del total de la ayuda bilateral. Las vías establecidas para canalizar las ayudas en materia de salud son las siguientes:

– La ayuda bilateral reembolsable, a través de créditos que gestiona el Ministerio de Economía, lo que supone el 27% del total.

– La ayuda bilateral no reembolsable, que la ejecuta fundamentalmente la AECI y que supone sólo el 4,4%, canalizada en un 40% a través de las ONGD²²; la aportación del Ministerio de Salud y Consumo es del 0,78% (tabla 3).

Las ONGD gestionan importantes recursos en materia de salud, entre los años 1999 y 2000 la cantidad superó los 16,53 millones de euros. Según la coordinadora que las agrupa, hay en España 80 ONGD que trabajan en el ámbito de la salud, realizando proyectos en los países en vías de desarrollo o actividades de sensibilización y formación en nuestro país²¹.

La cooperación en salud en los últimos años se destina prioritariamente a la construcción y el equipamiento de hospitales especializados e infraestructuras sanitarias, la formación de profesionales y el equipamiento necesario para ello, y el suministro de material médico de alta tecnología. Llama la atención el caso de In-

Tabla 3. Distribución de la ayuda oficial al desarrollo (AOD) bilateral en el sector salud (España 2000 y 2001)

| | 2001 | 2000 |
|---|--------|--------|
| AOD bilateral no reembolsable dedicada a salud (millones de euros) | 46,62 | 45,63 |
| Porcentaje de AOD bilateral no reembolsable dedicado a salud sobre el total de la AOD bilateral no reembolsable | 4,40% | 7,50% |
| Porcentaje de AOD bilateral no reembolsable dedicado a salud sobre la AOD bilateral no reembolsable, excluida la operación de deuda contraída | 7,30% | — |
| AOD bilateral reembolsable dedicada a salud (millones de euros) | 53,47 | 28,67 |
| Porcentaje de AOD bilateral reembolsable dedicado a salud sobre el total de la AOD bilateral reembolsable | 27% | 16,60% |
| AOD bilateral bruta dedicada a salud (millones de euros) | 100,09 | 74,3 |
| Porcentaje de AOD bilateral bruta dedicado a salud sobre el total de la AOD bilateral bruta | 7,27% | 8% |

Fuente: Agencia Española de Cooperación Internacional (AECI), 2002.

donesia, principal país receptor de ayuda, que recibió el 27,17% del total de la ayuda en salud durante el período 1998-2000, de la cual el 99% era ayuda reembolsable. Esta orientación ha sido criticada por el CAD de la OCDE, ya que no responde a la prioridad de erradicar la pobreza mediante programas de salud básica, sino a favorecer el negocio de las empresas españolas y a fortalecer a las élites locales, sin tener en cuenta los compromisos de la Cumbre del Milenio para hacer frente a pandemias como la infección por el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, ni los compromisos en materia de salud reproductiva. En el año 2000 España sólo destinó para planificación familiar el 1% de los recursos de salud²³ (tabla 4).

La ayuda multilateral se destina fundamentalmente a la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que es una contribución estable de 1,8 millones de euros anuales.

Los países destinatarios de la ayuda en salud no son los países con rentas más bajas: España destina el 62% de su ayuda a países con ingresos medios, en detrimento de los menos desarrollados, a los que sólo dedica un 18%, y de los de ingresos bajos, a los que destina un 20%. Además, los recursos que España destina a los países con ingresos medios no están orientados, en muchos casos, a las clases más empobrecidas de la sociedad.

Conclusiones

La situación internacional de los últimos años no favorece el cumplimiento de los acuerdos internacionales en materia de ayuda al desarrollo; bien al contra-

Tabla 4. Composición de los compromisos presupuestarios españoles y del Comité de Ayuda al Desarrollo (CAD) de la OCDE en el sector salud. Porcentajes sobre el total (año 2000)

| | España | CAD |
|--|--------|-------|
| Primaria | 29,1% | 70,6% |
| Atención sanitaria básica | 9,1% | 13,0% |
| Nutrición básica | 2,0% | 3,1% |
| Control de enfermedades infecciosas | 5,8% | 12,4% |
| Educación sanitaria | 4,2% | 1,1% |
| Formación del personal sanitario | 1,5% | 0,4% |
| Atención a la salud reproductiva | 4,1% | 7,3% |
| Planificación familiar ^a | 0,0% | 15,2% |
| Lucha contra las enfermedades de transmisión sexual (incluido el sida) | 2,5% | 18,0% |
| Formación de personal en salud reproductiva ^a | 0,0% | 0,0% |
| Especializada | 70,9% | 28,5% |
| Política sanitaria y gestión administrativa | 5,7% | 12,8% |
| Enseñanza/formación médica ^a | 0,0% | 0,4% |
| Investigación médica ^a | 0,0% | 0,0% |
| Infraestructura sanitaria básica | 47,4% | 6,4% |
| Políticas sobre población y gestión administrativa ^a | 0,0% | 3,5% |
| Servicios médicos | 17,8% | 5,4% |

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

^aLos componentes que aparecen con un porcentaje del 0,0% tienen una participación del 0,001% o inferior.

Fuente: Intermón-Oxfam. España, 2002.

rio, la mayoría de los países donantes han endurecido sus políticas y priorizan las cuestiones relativas a la seguridad nacional, desviando recursos que antes iban destinados a los países en vías de desarrollo. En el caso de España, se contabilizan como ayuda al desarrollo muchos de los gastos de la aplicación de la Ley de Extranjería, así como gastos de mantenimiento de operaciones militares (Afganistán, Irak), consideradas como ayuda humanitaria y mantenimiento de la paz.

Paralelamente a esta situación, la proliferación de fundaciones privadas o mixtas (públicas y privadas) y ONGD, que gestionan directamente programas y proyectos de ayuda, favorece la dejación del Estado. Hay organismos de la administración del Estado que han creado sus propias fundaciones, lo que les permite gestionar recursos al margen de la Ley General de Procedimiento Administrativo y además contar con el apoyo directo de empresas privadas.

De acuerdo con los datos disponibles, la cooperación en salud no se destina a la erradicación de la pobreza ni a la mejora de las condiciones de salud de los países con peores indicadores.

Aunque en el discurso político, en los documentos estratégicos y en la formulación de los proyectos figura la igualdad de género como principio de actuación, en la práctica no se tiene en cuenta la situación de discriminación de las mujeres.

Recomendaciones

Es necesario que la política española en materia de cooperación al desarrollo en general y en salud en particular, priorice la erradicación de la pobreza frente a otros intereses políticos y económicos, así como a los países y regiones con rentas más bajas, dando cumplimiento a los compromisos internacionales adquiridos.

Para ello, tendrá que adecuar sus criterios con los del CAD de la OCDE, considerando los créditos de los FAD como créditos y no como ayuda al desarrollo. De igual manera, deberá incluir la perspectiva de género en la evaluación de los proyectos y programas que financie.

Bibliografía

- Sanpedro JL, Berzosa C. Conciencia del subdesarrollo veinticinco años después. Madrid: Santillana-Taurus S.A., 1996.
- Las ONG en las estrategias del Nuevo Orden Mundial. Madrid, Documento de la ONGD Sur, 1995.
- Bajo el mismo techo: para comprender un mundo global. Navarra: Ed. Hegoa-Mugarik Gabe Nafarroa, 1996.
- Amin S. El fracaso del desarrollo en África y en el Tercer Mundo. Un análisis político. 1.^a ed. Madrid: IEPALA, 1994.
- Wolfensohn JD, Presidente del Banco Mundial. Declaración ante el Comité Monetario y Financiero Internacional. Washington, DC: Fondo Monetario Internacional, 2 de abril de 2002
- Informe de Desarrollo Humano. PNUD, 2002.
- Del Río S. Globalización y feminismo. En: Bajo R, Galindo P, Hernández JM, Del Río S, Romero G, Ruiz Jiménez JL, editores. El movimiento antiglobalización en su laberinto. Madrid: Los libros de la Catarata, 2003.
- OMS. Informe sobre la salud en el mundo, 2002.
- FNUAP. El Estado de la población mundial, 2002.
- FNUAP. El Estado de la población mundial, 2000: vivir juntos en mundos separados: los hombres y las mujeres en tiempos de cambio. Nueva York: UNFPA, 2000.
- Shen C, Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality, women's status, and economic dependency in less-developed countries: a cross-national analysis. Soc Sci Med 1999; 49:197-214.
- Hill K, AbouZahr C, Wardlaw T. Estimates of maternal mortality for 1995. Bull WHO 2001;79:182-93.
- Las mutilaciones genitales femeninas. Federación de Planificación Familiar de España. Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos 2002;4:13-22.
- ONUSIDA. Informe de 2002. Epidemia del sida. Disponible en: www.onusida.org.2002
- Naciones Unidas. Plan de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo. El Cairo, 1994.

16. Naciones Unidas. Cumbre Mundial sobre el Desarrollo Social. Copenhague, 1995.
 17. Naciones Unidas. Declaración y Plataforma para la Acción. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres. Beijing, 1995.
 18. Naciones Unidas. Financing for Development: Building on Monterrey. Documento de la Conferencia Internacional de Monterrey (México), 2002.
 19. OCDE. Development Co-operation Report 2001. París, 2002.
 20. Intermón-Oxfam. Cooperación Española. La realidad de la ayuda 2002-2003. Colección Informes, n.º 23. Barcelona, 2003.
 21. Coordinadora de ONGD. Comentarios y propuestas de la Coordinadora a los Presupuestos Generales del Estado de 2003.
 22. Ministerio de Asuntos Exteriores, Secretaría de Estado para la Cooperación Internacional y para Iberoamérica. Estrategia de la Cooperación Española en Salud. Madrid: Agencia Española de Cooperación Internacional, 2003.
 23. Red Europea de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF-EN) y Federación Española (FPFE). Informe paralelo al del Comité de la OCDE sobre la política española de cooperación en materia de salud sexual y reproductiva, 2001.
-