



**COOPERACIÓN
Y DESARROLLO
EN ÁFRICA**

Ayuda eficaz para mejorar
la salud y los derechos
sexuales y reproductivos

GAMBIA | MALI | NAMIBIA

Red ACTIVAS, antes denominada Grupo de Interés Español en Población, Desarrollo y Salud Reproductiva (GIE), es una plataforma integrada por las siguientes 13 organizaciones: Médicos del Mundo, Centre d'Estudis Demogràfics, Centre d'Anàlisi i Programes Sanitaris, Mujeres por la Salud y la Paz, Medicus Mundi, Federación de Asociaciones de Matronas de España, Católicas por el Derecho a Decidir, Enfermeras para el Mundo, Fuden Cooperación Enfermera, Federación de Mujeres Progresistas, Creación Positiva, Matres Mundi y Solidaridad Internacional.

Esta red nace en 1996 con el objetivo primordial de impulsar la cooperación española en salud y la implementación del Programa de Acción de la Conferencia sobre Población y Desarrollo de El Cairo y la plataforma de Acción de Beijing. En la actualidad, la plataforma concentra sus actividades principalmente en la incidencia política, el seguimiento de las políticas de cooperación, el análisis de la Ayuda Oficial al Desarrollo y el fortalecimiento de las organizaciones de mujeres y de la sociedad civil que trabajan por la salud y los derechos de las mujeres en los países prioritarios de la cooperación española.

La presente publicación ha sido elaborada por Emiliana Tapia y Marta O'Kelly, responsable de proyectos y directora de la plataforma Red ACTIVAS respectivamente. Asimismo, ha contado con la colaboración de Vilma Sandoval y Karin Kathan para la redacción del capítulo correspondiente a Gambia.

Su realización se enmarca dentro del proyecto "Fortalecimiento de las Actuaciones de la Cooperación Española y la Sociedad Civil en el ámbito de la SSR, la igualdad de género y los DSR en varios países africanos (2ª fase)" financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo pero las opiniones vertidas en el mismo no tienen por qué coincidir necesariamente con las de esta institución.

Con la financiación de:



Primera edición, febrero 2011

© Red ACTIVAS

Juan Montalvo, 6

28040 Madrid

www.redactivas.org

Fotos:

UNFPA y Lucía Antebi.

Diseño: HARPO comunicación

Producción Gráfica: Tecniser

Derechos reservados conforme a la ley

Depósito Legal:

Impreso y hecho en España



Ayuda eficaz para mejorar
la salud y los derechos
sexuales y reproductivos

GAMBIA **MALI** **NAMIBIA**

ÍNDICE

RESUMEN EJECUTIVO	7
RECOMENDACIONES	21
1. EL CASO DE GAMBIA	25
1.1 Contexto general del país	26
1.2 Sistema de salud	27
1.3 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	28
1.4 Políticas públicas en el sector salud y la igualdad de género	33
1.5 La cooperación española	38
1.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	40
Notas	45
Bibliografía	46
Acrónimos	48
2. EL CASO DE MALI	51
2.1 Contexto general del país	52
2.2 Sistema de salud	53
2.3 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	56
2.4 Políticas públicas en el sector salud y la igualdad de género	59
2.5 La cooperación española	67
2.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	71
Notas	79
Bibliografía	80
Acrónimos	81
3. EL CASO DE NAMIBIA	83
3.1 Contexto general del país	84
3.2 Sistema de salud	86
3.3 Situación de la mujer y los derechos sexuales y reproductivos	88
3.4 Políticas públicas en el sector salud y la igualdad de género	95
3.5 La cooperación española	99
3.6 El proceso hacia la eficacia de la ayuda	101
Notas	109
Bibliografía	110
Acrónimos	111

RESUMEN EJECUTIVO

RESUMEN EJECUTIVO

EL CASO DE GAMBIA

Gambia se encuentra en el grupo de países de desarrollo humano bajo ocupando, con un IDH de 0,390, la posición 151 del ranking de 169 países elaborado en 2010 por el PNUD, es decir situándose entre los 20 países más pobres del mundo.

Aunque no ha firmado aún el Protocolo Facultativo de la CEDAW, Gambia ha ratificado en 1992 la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés) y ha suscrito la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Protocolo adicional relacionado con los Derechos de la Mujer en África, aunque con reservas respecto al matrimonio y la transmisión de la nacionalidad.

A nivel de legislación interna, la Constitución de 1979, en la sección 33 y sub-sección cuatro⁵, prohíbe cualquier discriminación basada en el género y reconoce y garantiza la igualdad entre hombres y mujeres. Esta disposición constitucional reconoce la igualdad de género y el derecho a la igualdad de oportunidades en todos los aspectos, ya sean políticos, económicos o sociales, y es afín a los principios de eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer de la CEDAW y el Protocolo Africano sobre los Derechos de la Mujer. Al mismo tiempo, sin embargo, la Carta Magna manifiesta la necesidad de preservar tradiciones y costumbres, lo que ha permitido al Gobierno hacer reservas a los convenios internacionales y regionales que ha ratificado.

Un avance en todos estos aspectos puede venir por la aprobación en 2010 por la Asamblea Nacional de la Ley de las Mujeres (Women's Bill) tras varios años de intensa acción por parte de las organizaciones de mujeres y un largo proceso consultivo. Esta Ley, de 78 artículos, pretende adaptar la legislación vigente a los compromisos firmados por el gobierno en el marco de la CEDAW y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres y las niñas. La sección segunda se destina explícitamente a recoger los derechos de las mujeres que requieren protección y son exigibles en los tribunales, adicionalmente

a aquellos establecidos en la Constitución, mientras que la tercera se refiere a la lucha contra la violencia de género. El movimiento gambiano de mujeres ha acogido la aprobación de esta Ley como un hito histórico aunque será necesario hacer seguimiento de cara a valorar su implementación real y su impacto sobre la vida y el empoderamiento de las mujeres.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, algunos datos relevantes nos ayudan a ver una foto nítida de la situación de las mujeres. Diferentes cuestiones culturales, el bajo nivel educativo alcanzado y el lugar de residencia, entre otros factores, hacen que la mujer en Gambia tenga un acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos modernos. Solo el 45% de mujeres en edad reproductiva y el 41% de hombres mayores de 18 años, conoce al menos un método de planificación familiar, siendo la píldora y la esterilización masculina el más y menos conocidos respectivamente y entre los métodos tradicionales es el uso de hierbas como el Juju el más mencionado. La tasa de prevalencia anticonceptiva se sitúa en el 17,5% según datos de 2001, y aunque no hay datos más recientes, esto nos permite ver que es ligeramente superior a la de 1990, estimada en el 12%.

La baja prevalencia anticonceptiva, la unión o el matrimonio temprano y la poligamia hacen que se observen niveles altos de fecundidad -5 hijos de promedio- y, un lento descenso de la misma. Según las proyecciones, la Tasa Global de Fecundidad de 6,4 hijos por mujer en 1985, descenderá a 4,5 en 2015 y continuará siendo superior a 3 para el año 2025 (US Census Bureau), lejos todavía de la meta de los Objetivos del Milenio (ODM).

La tasa de mortalidad materna, situada en 400 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2008 (según datos de OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial de septiembre de 2010), es inferior a la tasa promedio del continente africano para ese mismo año (590 por cada 100.000 nacidos vivos), y la de África Subsahariana (640 por cada 100.000 nacidos vivos). De hecho, Gambia presenta significativos progresos en la reducción de la mortalidad materna, con una disminución anual del 3,4% de promedio desde 1990 y un descenso total del 46%, pasando de 750 muertes por cada 100.000 nacidos vivos

En Gambia, el riesgo de morir a causa del embarazo, parto o posparto por causas obstétricas directas o indirectas, es de 1 por cada 32 casos, es decir ligeramente por encima del observado en el resto de países de la región del África del Oeste, donde es de 1 por cada 26 casos.

en 1990 a 400 en 2008. Esta evolución ha sido posible gracias a la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios de salud materna a nivel nacional, a un manejo apropiado de casos y referencias a tiempo, así como al impacto de ciertas intervenciones del Gobierno como la destinada a mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y el uso de mosquiteras tratadas con insecticidas, además del aumento de la disponibilidad de parteras en las zonas rurales.

En relación con el VIH/sida, las últimas estimaciones de 2008 apuntan a que hay unas 18.000 personas afectadas en Gambia. La tasa de prevalencia del VIH se sitúa en el 2%, frente al 0,6% de 2001 y un 23% de niños y niñas de 15 a 17 años son huérfanos a causa de la enfermedad. Por localidades la prevalencia del VIH difiere bastante, siendo Sibanor la que presenta las tasas de prevalencia más altas entre las mujeres embarazadas, seguida de Brikama. Por otro lado, desde la perspectiva de género, el VIH/sida es un asunto que atañe tanto a hombres como a mujeres, con una vulnerabilidad distinta ante la infección, que está influenciada por la interacción de factores personales y sociales, incluido el conocimiento sobre servicios de apoyo y el acceso a éstos. Así, el 57% de las personas que viven con VIH son mujeres, frente al 43% de los hombres y la feminización de la epidemia ha ido en aumento puesto que en 2001 las mujeres afectadas por el virus suponían el 53,4%.

Si hablamos de violencia de género, podemos observar que el sistema cultural y social imperante hace que las mujeres consideren el maltrato físico por parte de sus parejas como una acción normal. De cada diez mujeres en edad reproductiva, siete declaran que es tolerable ser golpeadas por la pareja en caso de salir de casa sin comunicarlo, descuidar a los niños, discutir con el marido, negarse a tener relaciones sexuales o quemar la comida. Además, no existen leyes para castigar los frecuentes casos de violencia doméstica o acoso sexual.

Por otro lado, en Gambia existen prácticas tradicionales nocivas para la salud, como la mutilación genital femenina (MGF), que produce serios riesgos para la salud física y mental de las mujeres. Según datos de MICS 2005/2006, la MGF es practicada indistintamente del nivel educativo de la mujer y difiere de unas zonas a otras. Así, mientras que en las localidades de Basse y

Mansakonko se registran unos índices de prevalencia del 99% y 95,9%, respectivamente, en Banjul el porcentaje es del 44,8%.

En lo que se refiere al proceso de eficacia de la ayuda, Gambia se encuentra entre los países que se han adherido a la Declaración de París y el Gobierno ha desarrollado un Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda al Desarrollo 2008-2011 (Gambia Aid Effectiveness Action Plan 2008-2011) a partir de una mesa redonda llevada a cabo por el Gobierno y los donantes en Londres en febrero 2008.

Los objetivos específicos del Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda al Desarrollo 2008-2011 para el principio de apropiación son por un lado, fortalecer el liderazgo del Gobierno de Gambia en su estrategia de desarrollo global, en la reducción de la pobreza y en otros temas prioritarios, y por otro, asegurar que la Estrategia para la Reducción de la Pobreza y otras estrategias de desarrollo tengan prioridades claras y estén vinculadas a un marco de gastos a mediano plazo, además de ser reflejadas en el presupuesto anual.

En este sentido, el Gobierno de Gambia ha elaborado en los últimos años un amplio marco de políticas y programas con apoyo de diferentes consultores y donantes. El documento que identifica los objetivos de desarrollo del país para el periodo 2010-2020 es principalmente el llamado "Vision 2020". En cuanto a los planes estratégicos de reducción de la pobreza, en el año 2006 y tras un amplio proceso consultivo, el Gobierno de Gambia finalizó el PRSP III para el periodo 2007-2011. Además, con apoyo del PNUD, el Gobierno ha desarrollado un Plan a Medio Plazo (MTP, por sus siglas en inglés) con el fin de hacer más operativo el marco de Vision 2020. El MTP y el segundo PRSP forman un solo marco de planificación para el periodo 2007-2011. Por otro lado, se han comenzado a realizar, con apoyo externo de los donantes, revisiones del gasto público por los ministerios de Salud y de Educación, para medir la prestación real y el impacto del gasto público y así rendir cuentas sobre los recursos asignados a cada sector.

Igualmente, el Gobierno ha preparado diferentes estrategias con el fin de priorizar y guiar de forma más efectiva la implementación de sus políticas sectoriales. Para el sector

Gambia no es socio de la Iniciativa Internacional de Salud (IHP) y tampoco existe ninguna actividad coordinada por parte de los donantes del sector salud a excepción del apoyo sectorial que está impulsando UNICEF, en colaboración con la OMS, GAVI y el Fondo Mundial de lucha contra el sida, la malaria y la tuberculosis.

salud cabe destacar la elaboración de diferentes documentos como la Política Nacional de Salud Reproductiva 2007-2011, la Política Nacional de VIH/sida y el Marco Estratégico Nacional 2003-2008 o la Política Nacional de Juventud y su correspondiente Plan de Acción 1999-2008. En cuanto a temas de género, destacar que el PNUD ha elaborado junto con la Oficina de las Mujeres (Women's Bureau) la primera Ley de la Mujer (Women's Act) de julio de 2010, que contiene elementos de la CEDAW y de la Declaración Africana de Derechos Humanos, así como la Política Nacional de Género 2010-2020, que también ha contado con la colaboración del UNFPA, y ha pasado por un amplio proceso de consulta a nivel interministerial y con la sociedad civil.

El mayor reto para la apropiación de las políticas de desarrollo por parte del Gobierno de Gambia continua siendo la falta de capacidades para su diseño y ejecución, que se ve dificultado por la alta tasa de rotación del personal, especialmente en puestos directivos. La falta de continuidad y la pérdida de la memoria institucional dificultan la efectividad de los ministerios sectoriales y las relaciones que los donantes pueden establecer con éstos. Precisamente esta es una de las problemáticas más acuciantes del Ministerio de Salud de Gambia, que tiene como consecuencia la paralización de muchas iniciativas y del trabajo conjunto con los donantes. Un ejemplo de ello es la iniciativa impulsada por UNICEF para crear un enfoque sectorial de salud (similar al del sector de educación), que ha sido paralizada varias veces y se ha vuelto a retomar en el último año. Otra dificultad añadida son los constantes traspasos de competencias y departamentos entre unos ministerios y otros, creando confusión y desconfianza por parte de la comunidad de donantes en la fiabilidad de los sistemas nacionales.

La coordinación de la ayuda por parte del Gobierno se caracteriza por su dispersión y falta de sistematización y requiere la mejora de las capacidades para generar información estadística e indicadores de desarrollo. En los últimos años, el Gobierno se ha comprometido a tomar el liderazgo en este sentido, creando con este objetivo la Unidad de Coordinación de la Ayuda en el Ministerio de Asuntos Económicos y Financieros y Planificación. No obstante, actualmente solo coordina la ayuda al desarrollo de los organismos multilaterales como la Comunidad Europea, el Banco Mundial, el Banco Africano de Desarrollo

Interamericano de Desarrollo, mientras que la Oficina de la Presidencia coordina la ayuda al desarrollo del PNUD y el Ministerio de Asuntos Exteriores la asistencia bilateral.

En cuanto al papel de la sociedad civil en la elaboración de las políticas de desarrollo y el seguimiento de la ayuda, cabe destacar que en Gambia las organizaciones de la sociedad civil juegan un rol muy relevante en el desarrollo socioeconómico del país y son importantes canales para la aplicación de programas de desarrollo, sobre todo en lugares donde la acción del Gobierno es débil o inexistente. Es conocido que el Gobierno por sí solo no puede manejar todas las necesidades de desarrollo y en este sentido las ONG desempeñan un papel fundamental al complementar los esfuerzos del Gobierno. Sin embargo, el impacto de su trabajo está en gran parte limitado por una serie de problemas que van desde la débil capacidad institucional a la inseguridad e insuficiencia de recursos para garantizar su labor. Por otro lado, como ha ocurrido en países como Etiopía, el Gobierno ha iniciado un proceso para modificar la regulación del estatus jurídico de las ONG que puede imponer más restricciones y aumentar el control sobre las mismas. Hasta el momento, las ONG deben registrarse en el Consejo Nacional Consultivo, órgano de supervisión y coordinación dependiente de la Oficina de la Presidencia, que tiene la potestad de negar, suspender o cancelar el derecho de las ONG a funcionar y trabajar en Gambia.

En definitiva, esta presencia de las ONG en el desarrollo cotidiano no significa necesariamente que haya una alta participación en el diálogo político pues uno de los principales retos a la participación activa de la sociedad civil es la falta de capacidades técnicas aunque hay importantes esfuerzos para conseguir fortalecerlas en este sentido.

En cuanto al principio de armonización, este es un asunto todavía en sus inicios. A pesar de que el Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda de Gambia 2007-2011 establece que los socios técnicos y financieros del país deben "simplificar y armonizar sus procedimientos e implementarlos a través de acuerdos comunes", no existe un espacio general de coordinación entre los donantes formalmente establecido, sino que hasta la fecha se reúnen puntualmen-

El mayor reto por parte del Gobierno de Gambia es superar la falta de capacidades para el diseño y la ejecución de programas y políticas, que se ve dificultado por la alta tasa de rotación del personal, especialmente en puestos directivos.

te y según las necesidades que surjan. Además, desde 2008, el PNUD impulsa las reuniones entre el Gobierno y los donantes a través de una mesa redonda.

A nivel de financiación, cabe destacar algunas iniciativas, especialmente en el sector de la gobernanza democrática, por las que se ha establecido un mecanismo de coordinación de donantes a través de un fondo común (basket fund) para las próximas elecciones presidenciales que se organizarán en Gambia en 2011, así como las elecciones parlamentarias en 2012. El Gobierno ha solicitado apoyo para llevar a cabo el proceso electoral, exigiendo los donantes transparencia periodística y apertura hacia la sociedad civil. Participan en este fondo común DFID, la Comisión Europea, Francia, España, USAID, Cuba, Venezuela, Taiwán y el PNUD. Existe, además, otro fondo común para la reforma del servicio público, liderado por DFID y la Comisión Europea, y gestionado por el PNUD, que contribuye con recursos humanos a través del programa de voluntarios de Naciones Unidas (UNV, por sus siglas en inglés).

Otro intento de coordinación entre donantes se ha realizado en el sector de la educación, a través del enfoque sectorial apoyado por el AfDB, DFID, Banco Mundial y liderado hasta el 2009 por UNICEF, donde se estableció un mecanismo de revisiones semestrales y anuales. En el sector salud, sin embargo, Gambia no es socio de la Iniciativa Internacional de Salud (International Health Partnership en inglés) y no existe ninguna actividad coordinada por parte de los donantes, aunque UNICEF está tratando de impulsar un apoyo sectorial, con la participación de la OMS, Gavi, y el Fondo Mundial.

La presencia de la cooperación española, por su parte, es relativamente reciente en este país y se focaliza en su inicio sobre todo en el sector de la educación. No obstante, en la actualidad existen algunos convenios de salud en marcha y las previsiones para 2010 muestran un aumento sustancial de los fondos destinados hacia acciones dirigidas a Salud y Salud Reproductiva que se incrementa de 1,4% en el 2009 a 21% en el 2010.

Debido al lento proceso de Gambia en los principios de apropiación, alineamiento y armonización no se ha desarrollado todavía un marco de gestión orientada a

resultados y se ha avanzado poco en el desarrollo de objetivos específicos e indicadores. Gambia no ha participado en la encuesta de la OCDE de seguimiento de la Declaración de París de 2008 y en la actualidad es el PNUD el que, en su esfuerzo por impulsar la paralizada agenda de efectividad de la ayuda en Gambia, está circulando un cuestionario sobre la Declaración de París entre los donantes con el fin de presentar la información en la próxima reunión de coordinación de Gobierno y donantes y hacer hincapié en la necesidad de refuerzo en estadísticas e indicadores de base para llegar a establecer un marco común de seguimiento y evaluación que contribuya así a la rendición mutua de cuentas, débil en general e inexistente de cara a la sociedad civil.

Por su parte, el Gobierno está preparando en la actualidad, a través de 13 grupos temáticos en los que participan todos los ministerios, un instrumento de planificación a medio plazo para la obtención de resultados de desarrollo que previsiblemente será presentado a finales de 2011 en una mesa de donantes dentro del Programa para el Crecimiento Acelerado y de Empleo (PAGE, por sus siglas en inglés). Este es el primer esfuerzo serio por parte del Gobierno para desarrollar un mecanismo común de seguimiento y evaluación de la ayuda al desarrollo y de adaptación de los indicadores de la Declaración de París a la realidad y necesidades de Gambia.

El peso de las tradiciones tiene una fuerte influencia sobre la posición de la mujer en la sociedad maliense, situándola en una posición de desigualdad y precariedad legal, económica, social y política. Prácticas como la poligamia, los matrimonios precoces o la mutilación genital femenina limitan los derechos de las mujeres

EL CASO DE MALI

Mali ha ratificado los principales instrumentos internacionales y regionales relativos a los derechos de la mujer, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), su Protocolo Facultativo y el Protocolo a la Carta Africana de Derechos del Hombre y de los Pueblos relativo a los Derechos de la mujer, conocido como el Protocolo de Maputo.

La Constitución de Mali de febrero de 1992 establece de forma clara el principio de igualdad y de no discriminación y asegura tanto a los hombres como a las mujeres los mismos derechos y libertades en todos los ámbitos. Este compromiso del Gobierno de Mali por los derechos de la mujer ha continuado con la promulgación de nuevas leyes que promueven los derechos de la mujer, como la Ley 02-044 de junio de 2002 relativa a la Salud Reproductiva, que consagra el derecho a la salud sexual y la modificación de otras leyes como el Código de nacionalidad o el Código del trabajo. Por último, el Código penal reconoce algunas de las formas de violencia contra la mujer como la violencia doméstica o la violación.

A pesar de estos avances en el marco legislativo, son muchos los obstáculos a los que todavía deben enfrentarse las mujeres para el disfrute de sus derechos. Por una parte, el marco normativo y el sistema judicial malienses reconocen tres fuentes de derecho: el código civil, el derecho musulmán y el derecho consuetudinario, y todos ellos mantienen normas y leyes discriminatorias contra la mujer que entran en conflicto no sólo con los convenios y acuerdos internacionales ratificados por Mali, sino con la propia Constitución y con algunas disposiciones legislativas vigentes en el país.

A esto se suma una fuerte resistencia de un sector de la sociedad maliense y de una parte de sus líderes religiosos y políticos a la introducción de leyes que favorezcan el avance de los derechos de las mujeres, como ha puesto de manifiesto el rechazo por la Asamblea Nacional del nuevo Código de la familia que debe sustituir al actual Código del Matrimonio y la Tutela, vigente desde 1962 y que contiene numerosas normas discriminatorias contra las mujeres.

La violencia de género es una práctica habitual en la sociedad maliense. Aunque no existen estadísticas concretas, desde las organizaciones de mujeres se considera que es un problema generalizado que requiere un mayor compromiso del Gobierno. La mutilación genital femenina sigue siendo una de las formas de violencia contra la mujer más practicada en todo el país. Según la EDS de 2006, el 85% de las mujeres han sido mutiladas, aunque existen grandes diferencias regionales y entre etnias. En regiones como Kayes más del 97% de las mujeres han sido mutiladas, mientras que en las regiones de Kidal y Gao sólo afecta al 2% de las mujeres. El matrimonio temprano es otra forma de violencia que impacta negativamente en las mujeres y, especialmente en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las menores.

El fuerte peso que siguen teniendo las tradiciones, el bajo estatus de la mujer dentro de la familia y la comunidad, la falta de acceso a servicios de planificación familiar (sólo el 6,3% de las mujeres en 2006 hacían uso de estos servicios) y la falta de voluntad política para priorizar las políticas y programas de salud sexual y reproductiva explican que el índice de fecundidad apenas haya mejorado una décima en la última década hasta situarse en 2006 en 6,6 nacimientos por mujer. Con respecto a la interrupción del embarazo, Mali tiene una de las legislaciones más restrictivas de la región. Como recoge el Artículo 13 de la Ley de Salud Reproductiva, el aborto está prohibido en todos los casos excepto en los supuestos de incesto, violación y peligro para la vida de la madre. Además, el aborto se considera un acto criminal que se equipara penalmente al infanticidio.

Por otro lado, a pesar de las mejoras en algunos indicadores, Mali sigue teniendo una tasa de mortalidad materna elevada, que en 2006 se situaba en 464 muertes por 100.000 nacidos vivos. Esta elevada tasa de mortalidad materna se explica en parte por la falta de servicios de cuidados obstétricos de emergencia que apenas llega al 2% en los CSRef y al 13% en los hospitales regionales y por la dificultad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva.

La mejora de los servicios sanitarios no sólo pasa por el aumento de las infraestructuras sanitarias, sino también por una mayor disponibilidad de recursos humanos

El aumento en la cobertura sanitaria ha impactado positivamente en la mejora de la salud. No obstante, el acceso a los servicios de salud reproductiva continua siendo bajo al igual que los partos atendidos por personal sanitario o la atención de cuidados obstétricos de emergencia que dan como resultado una tasa de mortalidad materna alta.

cualificados, y la falta de personal sanitario es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el sistema sanitario. A pesar del esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud, el país sigue sufriendo un fuerte déficit de personal sanitario, especialmente de enfermeros/as y matronas, grupos sobre los que recae el peso de la atención sanitaria y especialmente de la salud reproductiva.

A nivel nacional, los marcos generales sobre los que se asientan las políticas y programas sectoriales son el Documento Estratégico para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza y el Proyecto para el Desarrollo Económico y Social. Ambos documentos marcan los objetivos y las líneas prioritarias de actuación del Gobierno y recogen los objetivos establecidos por éste para la consecución de los ODM.

En el sector salud y el sector de género, Mali cuenta con la Ley de Salud y la Ley de Salud Reproductiva, ambas de 2002, la Hoja de Ruta para la Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal de 2006 que se enmarca en los objetivos de los ODM 4 y 5 de reducción de la tasa de mortalidad materna y neonatal, la Política de Lucha contra el VIH/sida de 2004, la Ley de Prevención, Atención y Control del VIH de 2006, y la Política Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres de 2008.

En cuanto al proceso de eficacia de la ayuda, Mali cuenta con una larga tradición que inició en 1997 con la evaluación de su sistema de ayuda externa. En los últimos años tanto el Gobierno como los donantes y la sociedad civil han hecho un esfuerzo por responder a los retos y a las oportunidades que plantea la agenda de eficacia de la ayuda. En este sentido, el Gobierno ha elaborado un Plan Nacional de Acción sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo 2007-2009 en el que se establecen las acciones a realizar para avanzar en la agenda de París, en tanto que los donantes han adoptado por primera vez una estrategia común para Mali. La sociedad civil de Mali ha hecho de la agenda de la eficacia de la ayuda una de sus prioridades estratégicas. Su objetivo es dar a conocer a todas las organizaciones qué es la agenda de la eficacia de la ayuda y qué implicaciones tiene para ellas, y realizar consultas a nivel nacional y regional para consensuar un posicionamiento común para la implementación de una agenda más inclusiva y democrática en la que el objetivo sea un desarrollo más eficaz, y no sólo un sistema de ayuda que funcione mejor.

El grado de apropiación de la agenda de desarrollo por parte del Gobierno de Mali es aceptable, aunque si bien el país dispone de un amplio marco de estrategias, políticas y programas bajo el que se articulan los programas de los donantes, también tiene una importante dependencia de la ayuda externa, que representa el 11,4% del PIB nacional en 2008.

El Gobierno lidera la coordinación con los donantes a través de diferentes mecanismos tanto a nivel nacional como sectorial. Los dos sectores en los que existe un mayor grado de coordinación y liderazgo por parte del Gobierno son educación y salud, en los que se trabaja desde un enfoque sectorial desde la década de los 90, con el apoyo presupuestario como principal mecanismo de financiación desde 2006. Además, la adhesión en 2009 al International Health Partnership (IHP) a través de la firma del Compact Mali es otro paso que fortalece este liderazgo.

En cuanto al papel de la sociedad civil en la agenda de la eficacia de la ayuda, el gobierno ha reconocido la importancia de su rol en el diálogo de políticas. Sin embargo, en la práctica este diálogo presenta altibajos pues generalmente la participación de la sociedad civil se limita a la consulta y pocas veces participa en los comités de seguimiento y evaluación de las políticas.

En el aspecto de la armonización, el proceso avanza de forma positiva, especialmente en la última década con la puesta en marcha de muchas de las estructuras de coordinación de la comunidad donante, entre ellas el Grupo de jefes de agencia y de misión y los grupos temáticos y la adopción de la Estrategia Común de Asistencia al País, que establece objetivos concretos para mejorar la programación concertada, la armonización de los procesos de gestión de la ayuda y una mayor complementariedad y división del trabajo entre los donantes.

La cooperación española en Mali, ha apostado por los nuevos mecanismos de financiación y por mejorar la complementariedad con otros donantes europeos, especialmente en el sector salud. Este es el principal sector de la cooperación española en Mali por volumen de ayuda, en el que se canaliza una parte importante de la financiación a través del apoyo presupuestario, la cooperación delegada y la cooperación triangular.

En Mali, las organizaciones de la sociedad civil tienen dificultades para llevar a cabo su rol de seguimiento de las políticas públicas, el presupuesto y la ayuda externa. Generalmente, el gobierno es reticente a darles una información que considera sensible y confidencial pero absolutamente necesaria para desarrollar su labor.

La rendición de cuentas es una de las áreas más débiles en Mali, en parte por la lentitud del Gobierno en realizar evaluaciones intermedias y finales de las estrategias y programas del Gobierno, elemento clave para una buena gestión por resultados y para la elaboración de buenas estrategias y políticas. La debilidad de los sistemas estadísticos y la escasa difusión y uso de la información disponible dificulta la evaluación del impacto de las estrategias y políticas y por tanto hace imposible la gestión por resultados.

Los espacios de diálogo político se centran sobre todo en la responsabilidad del Gobierno y por tanto en su rendición de cuentas hacia los donantes sobre los programas y políticas de éste. El control ciudadano de los procesos de desarrollo que les afectan se ve limitado por la falta de transparencia en la gestión de los recursos públicos, una de las asignaturas pendientes del Gobierno. Hasta ahora, las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el seguimiento presupuestario han tenido muchas dificultades para acceder a datos ya que las administraciones públicas son muy reticentes a dar información que consideran “sensible y confidencial”. Parece que la noción de transparencia no incluye compartir la información relativa al presupuesto del Estado más allá de los donantes. Sin embargo, como recuerda la sociedad civil, la transparencia y la rendición de cuentas son elementos fundamentales para avanzar hacia un mayor control democrático de las políticas y programas nacionales y hacia una ayuda más eficaz.

EL CASO DE NAMIBIA

Según la clasificación del Índice de Desarrollo Humano de 2010, Namibia se ubica en el grupo de países de desarrollo medio ocupando el puesto 105 (PNUD 2010). Aunque desde 2009 el Banco Mundial lo clasifica como país de renta media alta, llama la atención que el nivel de riqueza que disfruta el país va acompañado de una fuerte desigualdad en la distribución de la misma. Con un coeficiente de Gini del 0,60, Namibia es uno de los países más desiguales del mundo en cuanto a distribución de la renta. Así, el 10% de la población más pobre dispone del 0,6% de los ingresos, mientras que el 10% de la población más rica maneja el 65% de los ingresos.

Por ello, aunque en términos generales Namibia ofrece unos indicadores medios tanto en términos de renta per cápita como de recursos, a medida que se profundiza en el análisis de distintas variables se ponen de manifiesto las enormes desigualdades por región, género o provisión de servicios, evidenciando la pobreza extrema en la que viven algunos sectores de la población.

Desde su independencia en 1990, Namibia ha ratificado todos los acuerdos internacionales y regionales que protegen los derechos de las mujeres, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), su Protocolo Opcional y el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer, conocido como el Protocolo de Maputo. Además, ocupa el puesto 108 en la clasificación aplicada en base al Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG), posición que se debe en gran medida a los avances realizados en el sector educativo para mejorar el acceso a la educación de las niñas. En cuanto al Índice de Potenciación de Género (IPG), ocupa un exitoso puesto 43 gracias al acceso de un importante porcentaje de mujeres a puestos de responsabilidad tanto en el ámbito político como económico.

La igualdad entre hombres y mujeres queda reflejada en la Constitución de la República de Namibia de 1990. No obstante, hasta mediados de los años 90 no se con-

La tasa de mortalidad materna de Namibia ha pasado de 200 muertos por cada 100.000 nacidos vivos, a finales del siglo XX, a 499 por cada 100.000 nacidos, en 2006.

cretan medidas legislativas específicas para ofrecer una mayor protección a los derechos de las mujeres. Así, por ejemplo, en 1996 se aprueba la ley para la igualdad entre las personas casadas (Married Persons Equality Act) y posteriormente se adoptan otras medidas legislativas como la ley para la lucha contra la violación del año 2000 (Combating of Rape Act), la ley de lucha contra la violencia doméstica de 2003 (Combating Domestic Violence Act) y la ley sobre pensión alimenticia de 2003 (Maintenance Act).

Junto a este marco legislativo, el Gobierno ha puesto en marcha diferentes políticas en materia de salud, igualdad de género, y prevención del VIH/sida, que abordan las distintas dimensiones de los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, a pesar de estos avances, el Gobierno sigue manteniendo cierta ambigüedad al no derogar leyes discriminatorias contra la mujer, como la Native Administration Proclamation de 1928 o la Traditional Authorities Act, bajo las cuales se apoyan prácticas tradicionales y culturales basadas en las leyes consuetudinarias que discriminan y vulneran los derechos de las mujeres y que están en contra de los acuerdos internacionales ratificados por el Estado. Estas prácticas incluyen tradiciones como “heredar” la viuda de un hermano o la purificación de la viuda, según la cual ésta tiene que tener relaciones sexuales con el hermano o familiar del marido fallecido. También permite el matrimonio de menores de edad, práctica habitual en algunos grupos, como el pueblo San, y la violación y el abuso sexual de las niñas como ritual de iniciación a la vida adulta.

Desde la sociedad civil cada vez son más las voces que exigen la protección efectiva de los derechos de las mujeres con campañas como Women Claiming Citizenship, en la que participan más de 40 organizaciones, y desde donde se pide al Gobierno que se revisen las leyes consuetudinarias que discriminan a las mujeres y se promulguen leyes que las protejan de las prácticas tradicionales y culturales opresivas y nocivas que violan los derechos y la dignidad de las mujeres y las niñas.

El descubrimiento en los últimos dos años de más de 200 casos de esterilización forzada de mujeres embarazadas que viven con el VIH realizados en centros de salud ha puesto también de manifiesto la total impunidad

con la que se violan los derechos reproductivos de las mujeres con VIH, su derecho a la información, a la confidencialidad, a la no discriminación, a la integridad física y a la dignidad y ha hecho surgir el debate sobre el derecho de la mujer a controlar su propia sexualidad. Hasta el momento se han presentado tres denuncias contra el Ministerio de Salud y los servicios sociales.

Namibia cuenta con algo más de dos millones de habitantes y una de las tasas de fertilidad más bajas del África subsahariana: 3,6 hijos por mujer (EDS 2006-07). Esta cifra se explica, entre otros factores, por el elevado conocimiento y uso de métodos de planificación familiar, que se sitúa en el 66%, gracias también a la relativamente elevada edad media del matrimonio, que para las mujeres es de 28 años, y por el retraso en el inicio de la primera relación sexual, que se produce a los 19 años. La población sufre el azote del VIH/sida, cuya mortalidad asociada se ha multiplicado por dos en tan sólo seis años, pasando de 4,29 muertes por 1.000, en el año 2000 a 8,29 en 2007, en los hombres; y de 6,31 por 1.000 a 10,38 por 1.000 en las mujeres. La prevalencia entre ellas es también preocupantemente alta, pues un 24,7% de las mujeres entre 25 y 49 años y un 10,6 % de las jóvenes entre 15 y 24 años viven con el VIH.

El buen desempeño en temas de planificación familiar convive al mismo tiempo con una tasa de mortalidad materna relativamente alta que ha aumentado de forma constante desde los años 90, pasando de unas 200 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a finales de siglo a 449 en 2006. El propio Comité de la CEDAW ha mostrado su preocupación por el alto número registrado de abortos ilegales y el aumento en la tasa de mortalidad materna, así como por la falta de datos fiables para medir su impacto.

Desde distintas instancias se justifica el incremento constante de las cifras asociadas a la mortalidad materna por el alto índice de prevalencia del VIH, sin embargo, ya en 2001, la política nacional de salud reproductiva ofrecía la misma explicación, sin aportar medidas concretas para revertir esta tendencia. Por otro lado, a pesar de los avances realizados, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva continúa siendo un problema para el 70,4% de las mujeres, en-

El gobierno de Namibia ha puesto en marcha diversas políticas relacionadas con la salud, la igualdad de género la prevención del VIH/sida y la lucha contra la violencia de género. No obstante, continua manteniendo leyes discriminatorias contra la mujer que debe derogar a la mayor brevedad posible.

tre las cuales un 41% acusa sobre todo la ausencia de medio de transporte y la elevada distancia al centro de salud.

En cierta forma, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales no ha priorizado la salud sexual y reproductiva en la medida en que lo ha hecho con la lucha contra el VIH/sida. Más bien al contrario, ha centrado todos sus esfuerzos y recursos, tanto económicos como humanos, en la lucha contra esta enfermedad desde un enfoque excesivamente vertical y desligado de la salud sexual y reproductiva, ignorando así las fuertes sinergias existentes entre ambos aspectos y desaprovechando una oportunidad única para canalizar los enormes fondos destinados a VIH/sida hacia una mejora más integral de los servicios sanitarios.

Con respecto al aborto, datos del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales demuestran que el 21% de las complicaciones obstétricas y el 16% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos inseguros. Namibia mantiene la ley sudafricana de terminación del embarazo de 1975 (Abortion and Sterilisation Act) y en línea con el artículo 14 del Protocolo a la Carta africana de derechos humanos y de los pueblos, permite la interrupción del embarazo en los supuestos de incesto, violación y peligro para la salud física o mental de la madre y peligro para la vida del bebé o, en el caso de mujeres con discapacidad física o mental.

En la década de los 90, el Gobierno intentó ampliar la ley a un sistema de plazos donde fuera posible la interrupción del embarazo en las primeras doce semanas, adoptándose una nueva ley en 1996 (Sterilisation and Termination Pregnancy Bill). No obstante, el Gobierno tuvo que retirarla posteriormente debido a la oposición de los sectores más conservadores de la opinión pública y del propio Parlamento. Para muchas organizaciones de mujeres y de derechos humanos, la reticencia de una parte de la clase política a poner en la agenda política la ampliación de la interrupción del embarazo se explica porque muchas mujeres viajan a Sudáfrica para abortar, aunque esta posibilidad sólo está al alcance de aquellas mujeres que disponen de suficientes medios económicos.

A nivel estatal, los marcos generales sobre los que se asientan las políticas y programas sectoriales y los planes de desarrollo de Namibia vienen definidos por

la Estrategia de Reducción de la Pobreza y la Vision 2030. Ambos documentos marcan los objetivos y las líneas prioritarias de actuación del Gobierno y recogen los objetivos establecidos por éste para la consecución de los ODM. La estrategia Vision 2030 establece, además, objetivos concretos para la reducción del índice de mortalidad materna y fertilidad y mejorar el uso de anticonceptivos.

Concretamente en el sector salud y el sector género, Namibia cuenta con una Política Nacional de Salud y una Política de Salud Reproductiva, recién aprobadas en 2011, que sustituyen a documentos anteriores que habían quedado desfasados. Además, continúan vigente la Política de Planificación Familiar de 1995, la Política Nacional de Población de 1997, la Política Nacional de VIH/sida de 2007 y la Política Nacional de Género y la Hoja de Ruta para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna prevista en el Plan Estratégico Sanitario 2009-2013 del Ministerio de Salud.

En lo que se refiere al proceso de eficacia de la ayuda, Namibia firmó la Declaración de París relativamente tarde, en abril de 2007, por lo que la incorporación de estos aspectos a su política de desarrollo solo se ha iniciado en los últimos tres años. Por este motivo, los avances realizados en la puesta en marcha de nuevos modelos de cooperación que fomenten una mayor armonización, apropiación y alineamiento entre Gobierno y donantes son todavía escasos. En cualquier caso, la firma de la Declaración de París sirve al Gobierno namibio para dar un impulso a la agenda de la eficacia de la ayuda con la elaboración de la Política de Cooperación al Desarrollo y la creación de la División de Coordinación y Movilización de Recursos (DCRM, por sus siglas en inglés) para la gestión y coordinación de la AOD.

El grado de apropiación de la agenda de desarrollo por parte del Gobierno namibio es bastante alto, ya que ha elaborado un amplio marco de políticas y programas que definen sus prioridades de desarrollo y tiene una baja dependencia de la ayuda externa, que representa, tan sólo, el 3,5% del PIB nacional según datos de 2009. No obstante, como señalan varias fuentes, la falta de recursos humanos, uno de los principales problemas con los que se enfrenta el Estado, hace que exista una

Namibia tiene una baja dependencia de la ayuda externa. Sin embargo, la falta de recursos humanos hace que exista una fuerte dependencia de consultores externos para la elaboración de políticas y programas e incluso para su implementación, lo cual dificulta la apropiación.

fuerte dependencia de consultores externos para la elaboración de estas políticas y programas e incluso la implementación de algunas de ellas, lo que dificulta la apropiación de algunas de las iniciativas por parte de los diferentes ministerios. Para algunas organizaciones esta falta de recursos humanos limita no sólo la capacidad de ejecución y de diseño de políticas y programas sino también la capacidad de coordinación y negociación del Gobierno ante los donantes.

Por otro lado, a pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno y el apoyo recibido de algunos donantes como la CE, los mecanismos de coordinación entre Gobierno y donantes siguen siendo débiles. El organismo gubernamental encargado de ello es la Comisión Nacional de Planificación (NPC en sus siglas en inglés) y, dentro de ella, la Dirección de Cooperación al Desarrollo se encarga de la gestión y coordinación de la ayuda, aunque en la práctica se reduce a asegurar la coherencia de las intervenciones de los donantes con las políticas y objetivos del Gobierno de Namibia. De hecho, la NPC se enfrenta a importantes retos para realizar su cometido al no disponer de suficiente personal con el conocimiento técnico necesario para realizar las funciones asignadas, ni tener una posición fuerte frente al Ministerio de Economía y los demás ministerios que le permita liderar la coordinación y gestión de la ayuda de acuerdo a los objetivos y planes del Gobierno.

En 2006, la NPC estableció, en colaboración con Naciones Unidas, un foro de alto nivel denominado "Development Partners Group". en el que se abordan los principales temas relacionados con la agenda de desarrollo de Namibia con carácter trimestral. Por otro lado, existen distintos mecanismos de coordinación de naturaleza sectorial, cuya efectividad, como reconocen tanto donantes como el Gobierno, varía de sector a sector. Concretamente, en el sector salud no existe un mecanismo de coordinación formal entre los donantes y el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, aunque está previsto establecer uno para todo el sector. Si existen, en cambio, múltiples mecanismos de coordinación en el ámbito de la lucha contra el VIH/sida donde los donantes participan en diversas estructuras de coordinación establecidas por el Ministerio de Sanidad, entre ellos el National Multisectoral AIDS Coordination Committee (Namacoc). Por otro lado,

a iniciativa del grupo de trabajo de VIH/sida de Naciones Unidas, se ha establecido un Partnership Forum como espacio de coordinación entre los distintos actores involucrados en la lucha contra el VIH/sida (agencias bilaterales y multilaterales, ONG, el sector privado y las organizaciones de personas con VIH/sida) que tienen como objetivo apoyar la respuesta nacional a la epidemia del VIH/sida. Además, el nuevo Marco Estratégico Nacional de Lucha contra el VIH/sida 2010/11-2015/16 establece la creación de un mecanismo de coordinación nacional liderado por el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales que sustituirá al actual Partnership Forum.

Los donantes más importantes en este sector, el Fondo Mundial y USAID-PEPFAR, también participan en estos espacios de coordinación. USAID-PEPFAR co-preside el Partnership Forum y participa en el comité de coordinación de país del Fondo Mundial llamado Namibia Coordination Committee on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (NaCCATuM, por sus siglas en inglés) y en la National AIDS Executive Committee (NAEC), que coordina la ejecución de todas las actividades de VIH/sida en el país.

Desafortunadamente, los avances son escasos en el proceso de armonización de los sistemas de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los principales donantes, el PEPFAR y el Fondo Mundial. Ambas instituciones se caracterizan por tener sistemas de seguimiento y evaluación rígidos, que generalmente impiden la armonización de estos sistemas con otros donantes. Se trata de sistemas de seguimiento y evaluación adaptados a su modelo de financiación basado en el desempeño, en el que la renovación de la financiación depende de los resultados alcanzados. Esto explica que el Fondo Mundial contrate en cada país a empresas u organizaciones independientes a las que denomina "agentes locales" para realizar el seguimiento de los proyectos que financia.

En cuanto a la participación de la sociedad civil, tanto la política de partenariado entre el Gobierno de Namibia y las organizaciones de sociedad civil (Government of Namibia Civic Organisations Partnership Policy), como la política de cooperación al desarrollo del Gobierno, recogen la voluntad de éste de fortalecer y ampliar la coordinación y colaboración entre el Gobierno y la sociedad civil. Sin embargo, esta

Namibia no cuenta con ningún mecanismo de coordinación formal entre los donantes del sector salud y el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, aunque este último estudia establecer uno para todo el sector. En cambio, existen múltiples mecanismos de coordinación en el ámbito de la lucha contra el VIH/sida.

voluntad política no se ha traducido todavía en el establecimiento de mecanismos concretos que articulen su participación y presencia en los espacios de coordinación y de toma de decisiones por lo que ésta sigue siendo muy limitada.

En este sentido, es urgente que el Gobierno de Namibia establezca los mecanismos de rendición de cuentas y coordinación necesarios para la participación de la sociedad civil, pero también es necesario fortalecerla para garantizar su presencia activa en estos espacios de toma de decisiones. Además, las OSC son plenamente conscientes de su debilidad, por lo que desde la Coordinadora de ONG de Namibia se ha identificado el fortalecimiento de las capacidades de las ONG como una de las prioridades de la institución para los próximos años.

En relación con el principio de alineamiento, en términos generales, solo se utilizan los sistemas nacionales de seguimiento para los programas de apoyo presupuestario o los programas sectoriales, como el de educación o desarrollo rural, apoyados tanto por la cooperación española como por la Comisión Europea. Para el resto de proyectos y programas, los donantes internacionales utilizan sus propios sistemas de gestión, seguimiento y evaluación. A esto hay que sumar la falta de alineamiento entre los planes presupuestarios anuales del Gobierno y los de los donantes, ya que el año fiscal namibio empieza en abril mientras que en la mayoría de los países donantes comienza en enero, de forma que se produce un desajuste de cuatro meses.

Con respecto al uso de los sistemas nacionales de aprovisionamiento, tanto el Gobierno como algunas organizaciones de la sociedad civil critican el limitado uso que hacen los donantes de los sistemas nacionales y el mercado nacional para el aprovisionamiento de servicios, primando por encima de todo el uso de sus propias políticas, regulaciones y procedimientos, privilegiando el aprovisionamiento de servicios en sus propios mercados y desaprovechando una oportunidad para potenciar el desarrollo del país, reducir la pobreza y crear empleo.

Los principales donantes, como GTZ y el PNUD (que coordina el programa del Fondo PNUD-España) o el Millenium Challenge Compact (MCC) de la cooperación estadounidense, utilizan unidades de gestión paralelas

a las del Gobierno. A pesar del poco interés que muestra habitualmente USAID con la agenda de la eficacia de la ayuda, se aprecian cambios positivos en su política de cooperación en el país. Entre estos avances podemos mencionar la firma del primer marco de partenariado del programa PEPFAR entre los gobiernos de Estados Unidos y Namibia para mejorar el alineamiento y la armonización con los planes y estrategias nacionales; el compromiso de PEPFAR de asignar una parte de los fondos del programa a ONG locales; o la exclusión de la ayuda ligada del Millenium Challenge Compact.

Aunque es fundamental el uso de los sistemas nacionales para asegurar la apropiación de los procesos de desarrollo por parte del Estado y la sostenibilidad de los mismos, en la mayoría de los países, incluido Namibia, la falta de personal bien formado sigue siendo un grave problema en el que se avanza muy lentamente. Como señala una evaluación de la Comisión Europea, el reto es “estructurar y diseñar el apoyo al desarrollo de capacidades de manera que se fortalezcan los organismos gubernamentales de manera sostenible y que no se limite sólo a prestar asistencias técnicas para paliar temporalmente las deficiencias estructurales de estos” (CE 2009). En este sentido, como sucedió con la base de datos de donantes del NPC, hay demasiados ejemplos de iniciativas que se paralizan cuando se marcha el consultor o consultora que lo puso en marcha.

En otro contexto, la armonización entre los donantes avanza lentamente y varía dependiendo del sector. Los espacios de coordinación existentes son, como hemos señalado arriba, el Development Partners Group (DGP), creado en 2006, como espacio de coordinación de los donantes y el Gobierno y, por otro lado, las reuniones mensuales de los jefes de misión y responsables de cooperación de los países de la UE, presididas desde julio de 2010 por el jefe de la delegación de la Comunidad Europea.

Los dos sectores en los que existe una mejor coordinación son el sector de la educación y el del VIH/sida mientras que en los demás no existen mecanismos formales y el diálogo se realiza a nivel bilateral con el ministerio correspondiente. Así, en el sector de la educación, el enfoque sectorial introducido por el Gobierno

El gobierno de Namibia debe establecer mecanismos de rendición de cuentas y coordinación que incluyan a la sociedad civil y las organizaciones de mujeres. Al mismo tiempo, es necesario fortalecer a estas organizaciones para que su participación en el diálogo de políticas sea más significativa.

en 2001 ha forzado a establecer estructuras de coordinación estables, como el Education Sector Planning Advisory Group (ESPAG, por sus siglas en inglés), que agrupa a los ministerios involucrados, los donantes y otros actores relevantes.

En el subsector de la lucha contra el VIH/sida, por su parte, está operativo, a iniciativa de ONUSIDA, un espacio de coordinación entre los distintos actores involucrados en la lucha contra el VIH/sida (agencias bilaterales y multilaterales, ONG, el sector privado y las organizaciones de personas con VIH y sida) denominado Partnership Forum. Además, el nuevo Marco estratégico nacional para la lucha contra el VIH/sida 2010/11-2015/16 establece la creación de un mecanismo de coordinación nacional liderado por el Ministerio de Salud y Servicios Sociales que sustituirá al actual Partnership Forum.

Los donantes más importantes en este sector, el Fondo Mundial y USAID-PEPFAR, también participan en estos espacios de coordinación. USAID-PEPFAR co-preside el Partnership Forum y participa en el comité de coordinación de país del Fondo Mundial, llamado Namibia Coordination Committee on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (NaCCATuM, por sus siglas en inglés) y en el National AIDS Executive Committee (NAEC), que coordina la ejecución de todas las actividades de VIH/sida en el país.

En relación con la gestión orientada a resultados, esta es una de las áreas más débiles en Namibia porque algunas políticas y estrategias como la Hoja de Ruta para acelerar la reducción de la mortalidad materna o la Política de Género carecen de buenos indicadores y de mecanismos de seguimiento que faciliten su puesta en marcha. A esto se suma la lentitud del Gobierno en realizar evaluaciones intermedias y finales de las estrategias y programas del Gobierno, elemento clave para una buena gestión por resultados y para la elaboración de buenas estrategias y políticas. En el sector salud, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales sólo ha realizado dos evaluaciones hasta la fecha, una evaluación intermedia del Third Medium-Term Plan on HIV/AIDS y una evaluación general del sistema sanitario y los servicios sociales en 2008.

En cuanto a la rendición mutua de cuentas, la Declaración de París hace un llamamiento a donantes y gobiernos

receptores para valorar de forma conjunta los respectivos progresos en la implementación de los compromisos sobre eficacia de la ayuda y para establecer, a nivel nacional, mecanismos de evaluación de los compromisos alcanzados. Asimismo, establece que la rendición de cuentas debe hacerse no sólo entre el gobierno y los donantes, sino también de estos hacia sus respectivas sociedades. Las evaluaciones, especialmente las conjuntas, pueden ser un buen mecanismo para la rendición de cuentas si se aplica un enfoque más inclusivo que, además de Gobierno y donantes, incluya la participación de la sociedad civil y de las comunidades. No obstante, por el momento, esta rendición de cuentas no se está produciendo y es necesario que el Gobierno de Namibia establezca un mecanismo formal a este respecto.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

GAMBIA

1. La situación de la mujer y los derechos reproductivos en Gambia se puede calificar de extremadamente difícil debido al sistema patriarcal imperante y profundamente arraigado en la sociedad. En este contexto es importante apoyar el trabajo de sensibilización e incidencia política de las ONG que defienden los derechos de las mujeres, específicamente aquellas campañas y acciones para denunciar la violencia contra las mujeres, incrementar la tasa de parto cualificado e institucional e incrementar el acceso a métodos y servicios de planificación de la familia.

2. La presencia de la cooperación española es relativamente reciente en este país y se focaliza en su inicio sobre todo en el sector de la educación. Teniendo en cuenta la precaria situación de la SSR de la población gambiana y las desigualdades de género existentes, estas cuestiones deben ser prioritarias en la agenda de la cooperación española en el país.

3. Aunque Gambia cuenta con una sociedad civil activa y organizada en el sector salud y de género, la participación de estos actores en los procesos relacionados con la eficacia de la ayuda y la elaboración de las políticas de salud y género es sobre todo simbólica. Es necesario reforzar la apropiación y la rendición de cuentas, promoviendo el establecimiento de procesos horizontales donde las ONG puedan participar de forma significativa y disponer de la información necesaria de forma transparente y democrática.

4. Las redes y asociaciones de mujeres así como a la sociedad civil que trabaja en el sector salud, los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género tienen capacidades limitadas y necesitan ser fortalecidas para ejercer de forma eficaz su rol de vigilancia y control del Estado y contribuir así a garantizar que la ayuda llegue a quien más lo necesita.

NAMIBIA

1. Aunque la situación de la mujer y los derechos reproductivos en Namibia ha mejorado en la última década, todavía es necesario avanzar en la eliminación ciertas prácticas tradicionales y culturales que, amparadas en leyes aún vigentes, discriminan y vulneran los derechos de las mujeres y atentan contra su salud.

2. La ayuda externa al sector salud en Namibia se ha concentrado tradicionalmente en el ámbito de la lucha contra el VIH/ Sida lo que ha hecho que el Gobierno priorice el combate contra esta enfermedad frente a enfoques más integrales de salud sexual y reproductiva. El gobierno namibio debe canalizar los enormes fondos que recibe para la lucha contra el VIH/sida hacia el fortalecimiento integral del sistema sanitario.

3. Aunque Namibia cuenta con una sociedad civil activa y organizada en el sector salud, ésta es relativamente joven y tiene una limitada capacidad técnica para establecer un diálogo político con el Gobierno. Es fundamental fortalecer a las organizaciones y redes de la sociedad civil y especialmente a las de mujeres para que puedan ejercer de forma eficaz su rol de vigilancia y control del Estado.

4. La falta de espacios formales de concertación entre sociedad civil y Gobierno hace que la participación de ésta en los procesos de toma de decisiones sea muy limitada. Es por tanto necesario reforzar la apropiación y la rendición de cuentas mediante el establecimiento de mecanismos que articulen el diálogo entre Gobierno y sociedad civil y la participación de ésta última en los espacios y procesos relacionados con la ayuda internacional, junto a donantes y gobierno.

5. La puesta en marcha de un Observatorio Nacional de Género que garantice el seguimiento de las políticas del país con la participación relevante y significativa de las redes y asociaciones de mujeres implicadas activamente en la defensa de los derechos de las mujeres puede ser un instrumento clave para avanzar en estas cuestiones en el país.

MALI

1. La situación de la mujer y los derechos reproductivos en Mali ha mejorado en la última década, sin embargo es preciso avanzar en la derogación de ciertas leyes y normas que continúan discriminando a las mujeres y vulnerando sus derechos. También es necesario ampliar el marco legal para la protección de los derechos de la mujer, con la introducción de una ley de lucha contra la violencia de género que incluya la prohibición de la mutilación genital femenina y la aprobación del nuevo código de la familia.

2. Mali cuenta con una sociedad civil activa y organizada en el sector salud y en el ámbito de los derechos de la mujer, pero tiene una limitada capacidad técnica para establecer un diálogo político con el Gobierno. Es fundamental que la cooperación internacional continúe apoyando los programas de fortalecimiento de las organizaciones y redes de la sociedad civil y especialmente a las de mujeres para que puedan ejercer de forma eficaz su rol de vigilancia y control del Estado.

3. La cooperación española focaliza una parte importante de su ayuda hacia el sector salud, especialmente a través del apoyo presupuestario sectorial. La financiación a través de este tipo de mecanismos debe ir acompañada del apoyo a las organizaciones de la sociedad civil local que trabajan en el ámbito de la incidencia política y el seguimiento presupuestario en el sector para asegurar una mayor transparencia.

4. Aunque existen algunos espacios formales de concertación entre sociedad civil y Gobierno es necesario que ésta no se reduzca a la consulta, si no que incluya los procesos de seguimiento y evaluación de las políticas y programas nacionales. Los espacios de concertación deben entenderse también como espacios para la rendición de cuentas para que haya así una apropiación más democrática de los procesos de desarrollo.

5. La puesta en marcha de un Observatorio Nacional de Género que garantice el seguimiento de las políticas del país con la participación relevante y significativa de las redes y asociaciones de mujeres implicadas activamente en la defensa de los derechos de las mujeres puede ser un instrumento clave para avanzar en estas cuestiones en el país.



EL CASO DE GAMBIA

1. EL CASO DE GAMBIA

1.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

Gambia se encuentra en la costa oeste de África y, con una extensión de 11.200 km², es el país más pequeño de este continente. Se extiende hacia el interior aproximadamente unos 400 kilómetros a lo largo de las orillas del río Gambia, en anchuras que varían de 24 a 28 kilómetros, cubriendo una extensión aproximada de 11.300km. Por el Norte, Sur y Este linda con la República de Senegal y por el Oeste con el océano Atlántico.

Antigua colonia británica, Gambia consiguió su propio gobierno en 1963 y se independizó de Reino Unido en 1965. En 1970, se constituyó en república hasta que en 1994, tras un golpe de estado, los militares llegaron al poder. No se restableció la democracia hasta 1997 tras las elecciones celebradas el año anterior. Aunque formalmente Gambia se conforma como una República presidencialista democrática, para ciertos actores internacionales, la ausencia de respeto a los derechos humanos, las restricciones a la libertad de expresión y otras situaciones hacen que el estado gambiano recuerde más a una dictadura que a un régimen democrático.

Gambia se encuentra en el grupo de países de desarrollo humano bajo ocupando, con un IDH de 0,390, la posición 151 del ranking de 169 países elaborado en 2010 por el PNUD, es decir situándose entre los 20 países más pobres del mundo.

A pesar de tener un Producto Interior Bruto en crecimiento -de 5,1% en 2005 pasó a 5,9% en 2008- y un PIB per cápita en 2010 de 322 euros, el desarrollo del país es lento debido a factores como la predominante economía de base, poco diversificada, la falta de infraestructuras de comunicación y energía, los niveles bajos de capital humano y las dificultades relacionadas con la gobernabilidad. La economía de Gambia se basa fundamentalmente en la agricultura, sector que ocupa el 70% de la población activa y que aporta el 30% del PIB. El

sector servicios constituye el 50% del PIB, mientras que las manufacturas sólo aportan el 5%, por debajo del promedio de la Comunidad Económica de Estados de África del Oeste (Economic Community of West African States, ECOWAS, por sus siglas en inglés).

Contrariamente a lo esperado y aunque en 1994 se lanza la primera Estrategia para la Reducción de la Pobreza (Strategy for Poverty Alleviation, SPA, por sus siglas en inglés), la proporción de personas que viven hoy en la pobreza va en aumento en el país. Estudios realizados en 1998 y 2003 indican que, además de la prevalencia de la pobreza creciente, la desigualdad también está en aumento. La pobreza, que fue definida en el pasado como un fenómeno rural, va aumentando en las zonas urbanas y se mantiene en las zonas rurales.

En el año 2000, Gambia fue considerado país elegible para el alivio de la deuda externa dentro de la iniciativa de Países Pobres Altamente Endeudados (HIPC, por sus siglas en inglés). Sin embargo, no es hasta 2007 cuando tras varias negociaciones esta calificación le permite acceder a fondos para desarrollar proyectos en tres áreas prioritarias, entre ellas el sector salud.

Otra de las características que cabe resaltar es la evidente inequidad de género¹ y la feminización de la pobreza como consecuencia de factores subyacentes como la poligamia, el divorcio, la viudez, orfandad o migración de la pareja, que a su vez conllevan la transmisión intergeneracional de la pobreza, debido a que ésta afecta tanto a la mujer como a los hijos. Asimismo, otro factor a añadir a esta disparidad viene dado por la mayor participación de las mujeres en el sector informal de la economía y su mayor incorporación en sectores primarios como la agricultura, donde no tienen acceso al crédito y a la adquisición de tierras, a diferencia de los hombres.

Otro factor que determina la pobreza femenina es la desestructuración de los hogares asociada a la mortalidad por VIH/sida. El impacto de esta enfermedad explica el incremento en el número de hogares encabezados por mujeres, situación que convierte a este colectivo en el más vulnerable pues el 60,5% de estos hogares están por debajo de la línea de pobreza a diferencia de los encabezados por hombres (40,7%).

POBREZA POR GÉNERO DEL JEFE DE HOGAR

	Pobreza	Brecha de pobreza	Severidad de la pobreza
Hombre	48,2	17,2	8,5
Mujer	63,0	27,1	15,1

Fuente: Household Survey 2003 CSD

La población gambiana estimada para finales del año 2010 es de 1.824.158 habitantes por lo que nos encontramos ante uno de los países más densamente poblados de África. En los últimos cinco años, la tasa de crecimiento demográfico anual ha sido del 2,9% y se calcula que esta población se incrementará en casi un millón de habitantes hacia el año 2030, cuando alcanzará los 2.854.072 habitantes. La alta fecundidad en el pasado y presente, la escasa prevalencia de métodos anticonceptivos, que no supera el 18%, y la migración, son los factores que hacen que la población aumente en tasas por encima del 2% de promedio anual. De esta forma, aun estando en marcha estrategias y políticas de población de disminución del tamaño del hogar y control de la migración, parece que este ritmo de crecimiento se mantendrá hasta el año 2030.

A consecuencia también de la alta tasa de fecundidad observada en el pasado, siete hijos por mujer en 1970, el país tiene una población joven. Respecto a la distribución espacial de la población, Gambia es el país africano con mayor densidad poblacional, 135 personas/Km², y se observa una creciente urbanización. En 1975, la población residía mayoritariamente en el área rural (83%) pero en el año 2000, cerca de la mitad de la población (49,1%) se había trasladado a las áreas urbanas donde actualmente reside el 58,1% de la población total. De continuar esta tendencia, en el año 2030 la tercera parte de la población total se concentrará en zonas urbanas, situación que planteará problemas socio-ambientales, de vivienda, saneamiento e infraestructura, que se deberán tener en cuenta a efectos de políticas de desarrollo urbano.

A nivel étnico, en Gambia existen cinco grandes grupos: Mandinka, Fula, Wolof, Jola y Serahuli, así como otros 12 menos numerosos. En general, no obstante, el 95% de la población gambiana es musulmana y el 5% cristiana y/o animista. Aunque no todos estas etnias tienen la misma estructura social, sí se denota un estilo de vida similar, donde prevalece el dominio del hombre sobre la mujer.

1.2

EL SISTEMA PÚBLICO

DE SALUD

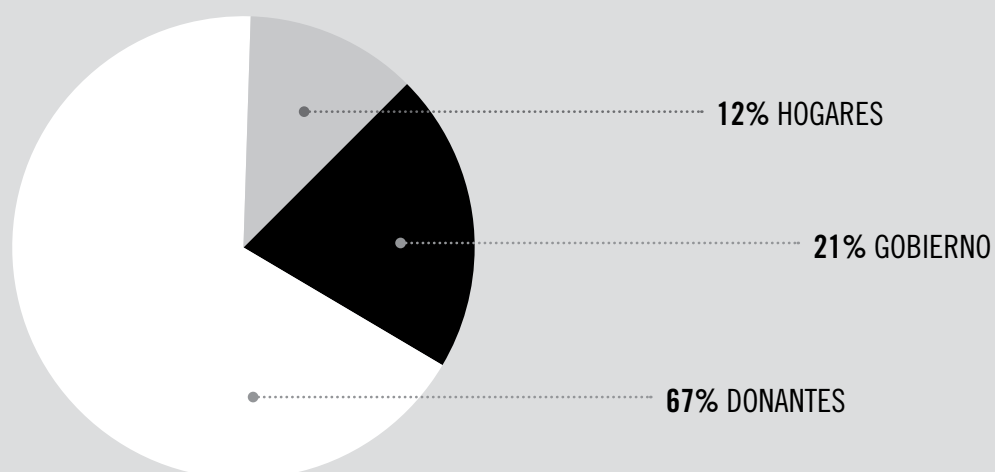
El sistema de atención primaria de salud tiene tres niveles. Por un lado, existen cuatro hospitales en el tercer nivel, 38 centros de salud en el segundo y 492 puestos de salud en el primero, aunque en muchas localidades los curanderos tradicionales² son el primer punto de acceso para la población. También hay 34 clínicas del sector privado y las ONG, así como clínicas dirigidas y móviles.

Uno de los problemas del sector, relacionado con la prestación de servicios en todos los niveles de atención es la carencia de médicos/as, que no superan los 300 en todo el país, y profesionales de enfermería, sobre todo en las zonas rurales³. En Gambia hay un/a médico/a por cada 6.132 habitantes, un/a enfermero/a por cada 1.554 y una matrona por cada 3.325, cifras que están por debajo de la tasa estándar recomendada por la Organización Mundial de la Salud para los países en desarrollo.

Asimismo, cabe señalar que la mayoría de los centros y el personal de salud están localizados en las áreas urbanas, lo que causa un desigual acceso a la atención sanitaria con desventaja para el área rural y hace necesario promover la autogestión y reforzar el proceso de descentralización. Entre los demás retos del sector están la formación y retención de recursos humanos de salud, el fortalecimiento del sistema de información y gestión, la incorporación de la medicina tradicional, la mejora de los servicios de laboratorio y transfusión de sangre, la mejora de la promoción de la salud, el fortalecimiento del sistema de salud en general y el desarrollo de una apropiada y efectiva política de financiación del sector.

Respecto a la financiación del sector salud, Gambia depende en gran medida de la ayuda externa. En 1998, la financiación de los gastos de salud provino de los

FINANCIAMIENTO DEL SECTOR SALUD 2002-2004



Fuente: Elaboración propia

donantes (28%), del Gobierno (46%) y de los hogares (26%), mientras que en el periodo fiscal 2002-2004 la financiación de los donantes fue mayor (67%) que la del Gobierno (21%) y la de los hogares (12%). Del total adjudicado por los donantes, el 87% de estos fondos correspondió a agencias bilaterales, multilaterales, y subvenciones de Naciones Unidas y el 3% al sector privado, especialmente de las ONG.

1.3

SITUACIÓN DE LA MUJER Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

A pesar de constituir la mitad de la población total, las mujeres gambianas tienen poco poder de decisión en temas relacionados con su salud y derechos sexuales y reproductivos. La fuerza del sistema patriarcal imperante

hace de la integración de la mujer en igualdad con los hombres una realidad lejana, a pesar de la ratificación del Gobierno gambiano en 1992 de la Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés).

Factores religiosos y socioculturales han hecho que las mujeres vivan rezagadas y acepten la creencia de que son inferiores a los hombres, situación que viven desde que nacen y que continúa a lo largo de su vida. Las mujeres tienen preferencia por el hijo varón, por ser él quien asegura la sucesión hereditaria. Además, la ley de la Sharia o ley musulmana le favorece, y en su cumplimiento, las familias priorizan la educación así como la alimentación de sus hijos antes que la de sus hijas. Bajo esta Ley, las mujeres, a diferencia de los hombres, pueden recibir una proporción menor de bienes provenientes de una herencia o no recibir nada después de un divorcio y del mismo modo, aunque a veces el matrimonio es pactado, tienen derecho a divorciarse pero no a volver a casarse. Así, a excepción de Banjul, donde dos de cada diez mujeres en edad fértil se encuentran en situación de poligamia, en el resto del país entre tres y seis de cada diez mujeres se encuentran en esta condición (sobre todo en la región de Basse).

A pesar de estas barreras, es un dato positivo que el Gobierno se haya adherido a los principales convenios internacionales y haya promulgado leyes internas con el objetivo de mejorar la situación de la mujer. Así, el Gobierno de Gambia firmó sin reservas en julio de 1980 y ratificó en abril de 1993, la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, por sus siglas en inglés). Igualmente, en 1978 ratificó el Pacto Internacional sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales y un año después el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos. También ha firmado y ratificado la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño en 1990 y en el año 2000, el Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía (CRC-OP-SC, por sus siglas en inglés), aún pendiente de ratificación. Como asignatura pendiente queda, sin embargo la firma y ratificación del Protocolo Facultativo de la CEDAW.

Dentro del contexto africano, en relación con las Convenciones Regionales sobre la Protección de los Derechos Humanos, Gambia ha ratificado la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos en junio de 1983. También ha firmado el Protocolo a la Carta Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos relacionado con los Derechos de la Mujer en África con reservas respecto al matrimonio y la transmisión de la nacionalidad⁴ y en diciembre de 2000 ratificó la Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño.

A nivel de legislación interna, la Constitución de 1979, en la sección 33 y sub-sección cuatro⁵, prohíbe cualquier discriminación basada en el género y reconoce y garantiza la igualdad entre hombres y mujeres. Esta disposición constitucional reconoce la igualdad de género y el derecho a la igualdad de oportunidades en todos los aspectos, ya sean políticos, económicos o sociales, y es afín a los principios de eliminación de toda forma de discriminación contra la mujer de la CEDAW y el Protocolo Africano sobre los Derechos de la Mujer. Al mismo tiempo, sin embargo, la Carta Magna manifiesta la necesidad de preservar tradiciones y costumbres, lo que ha permitido al Gobierno hacer reservas a los convenios internacionales y regionales que ha ratificado.

De acuerdo con la Constitución, el derecho de las personas se basa en el sistema legal de códigos de la ley de costumbres, la ley islámica y las leyes modernas, siendo la ley islámica la más utilizada. De esta forma, el 90% de las mujeres en Gambia están sujetas a esta ley y a la ley de costumbres. De acuerdo con ellas, las mujeres padecen discriminaciones como la poligamia, la inequidad en aspectos de sucesión y divorcio⁶ o inferioridad en ciertos aspectos legales como el testimonio, donde el dos mujeres equivale al de un hombre. Otro aspecto a destacar es el relacionado con la Mutilación Genital Femenina (MGF) que el Código Penal no prohíbe y en consecuencia no castiga.

Un avance en todos estos aspectos puede venir por la aprobación en 2010 por la Asamblea Nacional de la Ley de las Mujeres (Women's Bill) tras varios años de intensa acción por parte de las organizaciones de mujeres y un largo proceso consultivo. Esta Ley, de 78 artículos, pretende adaptar la legislación vigente a los compromisos

firmados por el gobierno en el marco de la CEDAW y el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de las mujeres y las niñas. La sección segunda se destina explícitamente a recoger los derechos de las mujeres que requieren protección y son exigibles en los tribunales, adicionalmente a aquellos establecidos en la Constitución, mientras que la tercera se refiere a la lucha contra la violencia de género. El movimiento gambiano de mujeres ha acogido la aprobación de esta Ley como un hito histórico aunque será necesario hacer seguimiento de cara a valorar su implementación real y su impacto sobre la vida y el empoderamiento de las mujeres.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, algunos datos relevantes nos ayudan a ver una foto nítida de la situación de las mujeres. Diferentes cuestiones culturales, el bajo nivel educativo alcanzado y el lugar de residencia, entre otros factores, hacen que la mujer en Gambia tenga un acceso limitado a los servicios de salud sexual y reproductiva y a métodos anticonceptivos modernos. Solo el 45% de mujeres en edad reproductiva y el 41% de hombres mayores de 18 años, conoce al menos un método de planificación familiar, siendo la píldora y la esterilización masculina el más y menos conocidos respectivamente y entre los métodos tradicionales es el uso de hierbas como el Juju el más mencionado. La tasa de prevalencia anticonceptiva se sitúa en el 17,5% según datos de 2001, y aunque no hay datos más recientes, esto nos permite ver que es ligeramente superior a la de 1990, estimada en el 12%.

La baja prevalencia anticonceptiva, la unión o el matrimonio temprano y la poligamia hacen que se observen niveles altos de fecundidad -5 hijos de promedio- y, un lento descenso de la misma. Según las proyecciones, la Tasa Global de Fecundidad de 6,4 hijos por mujer en 1985, descenderá a 4,5 en 2015 y continuará siendo superior a 3 para el año 2025 (US Census Bureau), lejos todavía de la meta de los Objetivos del Milenio (ODM).

Respecto a la salud materna, Gambia presenta un alto número de muertes de mujeres como consecuencia del embarazo y/o parto. A nivel comparativo, ésta es mayor en las zonas rurales que en las zonas urbanas. Algunos de los factores que contribuyen a la mortalidad materna

en el área rural son el retraso en la decisión de buscar atención sanitaria, la subestimación de la gravedad de la complicación, las creencias culturales que influyen en la toma de decisiones, la experiencia previa con el sistema de salud donde si se ha encontrado una mala actitud profesional, la distancia al centro de salud, así como el retraso en recibir pronta y adecuada atención al llegar al hospital.

No obstante, la tasa de mortalidad materna, situada en 400 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos en el año 2008 (según datos de OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial de septiembre de 2010), es inferior a la tasa promedio del continente africano para ese mismo año (590 por cada 100.000 nacidos vivos), y la de África Subsahariana (640 por cada 100.000 nacidos vivos). De hecho, Gambia presenta significativos progresos en la reducción de la mortalidad materna, con una disminución anual del 3,4% de promedio desde 1990 y un descenso total del 46%, pasando de 750 muertes por cada 100.000 nacidos vivos en 1990 a 400 en 2008. Esta evolución ha sido posible gracias a la ampliación de la cobertura y el acceso a los servicios de salud materna a nivel nacional, a un manejo apropiado de casos y referencias a tiempo, así como al impacto de ciertas intervenciones del Gobierno como la destinada a mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y el uso de mosquiteras tratadas con insecticidas, además del aumento de la disponibilidad de parteras en las zonas rurales.

A pesar de estos avances, es preciso insistir sobre los factores que todavía alimentan la mortalidad materna y que están relacionados entre otros aspectos con los niveles de parto institucional, que sólo alcanzan al 64,5% de los nacimientos (HMIS, 2008) y con grandes diferencias entre las zonas urbanas (83%) y las rurales (43,4%). Por otro lado, el riesgo de morir a causa del embarazo, parto o posparto por causas obstétricas directas (hemorragia, pre-eclampsia/eclampsia, parto prolongado, septicemia posparto, entre otras) o indirectas (anemia, malaria durante el embarazo, etc.), es de uno por cada 32 casos, siendo más alta que el observado en el resto de países de la región del África del Oeste, donde es de uno por cada 26 casos. Por todo ello, se considera que tres de los principales factores para reducir la mortalidad materna y alcanzar el ODM 5 son garantizar el acceso de

las mujeres a la atención sanitaria integrada de calidad y con profesionales suficientemente cualificados/as, mejorar el acceso a la atención obstétrica de emergencia, así como proporcionar información específica a la población del centro en el que se presta este servicio.

En relación con el VIH/sida, las últimas estimaciones de 2008 apuntan a que hay unas 18.000 personas afectadas en Gambia. La tasa de prevalencia del VIH se sitúa en el 2%, frente al 0,6% de 2001 y un 23% de niños y niñas de 15 a 17 años son huérfanos a causa de la enfermedad. Por localidades la prevalencia del VIH difiere bastante, siendo Sibanon la que presenta las tasas de prevalencia más altas entre las mujeres embarazadas, seguida de Brikama. Por otro lado, desde la perspectiva de género, el VIH/sida es un asunto que atañe tanto a hombres como a mujeres, con una vulnerabilidad distinta ante la infección, que está influenciada por la interacción de factores personales y sociales, incluido el conocimiento sobre servicios de apoyo y el acceso a éstos. Así, el 57% de las personas que viven con VIH son mujeres, frente al 43% de los hombres y la feminización de la epidemia ha ido en aumento puesto que en 2001 las mujeres afectadas por el virus suponían el 53,4%.

Si hablamos de violencia de género, podemos observar que el sistema cultural y social imperante hace que las mujeres consideren el maltrato físico por parte de sus parejas como una acción normal. De cada diez mujeres en edad reproductiva, siete declaran que es tolerable ser golpeadas por la pareja en caso de salir de casa sin comunicarlo, descuidar a los niños, discutir con el marido, negarse a tener relaciones sexuales o quemar la comida. Además, no existen leyes para castigar los frecuentes casos de violencia doméstica o acoso sexual.

Asimismo, los matrimonios forzados o concertados suponen otro tipo de violencia contra las mujeres presente en el país. A pesar de que el artículo 27 de la Constitución de 1997 señala que “el matrimonio debería ser producto de respeto y plena igualdad entre hombres y mujeres y darse de forma voluntaria en la edad requerida y la capacidad para hacerlo”, la realidad es que no hay una edad mínima legal para el matrimonio y, en consecuencia, el matrimonio de jóvenes y adolescentes no está prohibido por la ley. Además en Gambia existen

prácticas tradicionales nocivas para la salud, como la mutilación genital femenina (MGF), que produce serios riesgos para la salud física y mental de las mujeres. Según datos de MICS 2005/2006, la MGF es practicada indistintamente del nivel educativo de la mujer y difiere de unas zonas a otras. Así, mientras que en las localidades de Basse y Mansakonko se registran unos índices de prevalencia del 99% y 95,9%, respectivamente, en Banjul el porcentaje es del 44,8%.

INDICADORES RELACIONADOS CON EL PAÍS

DATOS GENERALES

Índice de Desarrollo Humano - 2010	0.390 (puesto 151 de 169 países)
Asientos de mujeres en el parlamento nacional – 2010	7,5 %
Índice de Inequidad de Género – 2010	0.742 (puesto 120 de 169 países)

SISTEMA DE SALUD

Médicos por cada 100.000 habitantes (2008)	3
Enfermeras y matronas por cada 100.000 habitantes (2008)	6

SALUD REPRODUCTIVA

Índice de riesgo reproductivo	ALTO
Tasa de mortalidad materna [N° de muertes por cada 100.000 nacidos vivos (2010)]	400
Muertes debidas al aborto inseguro [N° de muertes por cada 100.000 nacidos vivos (2008)]	80
Nacimientos atendidos por personal cualificado (médico, enfermera o matrona)	64,5 %

SALUD SEXUAL

Tasa de fertilidad [Total hijos por mujer]	5
Prevalencia anticonceptiva [Total de la población que usa algún anticonceptivo]	12,70%
Método de PF más usado [Método más utilizado]	Píldora, 6,5%
Tasa de aborto inseguro [N° de muertes por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años]	28
Prevalencia de HIV/Sida [Total]	2 %

Fuente: Elaboración propia

1.4

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR SALUD

Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

Desde los años 70, el enfoque de atención primaria ha sido la estrategia fundamental para la prestación de servicios de salud. Dentro de las principales reformas efectuadas en este sector es de importancia mencionar como hitos la aplicación de la Iniciativa de Bamako promovida y apoyada por el Banco Mundial en 1993, la Primera Política de Salud “Mejorar la Calidad y el Acceso” 1994-2000 (Health Policy “Improving Quality and Access”), la división de los servicios de salud en Salud de la Familia, Protección y Control de Enfermedades y Promoción de la Salud en 1994, el Primer Plan de Acción Nacional de Salud de 1998 y la Segunda Política Nacional de Salud 2001 – 2006. Esta política (National Health Policy “Changing for Good), incorpora medidas de desarrollo sanitario con el objetivo de brindar atención sanitaria accesible y de calidad a la población en un entorno favorable y a cargo de personal capacitado en todos los niveles de la atención sanitaria. Sin embargo, a pesar del incremento de la infraestructura sanitaria que permite un acceso del 90% de la población a los servicios de salud⁷, hay factores que afectan a la prestación y calidad de los servicios como la débil capacidad institucional⁸, la centralización y la falta de personal sanitario cualificado entre otros.

La siguiente Política de Salud y su Plan Estratégico 2007-2020 (Health Policy and Master Plan 2007-2020) facilitan la preparación de un Plan Operativo de Salud a dos años que se traducirá en la puesta en marcha de un enfoque sectorial (Sector Wide Approach SWAP) para la mejor coordinación entre los donantes. Los objetivos de la Política de Salud se enmarcan dentro de las metas de los ODM y del Programa Visión 2020, que son reducir la morbimortalidad de la población y mejorar de la calidad de vida. Entre las estrategias

de la Política de Salud y el Plan Estratégico 2007-2020 para mejorar los servicios de salud reproductiva y del niño se encuentran: Mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud materna, incluida la atención obstétrica de emergencia y los servicios de planificación familiar en todo el país, aumentar la sensibilización de la población en temas de salud sexual y reproductiva y promover la colaboración y coordinación entre los diferentes actores implicados.

Las medidas de fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva previstas en las Políticas de Salud se complementan con las establecidas en otros instrumentos programáticos específicos como el Plan de Acción de Salud Reproductiva (Reproductive Health Action Plan) de 2001, focalizado fundamentalmente a mejorar el conocimiento de las mujeres sobre los métodos de anticoncepción para de esta manera incrementar su uso. Además, con el Programa de Salud Reproductiva e Infantil de 2005 se introducen nuevas medidas encaminadas a involucrar a los hombres, así como a los y las jóvenes y adolescentes, además de a las mujeres adultas en los programas de salud reproductiva.

En el ámbito de la salud materna es necesario también hacer referencia específica a la Hoja de Ruta para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal que también define entre sus objetivos, la mejora de la asistencia cualificada durante el embarazo, parto, posparto y periodo neonatal a todos los niveles del sistema de atención de salud, así como el fortalecimiento de las capacidades de las personas, familias, comunidades, organizaciones de la sociedad civil y del Gobierno para mejorar la salud materna y del recién nacido. Otro de los aspectos que puede garantizar avances en esta línea está relacionado con la gratuidad de los servicios de salud reproductiva y de la infancia decretada por el Ministerio de Salud y Bienestar Social a nivel nacional en 2007. No obstante, esta gratuidad no es siempre respetada ni está totalmente operativa a nivel práctico según se pudo constatar durante la visita a terreno por lo que las tarifas para el uso de los servicios continúan siendo en muchos casos una barrera fundamental para el acceso a los mismos.

En el sector de la lucha contra el VIH/sida, las acciones encaminadas a disminuir la prevalencia en el país se ajustan a compromisos internacionales y regionales como los ODM, la Declaración de Principios de 2001 (Declaration of Commitments, UNGASS, 2001), la Decla-

ración de Abuja (2001), los Principios de los “Tres Unos” (2004), la Declaración de Dakar sobre Población, Desarrollo y VIH (2004), la Declaración de la Unión Africana sobre Igualdad de Hombres y Mujeres (2004), o el Compromiso de Brazzaville para la prevención y el acceso a tratamientos contra el VIH/sida en África en 2010.

A nivel nacional, es en 1987 cuando se establece el Programa Nacional de Control de ETS (National AIDS Control Programme, NACP), seguido de planes nacionales cuyos objetivos se centran sobre todo en prevenir y controlar la propagación del VIH/sida y reducir las consecuencias sociales de la infección, trabajando en seis áreas: prevención de la transmisión a través de las relaciones sexuales y las transfusiones sanguíneas; cuidado y soporte social para las personas con VIH; programa de planificación y gestión; programa de monitoreo y evaluación y vigilancia epidemiológica de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y VIH/sida.

El primer plan a medio plazo se hizo efectivo entre 1988-1990 mientras que el segundo fue lanzado en 1992, aunque no llegó a ser implementado debido al golpe militar que afectó la ayuda financiera del país. Años más tarde, el Banco Mundial desarrolló el Programa Estratégico 2001-2006 correspondiente al Proyecto de Respuesta Rápida ante el VIH/sida (HIV/AIDS Rapid Respond Project, HARRP) que contó con una financiación de 11,25 millones de euros y se centró principalmente en la prevención y aplicación del enfoque de respuesta multisectorial, además de facilitar la creación del Consejo Nacional del Sida.

Posteriormente se desarrolló el Plan Estratégico Nacional 2003-2008 (National Strategic Plan 2003-2008) que aseguró la coordinación entre todos los programas y actividades relacionados con la lucha contra el VIH/sida en el sector público, privado, las ONG y la sociedad civil, y en 2004 el Gobierno de Gambia consiguió una subvención del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para estabilizar y reducir la prevalencia del VIH/sida y proporcionar tratamiento, atención y apoyo a las personas afectadas.

El objetivo general del Plan Estratégico Nacional 2003-2008 se basó en estabilizar y reducir la prevalencia de la epidemia en el país, mediante la difusión de conocimientos

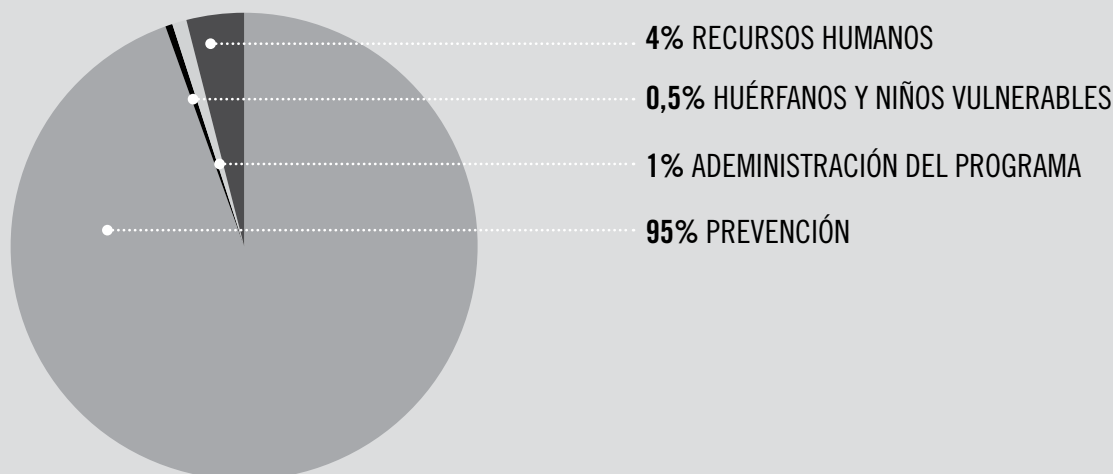
amplios y correctos sobre la transmisión y prevención del VIH y la integración de estos conocimientos en los estilos de vida (cambio de comportamiento), la reducción del estigma y la discriminación, la promoción del uso del preservativo y el asesoramiento para la realización de pruebas voluntarias, la prevención de la transmisión madre - hijo y la terapia antirretroviral, la atención y apoyo para las personas con VIH y los huérfanos por el sida, el aumento del número de trabajadores de salud capacitados en asesoramiento, prevención, transmisión y terapia antirretroviral, el acceso y disponibilidad de medicamentos y equipos necesarios, así como el mantenimiento de dicho equipo y la mejora de la gestión del programa, incluyendo la revisión del Plan Estratégico Nacional de VIH/sida.

En el año 2006, las políticas para el VIH/sida fueron revisadas y actualizadas para el período 2006-2010 aunque ello coincidió con una disminución del presupuesto para este subsector atribuible a la finalización en 2007 del proyecto HARRP financiado por el Banco Mundial. Teniendo en cuenta que el HARRP era la mayor fuente de financiación para las organizaciones de la sociedad civil, incluidas las ONG nacionales e internacionales, a partir de ese momento el déficit de fondos comenzó a limitar las acciones de lucha contra la epidemia.

En cuanto a acciones a favor de la mujer, podemos destacar que en 1980 se crea el Consejo Nacional de Mujeres, con 44 miembros elegidos y 4 miembros nombrados por el Gobierno, con el objetivo de asesorar y hacer recomendaciones al Gobierno central para mejorar el estatus de la mujer y, conjuntamente con el Departamento de las Mujeres, ser responsables de proporcionar apoyo técnico a las diferentes instituciones y realizar el seguimiento de la implementación de la política de género para la integración de la mujer en igualdad con los hombres a lo largo del proceso de desarrollo socioeconómico del país.

En 1999, la Asamblea Nacional de Gambia aprobó la Política Nacional para el Avance de las Mujeres Gambianas 1999-2009 (National Policy of Advancement of Gambian Women, NPAGW, por sus siglas en inglés), preparada por el Ministerio de Asuntos de las Mujeres con el objetivo de realizar todas las acciones posibles a fin de eliminar todas las formas de desigualdad entre mujeres y hombres, así como crear y fortalecer un entorno propicio

DISTRIBUCIÓN DEL VIH/SIDA POR CATEGORÍA, 2007



Fuente: Elaboración propia

para la promoción de la participación y contribución de las mujeres en todos los aspectos y en igualdad de oportunidades. Una vez terminado el plazo de vigencia de este primer documento, se ha adoptado la Política Nacional de Género de Gambia 2010-2020, que ha sido diseñada para actuar como referencia y asimismo orientar y dirigir los diferentes niveles en la ejecución de proyectos de desarrollo con perspectiva de género, así como para contribuir a la realización de la Segunda Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP II, por sus siglas en inglés), los ODM y Vision 2020⁹. Entre sus prioridades están las áreas de educación, salud, desarrollo sostenible, gobernabilidad, derechos humanos, reducción de la pobreza y empoderamiento económico. Sus principales objetivos son:

- 1 Lograr la equidad e igualdad de género en las políticas, programas y proyectos en todas las instituciones de todos los sectores de la sociedad de Gambia.
- 2 Lograr la erradicación de la pobreza de género y ofrecer una calidad de vida aceptable.
- 3 Eliminar todas las formas de discriminación y violencia de género.
- 4 Empoderamiento de las mujeres para ocupar el lugar que le corresponde en el desarrollo nacional.

Las instituciones que tienen la potestad de liderar la formulación, ejecución, coordinación, seguimiento y evaluación de las políticas de género son el Ministerio de Asuntos de las Mujeres (MWA, por sus siglas en inglés), el Consejo Nacional de las Mujeres (NWC) y el Departamento de las Mujeres (WB), mientras que un comité integrado por ministerios sectoriales, las ONG, las organizaciones de la sociedad civil (OSC) y las organizaciones de base comunitaria (OBC) debe velar por la aplicación de estas políticas.

INSTRUMENTOS RATIFICADOS EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD E IGUALDAD DE GÉNERO

CONVENCIÓNES INTERNACIONALES

Convención de Derechos Civiles y Políticos	SI, 1979
Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	SI, 1978
Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las Mujeres	SI, 1993
Convención contra la Tortura y cualquier forma de trato cruel, inhumano o degradante	NO
Convención sobre Derechos del Niño	SI, 1990
Protocolo facultativo a la Convención de Derechos Civiles y Políticos	NO
Protocolo opcional a la CEDAW	NO
Protocolo opcional a la Convención de los Derechos del Niño sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil	SI, 2000

CONVENCIÓNES REGIONALES

Carta Africana de Derechos de los Hombres y los Pueblos	SI, 1983
Protocolo a la Carta Africana de Derechos de los Hombres y los Pueblos sobre derechos de las mujeres en África (Protocolo de Maputo)	SI, 2006 (con reservas)

OTROS

Declaración Solemne sobre Igualdad de Género en África	SI, 2004
Declaración de Abuja sobre VIH/sida 2001	SI, 2001

INSTRUMENTOS NACIONALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SALUD Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

LEYES

Ley de la Infancia (Children's Act)	2005
Ley contra el tráfico de personas	2007
Ley de Mujeres (Women's Bill)	2010

POLÍTICAS

Política Nacional de Población	1992 - 1996
Visión 2020	1996 - 2020
Política Nacional de Salud	1994 - 2001
Política Nacional de Salud	2000 - 2006
Política Nacional de lucha contra VIH/sida	2007 - 2010
Plan de Acción de Salud Reproductiva	2001
Plan Estratégico Nacional de lucha contra el VIH/sida	2003 - 2008
Programa de SR e Infantil	2005
Política Nacional de Salud	2007 - 2020
Política Nacional de Población	2007 - 2010
Política Nacional para el avance de las Mujeres Gambiañas	1999 - 2009
Política Nacional de Género	2010 - 2020

Fuente: Elaboración propia

1.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

En el año 2006, España da inicio a su colaboración con Gambia poniendo en marcha un programa de cooperación 2007-2008 financiado con una contribución de 6 millones de euros a través de instrumentos multilaterales y bilaterales y orientado a la formación profesional de la juventud y la capacitación para el empleo local. Este acuerdo sirve de base para una mayor participación de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en este país africano, aunque anteriormente se habían canalizado recursos a través del Fondo Catalizador de la EFA-FTI (Education for All-Fast Track Initiative), dentro del marco de la consecución del ODM.

Con el III Plan Director de la cooperación Española 2009-2012, Gambia pasa a formar parte de las prioridades geográficas de la cooperación española, siendo incluida dentro del grupo de Países de Atención Focalizada que debe concentrar, según el Plan Director “una quinta parte de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) española especificada geográficamente”. Asimismo, se define como prioridad de la cooperación bilateral en Gambia el sector de educación, en particular la formación para el empleo, con énfasis en los jóvenes, y la cooperación española colabora en la capacitación y asistencia a pequeñas inversiones y la prestación de créditos a mujeres, así como en la formación profesional y creación de escuelas taller, entre los que se encuentra Gambia Hotel School, que pretende ser un referente regional en materia de formación para el sector turístico y ha recibido 2 millones de euros para dos años. Igualmente, España aporta dentro de su cooperación bilateral, 800.000 euros para el programa regional de apoyo a la creación de empleo para jóvenes (Gambjobs), que cuenta también con la colaboración del UNDP y pretende crear 10.000 puestos de trabajo y brindar formación profesional a 20.000 jóvenes.

La variable de género se incluye como prioridad transversal en todas las actuaciones financiadas por la coo-

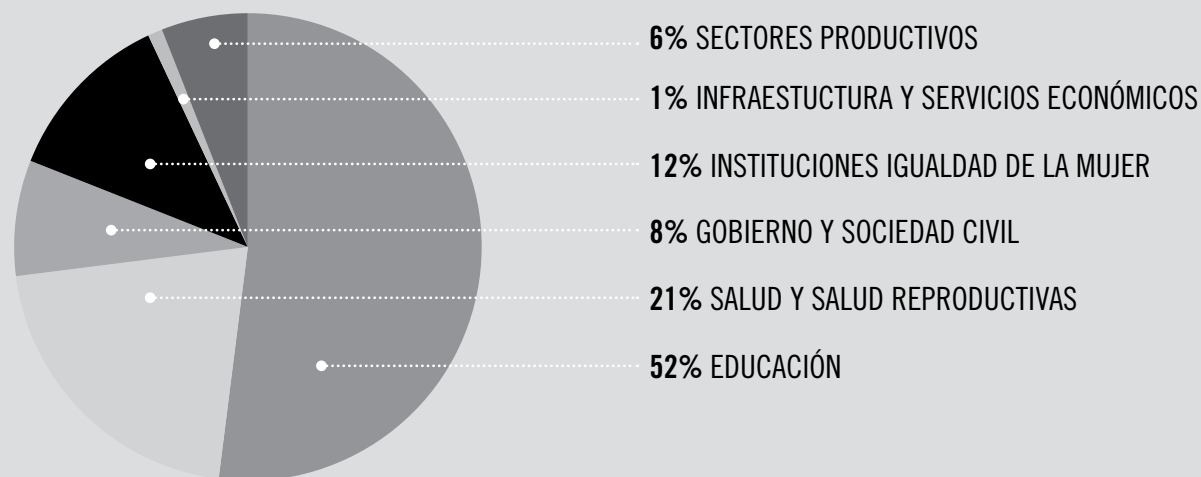
peración española en Gambia, a menos a nivel formal. En este sentido, el objetivo es apoyar especialmente las iniciativas de generación de empleo para la mujer. El resto de sectores se financian a través de la vía de cooperación multilateral y mediante contribuciones a iniciativas regionales africanas, especialmente en el marco del programa regional de España con la Comunidad Económica de Estados de África Occidental (ECOWAS, por sus siglas en inglés).

Según los últimos datos disponibles, la AOD bilateral bruta española para Gambia en el año 2009 fue de 2,1 millones de euros, provenientes de AOD bilateral vía OMUDES de la SECI (30,16%), la AECID (28,30%), el Ministerio del Interior (19,99%), comunidades autónomas (14,43%), entidades locales (5,77%) y universidades (1,36%). Es destacable que el sector Población y Salud Reproductiva del CAD se haya incrementado notablemente y haya supuesto el 14,33% de la AOD dirigida a Gambia ese año (263.181 euros en cifras totales), frente al 1,4% del 2000. Igualmente las previsiones para 2010 son del 21% de la AOD según marca el PACI.

A nivel multilateral, desde 2005, Gambia ha recibido 164.000 euros para el programa “Iniciativa Vía Rápida de educación para todos y todas”, cuyo objetivo es contribuir al proceso de universalización de la educación primaria. Además, en el marco del cumplimiento de los compromisos adoptados en las Declaraciones de Maputo (2006), Madrid (2007) y Niamey (2008) de los Encuentros de Mujeres Africanas y Españolas por un Mundo Mejor, España ha apoyado la implementación de la política de igualdad de género con 425.295 euros procedentes del Fondo España/NEPAD, para el que España aportó en total 10 millones de euros en 2007. Sobre todo, esta financiación ha tenido como objetivo mejorar el empoderamiento de la mujer, en especial de aquellas que viven en áreas rurales, así como disminuir la prevalencia de la mutilación genital femenina y la reducción del trabajo precario.

En relación a las ONG españolas, cabe destacar la escasa presencia de las mismas en el país. Dentro del sector salud encontramos a Cruz Roja Española que apoya un proyecto de agua y saneamiento que incluye un componente de educación para la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Por otro lado, la ONG española

DESTINO DE LA AOD A GAMBIA POR SECTORES 2010



Fuente: Elaboración propia

Yolocamba Solidaridad desarrolla un proyecto titulado “Generando alternativas contra la Mutilación Genital Femenina en Gambia” que implementa a través de la ONG local Committee on Traditional Practices affecting The Health of Women and Children (Gamcotrap), cuya directora ejecutiva Isatou Touray es una conocida activista en la lucha contra la MGF. Por su parte, la ONG Asamblea de Cooperación por la Paz (ACCP) había comenzado la fase de identificación de un convenio a cuatro años de salud y género a implementar en Gambia, Senegal, Guinea Bissau y Níger pero debido a los problemas que atraviesa la entidad el proceso quedó paralizado, y Nutrición sin Fronteras que implementa un proyecto de salud materna e infantil en Basse.

Otras ONG españolas presentes en Gambia con financiación distinta a AECID son AsturiasAfrica y Asociación Sol y Dansa, que trabaja el empoderamiento de la mujer a través de la formación ocupacional y la organización comunitaria. Solidaridad Internacional, HabitatAfrica e IPADE ejecutan en consorcio un convenio sobre vivienda y gobernabilidad ambiental.

A nivel de cooperación descentralizada, en Catalunya, el Fondo Catalán de Cooperación al Desarrollo (Fons Català de Cooperació al Desenvolupament, FCCD) es la entidad pionera en impulsar el codesarrollo y viene implementando proyectos en África Subsahariana desde 1998, siendo Gambia uno de sus países prioritarios. Dentro de los proyectos a los que el FCCD ha contribuido se

encuentran el proyecto NAAFA, de equipamiento para el hospital Victoria de Banjul, el Plan Integral de desarrollo en el pueblo de Diabugu Batapa, la creación de un centro multifuncional para mujeres en las regiones de Badibu y Siimi (Bantaba), la construcción de un centro sanitario en Dingiri, Departamento de Tumana (fase I), el Proyecto de desarrollo del Centro Socio sanitario de Njaba Kunda y el Apoyo a la rehabilitación y al funcionamiento del Centro de Salud de Yorobawol.

En 2010, el FCCD está desarrollando, además, el proyecto de “Formación materno infantil teórico y práctico a personal sanitario local de hospitales generales de referencia de Gambia”, con el objetivo de mejorar la calidad de atención en los hospitales, de acuerdo a las necesidades formativas del personal de salud.

Además, cabe mencionar la labor de la ONG Wassu Gambia Kafo, ONG con sede en Gambia y Catalunya y constituida fundamentalmente por profesionales de la salud vinculados a estancias y proyectos de cooperación para el desarrollo en Gambia. Uno de sus principales proyectos, financiado por la Fundación La Caixa, es el de “Iniciación sin mutilación”, cuyo objetivo fundamental es reemplazar la realización de la mutilación genital por otros rituales que no supongan un riesgo para la salud.

1.6

EL PROCESO HACIA

LA EFICACIA DE LA AYUDA

Gambia se encuentra entre los países que se han adherido a la Declaración de París (en adelante DP) y el Gobierno ha desarrollado un Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda al Desarrollo 2008-2011 (Gambia Aid Effectiveness Action Plan 2008-2011) a partir de una mesa redonda llevada a cabo por el Gobierno y los donantes en Londres en febrero 2008. En este encuentro se acordaron metas y objetivos para el año 2010 sobre la base de indicadores para monitorear los avances en los diferentes principios establecidos en París y Accra.

Apropiación

Los objetivos específicos del Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda al Desarrollo 2008-2011 de Gambia para el principio de apropiación son por un lado, fortalecer el liderazgo del Gobierno en su estrategia de desarrollo global, en la reducción de la pobreza y en otros temas prioritarios y por otro, asegurar que la Estrategia para la Reducción de la Pobreza y otras estrategias de desarrollo tengan prioridades claras y estén vinculadas a un marco de gastos a mediano plazo, además de ser reflejadas en el presupuesto anual.

En esta línea, el Gobierno de Gambia ha elaborado en los últimos años un amplio marco de políticas y programas con apoyo de diferentes consultores y donantes. El documento que identifica los objetivos de desarrollo del país para el periodo 2010-2020 es el llamado "Vision 2020". Junto a éste, está vigente la III Estrategia para la Reducción de la Pobreza (PRSP, por sus siglas en inglés) para el periodo 2007-2011 y en proceso de elaboración el PAGE que sustituirá al PRSP III. Además, con apoyo del PNUD, el Gobierno ha desarrollado un Plan a Medio Plazo (MTP, por sus siglas en inglés) para

hacer más operativo el marco establecido en Vision 2020. El MTP y el segundo PRSP forman un solo marco de planificación para el periodo 2007-2011.

Igualmente, el Gobierno ha preparado diferentes estrategias con el fin de priorizar y guiar de forma más efectiva la implementación de sus políticas sectoriales. Para el sector salud cabe destacar la elaboración de diferentes documentos como la Política Nacional de Salud Reproductiva 2007-2011, la Política Nacional de VIH/sida y el Marco Estratégico Nacional 2003-2008 o la Política Nacional de Juventud y su correspondiente Plan de Acción 1999-2008. En cuanto a temas de género destacar que el PNUD ha elaborado junto con la Oficina de las Mujeres (Women's Bureau) la primera Ley de la Mujer (Women's Act) de julio de 2010, que contiene elementos de la CEDAW y de la Declaración Africana de Derechos Humanos, así como la Política Nacional de Género 2010-2020, que también ha contado con la colaboración del UNFPA, y que ha pasado un amplio proceso de consulta a nivel interministerial y con la sociedad civil.

Ya en el primer PRSP se identificaron objetivos de desarrollo para los sectores de salud y educación, en línea con los ODM, y su implementación ha contribuido a mejorar el acceso a los servicios sociales básicos. Sin embargo, el reto sigue estando en la mejora de la calidad de los servicios prestados, problemática que aborda el segundo PRSP basándose también en los diálogos que se establecen a nivel sectorial. En este sentido, el Gobierno, con el apoyo del PNUD, ha realizado una identificación de necesidades de los ODM y un ejercicio de presupuestación, enfocándose en los ODM que necesitan un aumento en la asignación de recursos así como el desarrollo de capacidades, incluyendo la capacitación de funcionarios.

La vinculación de una estrategia a un presupuesto específico aún está en una fase inicial en Gambia. El Gobierno ha preparado un marco de gasto a medio plazo y el presupuesto que anteriormente se preparaba de forma anual, a partir de 2007 se realiza para un periodo de tres años. Por otro lado, se han comenzado a realizar, con apoyo externo de los donantes, revisiones del gasto público por los ministerios de Salud y de Educación, para medir la prestación real y el impacto del gasto público y así rendir cuentas sobre los recursos asignados a cada sector.

Por otro lado, el mayor reto para la apropiación por parte del Gobierno de Gambia sigue siendo la falta de capacidades para el diseño y la ejecución de programas y políticas, en especial entre los funcionarios de los ministerios, que se ve dificultado por la alta tasa de rotación del personal, especialmente en puestos directivos. La falta de continuidad y la pérdida de la memoria institucional dificultan la efectividad de los ministerios sectoriales y las relaciones que los donantes pueden establecer con éstos. Precisamente esta es una de las problemáticas más acuciantes del Ministerio de Salud de Gambia, que tiene como consecuencia la paralización de muchas iniciativas y del trabajo conjunto con los donantes. Un ejemplo de ello es la iniciativa impulsada por UNICEF para crear un enfoque sectorial de salud (similar al del sector de educación), que ha sido paralizada varias veces y se ha vuelto a retomar en el último año. Otra dificultad añadida son los constantes trasposos de competencias y departamentos entre unos ministerios y otros, creando confusión y desconfianza por parte de la comunidad de donantes en la fiabilidad de los sistemas nacionales.

La coordinación de la ayuda por parte del Gobierno se caracteriza por su dispersión y falta de sistematización y requiere la mejora de las capacidades para generar información estadística e indicadores de desarrollo. En los últimos años, no obstante, el Gobierno se ha comprometido a tomar el liderazgo en este sentido, creando con este objetivo la Unidad de Coordinación de la Ayuda en el Ministerio de Asuntos Económicos y Financieros y Planificación. Esta unidad, actualmente solo coordina la ayuda al desarrollo de los organismos multilaterales como la Comunidad Europea, el Banco Mundial, el Banco Africano de Desarrollo y el Banco Interamericano de Desarrollo, mientras que la Oficina de la Presidencia coordina la ayuda al desarrollo del PNUD y el Ministerio de Asuntos Exteriores la asistencia bilateral.

En cuanto al papel de la sociedad civil en la elaboración de las políticas de desarrollo y el seguimiento de la ayuda, cabe destacar que en Gambia las organizaciones de la sociedad civil¹⁰ juegan un rol muy relevante en el desarrollo socioeconómico del país y son importantes canales para la aplicación de programas de desarrollo, sobre todo en lugares donde la acción del Gobierno es débil o inexistente. Es conocido que el Gobierno por sí solo no puede dar respuesta a todas las

necesidades del país y en este sentido las ONG desempeñan un papel fundamental al complementar los esfuerzos del Gobierno. Sin embargo, el impacto de su trabajo está en gran parte limitado por una serie de problemas que van desde la débil capacidad institucional a la inseguridad e insuficiencia de recursos para garantizar la aplicación efectiva de sus actividades. Por otro lado, según algunas organizaciones internacionales, se han registrado y denunciado amenazas constantes para los/las activistas y defensores/as de los derechos humanos, y recientemente, como ha ocurrido en países como Etiopía, el Gobierno ha iniciado un proceso para modificar la regulación del estatus jurídico de las ONG que puede imponer más restricciones y aumentar el control sobre las mismas. Hasta el momento, las ONG deben registrarse en el Consejo Nacional Consultivo, órgano de supervisión y coordinación dependiente de la Oficina de la Presidencia, que tiene la potestad de negar, suspender o cancelar el derecho de las ONG a funcionar y trabajar en Gambia.

Por tanto, esta presencia de las ONG en el desarrollo cotidiano no significa necesariamente que haya una alta participación en el diálogo político. Uno de los principales retos, en este sentido, es la falta de capacidades técnicas de muchas organizaciones para establecer un diálogo político con el Gobierno aunque hay importantes esfuerzos para conseguir fortalecerlas. Así por ejemplo, en el año 2004, por ejemplo, la Asociación de Organizaciones no Gubernamentales TANGO y Action Aid Internacional de Gambia crearon un proyecto para fortalecer la capacidad de 33 ONG y organizaciones comunitarias en diferentes áreas: la formulación de políticas, la planificación y el desarrollo, así como la capacidad de diálogo con líderes y la redacción de informes y propuestas. Un año antes la Unión Europea (UE) había financiado un proyecto similar llamado “La creación de un enfoque basado en procesos: las ONG y organizaciones de base. Un modelo en Gambia”, de 3 años de duración. Este proyecto fue ampliado en 2005 gracias al proyecto de “Fortalecimiento de la eficacia del trabajo y la sociedad civil” apoyado por el Alto Comisionado Británico y en 2006 el proyecto EXCEL financió igualmente a las OSC gambianas con el objetivo de convertirlas en organizaciones autosuficientes, con capacidad para servir mejor a sus misiones y participar en los procesos de diálogo sobre políticas.

En líneas generales todas estas iniciativas tienen por objetivo fortalecer la gobernabilidad, la gestión, la visión, la misión y los valores de las OSC así como mejorar la relación de la sociedad civil y gobierno local; mejorar la autonomía financiera de las OSC locales a través del vínculo entre los donantes, las uniones con el sector privado y los programas públicos de desarrollo local, y aumentar el conocimiento para que los grupos sectoriales y en red puedan participar activamente en el diálogo sobre políticas con organismos nacionales e internacionales, autoridades gubernamentales locales y donantes.

En el ámbito de la salud, los derechos sexuales y reproductivos y la igualdad de género, a pesar del relevante papel que tienen las múltiples ONG que intervienen en este sector, su labor está todavía muy limitada por los factores socioculturales y el sistema patriarcal imperante. La Asociación de Planificación Familiar de Gambia (GFPA, por sus siglas en inglés) es la única ONG miembro del Grupo de Trabajo Nacional de Salud, establecido dentro de los grupos temáticos creados para el seguimiento del III PRSP, que asesora en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Alineamiento

Según establece el Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda de Gambia 2008-2011, la ayuda al desarrollo de los donantes socios del país debería estar alineada con las estrategias y prioridades de desarrollo definidas en el PRSP y sus temas prioritarios. Dentro de este objetivo específico, el PNUD es el principal impulsor de un mapeo de la ayuda y la creación de una base de datos con el objetivo de hacer accesible la información desde una página web. No obstante, debido a la falta de capacidades técnicas y las limitaciones existentes a la hora de extraer la información, esta base de datos aún no está completamente operativa.

Otro de los objetivos marcados tiene que ver con aumentar el uso de las instituciones fortalecidas del país a fin de alcanzar los estándares de mutuo acuerdo. Efectivamente, uno de los requisitos para un mejor alineamiento es el uso de los sistemas nacionales por parte de

los donantes y es en esta línea que se vienen realizando acciones encaminadas al fortalecimiento de los sistemas nacionales y su ajuste a las normas internacionales. En 2001, se promulgó la Ley de Aprovisionamientos que cubre a todas las agencias gubernamentales a nivel central y local así como a las empresas públicas, regulando la adquisición de bienes, construcciones y servicios según los estándares internacionales del modelo de ley de la Comisión de las Naciones Unidas para el derecho mercantil internacional. Igualmente, se ha creado una agencia de adquisiciones públicas, la Autoridad Gambiana de Adquisiciones Públicas (The Gambia Public Procurement Authority) responsable de la promulgación de las regulaciones prácticas así como de llevar a cabo la revisión final de las acciones contractuales.

Si bien el actual sistema de adquisiciones públicas ha promocionado la competitividad y transparencia en las adquisiciones públicas, este sistema no se ejecuta de forma eficaz a todos los niveles gubernamentales debido a la falta de personal capacitado y a las prácticas burocráticas y administrativas que producen grandes retrasos. Por otro lado, los donantes no confían en los procedimientos nacionales a la hora de implementar sus programas, por lo que cada cual continúa utilizando sus propios procedimientos de aprovisionamiento.

En cuanto a la gestión de las finanzas públicas, el sistema es débil y presenta dificultades a la hora de informar y realizar el seguimiento del ingreso y del gasto público. Como parte de las reformas de la gestión de las finanzas, el Gobierno ha destinado esfuerzos en la implementación, a principios de 2007, de un Sistema de información integrada de gestión financiera (Integrated Financial Management Information System) en los principales ministerios para recoger toda la información en un mismo sistema de gestión de información. La realidad, sin embargo, es que los presupuestos de las siete regiones se preparan e implementan a nivel regional y no son consolidados a nivel nacional con los informes fiscales del gobierno central.

A pesar de que existe una Unidad de Auditoría Interna dentro del Ministerio de Finanzas (DOSFEA, por sus siglas en inglés), según datos de 2006, ésta no cumplía todavía con los estándares profesionales para realizar sus

PRINCIPALES ASOCIACIONES, ORGANIZACIONES Y REDES DE LA SOCIEDAD CIVIL TRABAJANDO EN SALUD Y GÉNERO

ASOCIACIONES DE MUJERES

NOMBRE	LÍNEAS DE TRABAJO
Agencia para el Desarrollo de las Mujeres y la Infancia (Agency for the Development of Women and Children, ADWAC)	Derechos y empoderamiento de la mujer
Foundation for Research on Women Health Productivity and the Environment (BAFROW)	Desarrolla programas de género y medioambiente, empoderamiento de los y las jóvenes en cuestiones de derechos sexuales y reproductivos, investigación y actividades de IEC, promoción de salud y prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, así como empoderamiento social y económico de las mujeres y de las comunidades
Gambia Committee on Traditional Practices Affecting the Health of Women and Children	Desde 1984 viene trabajando en la promoción y protección de las mujeres y las niñas en cuestiones de salud, educación, y derechos sexuales y reproductivos. Uno de sus principales objetivos es la eliminación de prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de mujeres y niñas, como la mutilación genital femenina
Women In Service Development Organisation Management (WISDOM)	Entre sus principales objetivos se encuentran: concienciar a las mujeres sobre sus derechos culturales, sociales, económicos y políticos; facilitar el acceso a microcréditos a las mujeres de áreas rurales y del sector informal de la economía; ayudar a las mujeres en la organización y desarrollo de sus propias actividades productivas y lograr que las mujeres desempeñen un papel importante en la lucha contra el VIH/sida

OTRAS

NOMBRE	LÍNEAS DE TRABAJO
Asociación de Planificación Familiar de Gambia	Salud sexual y reproductiva, Planificación Familiar, SSR de los y las jóvenes
Adventures in Health, Education and Agricultural Development	Trabaja desde 1985 en las áreas rurales de Gambia proporcionando atención primaria de salud y prevención y atención del VIH/sida

REDES

NOMBRE	LÍNEAS DE TRABAJO
TANGO	Fundada en 1983, es la entidad sin fines de lucro que agrupa al 65% de todas las ONG del país (75 organizaciones nacionales e internacionales). Su principal ámbito de intervención es el fortalecimiento de capacidades

funciones. Asimismo la Oficina Nacional de Auditoría (National Audit Office), que reporta a la Asamblea Nacional, presenta grandes retrasos en la auditoría de las cuentas nacionales de años anteriores siendo el reto principal al que se enfrentan estas instituciones la falta de personal cualificado y de recursos suficientes para llevar a cabo sus funciones y su mandato. Por otro lado, según datos de 2006, Gambia no cuenta con un plan anti-corrupción, ni existe una institución responsable de coordinar las acciones de control a este nivel.

En relación con el objetivo específico del Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda de Gambia 2008-2011 relativo al “fortalecimiento de la capacidad del Gobierno de Gambia para planificar, gestionar, ejecutar y justificar los resultados de sus políticas y programas de desarrollo a través del apoyo de los países socios para el desarrollo”, cabe destacar la colaboración que ofrecen el PNUD y la UE al Gobierno de Gambia en el marco de su programa de refuerzo de la gobernabilidad y recursos humanos, así como el fortalecimiento de la oficina Gamjobs para la creación de empleo, que apoya el PNUD junto con la Cooperación Española, y el refuerzo al desarrollo de las capacidades de la Asamblea Nacional con la creación de un Comité de Dirección.

En relación al compromiso de los socios para proporcionar ayuda desligada hay que mencionar que este requisito se cumple ampliamente en el caso de la ayuda multilateral, que supone el mayor porcentaje de la AOD que recibe Gambia.

Armonización

La armonización de los donantes en Gambia es un proceso que está todavía en sus inicios, a pesar de que el Plan de Acción de Eficacia de la Ayuda de Gambia 2007-2011 establece que los socios técnicos y financieros del país deben “simplificar y armonizar sus procedimientos e implementarlos a través de acuerdos comunes”. No existe un espacio de coordinación entre los donantes formalmente establecido, sino que se reúnen puntualmente según las necesidades que surjan.

A nivel de financiación, cabe destacar algunas iniciativas, especialmente en el sector de la gobernanza democrática, por las que se ha establecido un mecanismo de coordinación de donantes a través de un fondo común para las próximas elecciones presidenciales que se organizarán en Gambia en 2011, así como las elecciones parlamentarias en 2012. El Gobierno ha solicitado apoyo para llevar a cabo el proceso electoral, exigiendo los donantes transparencia periódica y apertura hacia la sociedad civil. Participan en este fondo común DFID, la Comisión Europea, Francia, España, USAID, Cuba, Venezuela, Taiwán y el PNUD. Existe, además, otro fondo común para la reforma del servicio público, liderado por DFID y la Comisión Europea, y gestionado por el PNUD, que contribuye con recursos humanos a través del Programa de Voluntarios de Naciones Unidas.

Otro intento de coordinación entre donantes se ha realizado en el sector de la educación, a través del enfoque sectorial apoyado por el AfDB, DFID, Banco Mundial y liderado hasta el 2009 por UNICEF, donde se estableció un mecanismo de revisiones semestrales y anuales. En el sector salud, sin embargo, Gambia no es socio de la Iniciativa Internacional de Salud (International Health Partnership en inglés) y no existe ninguna actividad coordinada por parte de los donantes, aunque UNICEF está tratando de impulsar un apoyo sectorial, con la participación de la OMS, Gavi, y el Fondo Mundial.

Gestión orientada a resultados y rendición mutua de cuentas

Debido al lento proceso de Gambia en los principios de apropiación, alineamiento y armonización no se ha desarrollado todavía un marco de gestión orientada a resultados y se ha avanzado poco en el desarrollo de objetivos específicos e indicadores. Gambia no ha participado en la encuesta de la OCDE de seguimiento de la Declaración de París de 2008 y en la actualidad es el PNUD el que, en su esfuerzo por impulsar la paralizada agenda de efectividad de la ayuda en Gambia, está circulando un cuestionario sobre la Declaración de París entre los donantes con el

NOTAS

fin de presentar la información en la próxima reunión de coordinación de Gobierno y donantes y hacer hincapié en la necesidad de refuerzo en estadísticas e indicadores de base para llegar a establecer un marco común de seguimiento y evaluación que contribuya a la rendición mutua de cuentas, débil en general e inexistente de cara a la sociedad civil.

Por su parte, en el marco del III PRSP, el Gobierno está preparando en la actualidad, a través de 13 grupos temáticos en los que participan todos los ministerios, un instrumento de planificación a medio plazo para la obtención de resultados de desarrollo que previsiblemente será presentado a finales de 2011 en una mesa de donantes dentro del Programa para el Crecimiento Acelerado y de Empleo (PAGE, por sus siglas en inglés). Este es el primer esfuerzo serio por parte del Gobierno para desarrollar un mecanismo común de seguimiento y evaluación de la ayuda al desarrollo y de adaptación de los indicadores de la Declaración de París a la realidad y necesidades de Gambia.

¹ Esto se puede percibir en un discurso de una autoridad local en un taller de capacitación: “Vosotras mujeres no tenéis nada, No tenéis la propiedad de la tierra, no tenéis riqueza, y vuestros hijos no os pertenecen. ¿Qué tenéis vosotras? Vosotras no tenéis nada”.

² Existe un proceso de concesión de licencias para profesionales de salud tradicional y algunos están involucrados en programas de atención primaria de salud.

³ Para el año 2003 se estima que se produjo entre un 30 y 50% de deserción de profesionales de la salud, la mayoría extranjeros, por condiciones precarias de los servicios y de trabajo.

⁴ La Constitución de 1997 menciona que la madre transmitirá la nacionalidad gambiana a su hijo, independientemente de la nacionalidad del padre.

⁵ No obstante, ésta está supeditada a la sub-sección cinco, la cual excluye la protección de discriminaciones que emanan de leyes de adopción, matrimonio, divorcio, como por ejemplo la devolución de la propiedad después de la muerte del marido y otros asuntos de leyes personales.

⁶ Bajo la ley de la Sharia la devolución voluntaria de propiedades no puede exceder el tercio de los bienes, mientras que bajo la ley de costumbres una viuda forma parte de los bienes de su difunto marido. En el caso de las mujeres cristianas el marido tiene la libre potestad de elegir quien hereda todos sus bienes.

⁷ Durante el año 2007, bajo la premisa de que las comunidades deberían tener el centro de salud más cercano en un radio de 5 Kilómetros, se mejoró mucho el acceso geográfico a los servicios de salud, a pesar de que el funcionamiento de estos centros aún se ve limitado por la carencia o baja cualificación del personal de salud.

⁸ Este sector es el que presenta cambios constantes en su dirección

⁹ En 1998, en el marco de reducción de la pobreza, el gobierno adoptó un plan estratégico a largo plazo, para el desarrollo socio-económico acelerado y sostenible, cuyo objetivo es transformar a Gambia en un país de ingreso medio en la próxima década.

¹⁰ Organizaciones No Gubernamentales (ONG), Organizaciones Comunitarias de Base (CBO, por sus siglas en inglés) y Organizaciones de Base Religiosas (FBO, por sus siglas en inglés).

BIBLIOGRAFÍA

AECID. Dossier Género en Desarrollo, 2009. España

ALEMANY, Cecilia et al. 2008. Implementando la Declaración de París: Implicaciones para la promoción de los derechos de las mujeres y la equidad de género. AWID – WIDE.

Census Bureau Projections and estimates. US.

CHAM, Mamady – Sundby, Johanne & Vangen Siri. 2005. Maternal mortality in the rural Gambia, a qualitative study on access to emergency obstetric care.

CHANT, Sylvia & JONES, Gareth. 2005. Youth, Gender and Livelihoods in West Africa: Perspectives from Ghana and The Gambia. London School of Economics.

CHANT, Silvia. 2003. Female Household Headship and the Feminization of Poverty: Facts, Fictions and Forward Strategies. London School of Economics, Gender Institute.

Declaración de París. Eficacia de la ayuda al desarrollo y programa de acción de Accra 2005-2008.

ROUDI-FAHIMI, Farzaneh. 2009. Islam and Family Planning. Population Reference Bureau.

Fons Català de Cooperació al Desenvolupament. Tercer Estudi de la Cooperació Local de Catalunya amb els països del Sud 2003-2005. Barcelona

Fons Català de Cooperació al Desenvolupament. Pla Estratègic 2008-2012. Barcelona.

FORMAN, Shepard – GHOSH, Romita (Eds.). 2000. Promoting Reproductive Health: Investing in health for development. Center on International Cooperation Studies in multilateralism. United States

GBOS – UNICEF & World Bank. The Gambia Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2005/2006 Report.

Gobierno de Gambia. 2007. Gambia Aid Effectiveness Action Plan 2007-2011

Guttmacher Institute. 2010. Facts on abortion and Unintended Pregnancy in Africa 2009.

International Monetary Fund. 2009. Poverty Reduction Strategy Paper. Country Report Number 09/75. Washington DC (US).

International Monetary Fund & International Development Association. 2007. Poverty Reduction Strategy Paper. The Gambia.

JAMMEH, Abdou - VANGEN, Siri & SUNDBY Johanne. 2010. Stillbirths in Rural Hospitals in the Gambia: A Cross-Sectional Retrospective Study. University of Oslo

Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España. Plan Anual de Cooperación Internacional 2009-2010.

Ministry of Women's Affairs. The Gambia National Gender Policy 2010-2020

MORISON, Linda et al. 2001. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK.

Naciones Unidas. 2009. Informe Objetivos de Desarrollo del Milenio.

2009. Population Division, Department for Social and Economic Affairs. World Population Prospects: The 2008 revision

Oficina de Estadísticas de Gambia. 2007. Poverty Analysis of The Gambia. Integrated Household survey 2003-2004.

OMS. World Malaria Report 2005.

OMS, UNFPA, UNICEF y Banco Mundial. Septiembre de 2010. Trends y maternal mortality: 1990 to 2008

ONUSIDA, Informe Anual 2010

PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2009.

Population Reference Bureau. 2011. Female Genital Mutilation/Cutting: Data and Trends 2010.

PRB-UNFPA. 2003. Country Profiles for Population and Reproductive Health: Policy Development and Indicators.

Republic of The Gambia – European Community. Country Strategy Paper and National Indicative Programme for the period 2008-2013

Republic of the Gambia. The Gambia Priority Employment Program (GAMJOBS) 2007-2011.

- WHO Country Cooperation Strategy 2002-2005.
- WHO Country Cooperation Strategy 2008-2013.
- 1998 National Household Poverty Survey Report.
- The Gambia Development Millennium Goals Report 2003.
- UNGASS Country Progress report 2006-2007.
- National Reproductive Health Policy.
- The Gambia MDG Status Report, 2009

TOURAY, Isatou. 2009. Sexuality and Women's Sexual Rights in The Gambia. IDS Bulletin.

UNDP. The Gambia Human Development Report 2005.

UNFPA. Estado de la Población Mundial 2009.

UNFPA-UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change.

UNFPA-UNIFEM. 2006. Los Presupuestos Sensibles al Género y los Derechos Reproductivos de la Mujer: Un paquete de Recursos.

UNICEF. 2005. Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o Mutilación Genital Femenina.

UNICEF. Estado Mundial de la Infancia 2009

UNICEF, OMS, UNFPA. 2000. Maternal Mortality Estimates.

UNICEF, OMS, UNFPA y Banco Mundial. 2005. Maternal Mortality Estimates.

World Bank Statistics.

ACRÓNIMOS

AAITG	Action Aid International The Gambia	DFID	UK Department for International Development Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido
ADWAC	Agency for the Development of Women and Children	DOSFEA	Department of State for finance and Economic Affairs
AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	DSHSW	Department of State for Health & Social Welfare
ADB	African Development Bank	ECOWAS	Economic Community of West African States
ADF	African Development Fund	EPI	Expanded Program on Immunization
AHEAD	Adventures in Health, Education & Agricultural Development	ETS	Enfermedades de Transmisión sexual
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome	FBO	Faith Base Organization
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	FCCD	Fons Català de Cooperació al Desenvolupament
AU	African Union	FCTC	Framework Convention on Tobacco Control
ART	Anti-retroviral therapy	FGM	Female Genital Mutilation Mutilación Genital Femenina
CBO	Community Base Organizations	FMI	Fondo Monetario Internacional
CE	Comunidad Europea	GAMCOTRAP	Gambian Committee on Traditional Practices
CEDAW	Convention on the Elimination of All forms of Discrimination against Women	GBOS	Gambia Bureau of Statistics
CCS	Country Cooperation Strategy	GF	Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
CRC	Child Right Convention	GFPA	Gambia Family Planning Association
CRC-OP-SC	Optional Protocol to the Convention on the Rights of the Child on the sale of children, child prostitution and child pornography Protocolo Opcional para la Convención sobre los Derechos del Niño sobre la venta de niños, prostitución infantil y pornografía infantil	HARRP	HIV/AIDS Rapid Response Project
		HIV	Human Immunodeficiency Virus
		HIPC	Highly Indebted Poor Countries

ICPD	International Conference on Population and Development	OMS	Organización Mundial de la Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano	OPEP	Organización de Países Exportadores de Petróleo
IDB	Islamic Development Bank Banco de Desarrollo Islámico	OSC	Organización de Sociedad Civil
IDSR	Integrated Disease Surveillance and Response	PAGE	Programme for Accelerated Growth and Employment Programa para el Crecimiento Acelerado y de Empleo
IEC	Information, education and communication Información, educación y comunicación	PHPNP	Participatory Health, Population & Nutrition Program
IFAD	International Fund for Agricultural Development	PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
IHR	International Health Regulations	PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper Documento de la Estrategia para la Reducción de la Pobreza
IMCI	Integrated management of childhood illnesses	SSR	Salud Sexual y Reproductiva
IMNCI	Integrated Management of Neonatal and Childhood Illnesses	SPA	Strategy For Poverty Alleviation
IPPF	International Planned Parenthood Federation Federación de Planificación Familiar Internacional	SWAP	Sector-Wide Approach
IPT	Intermittent Preventive Treatment Tratamiento Preventivo Intermitente	TANGO	The Association of Non Governmental Organizations
NaNA	National Nutrition Agency Agencia de Nutrición Nacional	TAP	Teen Action Program
NPAGW	National Policy for the Advancement of Gambian Women Política Nacional para el Avance de las Mujeres Gambiañas	UNDAF	United Nations Development Assistance Framework
ODM	Objetivos del Milenio	UNDP	United Nation Development Program
ONG	Organismos No Gubernamentales	UNFPA	United Nations Development Fund
		UNICEF	United Nation International Children Emergency Fund
		VISACAS	Village Savings and Credit Association



EL CASO DE MALI

2. EL CASO DE MALI

2.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

La República de Mali se encuentra en el corazón del Sahel y limita con Argelia al Norte y al Este; con Mauritania al Oeste y Noroeste; con Senegal al Oeste; con Burkina Faso y Costa de Marfil al Sur y con Níger al Este. Dos tercios de los 1,2 millones de kilómetros cuadrados del país forman parte del desierto del Sáhara, mientras que el tercio restante son terrenos áridos y sometidos a ciclos de sequía y lluvias irregulares que condicionan la economía del país y la vida de su población. Con algo más de 13 millones de habitantes y un índice de crecimiento demográfico del 3%, Mali es un país fundamentalmente joven y rural: el 48% de la población tiene menos de 18 años y casi el 70% de la población vive en las zonas rurales.

Las principales etnias de Mali son la bambara y la mandinga (numéricamente predominantes); seguidas de las etnias peul, maninké, soninké y dogon, así como las songhai y tamasheq (tuaregs). Además, una población considerable de árabes viven en el este y en los inmensos territorios desérticos del norte del país.

Tras la independencia en 1960 y después de unos años en los que la política del país se orientó hacia el socialismo de la mano del “padre de la patria” Modibo Keita, Mali conoció una dictadura represora encabezada por Moussa Traoré. La deposición de este autócrata en 1991 significó un acercamiento del país a los regímenes democráticos y permitió el inicio de un proceso de paz con el movimiento guerrillero que luchaba desde mediados de los años 80 por la liberación de las poblaciones del Azawad en el norte del país. El actual presidente de Mali, Amadou Toumani Touré, ha ganado las últimas dos elecciones presidenciales de 2002 y 2007 con la aprobación de la comunidad internacional, por lo que en general se puede hablar de un régimen democrático. A pesar de la relativa estabilidad política que vive el país, existen dos focos de inestabilidad en Mali, por una parte, el norte sigue siendo una zona que apenas controla el Gobierno y que en los últimos años se ha convertido en zona de paso para grupos armados vinculados a mo-

vimientos terroristas islamistas, y por otra, la inestabilidad política y social en Costa de Marfil, Argelia y Mauritania, que suponen una amenaza para las zonas fronterizas del país. En el ámbito de la política nacional, el Gobierno ha iniciado en la última década un proceso de reforma de las instituciones del Estado cuyo eje central es el proceso de descentralización que ha llevado a una nueva estructura administrativa del país, formado por 703 comunidades (684 rurales y 19 urbanas), 49 distritos o cercles, ocho regiones (Kayes, Koulikoro, Sikasso, Ségou, Mopti, Tombouctou, Gao y Kidal); y el distrito de Bamako, capital de Mali.

Hasta este momento se han transferido a las colectividades territoriales competencias en materia de educación, sanidad y gestión del agua, aunque no así los recursos financieros necesarios para la gestión de dichas competencias. En algunos casos esta descentralización va acompañada de la desconcentración de los servicios administrativos y técnicos de estos sectores. Sin embargo, el principal reto sigue siendo la transferencia real y efectiva de las competencias y recursos, y el apoyo a la desconcentración de los servicios de la Administración.

En el ámbito económico, la principal fuente de ingresos del país es la exportación de materias primas, especialmente oro y algodón. Aunque en los últimos años el aumento del precio del oro ha supuesto un impulso para las finanzas del país, se trata de un producto muy expuesto a las fluctuaciones en los mercados internacionales y por lo tanto difícil de gestionar. Otra fuente de ingresos cada vez más importante la constituye las remesas de los emigrantes, que en la última década ha pasado de 154 millones de dólares americanos en 2003 a 431 millones en 2008, cantidad que representa algo menos de la mitad de la AOD neta que recibió Mali ese mismo año. Por último, la agricultura de subsistencia sigue siendo la principal actividad desarrollada por la mayoría de la población, muy vulnerable a la inseguridad alimentaria debido a las fluctuaciones del régimen de lluvias y a las catástrofes naturales como sequías, inundaciones o plagas que asolan el país cada pocos años.

Este contexto de vulnerabilidad extrema de la mayoría de la población hace de Mali uno de los países más pobres del mundo. Según el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del PNUD de 2010, Mali ocupa el puesto 160 de un

Sistema sanitario público de Mali

5 hospitales nacionales y universitarios
7 hospitales regionales
59 centros de salud de referencia
873 centros de salud comunitaria

Fuente: elaboración propia con datos del Ministerio de Salud, 2009

total de 169 países, puesto que se justifica por la baja esperanza de vida al nacer que se sitúa en 47,8 años para los hombres y 49,1 para las mujeres, y los malos indicadores de salud y de educación, especialmente de las mujeres. Las mejoras en materia de salud siguen siendo ínfimas, la mortalidad infantil de los menores de cinco años es de 191 por cada 1.000 nacimientos, mientras que la mortalidad materna es de 464 por cada 100.000 nacidos vivos¹.

Los datos en el ámbito educativo son también desalentadores, incluso cuando se compara con otros países de África subsahariana. La tasa de alfabetización de los adultos apenas supera el 26%, menos de la mitad de la media de África subsahariana que se sitúa en torno al 60%. Estas cifras son todavía más alarmantes para las mujeres, que tienen una tasa de alfabetización del 16%, frente al 32% para los hombres. Uno de los pocos datos positivos es la tasa de escolarización, que ha mejorado en los últimos años situándose en el 77,3% en 2006, aunque de nuevo con grandes diferencias entre las niñas y niños, ya que apenas el 59% de las niñas están escolarizadas.

Todo ello pone de manifiesto los altos niveles de pobreza en los que vive la mayoría de la población. A pesar de los lentos avances de las últimas décadas, apenas se ha reducido el nivel de pobreza, que ha pasado del 68,3% en 2001, al 59,2% en 2005. La pobreza sigue siendo sobre todo un fenómeno rural, apenas ha descendido en la última década, y sigue afectando al 73% de la población, frente al 20,12 % en las zonas urbanas. Las regiones con el mayor porcentaje de población en situación de pobreza son Sikasso (80%); Ségou, Kayes y Mopti (con algo más del 50%). Por el contrario, Bamako, con un índice inferior al 10%, es la región con menor porcentaje de población empobrecida².

En cuanto al Índice de Inequidad de Género (IIG) del PNUD, Mali se sitúa en el puesto 135, con un índice del 0,79, uno de los más altos entre los países de renta baja, sólo superado por Níger, la República Democrática del Congo y Yemen. El IIG es una medida que refleja las desigualdades entre mujeres y hombres en tres aspectos: salud reproductiva, empoderamiento y mercado laboral. Las mujeres sólo representan el 38% de la fuerza laboral fren-

te a los hombres que representan el 68,9%, y trabajan de forma mayoritaria en el sector informal. La participación de las mujeres en la vida política del país es importante, aunque pocas llegan a ocupar cargos de responsabilidad política y menos aún llegan al parlamento, donde sólo ocupan el 10,2% de los escaños³.

En cuanto al ámbito de la salud reproductiva, los indicadores siguen siendo preocupantes, especialmente el uso de métodos anticonceptivos que se sitúa en el 6,3% uno de los índices más bajos de África subsahariana; la mortalidad materna que se mantiene en torno a las 464 muertes por 100.000 nacidos vivos; y la elevada tasa de embarazo en las adolescentes, ya que el 37,2% de las jóvenes de entre 15 y 19 años ya son madres.

El peso de las tradiciones también tiene una fuerte influencia sobre la posición de la mujer en la sociedad maliense, situándola en una posición de desigualdad y precariedad legal, económica, social y política. Prácticas como la poligamia, los matrimonios precoces o la mutilación genital femenina, que alcanza el 85% de prevalencia, limitan los derechos de las mujeres.

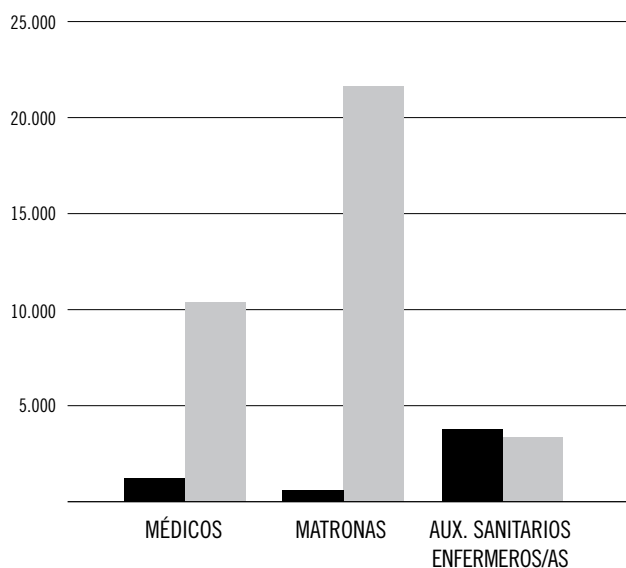
2.2

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

El sistema sanitario de Mali surge de la reforma de la Política Sectorial de Salud y Población de 1991 con la que se inicia una ambiciosa reforma del sistema sanitario. Los ejes centrales de esta reforma son la salud primaria, la participación local, la recuperación de costes, el acceso al sistema sanitario a través de los centros de salud comunitaria (CSCoM) y el establecimiento de asociaciones de salud comunitaria (ASACO) para la gestión de los centros de salud.

Los centros de salud comunitaria son la puerta de entrada a la sanidad pública y ofrecen un paquete básico de servicios en el que se incluye servicios de salud reproductiva

Personal sanitario comparativa Mali-recomendación de la OMS 2008



como planificación familiar, consultas prenatales, atención de partos y cuidados postnatales, atención infantil y campañas de vacunación.

Las ASACO asumen la gestión y una parte importante de la financiación de los CSCom, puesto que, según apunta la Federación Nacional de Asociaciones de Salud Comunitaria (FENASCOM), la aportación del Ministerio de Salud se limita a la construcción y equipamiento inicial del CSCom y a partir de ese momento sólo aporta alrededor del 1% de su presupuesto. El resto se recauda mediante la compra-venta de medicamentos y los pagos de los servicios de salud por parte de las y los usuarios. Las ASACO son además responsables de la derivación de pacientes, la financiación de los servicios médicos que ofrece el centro de salud, así como de la contratación del personal del CSCom.

Los CSCom dependen de los centros de salud de referencia, el nivel superior en el sistema de salud. Cada cercle o distrito tiene un centro de salud de referencia (CSRef) que da cobertura a varios CSCom. En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, los centros de salud de referencia ofrecen servicios de planificación familiar, atención pre y post natal, partos y cuidados obstétricos de emergencia básicos, incluidas las cesáreas. Además, el personal sanitario del CSRef es responsable de supervisar y apoyar al personal sanitario de los CSCom. Por encima de los CSRef están los hospitales regionales (presentes en todas las regiones excepto en Kidal) hacia los que se derivan las emergencias obstétricas y los partos complicados, y por encima de éstos están los hospitales nacionales y universitarios.

En este sistema piramidal de provisión de servicios, la Administración central se encarga de elaborar las políticas nacionales y de asegurar su implementación, así como del control técnico de los demás niveles. Las regiones sanitarias se encargan de la coordinación y movilización de recursos y de la articulación de las actuaciones de los demás niveles (comunales y distritos), mientras que las comunales y los distritos se encargan de la elaboración de

los planes operacionales y los planes de desarrollo socio-sanitario en los que se enmarcan las actuaciones de los centros de salud comunitaria y los centros de salud de referencia.

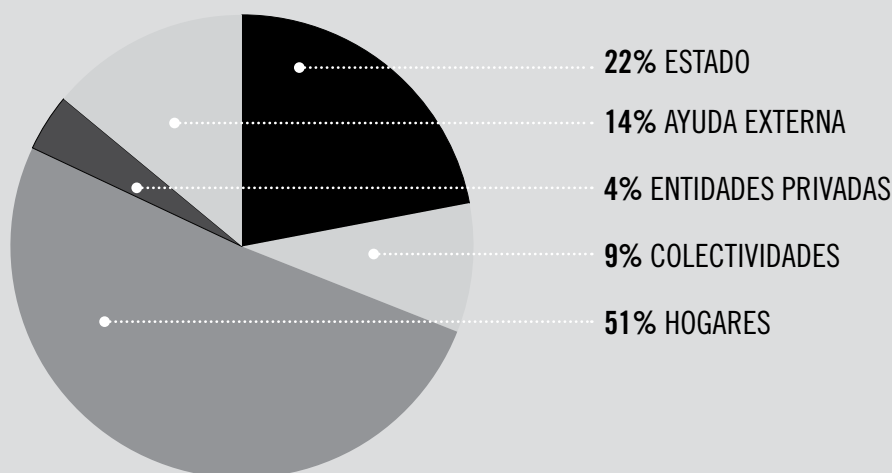
Desde la puesta en marcha del proceso de descentralización, el Ministerio de Salud ha descentralizado el proceso de planificación sanitaria de forma que ésta se inicia a nivel local y concluye a nivel nacional. El comité de gestión de cada CSCom junto a las autoridades locales identifica las necesidades del CSCom y prepara su plan anual, que envía al distrito sanitario para su consolidación dentro del plan de desarrollo sanitario del distrito. Estos planes distritales se envían a su vez a la región sanitaria para la elaboración del plan anual regional. Finalmente, el Ministerio de Salud consolida los planes regionales y elabora el plan anual para el sector salud.

Sin embargo, la participación de los niveles más bajos del sistema sanitario en la elaboración del presupuesto de salud es más simbólica que real ya que según apuntan varias fuentes de la sociedad civil, muchas de las propuestas de los planes comunitarios y distritales no se recogen ni en el plan nacional ni en el presupuesto del Ministerio de Salud quien tiende a preparar el presupuesto anual sin tener en cuenta las propuestas de los demás niveles⁴.

En términos generales, el Gobierno de Mali ha hecho un importante esfuerzo para mejorar los servicios sanitarios, especialmente mediante la construcción de centros de salud comunitaria cuyo número pasó de 660, en 2003, a 873, en 2008, aunque lejos de los 1070 previstos en los planes de desarrollo sanitarios de los distritos. A pesar de este esfuerzo, sólo el 58% de la población vive a menos de 5km de un centro de salud mientras que el 80% de la población lo hace a unos 15km⁵.

El aumento en la cobertura sanitaria ha impactado positivamente en la mejora en la tasa de cobertura de consultas prenatales, que ha pasado del 56% en 2000 al 70,4% en 2007, aunque el acceso a otros servicios de salud re-

FUENTES DE FINANCIACIÓN DEL SECTOR SALUD EN 2004



productiva sigue siendo bajo, como los partos atendidos por personal sanitario en los CSCom que sólo llega al 27% o la atención de cuidados obstétricos de emergencia que apenas llega al 2% en los CSRef y al 13% en los hospitales regionales⁶.

La mejora de los servicios sanitarios no sólo pasa por el aumento de las infraestructuras sanitarias, sino también por una mayor disponibilidad de recursos humanos cualificados, y la falta de personal sanitario es uno de los problemas más graves con los que se enfrenta el sistema sanitario. A pesar del esfuerzo realizado por el Ministerio de Salud, el país sigue sufriendo un fuerte déficit de personal sanitario, especialmente de enfermeros/as y matronas, grupos sobre los que recae el peso de la atención sanitaria y especialmente de la salud reproductiva.

A esta falta de recursos humanos se suma una concentración de éstos en las zonas urbanas, especialmente en Bamako, que con sólo el 18% de la población concentra más del 50% del personal sanitario. La región de Mopti, sólo cuenta con un profesional de enfermería por cada 24.831 habitantes, y más del 25% de los CSCom sólo cuentan con personal auxiliar sanitario. En cuanto a las matronas, la situación es todavía más grave, Bamako tiene una por cada 5.972 mujeres en edad de procrear, muy cerca de la recomendación de la OMS, mientras que la región de Kayes, tiene una matrona por cada 96.882 mujeres y la de Tombuctú, una por cada 66.088 mujeres.

La financiación del sistema sanitario se realiza a través de las aportaciones de los hogares, la financiación pública (tanto del Estado como de las colectividades descentralizadas), las aportaciones de entidades privadas como empresas, asociaciones y ONG locales, y la ayuda externa.

Sin embargo, son los hogares los que realizan el mayor esfuerzo económico, ya que financian más del 50% del sistema sanitario a través del pago de medicamentos y de los servicios sanitarios a los que acceden, ya que son pocos los servicios gratuitos.

En cuanto a la aportación del Gobierno, en términos globales, el porcentaje del PIB destinado al sector salud se ha mantenido en los últimos años en el 5,5% ⁷, mientras que el gasto en el sector salud como porcentaje del presupuesto general del Estado, se ha mantenido en torno al 6,8% aunque con un ligero descenso entre 2006 y 2009 cuando pasó del 7,8% al 6,7%, descenso que, según datos del Gobierno, tenía previsto revertir en 2010 y 2011 cuando la financiación del sector salud se situaría de nuevo en el 7% del presupuesto general del Estado, aunque todavía muy lejos del 15% acordado por los gobiernos africanos en la Declaración de Abuja.

El sector salud es además el sector social que menos financiación recibe mientras que el sector de la educación primaria recibe el 13% del presupuesto general del Estado, a lo que hay que sumar el 4% que se asigna a la educación secundaria, terciaria y a la investigación científica, más del doble de la financiación que recibe el sector salud.

Por último, la ayuda externa al sector salud se canaliza sobre todo, aunque no exclusivamente, a través del apoyo presupuestario sectorial. Para el periodo 2009-2011 se han comprometido unos 50 millones de euros, siendo los principales donantes Holanda, Canadá y España. Suecia, por su parte, ha dejado de hacer apoyo presupuestario en 2010.

2.3

SITUACIÓN DE LA MUJER Y LOS DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS

La Constitución de Mali de febrero de 1992 establece de forma clara el principio de igualdad y de no discriminación y asegura tanto a los hombres como a las mujeres los mismos derechos y libertades en todos los ámbitos. Además, el Artículo 116 de la Constitución introduce el principio de la primacía de los acuerdos internacionales por encima de las leyes nacionales. Se trata de un artículo importante para la igualdad de género y los derechos de la mujer ya que Mali ha ratificado los principales instrumentos internacionales y regionales en los que se garantizan estos derechos. Entre ellos, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), su Protocolo Facultativo y el Protocolo a la Carta Africana de Derechos del Hombre y de los Pueblos relativo a los Derechos de la mujer, conocido como el Protocolo de Maputo. Este último, en su Artículo 14, recoge los derechos reproductivos al reconocer el derecho a controlar la fertilidad, a elegir el número de hijos/as que se desean tener, a utilizar métodos anticonceptivos y, acceder al aborto médico en caso de abuso sexual, violación, incesto y peligro para la salud física o psíquica de la mujer, la vida de la madre y/o la del feto.

Este compromiso del Gobierno de Mali con los derechos de la mujer se concreta también en la promulgación de nuevas leyes que promueven los derechos de la mujer, como la Ley 02-044 de junio de 2002 relativa a la salud reproductiva, que consagra el derecho a la salud sexual, el derecho a una maternidad sin riesgos y el derecho a la información y uso de los anticonceptivos. También han sido modificadas otras normas como el Código de nacionalidad que establece la igualdad de derechos entre

mujeres y hombres en relación a la adquisición, mantenimiento y cambio de la nacionalidad de la persona, o el Código del trabajo que promueve la igualdad entre hombres y mujeres y establece el derecho de las mujeres a la baja por maternidad de 14 semanas. Por último, el Código penal reconoce algunas de las formas de violencia contra la mujer como la violencia doméstica o la violación, recogida ésta última en los Artículos 207 y 226, aunque no se incluye como tal la violación dentro del matrimonio, ni se reconocen otras formas de violencia como el acoso sexual o la mutilación genital femenina (MGF), aunque en el caso de la MGF el Gobierno haya adoptado un programa nacional de lucha contra esta práctica.

A pesar de estos avances en el marco legislativo, son muchos los obstáculos a los que todavía deben enfrentarse las mujeres para el disfrute de sus derechos. Por una parte, el marco normativo y el sistema judicial reconocen tres fuentes de derecho: el código civil, el derecho musulmán y el derecho consuetudinario, y todos ellos mantienen normas y leyes discriminatorias contra la mujer que entran en conflicto no sólo con las convenciones y acuerdos internacionales ratificados por Mali, sino con la propia Constitución y con algunas disposiciones legislativas vigentes en el país.

A esto se suma una fuerte resistencia de un sector de la sociedad maliense y de una parte de sus líderes religiosos y políticos a la introducción de leyes que favorezcan el avance de los derechos de las mujeres. El tema que más preocupa en estos momentos es el rechazo al nuevo Código de la familia que debe sustituir al actual Código del Matrimonio y la Tutela, vigente desde 1962 y que contiene normas discriminatorias contra las mujeres relacionadas con la tutela de los hijos o la residencia conyugal, la edad legal para el matrimonio o el derecho a heredar, entre otras.

El rechazo del nuevo Código por parte de la Asamblea Nacional es consecuencia de las presiones de líderes religiosos y de otros sectores de la sociedad maliense, rechazo que sigue manteniéndose tras dos años de debate y de trabajo de incidencia y lobby por parte de las organizaciones de la sociedad civil y especialmente de las organizaciones de mujeres. La última propuesta del Gobierno es revisar los artículos que han

generado un mayor rechazo y consensuar el nuevo texto con los líderes religiosos. Para las organizaciones de mujeres es importante que este consenso se consiga desde el diálogo con todos los sectores de la sociedad, incluidas las organizaciones de mujeres, para asegurar que el nuevo código suponga un avance real de los derechos de la mujer.

Otro obstáculo importante al que deben enfrentarse las mujeres es la dificultad para acceder a la justicia, que sigue siendo lenta, costosa y sólo al alcance de unos pocos, por lo que escasas veces las mujeres exigen sus derechos ante los tribunales o denuncian los casos de violencia de género. Cuando esto sucede las mujeres deben enfrentarse a la hostilidad de la policía, así como al conservadurismo y al desconocimiento de los jueces del marco legislativo nacional y las convenciones internacionales firmadas por Mali que protegen los derechos de la mujer.

Ante una realidad que discrimina y vulnera los derechos de las mujeres, algunas organizaciones de mujeres como APDF, AJM o Wildaf, así como el Ministerio de la Promoción de la Familia, la Mujer y el Niño, han puesto en marcha diversas iniciativas para sensibilizar a magistrados y letrados sobre los derechos de las mujeres y el marco legislativo que los protege. La lucha contra la violencia de género se ha convertido en una de las principales herramientas de las organizaciones de mujeres y una puerta de entrada para su trabajo de formación y sensibilización de políticos, policía y miembros del sistema judicial.

Igualmente, en los últimos años, el Gobierno ha situado la lucha contra la violencia de género en su agenda política. En 2005 se aprobó el Plan de Acción de Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres y las Niñas 2006-2011 cuyos objetivos son la movilización de la opinión pública contra la violencia de género, la sensibilización, la prevención, y la atención a las víctimas. Aunque no existen estadísticas sobre las tasas de incidencia de la violencia de género, desde las organizaciones de mujeres se considera que es un problema generalizado que requiere un mayor compromiso del Gobierno, compromiso que debería concretarse en una ley de lucha contra la violencia de género que permita dar un mayor impulso a las iniciativas puestas en marcha tanto por la sociedad civil como por el Gobierno.

Por otro lado, la mutilación genital femenina sigue siendo una de las formas de violencia contra la mujer más practicada en todo el país. Según la EDS de 2006, el 85% de las mujeres han sido mutiladas, aunque existen grandes diferencias regionales y entre etnias. En regiones como Kayes y Koulikoro más del 97% han sufrido la MGF, mientras que en las regiones de Kidal y Gao menos del 2%. Por etnias, más del 97% de las mujeres malinké, bambara y sarakolé ha sido afectada por alguna forma de esta práctica, frente al 32% de las mujeres tamachek o el 28% de las sonrai.

La mutilación genital femenina es legal en Mali, lo que convierte a este país en el único de la región que no la prohíbe expresamente. A pesar de ello, el Gobierno ha dado algunos pasos importantes en la lucha contra la mutilación genital femenina, como la creación en 1996 del Comité Nacional de Acción para la Erradicación de las Prácticas Nocivas para la Salud de la Mujer y la Infancia; la introducción de la normativa de enero de 1999 del Ministerio de Sanidad, que prohíbe la práctica de la escisión en las estructuras sanitarias; la puesta en marcha del Programa Nacional de Lucha contra la Práctica de la Escisión de 2002 (PNLE) y del Plan Nacional de Abandono de la Práctica de la Escisión 2006-2011 y, la adopción de la Política Nacional para el Abandono de la Práctica de la Escisión 2008-2012. Las organizaciones de la sociedad civil, muy activas en este ámbito, deben contribuir a un mayor diálogo entre el Ministerio de Salud y el Programa Nacional de Lucha contra la Práctica de la Escisión para abordar la MGF de forma integral, por ejemplo mediante el registro de los casos de MGF en los casos que se detecten desde el centro de salud.

El matrimonio temprano es otra forma de violencia que impacta negativamente en las mujeres y, especialmente en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las menores, que reciben una gran presión para comenzar su etapa reproductiva a edades tempranas. La legislación nacional establece en 15 años la edad mínima de la mujer para contraer matrimonio y en 18 años la del hombre, aunque se permite a niñas menores siempre que tengan el consentimiento de los padres y un permiso especial del juez. Esto explica que, según la EDS de 2006, el 25% de las jóvenes entre 20 y 24 años se hayan casado antes de los 15 años, porcentaje que apenas ha variado en las últimas décadas.

INDICADORES RELACIONADOS CON EL PAÍS

DATOS GENERALES	2010
Índice de Desarrollo Humano	0,383 (puesto 160 de 169 países)
Asientos de mujeres en el parlamento nacional – 2010	10,2%
Índice de Inequidad de Género – 2010	0,79 (puesto 135 de 169 países)

Fuente: Elaboración propia *

SALUD REPRODUCTIVA		2006	2000
Índice de riesgo reproductivo		ALTO	ND
Tasa de mortalidad materna	Nº de muertes por cada 100.000 nacidos vivos	464	582
Muertes debidas al aborto inseguro	Nº de muertes por cada 100.000 nacidos vivos	80	ND
Nacimientos atendidos por personal cualificado (médico, enfermera o matrona)		49%	41 %
Partos en centros de salud	Total	45,1 %	38 %
	Área urbana	77,9 %	79 %
	Área rural	33,1 %	25 %
Atención prenatal	Al menos una visita	70,4 %	58 %
	Al menos 4 visitas	35,4 %	30 %
Nº de meses de embarazo en el momento de la primera visita	Total (media)	4,3	4,16
	Área urbana (media)	3,8	ND
	Área rural (media)	4,7	ND
Mujeres que realizan al menos 1 visita postnatal	Total	27,6 %	16 %
	Área urbana	35,1 %	22 %
	Área rural	26,7 %	15 %

Fuente: Elaboración propia **

SALUD SEXUAL		2006	2000
Tasa de fertilidad	Total hijos por mujer	6,6	6,8
	Área Urbana	5,4	5,5
	Área rural	7,2	7,3
Número ideal de hijos	Para las mujeres	6,3	6,2
	Para los hombres	7,7	7,8
Media de intervalo entre nacimientos	Nº de meses	32	32,3
	Área Urbana	34	32,3
	Área rural	31,2	32,3
Prevalencia anticonceptiva	Total de la población que usa algún anticonceptivo	6,3	6
Método de PF más usado	Método más utilizado	Píldora 2,9	Píldora 3
Demanda insatisfecha de planificación familiar	Población que no tiene acceso a PF aunque desearía tenerla	31,2	28,5
Tasa de aborto inseguro	Nº de muertes por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años	28	ND
Infertilidad	Porcentaje de mujeres	4,7	2
Prevalencia de HIV/Sida	Total	1,3	1,7
	Mujeres	1,5	2
	Hombres	1	1,3

Fuente: Elaboración propia ***

* Elaborado a partir de datos extraídos de diferentes informes de Naciones Unidas

** Elaborado a partir de datos de 1010 de la OMS, UNFPA, UNICEF y el Banco Mundial así como de la Encuesta de Demográfica de Salud de Mali 2000 y 2006

*** Elaborado a partir de datos de la OMS de 2010, World Sanitary Statistics 2010 y EDS de Mali 2000 y 2006

Con respecto a la interrupción del embarazo, Mali tiene una de las legislaciones más restrictivas de la región. Como recoge el Artículo 13 de la Ley de Salud Reproductiva de 2002, el aborto está prohibido en todos los casos excepto en los supuestos de incesto, violación y peligro para la vida de la madre. Una interpretación mucho más restrictiva que la que recoge el Artículo 14 del Protocolo de Maputo, ratificado por Mali. Además, el aborto se considera un acto criminal que se equipara penalmente al infanticidio. Aunque no se dispone de estadísticas sobre el número de abortos terapéuticos, algunas fuentes consultadas creen que son muy pocas las mujeres a las que se les practican este tipo de abortos y que la mayoría de las interrupciones del embarazo siguen realizándose de forma clandestina, poniendo en riesgo la vida de la mujer.

En otro orden, el fuerte peso que siguen teniendo las tradiciones, el bajo estatus de la mujer dentro de la familia y la comunidad, la falta de acceso a servicios de planificación familiar y la falta de voluntad política para priorizar las políticas y programas de equidad de género y de salud sexual y reproductiva explican que el índice de fecundidad apenas haya descendido una décima en la última década, pasando de una tasa de fecundidad de 6,7 en 1996 a una tasa de 6,6 en 2006⁸.

Aunque la Ley de Salud Reproductiva de 2002 garantiza el derecho a la información y al uso de métodos anticonceptivos, el uso de éstos sigue siendo muy bajo, puesto que sólo 6,3% de las mujeres lo utilizaban en 2006. De nuevo, las mayores diferencias se dan entre las mujeres que viven en el medio rural y el urbano (5 % y 15%, respectivamente). Además, el 31,2% de las mujeres querría reducir o espaciar el número de hijos pero no utiliza ningún método de planificación familiar para conseguirlo. De nuevo, este deseo de las mujeres varía de unas regiones a otras, en Bamako el porcentaje es del 38%, mientras que en las regiones más periféricas como Tombuctú apenas llega al 15%.

En relación a la salud materna, se han conseguido algunas mejoras importantes. Por un lado, se constata un aumento en el porcentaje de consultas prenatales, que según datos de 2006 ascendía al 70,4% de las mujeres embarazadas con al menos una consulta prenatal, lo que supone un aumento del 12% respecto al año 2001⁹. Este

incremento se ha producido en las zonas rurales, donde el porcentaje creció del 48% al 64%, mientras que en las zonas urbanas se mantuvo estable, en el 87%. No obstante, estos porcentajes esconden fuertes desigualdades entre regiones, mientras en Bamako el 94% de las mujeres han realizado al menos una consulta prenatal, en las regiones del norte, más rurales y despobladas como Tombuctú y Kidal sólo el 42,5% y 32% respectivamente de las mujeres han realizado al menos una consulta prenatal.

En cuanto a los partos, también se observan algunos avances tanto en el número de los atendidos por personal cualificado, 49% en 2006 (un incremento del 8 puntos con respecto a 2001); como en el de partos realizados en un establecimiento sanitario, 45% en ese mismo año. A pesar de todas estas mejoras Mali sigue teniendo una tasa de mortalidad materna de 464 muertes por 100.000 nacidos vivos. Esta elevada tasa se explica en parte por la falta de servicios de cuidados obstétricos de emergencia que solo están disponibles en el 2% de los CSRef y en el 13% de los hospitales regionales¹⁰ y por la dificultad en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva. Según la EDS, el 65% de las mujeres experimentan problemas para acceder a los servicios sanitarios. De ellas, el 53% tienen como principal obstáculo la falta de medios económicos, mientras que el 38% apuntan al transporte y la distancia al centro de salud como principales barreras para acceder a estos servicios sanitarios. Al igual que sucede en los países vecinos, las mujeres en las zonas rurales, con un bajo nivel educativo son las que encuentran mayores dificultades para acceder a estos servicios.

En cuanto al VIH/sida, Mali tiene un índice de prevalencia del 1,3%. Como en la mayoría de los países de África subsahariana, se ha producido una feminización de la epidemia, por lo que el índice de prevalencia entre las mujeres es del 1,5%, mientras que entre los hombres apenas llega al 1%. Aunque los datos de prevalencia son relativamente bajos, preocupa el bajo conocimiento que existe sobre el VIH/sida, especialmente entre las personas jóvenes, pues sólo el 18% de las mujeres jóvenes entre 15 y 24 años conocen bien el VIH/sida, frente al 22% de los jóvenes, a pesar de ser el grupo en el que más crece el VIH y de ser sexualmente activos desde una edad temprana.

2.4

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR SALUD

Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

Desde la década de los 90 Mali ha hecho un gran esfuerzo por desarrollar un marco normativo y de políticas que oriente las actuaciones y programas del Gobierno en la lucha contra la pobreza y las desigualdades, en las que se insertan las políticas de salud y género. Los marcos de referencia de las políticas y programas sectoriales y los planes de desarrollo de Mali son el Documento Estratégico para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza (CSCR) 2007-2011 y el Proyecto para el Desarrollo Económico y Social (PDES) 2007-2012. Ambos documentos marcan los objetivos y las líneas prioritarias de actuación del Gobierno y recogen los objetivos establecidos por éste para la consecución de los ODM.

El Documento Estratégico para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza se articula en torno a tres pilares, el desarrollo de las infraestructuras y el sector productivo; la consolidación de las reformas estructurales; y el fortalecimiento del sector social, que a su vez se desglosan en catorce áreas prioritarias, entre ellas la mejora del acceso a los servicios sociales básicos, mientras que la equidad de género se considera una prioridad transversal. Desde 2007, Mali cuenta con una nueva iniciativa para el desarrollo del país, el Proyecto para el Desarrollo Económico y Social 2007-2012. Se trata de un proyecto personal del presidente Amadou Toumani Touré, presentado durante la campaña electoral para las elecciones presidenciales de 2007. La iniciativa fija como objetivos la mejora de algunos componentes concretos de los programas y políticas del Gobierno, como los recursos humanos en los sectores de la salud y la educación o el empoderamiento económico de las mujeres y los jóvenes.

En cuanto al sector salud, se ha realizado un importante esfuerzo para dotar de políticas y programas a los distintos ámbitos de la atención sanitaria, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Los dos principales instrumentos son la Po-

lítica Sectorial de Salud y Población de 1990 que definía las políticas y estrategias de salud del Gobierno e identificaba la reducción de la mortalidad materna e infantil y el desarrollo de los servicios de planificación familiar como objetivos clave y la Ley 02-049 de la Salud de julio de 2002 que mantiene como objetivos prioritarios la reducción de la mortalidad materna e infantil, el desarrollo de los servicios de planificación familiar y la mejora de la cobertura sanitaria y del funcionamiento del sistema sanitario.

Las dos herramientas para la operacionalización de las políticas de salud y del Documento Estratégico para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza son el Plan Decenal de Desarrollo Sanitario y Social 1998-2007 y el Programa de Desarrollo Sanitario y Social, PRODESS II 2005-2011¹¹ (que da continuidad al PRODESS I 1998-2004). En estos dos documentos se establecen como áreas prioritarias la extensión de la cobertura sanitaria mediante la creación de nuevas infraestructuras sanitarias y de centros de salud móviles para las poblaciones más aisladas; la mejora de la calidad de los servicios de salud; el fortalecimiento de las acciones de información y sensibilización de la población; la reforma de las políticas de salud y el fortalecimiento de las capacidades institucionales y la descentralización.

El PRODESS II también articula la coordinación de todos los actores implicados en el sector salud a través de diversos comités a nivel nacional y regional. Los donantes participan en todos los comités de seguimiento, mientras que la sociedad civil participa en los comités de seguimiento a nivel local y regional pero sólo en uno de los tres comités nacionales.

En el ámbito de la salud sexual y reproductiva, la Ley de salud reproductiva de 2002 ha puesto las bases para la mejora de la salud reproductiva al dotarla de un marco de derechos reproductivos y reconocer, de nuevo, la reducción de la mortalidad materna y la planificación familiar como objetivos clave para la mejora de la salud de la población¹². Así, la Ley establece el principio de igualdad entre hombres y mujeres para el disfrute de una vida sexual responsable, satisfactoria y sin riesgos, y reconoce el derecho de todas las personas a la información y utilización de métodos de planificación familiar y al acceso libre a los servicios de salud reproductiva, a la vez que limita el derecho a la interrupción del embarazo a los supuestos de incesto, violación y peligro para la vida de la madre.

INSTRUMENTOS RATIFICADOS EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD E IGUALDAD DE GÉNERO

CONVENCIONES INTERNACIONALES

Convención de Derechos Civiles y Políticos	SI
Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	SI
Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las Mujeres	SI
Convención contra la Tortura y cualquier forma de trato cruel, inhumano o degradante	SI
Convención sobre Derechos del Niño	SI
Protocolo opcional a la Convención de Derechos Civiles y Políticos	SI
Protocolo opcional a la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	SI
Protocolo opcional a la CEDAW	SI
Protocolo opcional a la Convención de los Derechos del Niño sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil	SI

CONVENCIONES REGIONALES

Carta Africana de Derechos de los Hombres y los Pueblos	SI
Protocolo a la Carta Africana de Derechos de los Hombres y los Pueblos sobre derechos de las mujeres en África	SI

OTROS

Declaración Solemne sobre Igualdad de Género en África	SI
Declaración de Abuja sobre salud	SI

Fuente: Elaboración propia

INSTRUMENTOS NACIONALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SALUD Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

LEYES

Ley de salud reproductiva	2002
Ley de prevención, atención y control del VIH	2006

POLÍTICAS

Programa nacional de lucha contra la práctica de la escisión	2002
Plan decenal de desarrollo sanitario y social	1998-2007
Hoja de ruta para la aceleración de la reducción de la mortalidad materna y neonatal	2007-2015
Política sectorial de salud y población	1990
Política de lucha contra el VIH/sida	2004
Plan estratégico nacional de salud de los adolescentes y los jóvenes	2009-2013
Política nacional para la igualdad entre mujeres y hombres	2009-2018

Fuente: Elaboración propia

MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PRODESS

NOMBRE	FUNCIONES	MEMBRESÍA
Comité de seguimiento	Máximo órgano de coordinación del PRODESS. Presidido por el ministro de Salud.	Representantes de las secretarías y direcciones regionales de los ministerios de salud y de desarrollo social y donantes
Comité técnico	Da seguimiento y apoyo técnico al programa sectorial de salud. Presidido por el secretario general del Ministerio de salud	Representantes de todos los departamentos ministeriales y los donantes
Comité de supervisión	Da seguimiento al programa sectorial de salud. Presidido por el secretario general del Ministerio de salud	Representantes de los servicios técnicos centrales del Ministerio de Salud, donantes y sociedad civil
Comité regional de orientación, coordinación y evaluación (CROCEP)	Da seguimiento al programa sectorial de salud a nivel regional	Colectividad regional, autoridades sanitarias, entidades sanitarias privadas, donantes y sociedad civil
Consejo de gestión	Adopta y valida los planes operacionales del distrito sanitario a nivel comunitario	Autoridades locales, jefe-médico del distrito, sociedad civil, donantes y otros actores locales

Fuente: Elaboración propia

La Ley establece como principales áreas de actuación los cuidados durante el embarazo, parto y puerperio, la prevención y tratamiento de la infertilidad, los cuidados post aborto, la prevención y tratamiento de infecciones de los órganos reproductivos, la atención a las necesidades de salud reproductiva de las personas mayores y jóvenes, el tratamiento y la prevención de las enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluido el VIH/sida y el tratamiento de las consecuencias de la mutilación genital femenina.

En cuanto a la planificación familiar, la Ley hace hincapié en el derecho a la información y así, el Artículo 8, establece que toda persona física o moral que actúe en el ámbito de la salud reproductiva tiene la obligación de ofrecer información completa y veraz sobre todos los métodos anticonceptivos, y en caso de no respetar este principio, la persona afectada podrá interponer una demanda por la vía civil¹³. No obstante, el Artículo

12 matiza que la información y educación sobre planificación familiar debe realizarse dentro del respeto al orden público sanitario y a la moral de la familia, dejando la puerta abierta para una interpretación más conservadora y restrictiva del derecho a la información que promueve la ley.

A pesar del avance que ha supuesto esta Ley, el grado de aplicación de la misma es muy limitado. Como apuntan las plataformas de ONG Groupe Pivot Droit et Citoyenneté des Femmes y Groupe Pivot Santé et Développement, existe un amplio desconocimiento de la Ley tanto por parte de la población, que debe exigir su aplicación, como del personal técnico y sanitario del Ministerio de Salud, que debe aplicarla. Por ello, desde la sociedad civil se reclama una mayor voluntad política del gobierno para implementar las leyes que promulga, especialmente aquellas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de las mujeres y con la agenda de derechos.

La Hoja de Ruta para la Aceleración de la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal 2007-2015 se enmarca en las políticas y programas sobre salud del Gobierno y en los objetivos de los ODM 4 y 5 de reducción de la tasa de mortalidad neonatal de 46 a 20 por 1000, así como la tasa de mortalidad materna de 582 a 146 por 100.000 nacidos vivos para 2015. La Hoja surge de un proceso de consultas iniciado por el Ministerio de Salud en 2006 que culmina con la organización de un taller para la elaboración de la Hoja de Ruta en julio de 2006 en el que participan el Ministerio de Salud, las agencias bilaterales y multilaterales y la sociedad civil, aunque la representación de esta última se limitó a tres organizaciones.

La Hoja de Ruta se articula en torno a 11 líneas estratégicas, y tiene como ejes principales el refuerzo del sistema de referencia y la disponibilidad del paquete de cuidados obstétricos de emergencia, el fortalecimiento de las capacidades del personal sanitario y la mejora en el nivel de utilización de los servicios de planificación familiar. La Hoja de Ruta incluye un presupuesto por cada una de las líneas estratégicas y define el organismo responsable de su ejecución aunque no se especifica cómo se movilizarán los recursos ni cuáles serán las fuentes de financiación disponibles. El seguimiento de la Hoja de Ruta se realiza mediante reuniones anuales en las que en principio no participan ni los donantes ni la sociedad civil. La falta de participación de la sociedad civil en los mecanismos de seguimiento de los programas y políticas del Gobierno sigue siendo una asignatura pendiente en Mali. Como repiten una y otra vez las organizaciones de la sociedad civil, “el Gobierno nos invita a participar en la elaboración de las políticas y estrategias pero nos excluye de los mecanismos de seguimiento y evaluación”¹⁴.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de los y las jóvenes, el Gobierno de Mali reconoce la importancia de la salud reproductiva de este colectivo, pero este reconocimiento no se ha traducido en la elaboración de una política de salud sexual y reproductiva para jóvenes. El Plan Estratégico Nacional de Salud de los Adolescentes y los Jóvenes 2009-2013 es el marco de referencia para la mejora de la salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes, aunque de nuevo la anticoncepción sigue siendo un área desatendida por las fuertes reticencias que existen en algunos sectores de la sociedad y la clase política. Los programas y proyectos para jóvenes se reducen a la educación entre

parejas, la provisión de preservativos y, en menor medida, la creación de centros para jóvenes, aunque su reducido número limita el impacto de las demás medidas.

En el ámbito de la lucha contra el VIH/sida Mali dispone de un amplio marco normativo y programático que se articula en torno a la Política de Lucha contra el VIH/sida de 2004 y la Ley 06-028 de Prevención, Atención y Control del VIH de 2006.

La Política de VIH/sida marca los objetivos y estrategias a desarrollar en el país en la lucha contra el VIH/sida, que se articula en torno a tres ejes, la prevención del VIH, especialmente entre la población joven y la prevención de la transmisión vertical del VIH; la mitigación del impacto de la epidemia; y la puesta en marcha de un marco normativo para la promoción y la protección de los derechos de las personas con VIH. La herramienta para operacionalizar la política de VIH/sida es el Plan Estratégico de lucha contra el VIH/sida. La Ley de Prevención, Atención y Control del VIH/sida establece los derechos de las personas con VIH, como el derecho a la confidencialidad, el carácter voluntario de la prueba del VIH, el consentimiento informado, y las obligaciones de éstos, entre ellas la de informar a su pareja en un plazo máximo de 6 semanas, pasado el cual es el personal del centro de salud quien le tiene que informar. También recoge aquellas acciones que son constitutivas de sanción administrativa o delito, como el incumplimiento de los procedimientos sanitarios de seguridad, del derecho a la confidencialidad o al consentimiento informado por parte del personal sanitario o la práctica no autorizada de la medicina tradicional en la atención y tratamiento del VIH/sida. Por último, la transmisión voluntaria del VIH se equipara penalmente al intento de asesinato.

El mecanismo de coordinación de la lucha contra el VIH/sida está liderado por el Alto Consejo Nacional de Lucha contra el Sida, bajo la Oficina del Presidente de la República. Se trata pues del máximo órgano de coordinación de la política nacional de lucha contra el VIH/sida, en el que participan representantes del sector público, del sector privado, de la sociedad civil y de los donantes. Para asegurar un enfoque transversal de la lucha contra la epidemia, cada ministerio ha creado una célula encargada de la elaboración, ejecución y seguimiento de los planes de acción sectoriales.

SSR DE LOS Y LAS JÓVENES		2006	2000
Jóvenes casados antes de los 18 años (tramo de edad de 20-24)	Mujeres	7,6 %	
	Hombres	9,6 %	
Jóvenes de 15 a 19 años que se han quedado embarazadas		37,2 %	34
Porcentaje de jóvenes con VIH (tramo de edad 15-24 años)	Mujeres	0,9 %	ND
	Hombres	0,7 %	ND

Fuente: Elaboración propia *

SISTEMA DE SALUD		
Médicos por cada 100.000 habitantes (2010)	Nº	0,08
Enfermeras y matronas por cada 100.000 habitantes (2010)	Nº	0,51
Barrera principal de acceso a los servicios de salud (2006)	Total	Falta de medios económicos, 52,5%
	Área urbana	Falta de medios económicos, 39,8%
	Área rural	Falta de medios económicos, 59%

Fuente: Elaboración propia **

* Elaborado a partir de datos de la EDS de Mali 2000 y 2006

** Elaborado a partir de datos del Africa Health Workforce Observatory y la EDS de Mali 2006

A nivel regional existen Consejos regionales de lucha contra el sida en los que también participan el sector público, el privado, la sociedad civil y los donantes, mientras que a nivel de distrito y de comuna existen Comisiones locales de lucha contra el sida, también formadas por representantes del sector público, del sector privado y de la sociedad civil.

En cuanto a la igualdad de género, Mali ha adoptado los más importantes instrumentos internacionales y regionales para acabar con la desigualdad de género, entre ellos la Solemn Declaration on Gender Equality in Africa de 2004, el Protocolo de Maputo de la Unión Africana y la CEDAW. A nivel nacional, la Política nacional para la igualdad entre mujeres y hombres 2009-2018 es el documento marco de referencia. La herramienta para implementar esta política es el plan de acción para la promoción de la mujer que sustituye al plan anterior de 2002.

Entre los pasos más importantes en el ámbito de la igualdad de género hay que destacar la transformación en 1997 del Comisariado para los Asuntos de la Mujer en el Ministerio de la Promoción de la Mujer, la Infancia y la Familia, así como la adopción en 2008 de la Política Nacional para la Igualdad entre Mujeres y Hombres 2009-2018 que sustituye a la Política de 2002-2006. Como documento marco de referencia para la igualdad de género en Mali la nueva política representa un importante avance en la promoción de la igualdad de género, al acometer una profunda reforma de la política anterior. Para ello la nueva política pone el énfasis en la integración del enfoque de género en todos los ministerios y el fortalecimiento del papel del Ministerio de la Promoción de la Mujer. La Política identifica seis ejes estratégicos: la igualdad entre mujeres y hombres en el acceso y el disfrute de sus derechos; el desarrollo del capital humano, tanto mujeres como hombres, que incluye como uno de sus líneas de intervención la mejora del acceso a los servicios de salud y, en particular, a los de salud reproductiva; el reconocimiento de la contribución de las mujeres al desarrollo económico mediante su acceso los medios productivos y a puestos de trabajo; la igualdad en el acceso a puestos de toma de decisiones; la sensibilización sobre valores en igualdad; y la política de igualdad como principio director de la buena gobernanza en las políticas y presupuestos del Gobierno.

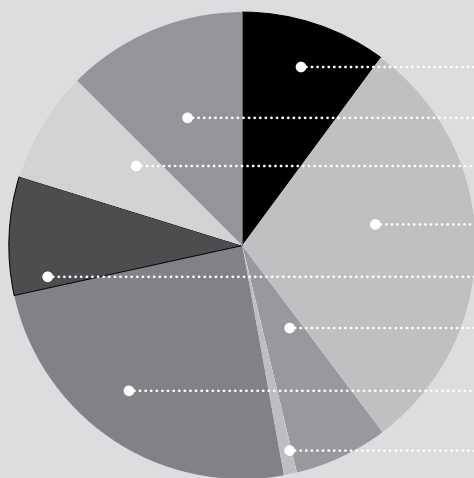
2.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La presencia de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en Mali es relativamente reciente. Aunque se venían financiando proyectos de forma puntual desde los años 90, no es hasta el año 2000 cuando ésta empieza a consolidarse, especialmente en el ámbito de la soberanía alimentaria y la ayuda humanitaria. El PACI 2006 incluye por primera vez a Mali como País de Atención Especial para la Cooperación, proceso que se consolida con la elaboración del Plan de Atención Especial (PAE) 2006-2008 y la apertura de la Oficina Técnica de Cooperación (OTC) en 2007.

Los marcos de referencia para la cooperación española son el PAE 2006-2008 y la I Comisión Mixta Hispano-Maliense de Cooperación para el Desarrollo 2008-2010, que definen las áreas de colaboración y de cooperación entre ambos países en línea con las prioridades de Mali. El PAE establece como líneas prioritarias de la cooperación española en Mali la soberanía alimentaria y agua; la cooperación cultural para el desarrollo; y la salud primaria, con especial atención en la mejora de la salud sexual y reproductiva, la reducción de la mortalidad materna, la mejora de la salud infantil y el fortalecimiento de capacidades locales, mientras que la equidad de género se considera una prioridad transversal. La I Comisión Mixta Hispano-Maliense 2008-2010 mantiene dichas prioridades e introduce un listado de intervenciones posibles sin priorizar, lo que a la postre dificulta el trabajo de la OTC. Entre las nuevas intervenciones propuestas están la mejora de las capacidades económicas y el apoyo al tejido productivo; la mejora de la sostenibilidad medioambiental; la gobernanza democrática; el desarrollo institucional y la participación ciudadana; y el apoyo a la paz. Por último, el nuevo Plan Director 2009-2012 de la AECID, consolida a Mali como país prioritario para la cooperación española al incluirlo en el "Grupo A" de países de asociación amplia, lo que le permite acceder a todos los instrumentos de financiación de la cooperación española y le garantiza un aumento progresivo de la ayuda, ya que según el PD los países de asociación amplia deberán concentrar dos tercios de la ayuda especificada geográficamente.

DESTINO DE LA AOD POR SECTORES 2010



10,1%	EDUCACIÓN
12,5%	OTRAS ACCIONES MULTILATERALES
7,7%	SECTORES PRODUCTIVOS
29,6%	SALUD Y SALUD REPRODUCTIVA
8,2%	AGUA
6,5%	GOBIERNO Y SOCIEDAD CIVIL
24,4%	INFRAESTRUCTURAS Y SERVICIOS SOCIALES
0,9%	INSTITUCIONES IGUALDAD DE LAS MUJERES

Fuente: Plan Anual de Cooperación Internacional (PACI) 2010

El periodo de vigencia del PAE se ha ampliado hasta 2012 para alinear el inicio del nuevo marco de asociación de Mali con el nuevo Documento Estratégico de Crecimiento y de Reducción de la Pobreza 2012-2017 actualmente en preparación. El marco de asociación de Mali, que sustituirá al PAE será el nuevo instrumento de planificación de la cooperación española con el país. Un elemento novedoso de este instrumento es que la sociedad civil española participa en los dos mecanismos de coordinación, el Grupo estable de coordinación, en el que participan los cuadros técnicos de la Embajada y la OTC, y el Grupo mixto de coordinación, que incluye una amplia representación de los diferentes actores presentes en el país, del Gobierno y de la sociedad civil local. Queda por ver cómo se organizará este mecanismo en Mali ya que algunas de las experiencias en el desarrollo de estos procesos indican que la participación de la sociedad civil se limita a consultas posteriores a la realización del diagnóstico y la identificación de prioridades entre los gobiernos, por lo que será importante asegurar la participación efectiva de la sociedad civil tanto la española como la local desde el primer momento, para contribuir así a una apropiación más democrática.

Según las últimas informaciones de la OTC, se iniciará el proceso de elaboración del nuevo marco de asociación una vez se elabore la nueva Estrategia Común de Asistencia al País de los donantes en la que se establecerán las áreas de concentración de cada donante de acuerdo con los objetivos del Gobierno.

A nivel geográfico, la cooperación española concentra sus acciones en las regiones de Kayes, y la capital Bamako, con acciones puntuales en Mopti, Ségou y Tombuctú. Es probable que el nuevo marco de asociación

mantenga Kayes y Bamako como prioridades geográficas ya que, además de concentrar la mayor parte de las intervenciones de la cooperación española, son las regiones con menos problemas de seguridad.

La coordinación de las acciones de la cooperación española y de ésta con otros donantes se establece en el PD como un elemento clave para mejorar la efectividad de la cooperación española, siendo la OTC el eje articulador de dicha coordinación. La OTC participa en la programación conjunta impulsada por la Comisión Europea en Mali para la armonización de los programas y prioridades de los países miembros, así como en los mecanismos de coordinación del grupo de donantes, el Grupo de jefes de agencia y de misión y grupos temáticos, como el grupo de salud y el grupo de género. A pesar de la voluntad de la OTC por participar de forma activa en los diferentes espacios de coordinación, los recursos humanos con los que cuenta esta oficina son demasiado limitados para el volumen de ayuda que se canaliza hacia este país y para mantener el nivel de diálogo de políticas y de participación en espacios de armonización con otros donantes que exigen los nuevos instrumentos de financiación que utiliza la cooperación española y los complejos mecanismos de coordinación puestos en marcha por el grupo de donantes y por el Gobierno, por lo que sería necesario reforzar la oficina con más personal técnico en función de las prioridades futuras.

En cuanto al volumen de la AOD española en Mali, este ha crecido de forma constante hasta 2008 cuando se situó en 21.596.471 euros (Seguimiento PACI 2008). La crisis económica, no obstante, ha llevado a una importante reducción de la AOD hasta situarse en torno a los 16 millones de euros cantidad que, según las previ-

PRINCIPALES PROYECTOS DE SSR Y GÉNERO DE LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

ENTIDAD	ÁREA DE INTERVENCIÓN	MECANISMO DE FINANCIACIÓN	PRESUPUESTO
PNPF-Túnez – Gobierno de Mali	Salud sexual y reproductiva	Cooperación triangular	2.500.000
Gobierno de Mali	Salud	Apoyo presupuestario a través de Cooperación delegada técnica	2.000.000
UNFPA	Salud sexual y reproductiva	OMUDES	365.000
Cruz Roja Española	SSR y violencia de género (MGF)	Proyecto	299.000
Paz y Desarrollo	Promoción de los derechos y lucha contra la discriminación	Convenio	130.000
UNIFEM	Promoción de la justicia de género	OMUDES	400.000
Médicos del Mundo	SSR y promoción de los derechos	Convenio	1.425.000
Mujeres en Zona de Conflicto	Seguridad alimentaria	Proyecto	245.000
CFEMA	Empoderamiento económico	Fondo NEPAD	294.530
CIDEAL	Empoderamiento económico	Convenio	179.000

Fuente: Elaboración propia con datos de la OTC Mali

siones del PACI 2011, podría reducirse de nuevo hasta los 13 millones de euros. Por sectores, los principales por volumen de financiación han sido infraestructuras, agua, salud y educación, seguido de gobernabilidad e igualdad de género, aunque el sector salud ha sido el que más ha crecido en los tres últimos años, pasando del 12,7% en 2009 al 38,7% en 2011 ¹⁵.

Aunque la AECID es el principal organismo financiador de la cooperación española en Mali, la cooperación descentralizada tiene también un peso relativamente importante especialmente las cooperaciones andaluza, canaria y navarra, llegando a representar el 47,3% de la ayuda en 2009. Esta presencia, sin embargo, se redujo en 2010, pasando a representar el 10,8%. Aunque no se dispone de datos de 2011 es probable que ésta se mantenga en los niveles de 2010 e incluso que descienda algo más dado el profundo receso que está sufriendo la AOD española.

Frente a esta reducción de la AOD tanto estatal como autonómica, el sector salud se ha consolidado como el principal sector de la cooperación española en Mali, pasando de 110.286 euros en 2005 a 5.515.925 euros en 2008, es decir algo más del 25% de la AOD bilateral. Las previsiones del PACI 2010 y 2011 estimaban destinar el 29,6% y el 38,7% de la AOD bilateral al sector salud y la SR. Aunque en términos porcentuales supone un aumento importante de la ayuda, que pone de manifiesto el compromiso de la AECID por la mejora del sector salud, en términos reales se va a producir una reducción de la misma por el recorte de la AOD a Mali en los tres últimos años.

Los principales instrumentos de financiación de la cooperación española en el sector salud son el apoyo presupuestario directo en el marco del enfoque sectorial (SWAP); las contribuciones a organismos multilaterales y el apoyo a ONG tanto españolas como locales y la cooperación triangular.

El apoyo presupuestario directo se realiza mediante la fórmula de cooperación delegada técnica a través de la cooperación holandesa, es decir, la cooperación holandesa realiza el diálogo con el Gobierno para el seguimiento y la evaluación del apoyo presupuestario en nombre de la cooperación española, pero los fondos se transfieren directamente al Ministerio de Economía y Finanzas de Mali que los gestiona.

La cooperación triangular, por la que España canaliza la ayuda al país socio a través de un segundo país socio que actúa como líder en la ejecución de dicha ayuda, es uno de los instrumentos de ayuda que ha impulsado el nuevo Plan Director. En Mali, la cooperación triangular en el ámbito de la SSR se realiza con la Oficina Nacional de la Familia y de la Población de Túnez, reconocida por su expertise en el ámbito de la salud reproductiva. Ésta da apoyo técnico a la dirección regional de Kayes para la puesta en marcha de la política de salud reproductiva. El proyecto que empezó en 2010 tiene un presupuesto de 2,5 millones de euros a 5 años, para el periodo 2009-2013.

En cuanto a la financiación a través de ONG, ésta se canaliza a través de varios proyectos y convenios con Médicos del Mundo, Cruz Roja Española, MPDL, Paz y Desarrollo. Casi todas las organizaciones trabajan en la mejora de la infraestructura sanitaria mediante la rehabilitación, construcción y equipamiento de los centros de salud comunitaria (CSCom) que tienen entre uno de sus principales áreas de trabajo la mejora de la salud materna. Médicos del Mundo ejecuta un convenio de fortalecimiento de la atención a la salud primaria en Senegal y Mali, que en éste último país tiene un componente de fortalecimiento de la sociedad civil para la promoción del derecho a la salud sexual y reproductiva. El convenio se inició en 2010 y tiene una duración de 4 años, con un presupuesto total de 1.425.000 euros. MPDL también desarrolla un convenio de salud mientras que Cruz Roja Española ejecuta un proyecto la lucha contra la mutilación genital femenina.

Aunque el grueso de la ayuda al sector salud se canaliza a través de convenios, la AECID financia varios proyectos a ONG españolas y locales a través de la convocatoria abierta y permanente. Cooperación implementa un proyecto sobre fístula en la región de Kayes y la organización local Remedé desarrolla uno sobre mejora del acceso a la salud a través de la construcción del CSCom en Mopti.

Adicionalmente a los sectores prioritarios, la cooperación española apoya intervenciones para la promoción de la equidad de género tanto por la vía multilateral como a través de proyectos y convenios a ONG. Mujeres en zona de conflicto, CIDEAL, o Paz y solidaridad son algunas de las organizaciones que trabajan en proyectos para el fortalecimiento de las capacidades y la autonomía de las mujeres.

2.6

EL PROCESO HACIA LA EFICACIA DE LA AYUDA

Mali ha sido uno de los primeros países en evaluar la eficacia de su sistema de ayuda externa, ésta se realizó en 1997 en el marco de la evaluación de la ayuda en los países receptores llevada a cabo por la OCDE. Los principales problemas identificados en la evaluación eran la falta de coordinación y el solapamiento entre las diferentes entidades gubernamentales encargadas de la coordinación de la ayuda externa; la falta de integración de la ayuda dentro de las sistemas nacionales; la multiplicidad de procedimientos y de estructuras paralelas de gestión de los donantes y la escasa participación de la sociedad civil en la planificación y gestión de la ayuda.

La reforma del sistema de la ayuda acordada por el Gobierno y los donantes como respuesta a la evaluación se quedó muy por debajo de las expectativas creadas. Es cierto que se dio un impulso importante a la coordinación entre el Gobierno de Mali y los donantes al crear el primer espacio de coordinación entre ambos, la Comisión mixta Gobierno de Mali-donantes, que sigue siendo el principal espacio de coordinación entre ambos. Sin embargo, no se avanzó en aquellas reformas de calado que exigían cambios profundos en los sistemas nacionales, en los mecanismos de ejecución de la ayuda de los donantes y en los mecanismos de coordinación y participación de la sociedad civil, la gran ausente en todo este proceso, a pesar de que uno de los objetivos de la reforma era asegurar su participación ¹⁶.

La segunda evaluación del sistema de la ayuda en Mali se realiza en 2006 en el marco de la encuesta de seguimiento de la OCDE. Los resultados de la encuesta revelaron que se había avanzado poco en cuanto a la apropiación, el alineamiento y la armonización. La encuesta de 2008 reconoce ciertos avances, aunque insuficientes para alcanzar los objetivos fijados por el país para la implementación de la Declaración de París (DP).

A pesar de los lentos avances, no cabe duda que tanto el Gobierno como los donantes y la sociedad civil han hecho un esfuerzo en los últimos años por responder a los retos y a las oportunidades que plantea la agenda de eficacia de la ayuda.

El Gobierno ha elaborado un Plan Nacional de Acción sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo 2007-2009 en el que se establecen las acciones a realizar para avanzar en la agenda de París y para su puesta en marcha se crea una Secretaría para la Armonización de la Ayuda dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas.

Por su parte, los donantes, han dado un paso importante para avanzar en el proceso de armonización al adoptar por primera vez una estrategia común para Mali, un proceso lento y difícil por las reticencias de algunos donantes pero que finalmente permitirá a los donantes unificar criterios, simplificar mecanismos y procedimientos, limitar los solapamientos y las duplicaciones y consensuar objetivos y prioridades. Al igual que ha hecho el Gobierno, los donantes han creado una estructura específica para la implementación de la agenda de eficacia de la ayuda, una unidad técnica, que además es el interlocutor de los donantes con la Secretaría para la Armonización de la Ayuda del Ministerio de Economía y Finanzas.

La sociedad civil de Mali también ha hecho de la agenda de la eficacia de la ayuda una de sus prioridades estratégicas. Su objetivo es dar a conocer a todas las organizaciones qué es la agenda de la eficacia de la ayuda y qué implicaciones tiene para ellas, y realizar consultas a nivel nacional y regional con todas las organizaciones de la sociedad civil para consensuar un posicionamiento común para la implementación de una agenda más inclusiva y democrática en la que el objetivo sea un desarrollo más eficaz, y no sólo un sistema de ayuda que funcione mejor.

Apropiación

El grado de apropiación de la agenda de desarrollo por parte del Gobierno de Mali es aceptable, si bien el país dispone de un amplio marco de estrategias, políticas y

programas bajo el que se articulan los programas de los donantes, el país tiene una importante dependencia de la ayuda externa, que representaba el 11,4% del PIB nacional en 2008.

Un buen barómetro para medir el grado de apropiación del Gobierno es el grado de independencia de éste a la hora de elaborar las estrategias nacionales en las que se marcan las prioridades y objetivos nacionales a medio plazo, y el nivel de participación de los demás actores nacionales en el mismo.

En Mali, el Documento Estratégico de Lucha contra la Pobreza (CSLP) de 2002 y su continuación, el Documento Estratégico de Crecimiento y Reducción de la Pobreza (CSCR) de 2007 se han realizado con la participación directa de los donantes y con una participación muy limitada de los demás actores nacionales. Según la federación de ONG, FECONG, el CSLP responde a las exigencias del Banco Mundial, mientras que una parte importante del CSCR lo elaboró un consultor alemán pagado por la GTZ. En cuanto a la participación de los demás actores nacionales, la Asamblea Nacional sólo ha participado en la validación del documento final mientras que la sociedad civil sólo participó a través del Consejo nacional de la sociedad civil, órgano que no representa la diversidad de la sociedad civil ¹⁷.

A mediados de 2011 han empezado las consultas para la elaboración del nuevo documento estratégico de crecimiento y reducción de la pobreza. Esta vez parece que sí se cuenta con una amplia participación de las organizaciones de la sociedad civil en los diferentes grupos temáticos que se han creado, tanto a nivel nacional como regional. Se trata pues de una oportunidad para que sea un proceso más democrático, aunque queda por ver si las propuestas de la sociedad civil se mantendrán en el documento final o no.

A nivel de liderazgo en la coordinación de la ayuda, el Gobierno impulsa la coordinación con los donantes a través de diferentes mecanismos tanto a nivel nacional como sectorial. El principal de ellos es la Comisión mixta Gobierno de Mali-socios técnicos y financieros bajo el Ministerio de Economía y Finanzas, creada en 1998 en el marco de la reforma de la ayuda al desarrollo. Este es el

órgano de concertación y de diálogo político al más alto nivel entre Gobierno y donantes y en él se negocia y coordina la ayuda externa para la implementación del CSCR. La Comisión, está copresidida por el ministro de Economía y Finanzas y el embajador de Canadá como jefe de la comunidad donante. A nivel sectorial, por su parte, hay importantes diferencias entre sectores. En el de salud se ha creado una compleja estructura de coordinación que lidera el Gobierno mientras que en otros sectores en los que no existe un liderazgo del Gobierno predomina el diálogo bilateral Gobierno-donante.

Los dos sectores en los que existe un mayor grado de coordinación y liderazgo por parte del Gobierno son los sectores de la educación y la salud, en los que se trabaja desde un enfoque sectorial (o enfoque SWAP por sus siglas en inglés) desde la década de los 90, con el apoyo presupuestario como principal mecanismo de financiación desde 2006. Como señalan las encuestas de la DP de 2006 y 2008, esto ha permitido un mejor alineamiento y armonización de la ayuda. En el sector salud los espacios de coordinación se articulan en torno al Programa de Desarrollo Sanitario y Social (PRODESS). A nivel central, se encuentran el Comité técnico, formado por representantes del Gobierno y el Comité de supervisión en el que además del Gobierno y los donantes participa la sociedad civil, mientras que a nivel regional se han creado comités regionales de orientación, coordinación y evaluación del PRODESS (CROCEP) formados por representantes del gobierno regional, donantes y sociedad civil.

La adhesión en 2009 al International Health Partnership (IHP) a través de la firma del Compact Mali es otro elemento que fortalece el liderazgo del Gobierno. El Compact Mali establece claras responsabilidades y compromisos para el Gobierno y los donantes presentes en el sector durante la implementación y seguimiento de sus intervenciones. A través de este acuerdo, los donantes se comprometen a alinear sus procesos de planificación general y presupuestaria con el PRODESS II, a comunicar a los ministerios de Salud y Economía y Finanzas su compromiso con el monto de ayuda que destinará al sector en los tres años siguientes y a asegurar que el apoyo a las organizaciones de la sociedad civil en el sector salud se enmarca dentro del marco de las prioridades establecidas en el PRODESS II.

En cuanto al papel de la sociedad civil en la agenda de la eficacia de la ayuda, hay que señalar que Mali es un país con una larga tradición en materia de organización social que se asienta sobre una amplia variedad de asociaciones y organizaciones de base, desde asociaciones juveniles y agrupaciones de mujeres a organizaciones de agricultores, etc. A lo largo de los años, el tejido de la sociedad civil ha ido creciendo y complejizándose, especialmente a partir de 1991 con el cambio de régimen y la apertura política. Aunque el ámbito de actuación de la mayoría de las organizaciones de la sociedad civil sigue siendo la provisión de servicios, y en menor medida la incidencia política, desde las propias organizaciones se reconoce la importancia de realizar un trabajo más estratégico, mediante una mayor participación en los espacios de diálogo político que se van generando. No obstante, como apunta la Federación de Colectivos de ONG, la sociedad civil es consciente de que los limitados recursos con los que cuenta y la falta de capacidades técnicas hacen difícil que asuma ese nuevo rol, especialmente en un momento en el que se imponen cada vez más los nuevos instrumentos financieros como el apoyo presupuestario directo que favorecen la canalización de fondos por la vía bilateral en detrimento del apoyo a la sociedad civil.

Para responder a estos retos, los donantes y las organizaciones de la sociedad civil han puesto en marcha varias iniciativas. La primera ha sido el programa ARIANE de la Comisión Europea para el fortalecimiento de las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil. Con un presupuesto de 7 millones de euros para el período 2006-2010 ha sido el programa más importante de fortalecimiento de la sociedad civil. La segunda iniciativa es el Programa nacional de fortalecimiento de las capacidades de las OSC, puesto en marcha en 2009 por las redes de ONG con el apoyo de los donantes y del Gobierno. Se trata de un programa de gran valor estratégico para la sociedad civil al centrarse en el desarrollo de capacidades para el análisis de políticas de desarrollo, el diálogo político y de incidencia política y control ciudadano. El programa se financia a través de un fondo común liderado por Canadá en el que también participan Holanda, Suiza, Dinamarca, Canadá, la Comisión Europea y el PNUD. Desde 2010 este fondo común ha pasado a formar parte de un nuevo instrumento multi-donante para el apoyo a la sociedad civil, el Programa de apoyo a las organizaciones de la

sociedad civil, PAOSC 2010-2015 liderado y gestionado por la Comisión Europea y coordinado por un Comité de orientación estratégica, formado por representantes de la sociedad civil, los donantes y el gobierno.

El Gobierno también ha reconocido la importancia de la participación de la sociedad civil en el diálogo de políticas y, la propia estrategia de la reducción de la pobreza afirma que “el fortalecimiento de la democracia y la descentralización exige la implicación efectiva de la sociedad civil en la definición, puesta en marcha y seguimiento de las políticas de desarrollo.” Sin embargo, en la práctica el diálogo con el Gobierno presenta altibajos, pues aunque la sociedad civil participa en los procesos de elaboración de políticas y programas, como el PRODESS, el CSCRP o la Hoja de ruta para la reducción de la mortalidad materna, sin embargo su participación se limita a la consulta y pocas veces está presente en los comités de seguimiento o de evaluación de los mismos. En cuanto a los espacios formales de diálogo entre Gobierno y sociedad civil, el principal espacio es la reunión anual de concertación ONG-Gobierno, puesto en marcha en 1989 y que ha funciona más o menos bien, aunque en algunas ocasiones la sociedad civil se ha quejado de la falta de interlocución real con el Gobierno ¹⁸.

Alineamiento

El principio de alineamiento es uno de los objetivos más complejos de la Declaración de París. Un mejor alineamiento requiere cambios en el comportamiento de los donantes en el uso de los sistemas nacionales y la previsibilidad de su ayuda, pero también sistemas nacionales más sólidos para disponer de estrategias, planes operativos, presupuestos y marcos de seguimiento más eficaces. Todos estos elementos deben existir para que el Gobierno pueda identificar las necesidades y prioridades que deben apoyar los donantes y a las que los donantes deben responder.

En Mali los sistemas nacionales se utilizan fundamentalmente para el apoyo presupuestario. Los donantes canalizan una parte de su ayuda a través del Acuerdo marco de

apoyo presupuestario general en el que participan el Banco Mundial, el Banco Africano de Desarrollo, Bélgica, Canadá, Francia, la Comunidad Europea, Holanda y Suecia, y de los Acuerdos marco de apoyo presupuestario sectorial para la educación y la salud en los que participan Suecia, Holanda, Canadá, Noruega, Suiza y España. A pesar de tratarse de un número importante de donantes, este tipo de apoyo sólo representa el 25% del total de la ayuda, frente a la financiación de proyectos y programas que representa el 70%. Esto quiere decir que los donantes siguen primando el uso de sus propios sistemas de gestión, seguimiento y evaluación por encima de los sistemas nacionales, lo que implica unos elevados costes de transacción y una mayor complejidad para el seguimiento de estas intervenciones por parte de las administraciones públicas.

Según la encuesta de seguimiento 2008 de la declaración de París, el 73% de la ayuda se refleja en el presupuesto del Estado, muy cerca del objetivo del 85% para 2010, y el 34% de las operaciones utilizan los sistemas de gestión de las finanzas públicas, principalmente a través del apoyo presupuestario directo, todavía lejos del objetivo del 53% para 2010.

Por otra parte, aunque el apoyo presupuestario favorece un mayor alineamiento de los donantes con los sistemas nacionales, también puede debilitar la apropiación por parte del Gobierno ya que los donantes tienen un mayor acceso al proceso de planificación presupuestaria del que tienen cuando la financiación se circunscribe a proyectos y programas. El apoyo de los donantes exige también una mayor participación de éstos en la toma de decisiones presupuestarias y por tanto una mayor capacidad para influenciar las decisiones políticas del Gobierno. Una buena capacidad técnica y de negociación del Gobierno es fundamental para limitar dicha influencia, sin embargo, muchos ministerios no disponen de suficientes cuadros técnicos con las habilidades necesarias para liderar este tipo de negociación.

A nivel general, la Estrategia Común de Asistencia País 2008-2011 del grupo de donantes ha facilitado un mejor alineamiento de los donantes con las prioridades del Gobierno ya que permite avanzar hacia una programación conjunta tanto a nivel global como sectorial para apoyar la puesta en marcha del nuevo Documento Estratégico de

Crecimiento y Reducción de la Pobreza 2012-2017 que se encuentra en proceso de elaboración, así como alinear las prioridades de los donantes con las del Gobierno y sincronizar el periodo de vigencia de la estrategia de los donantes a la del Gobierno.

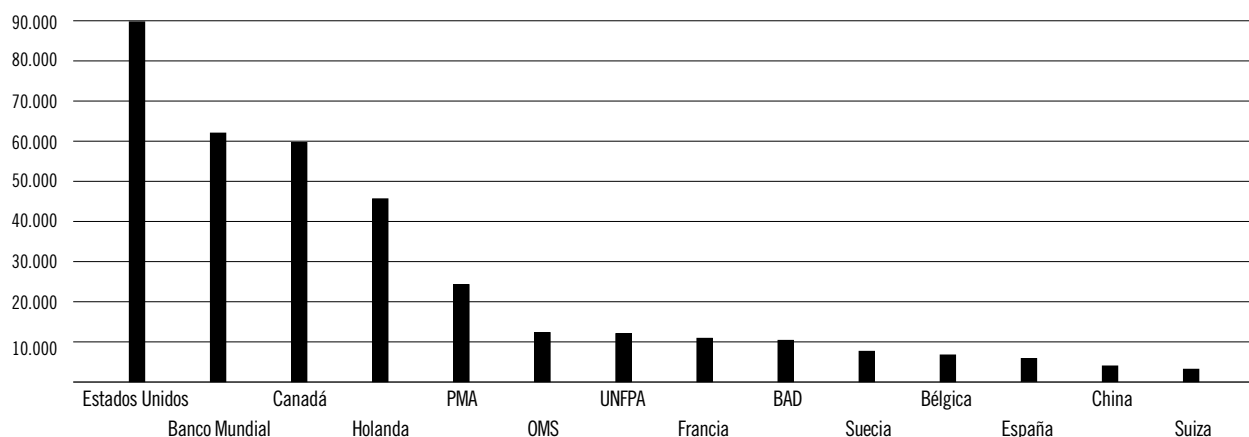
Con respecto al uso de los sistemas nacionales de aprovisionamiento, igual que sucede en la mayoría de los países, éste es menor de lo deseado pues donantes importantes como el PNUD o el Millenium Challenge Account (MCA) de la cooperación estadounidense, utilizan sistemas propios de aprovisionamiento creando por tanto unidades de gestión paralelas a las del Gobierno. Esto es especialmente preocupante en el caso del MCA firmado en 2009, ya que tiene un presupuesto de 460 millones de euros para los próximos cinco años. En cualquier caso, a pesar del poco interés que muestra habitualmente USAID con la agenda de la eficacia de la ayuda, se aprecian cambios positivos en esta línea como la exclusión de la ayuda ligada del Millenium Challenge Compact.

Armonización

La falta de coordinación entre donantes y países socios incrementa los costes de transacción y reduce el valor añadido de la ayuda. Mali tiene una larga experiencia como país receptor de ayuda, sin embargo, es a partir de 1991 con el inicio del proceso de democratización cuando se convierte en un importante receptor de ayuda externa, situándose ésta en torno al 11% del PIB según datos de 2008. Es, por tanto, un país con una alta dependencia de la ayuda externa y un elevado número de donantes. Sólo en el sector salud hay unos 25. Se trata además de uno de los “buenos ejemplos” en la mejora de la eficacia de la ayuda y la armonización, lo cual hace de Mali uno de los países “favoritos” de la comunidad donante.

En el sector salud, Estados Unidos sigue siendo el principal donante aportando más del 25% de la ayuda a Mali que se canaliza sobre todo a través de ONG norteamericanas y, en menor medida como ayuda bilateral. El programa más importante de la cooperación estadounidense es el programa de servicios de salud de alto

AOD al sector salud (en miles de euros)



impacto, cuyo objetivo es la reducción de la mortalidad materna e infantil a través de la mejora de determinados servicios de salud en el ámbito de la salud reproductiva, la prevención de la malaria y el VIH, la nutrición y la vacunación. El programa, que empezó en 2003, tiene previsto terminar en 2013, aunque a partir de 2011 se ejecutará como parte de la estrategia de la Global Health Initiative (GHI) Plus, la iniciativa de Estados Unidos para coordinar y armonizar todos los programas e iniciativas de la cooperación norteamericana a nivel de país. Mali forma parte de la GHI Plus desde 2010, convirtiéndose en el paraguas bajo el que se desarrollan todas las intervenciones de la cooperación estadounidense en el sector salud, lo que en principio debería facilitar la armonización con los demás donantes. La estrategia país de la GHI Plus mantiene la salud reproductiva, y en particular la planificación familiar, como una de las áreas prioritarias para los próximos años. Asimismo, la estrategia pone de manifiesto la voluntad de Estados Unidos de mantener su liderazgo en el sector salud y de ser el principal interlocutor del Ministerio de Salud.

Como indican muchas de las organizaciones entrevistadas, esto significa que EEUU seguirá teniendo una fuerte influencia sobre la agenda del sector salud en Mali, especialmente en relación a la elaboración del PRODESS III que se inicia ahora.

Canadá es también un donante importante en el sector salud, aunque a diferencia de Estados Unidos, la mayor parte de su ayuda se canaliza por la vía bilateral (gobierno central, direcciones regionales y gobiernos locales) y en menor medida por el apoyo a ONG. Las áreas prioritarias para la cooperación canadiense son el refuerzo de los sistemas de salud descentralizados y la mejora de la salud materna e infantil.

Holanda es el principal donante europeo en este sector, con un presupuesto de 11 millones de euros para 2010. La salud es además uno de los tres sectores prioritarios de la cooperación holandesa en Mali, que tiene como principales áreas de intervención la salud sexual y reproductiva y el fortalecimiento del sistema sanitario. Holanda canaliza la mayor parte de la ayuda al sector a través del apoyo presupuestario sectorial, y asume la cooperación vía apoyo presupuestario de Suecia (hasta 2010 año en que salió del apoyo presupuestario) y España que delegan en Holanda la gestión de la ayuda de ambos países canalizada a través del apoyo presupuestario al sector salud.

Por su parte Francia, otro donante tradicional de Mali, ha reducido su ayuda externa al país, concentrando ésta en la educación, el saneamiento y el sector productivo. El apoyo al sector salud, sector no prioritario en la estrategia país de la cooperación francesa se realiza sólo de forma puntual en el ámbito del HIV/sida.

A nivel Multilateral, el Banco Mundial, es el principal donante en el sector salud, a través de su apoyo al PRODESS y de un proyecto multisectorial de VIH/sida, mientras que el Programa Mundial de Alimentos centra su apoyo en la lucha contra la malnutrición. Por último, la Unión Europea canaliza una parte importante de sus fondos a través del apoyo presupuestario general a la estrategia de crecimiento y de reducción de la pobreza que incluye como una de sus prioridades la mejora de los servicios sociales de base, entre ellos el acceso a los servicios sanitarios.

Junto a estos donantes tradicionales existen otros mecanismos multilaterales de financiación, como el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, o la iniciativa GAVI. Desde 2004, el Fondo Mundial ha aprobado 176 millones de dólares americanos en pro-

gramas de lucha contra el VIH/sida, la tuberculosis y la malaria, mientras que GAVI, desde 2001, ha desembolsado algo más de 60 millones de dólares americanos en programas de vacunas y de fortalecimiento del sistema de salud.

En este contexto de gran diversidad y elevado número de donantes el proceso de armonización entre los donantes avanza razonablemente bien, especialmente en los últimos años con la puesta en marcha de muchas de las estructuras de coordinación de la comunidad donante. EL Grupo PTF (grupo de donantes técnicos y financieros) es el mecanismo de coordinación de los donantes bilaterales y multilaterales en Mali. El grupo se articula en torno a tres niveles de coordinación. En el nivel superior se encuentra el Grupo de jefes de agencia y de misión (Collectif de chefs d'agence et de mission) presidido por el jefe de los donantes, que se reúne una vez al mes y realiza la coordinación global y el diálogo político con el Gobierno en torno a la estrategia de reducción de la pobreza. En segundo lugar está la Troika de los socios técnicos y financieros (PTF) formada por Canadá (actualmente jefe de los donantes), el PNUD que tuvo la presidencia anterior y el Banco Africano de Desarrollo que la tendrá tras Canadá. Y por último, el equipo técnico, formado por un experto y un administrativo que tiene por misión coordinar y apoyar la implementación de los compromisos de los donantes en relación a la Declaración de París.

El segundo nivel de coordinación se establece a nivel sectorial a través de 10 grupos temáticos (economía agrícola y rural, sector privado y micro finanzas; descentralización y desarrollo institucional; justicia; educación; salud y desarrollo social; agua y saneamiento; marco macroeconómico; proceso democrático y sociedad civil; desarrollo de infraestructuras) y tres grupos transversales: medioambiente, género y VIH/sida.

Los grupos temáticos realizan el diálogo sectorial con el Gobierno, aunque el grupo de donantes reconoce que la calidad del diálogo varía según el sector. En sectores como el de la salud, el Gobierno ha establecido y lidera espacios de diálogo y toma de decisiones con los donantes como el Comité técnico y el Comité de supervisión del PRODESS, mientras que en otros como desarrollo rural y transportes no existe un verdadero espacio de diálogo. El

grupo temático del sector salud, en el que la cooperación española ha sido bastante activa, está formado además por Bélgica, Holanda, Suecia, Suiza, CE, Canadá, Estados Unidos, China, BAD, BM, FAO, UNFPA, OMS, ONUSIDA, PMA, UNICEF, Cooperación de Luxemburgo, Sudáfrica, Francia, Alemania, BID, Cuba y Japón, en estos momentos UNICEF tiene la coordinación del grupo.

Por último, el tercer nivel de coordinación son los grupos sub-sectoriales, en estos momentos hay cinco, uno de los más activos es el grupo de Finanzas públicas y apoyo presupuestario general.

Como señalan algunos donantes, a pesar de disponer de un complejo mecanismo de coordinación el grupo de donantes avanza muy lentamente hacia una verdadera coordinación y armonización de sus intervenciones. La puesta en marcha de una estrategia común ha sido un paso importante aunque no exento de dificultades ya que se tardó dos años en elaborar. En la reticencia de algunos donantes a compartir información sobre sus programas y presupuestos y la dificultad para consensuar los objetivos y acciones de la estrategia han sido algunos de los principales escollos que hubo que superar.

El documento final, la Estrategia Común de Asistencia al País (SCAP en sus siglas en francés) 2008-2011, sienta las bases para una verdadera coordinación y armonización entre donantes ya que establece objetivos concretos para mejorar la programación concertada, la armonización de los procesos de gestión de la ayuda y una mayor complementariedad y división del trabajo entre los donantes. Se busca así fomentar un diálogo con el Gobierno basado en estándares acordados de forma conjunta entre todos los donantes en lugar de acuerdos bilaterales, como se venía haciendo hasta ahora. Este es un aspecto en los que los donantes necesitan avanzar ya que, como señala la encuesta de seguimiento de la OCDE de 2008, aunque los donantes han realizado importantes progresos, sobre todo en los sectores en los que se trabaja desde un enfoque sectorial y se realiza apoyo presupuestario, otras intervenciones como las misiones conjuntas o los trabajos de análisis conjunto siguen siendo insuficientes. De hecho, las misiones conjuntas representan sólo el 15% mientras que el trabajo analítico conjunto se sitúa en el 39% todavía lejos del objetivo para 2010 del 66%.

Otros indicadores de mejora en la armonización como una mayor división del trabajo o la cooperación delegada tienen avances positivos, Holanda, Suecia y España han iniciado acuerdos de cooperación delegada en el ámbito de la salud, y Holanda y Suecia en el ámbito de la educación primaria.

Gestión orientada a resultados y Rendición de cuentas

La gestión orientada a resultados es una de las áreas más débiles en Mali, que en 2008 recibía como puntuación una D (siendo la E la puntuación más baja), en parte por la lentitud del Gobierno en realizar evaluaciones intermedias y finales de las estrategias y programas del Gobierno, elemento clave para una buena gestión por resultados y para la elaboración de buenas estrategias y políticas. Un buen ejemplo de ello es el sector salud, donde a pesar de la larga experiencia del sector en el enfoque sectorial, el Ministerio de Salud sólo ha realizado una evaluación hasta la fecha, la evaluación final del PRODESS I, y hasta el momento no se ha realizado ninguna evaluación intermedia del PRODESS II, que termina en 2011, ni está claro que vaya a realizarse una evaluación final del mismo.

La gestión por resultados precisa de personal técnico bien formado en la preparación, el procesamiento y el análisis de estadísticas, un área en la que el Gobierno de Mali, al igual que la mayoría de los gobiernos africanos, se enfrenta a serios retos, especialmente a nivel regional y local. La debilidad de los sistemas estadísticos y la escasa difusión y uso de los datos estadísticos dificulta la evaluación del impacto de las estrategias y políticas y por tanto hace imposible la gestión por resultados. Los donantes, generalmente con pocos recursos humanos en terreno y bajo presión de sus oficinas centrales, tampoco disponen del tiempo ni de los recursos para hacer un seguimiento adecuado de los resultados.

En cuanto a la rendición de cuentas, los espacios de diálogo político se centran sobre todo en la responsabilidad del Gobierno y por tanto en su rendición de cuen-

tas hacia los donantes sobre los programas y políticas de éste. No existe un espacio similar en el que sea el Gobierno quien interpele a los donantes sobre sus programas y compromisos. Los mecanismos de seguimiento de la estrategia común de los donantes podrían servir como un espacio para la rendición de cuentas de los donantes hacia el Gobierno. Queda por ver si el sistema de seguimiento de la estrategia puede desarrollar esas otras funciones y qué mecanismos se ponen en marcha para que haya también una rendición de cuentas hacia otros actores como la sociedad civil.

En cuanto al control ciudadano de los procesos de desarrollo que les afectan, la falta de transparencia en la gestión de los recursos públicos sigue siendo una de las asignaturas pendientes del Gobierno. Hasta ahora, las organizaciones de la sociedad civil que han trabajado en el seguimiento presupuestario han tenido muchas dificultades para acceder a la información necesaria para realizar dicho seguimiento ya que las administraciones públicas son muy reticentes a dar información que consideran “sensible y confidencial” a las organizaciones de la sociedad civil¹⁸. Como señalan algunas fuentes, la noción de transparencia no incluye compartir la información relativa al presupuesto del Estado más allá de los donantes. Sin embargo, como recuerda la sociedad civil, la transparencia y la rendición de cuentas son elementos fundamentales para avanzar hacia un mayor control democrático de las políticas y programas nacionales, y hacia una ayuda más eficaz.

ASOCIACIONES Y ORGANIZACIONES Y REDES DE LA SOCIEDAD CIVIL

ORGANIZACIONES Y REDES DE MUJERES

Collectif de Femmes du Mali (COFEM)

Association pour le Progrès et la Défense des Droits des Femmes maliennes (APDF)

Association des Juristes Maliennes (AJM)

Groupe Pivot Droits et Citoyenneté des Femmes (GP/DCF)

Women in Law and Development in Africa (Wildaf-Mali)

Coordination des Associations et ONG Femenines (CAFO)

AMPSOT

LÍNEAS TEMÁTICAS

Empoderamiento económico y político
Promoción de los derechos

Violencia de género
Empoderamiento económico y político

Promoción y defensa de los derechos de la mujer
Violencia de género

Promoción y defensa de los derechos de la mujer
Violencia de género

Promoción y defensa de los derechos de la mujer
Violencia de género

Empoderamiento de la mujer
Promoción y defensa de los derechos de la mujer

Lucha contra la mutilación genital femenina

ORGANIZACIONES Y REDES MIXTAS

Groupe Pivot Santé et Développement (GP/SD)

Association de Soutien au Développement des Activités de Population (ASDAP)

Fédération National des Associations de Santé communautaire (FENASCOM)

Association Malienne pour la Promotion et la Protection de la Famille (AMPPF)

Réseau de Plaidoyer et Lobbying (IRPL)

LÍNEAS TEMÁTICAS

Promoción y defensa del derecho a la salud

Promoción de la salud integral

Promoción de la salud comunitaria

Salud sexual y reproductiva

Incidencia en políticas de desarrollo

PLATAFORMAS DE REDES

Fédération des Collectifs d'ONG du Mali (FECONG)

Conseil National de la Société Civile du Mali (CNSC),

LÍNEAS TEMÁTICAS

Fortalecimiento de la sociedad civil e incidencia en políticas de desarrollo

Fortalecimiento de la sociedad civil e incidencia en políticas de desarrollo

NOTAS

¹ Datos de la EDS 2006.

² PNUD 2010. Informe de desarrollo humano

³ Según conversación con las plataformas Groupe Pivot Droit et Citoyenneté des Femmes y FENASCOM

⁴ Ministerio de Salud 2009. La problématique de la santé et de la pauvreté au Mali

⁵ Ibid.

⁶ OMS, UNICEF et al. 2010. Trends in maternal Mortality: 1990 to 2008.

⁷ Datos de la EDS 1996 y 2006

⁸ Datos de la EDS 2001 y 2006

⁹ Datos del Ministerio de Salud 2009

¹⁰ El marco temporal del Programa de Desarrollo Sanitario y Social era 2005-2009, no obstante, éste se amplió hasta 2011 para que coincidiera con el inicio del Documento Estratégico para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza.

¹¹ Presidencia de la República 2002. Ley 02/044 de 24 de Junio de 2002 relativa a la salud reproductiva

¹² Ibid.

¹³ Entrevista con FENASCOM, 2010

¹⁴ PACI 2009, 2010, 2011

¹⁵ CAD/OCDE y Embajada de Canadá. 2001. Rapport d'Evaluation du Processus de Reforme de l'Aide au Mali (1991-2001).

¹⁶ FECONG 2008

BIBLIOGRAFÍA

- Association Femmes et Droits Humains, 2005. Rapport Alternatif du Mali.
- Bergamaschi, Isabelle. 2008. "CSLP, Aide budgétaire et dialogue politique au Mali: Eléments de contexte et problématique". En L'Aide Budgétaire en question : Quelle efficacité, pour qui ?. Paris: Gret – collection débats et controverses, n° 2 pp. 75-93
- CAD/OCDE y Embajada de Canadá. 2001. Rapport d'Evaluation du Processus de Reforme de l'Aide au Mali (1991-2001).
- CE, 2007. Document de Stratégie Pays et Programme Indicatif National pour la période 2008-2013.
- Gindroz, Anne-Sophie. 2008. "Appui Budgétaire et gouvernance démocratique. Analyse critique des incidences de l'Appui Budgétaire sur la Démocratie, les Droits Humains, la Corruption, Illustrée par quelques exemples du Mali". En L'Aide Budgétaire en question : Quelle efficacité, pour qui ?. Paris: Gret – collection débats et controverses, n° 2 pp. 95-102
- Gobierno de Mali, 2002. Cadre Stratégique de Lutte contre la Pauvreté.
- Gobierno de Mali, 2002. Loi N° 02-044 du 24 juin 2002 Relative à la Santé de la Reproduction.
- Gobierno de Mali, 2006. CSLP 2ème Génération 2007-2011. Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté.
- Gobierno de Mali. 2008. Plan National d'Action sur l'Efficacité de l'Aide au Développement.
- Presidencia de la República, 2004. Déclaration de politique de lutte contre le VIH/sida au Mali.
- Magassa, H. y Meyer, S. 2008. El impacto de las políticas de ayuda en los procesos de democratización internos: El caso de Mali. Caso de estudio IV. Documento de trabajo 50. Madrid: FRIDE
- Meyer, S y Schulz N. 2008. Apropiación con adjetivos. Armonización de los donantes: Entre la eficacia y la democratización-Informe de síntesis. Documento de trabajo 59. Madrid: FRIDE
- Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 2005. Plan National d'Accion de Lutte contre les violences faites au femmes et aux filles de 2006-2011.
- Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 2008. Politique Nationale d'Égalité entre les Femmes et les Hommes, 2009-2018.
- Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 2007. Etude sur la situation de la femme au Mali.
- Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 2002. Programme National de Lutte contre la Pratique de l'Excision.
- Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 2002. Politique National de Lutte contre la Pratique de l'Excision 2008-2012.
- Ministère de la Promotion de la Femme, de l'Enfant et de la Famille, 2002. Plan National pour l'Abandon de la Pratique de l'Excision 2008-2012.
- Ministère de la Santé, 2004. Déclaration politique de lutte contre le VIH/sida.
- Ministère de la Santé, 2006. Loi 06-028 du 29 juin 2006, Fixant les règles relatives à la prévention, à la prise en charge et au contrôle du VIH/sida.
- Ministère de la Santé, 2007. Programme de Développement Sanitaire et Social 2007-2010.
- Ministère de la Santé, 2007. Feuille de Route pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale au Mali.
- Ministère de la Santé, 2008. Plan Stratégique National de Santé des Adolescents et des Jeunes 2009-2013.
- Ministère de la Santé, 2008. Plan Stratégique National pour le Renforcement du Système de Santé (PSN/RSS) 2009-2015.
- Ministère de la Santé, 2009. Cadre de Dépenses à Moyen Terme 2009-2011.
- Ministère de la Santé, 2009. La problématique de la santé et de la pauvreté au Mali,.
- Ministère de la Santé, 2008. Période complémentaire 2010-2011 du programme de Développement socio-sanitaire composante santé.
- Ministère de Santé, 2006. Enquête Démographique et de Santé de Mali 2006.
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación de España. Plan Anual de Cooperación Internacional 2009-2010.
- OCDE, 2006. Encuesta 2006 de seguimiento de la Declaración de París.
- OCDE, 2008. Encuesta 2008 de seguimiento de la Declaración de París.
- OMS, UNICEF, UNFPA y Banco Mundial, 2010. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2008.
- Partenaires Techniques et Financiers, 2008. Stratégie Commune d'Assistance Pays (SCAP) 2008-2011.
- PNUD, Informe de Desarrollo Humano 2010
- PNUD, Informe del Índice de Inequidad de Género 2010
- PNUD/OCDE, 1999. Réformer les systèmes d'aide: le cas du Mali. Bamako/Paris: PNUD/OCDE
- Presidencia de la República, 2002. Loi 06-028 du 29 juin 2006, Prévention, prise en charge et contrôle du Vih.
- Presidencia de la República, 2002. Loi N° 02-044 du 24 juin 2002 Relative à la Santé de la Reproduction.
- Presidencia de la República, 2002. Loi N° 02-049 du 22 juillet 2002 d'Orientation sur la Santé.
- Touré, Amadou Toumani, 2007. Projet pour le Développement Economique et Social du Mali.
- Wildaf, SITUATION DES DROITS DES FEMMES AU MALI
- WILDAF/FeDDAF, 2009. Mise en Ouvre des Droits des Femmes en Afrique de l'Ouest. Où en Sommes-Nous?

ACRÓNIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	MCA	Millenium Challenge Account
AJM	Asociación de Mujeres Juristas de Mali	MGF	Mutilación Genital Femenina
ASACO	Association de Santé Communautaire Asociaciones de Salud Comunitaria	OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
BAD	Banco Africano de Desarrollo	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
BM	Banco Mundial	OMS	Organización Mundial de la Salud
CAD	Comité de Ayuda al Desarrollo	ONG	Organización No Gubernamental
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer	ONUSIDA	Programa de Naciones Unidas de lucha contra el sida
CROCEP	Comité Régional d'Orientation, de Coordination et d'Evaluation du PRODESS Comité Regional de Orientación, Coordinación y Evaluación	OTC	Oficina Técnica de Cooperación
CSCom	Centre de Santé Communautaire Centro de Salud Comunitaria	PACI	Plan Anual de Cooperación Internacional
CSCR	Cadre Stratégique pour la Croissance et la Réduction de la Pauvreté Documento Estratégico para el Crecimiento y la Reducción de la Pobreza	PAE	Plan de Atención Especial
CSLP	Documento Estratégico de Lucha contra la Pobreza Cadre stratégique de lutte contre la pauvreté	PAOSC	Programme d'Appui aux Organisations de la Société Civile Programa de Apoyo a las Organizaciones de la Sociedad Civil
CSRef	Centre de Santé de Référence Centro de Salud de Referencia	PD	Plan Director
DP	Declaración de París	PDES	Projet pour le Développement Economique et Social Proyecto para el Desarrollo Económico y Social
EDS	Encuesta Demográfica de Salud	PMA	Programa de Naciones Unidas para los Alimentos
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual	PNLE	Programme National de Lutte contre l'Excision Programa Nacional de Lucha contra la Práctica de la Escisión
FENASCOM	Fédération Nationale des ASACO Federación Nacional de Asociaciones de Salud Comunitaria	PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
GAVI	Global Alliance for Vaccine and Immunisation	PRODESS	Programme de Développement Sanitaire et Social Programa de Desarrollo Sanitario y Social
GHI Plus	Global Health Initiative Plus	SCAP	Stratégie Commune d'Assistance Pays Estrategia Común de Asistencia al País
IDH	Índice de Desarrollo Humano	SSR	Salud sexual y reproductiva
IHP	International Health Partnership	SWAP	System Wide Approach
IIG	Índice de Inequidad de Género	UNFPA	Organización de Naciones Unidas para la Población
		UNICEF	Organización de Naciones Unidas para la Infancia



EL CASO DE NAMIBIA

3. EL CASO DE NAMIBIA

3.1

CONTEXTO GENERAL DEL PAÍS

Ubicada en el sur del continente africano, Namibia limita al Norte con Angola y Zambia, al Oeste con Botsuana y al Sur con Sudáfrica. Se encuentra en una zona desértica dominada por el desierto Namib, que da nombre al país, y el desierto del Kalahari, que se extiende por el Este, siendo la zona Norte del país la única con un clima característico de la sabana africana.

Namibia se caracteriza por tener una de las densidades de población más bajas del mundo, con 2,5 habitantes por kilómetro cuadrado. Su distribución demográfica sigue además muy marcada aún por la segregación racial que impuso el sistema del apartheid. De esta forma, mientras la población blanca se concentra en la capital, Windhoek, la mayoría de la población negra habita en el Norte del país, donde está la región más poblada.

La historia de Namibia ha estado marcada por la colonización alemana de mediados del siglo XIX y a partir de 1915 por la sudafricana, que continuó la política de ocupación de las tierras agrícolas del sur y del centro del país por emigrantes blancos de Sudáfrica. Tras la llegada al poder, en 1948, del Partido Nacional de Sudáfrica se instauró el sistema del apartheid en Namibia y se crearon las llamadas "reservas nativas" para la población indígena. Este proceso culminó en 1962 con la división del país en diez regiones o *homelands* siguiendo criterios étnicos y raciales.

El SWAPO (South-West Africa People's Organization), uno de los grupos opositores al régimen sudafricano, inició en 1966 la lucha armada y política por la independencia de Namibia, convirtiéndose así en el representante oficial del pueblo de Namibia ante Naciones Unidas. Tras años de guerra y ante la creciente presión internacional, en 1988 Sudáfrica aceptó abandonar Namibia. Las primeras elecciones celebradas en 1989 supusieron la victoria aplastante del SWAPO y su líder Sam Nujoma, quien se convirtió en el primer presidente del país. Desde entonces

el SWAPO ha ganado todas las elecciones generales por amplia mayoría debido a la rentabilidad que sigue ofreciendo el logro de la independencia y a la debilidad de la oposición. Hifikepunye Pohamba, actual presidente de Namibia y líder del SWAPO desde la retirada de la vida política de Nujoma, ha ganado las dos últimas elecciones generales de 2004 y 2009.

En cuanto a la situación económica, como país de renta media-alta, Namibia dispone de un PIB y una renta per cápita superior a la de la mayoría de los países del continente africano. Dado que es un territorio predominantemente desértico con escasas precipitaciones, la agricultura es muy limitada a excepción de la zona norte, donde se encuentra cierta agricultura de subsistencia, y la zona centro donde existe ganadería extensiva generalmente vinculada a las grandes haciendas.

El motor de la economía es la minería, fundamentalmente concentrada en la extracción de diamantes y uranio, seguida de la de cobre, estaño y plomo. Al mismo tiempo, la pesca y el turismo son sectores cada vez más importantes para la economía del país.

Según la clasificación del Índice de Desarrollo Humano de 2010, Namibia se ubica en el grupo de países de desarrollo medio ocupando el puesto 105 (PNUD 2010). Aunque desde 2009 el Banco Mundial lo clasifica como país de renta media alta, llama la atención que el nivel de riqueza que disfruta el país va acompañado de una fuerte desigualdad en la distribución de la misma. Con un coeficiente de Gini (el estándar para medir la desigualdad de un país) del 0,60, Namibia es uno de los países más desiguales del mundo en cuanto a distribución de la renta. Así, el 10% de la población más pobre dispone del 0,6% de los ingresos, mientras que 10% de la población más rica maneja el 65% de los ingresos¹.

Por ello, aunque en términos generales Namibia ofrece unos indicadores medios tanto en términos de renta per cápita como de recursos, a medida que se profundiza en el análisis de distintas variables se ponen de manifiesto las enormes desigualdades por región, género o provisión de servicios, evidenciando la pobreza extrema en la que viven algunos sectores de la población.

ÍNDICE DE POBREZA POR REGIONES 2003/2004 (en %)

	Población pobre	Población muy pobre
KAVANGO	56,5	36,7
OHANGWENA	44,7	19,3
OSHIKOTO	40,8	16,6
HARDAP	32,1	21,9
OMUSATI	31,0	12,8
OMAHEKE	30,1	17,5
CAPRIVI	28,6	12,5
OTJOZONDJUPA	27,8	15,8
KUNENE	23,0	13,1
KARAS	21,9	12,5
OSHANA	19,6	7,8
ERONGO	10,3	4,8
KHOMAS	6,3	2,4

Fuente: Central Bureau of Statistics, 2008

La reducción de la pobreza y de las fuertes desigualdades creadas por el sistema del apartheid es una de las principales preocupaciones del Gobierno de Namibia desde la independencia del país. No obstante, a pesar de las políticas implementadas en este sentido, a medida que la pobreza se reduce también aumenta la riqueza de las oligarquías. Los principales factores que condicionan esta fuerte desigualdad son el sexo y el nivel educativo del cabeza de familia (las familias a cargo de una mujer son más pobres), la localización en un entorno rural o urbano (el 49% de la población rural frente al 17% de la urbana es pobre) y la etnia y el conocimiento de lenguas de la familia (menos del 1% de las familias que hablan alemán o inglés son pobres, frente al 59,7 % de las familias que hablan Rukavango o el 28,5% de las familias que hablan Oshiwambo). Además, la distribución de la pobreza por regiones es muy desigual y se concentra en su mayoría en el norte, donde se encuentra la mayoría de la población nativa. Si tenemos en cuenta este dato, las regiones de Kavango, Ohangwena, Oshikoto y Omusati concentran el 60% de la población pobre de Namibia, mientras que las regiones de Khomas y Erongo tienen el nivel más bajo de pobreza, con sólo el 6,8%.

La educación se ha convertido en uno de los pilares de la política del Gobierno para la reducción de la pobreza y las desigualdades. Para este objetivo se destina el 21% del presupuesto nacional, frente a menos del 10% que se adjudica al sector salud. A pesar de este importante esfuerzo económico, los resultados no han sido todos los esperados puesto que si bien se ha conseguido la escolarización de más del 90% de los niños y niñas entre 7 y 18 años, los resultados académicos siguen siendo decepcionantes tanto por el reducido número de jóvenes que terminan sus estudios como por el bajo nivel académico con que los finalizan.

En cuanto al Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género (IDG) Namibia se encuentra en el puesto 108, en gran medida por los avances realizados en el sector educativo para mejorar el acceso a la educación de las niñas. En cuanto al Índice de Potenciación de Género (IPG), Namibia ocupa un exitoso puesto 43 gracias al acceso de un importante porcentaje de mujeres a puestos de responsabilidad tanto en el ámbito político como económico.

PROCEDENCIA DE LA FINANCIACIÓN DEL SECTOR SALUD

	Gobierno	Sector privado	Población	Donantes internacionales
2006/07	44,0%	8,9%	24,7%	22,4%
2005/06	48,2%	9,3%	25,6%	16,9%
2004/05	57,0%	10,9%	22,4%	9,7%
2003/04	62,4%	12,0%	22,6%	3,0%
2002/03	64,1%	12,0%	20,8%	3,2%
2001/02	63,3%	14,3%	18,6%	3,8%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, 2008

3.2

EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Desde la independencia del país en 1988, el Gobierno de Namibia ha realizado un importante esfuerzo por mejorar la salud de la población. En términos globales, el porcentaje del PIB destinado al sector salud ha crecido de forma constante, pasando de 6,5% en 2001 al 8,3% en 2007. En cuanto al presupuesto general del Estado que se destina a este sector, se observa que tras un ligero descenso desde 2002 a 2007, en el que el porcentaje pasó del 12,7% al 11,3%, el Gobierno ha revertido esta tendencia para alcanzar el 14,2% en 2008/09, acercándose al 15% al que se comprometieron los gobiernos africanos en la Declaración de Abuja de 2001.

Aunque en términos globales el presupuesto de salud ha crecido gracias a las aportaciones de los donantes internacionales, la financiación pública del sector ha disminuido en los últimos años, pasando del 63% en 2001/02 al 44% en 2006/07, aunque continúa siendo el principal financiador del sector. Esta disminución ha ido acompañada del aumento del porcentaje que aportan los hogares y de un aumento exponencial de la financiación de los donantes, especialmente a partir de 2004 con la llegada del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el PEPFAR. Así, el sector salud se convierte en el sector prioritario para los donantes, que pasan de asignarle el 7,2% del total de la ayuda canalizada al país en 2001/02 al 79,4% en 2006/07.

Este importante aumento en la ayuda destinada al sector salud enmascara, no obstante, graves desigualdades en la distribución de dichos recursos, pues aunque el programa de salud pública multiplicó por diez su presupuesto entre 2004 y 2007 ² este aumento repercutió fundamentalmente en el programa de enfermedades infecciosas, que incluye el VIH/sida, mientras que se redujo fuertemente el programa de salud materna e infantil y planificación familiar, que pasó de disponer del 43,95% de los fondos en 2001, a manejar el 2,75% en 2007. Esta reducción en los fondos destinados a la salud materna tuvo un reflejo similar en la tendencia de la mortalidad materna que se multiplicó por dos en ese mismo periodo, pasando de 225 muertes por 100.000 nacidos vivos en 2000 a 449 en 2006 ³.

Las fuertes desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios es uno de los problemas que más han preocupado al Gobierno de Namibia desde su independencia. Por ello la equidad en el acceso se establece como uno de los principios que guían tanto la estrategia de salud primaria como la estrategia de reducción de la pobreza de 2002. Sin embargo, esta voluntad no se traduce en la implantación de un sistema presupuestario basado en las necesidades de cada región y así, las regiones con las mayores carencias de servicios sanitarios, como Caprivi, Ohangwena y Omusati, son las que reciben el menor porcentaje del presupuesto público, mientras que aquellas con menores necesidades, como Hardap, Erongo y Karas, reciben la mayor cantidad de recursos ⁴.

GASTOS POR PROGRAMA DE SALUD PÚBLICA

	Salud materna e infantil y planificación familiar	Enfermedades infecciosas
2006/07	2,7%	96,8%
2005/06	5,8%	93,6%
2004/05	7,1%	91,9%
2003/04	26,6%	70,8%
2002/03	39,4%	60,2%
2001/02	43,9%	51,2%

Fuente: Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, 2008

En cuanto al sistema de atención, la pirámide sanitaria comprende tres niveles: el central, el regional y el distrital. En la base de la pirámide se encuentran las clínicas de atención primaria, que son la puerta de entrada al sistema de salud pública y se apoyan a su vez en una red de 44 centros de salud. Por otro lado, a nivel de distrito existen 30 hospitales públicos que actúan como centros de referencia y apoyo técnico a los centros de salud y clínicas. Para reforzar el trabajo de estos hospitales existen a su vez tres hospitales intermedios y un hospital nacional de referencia. Por otro lado, la gestión de los servicios sanitarios se encuentra descentralizada en direcciones regionales de salud que corresponden a las 13 regiones administrativas del país. Además, según datos de 2006, el sector privado gestiona 13 hospitales, 75 clínicas de salud primaria y 8 centros de salud y a esto hay que sumar el papel que desempeñan las iglesias y las ONG. Las primeras gestionan varios centros de salud públicos, mientras que un creciente número de ONG realiza asistencia a nivel comunitario, especialmente para el cuidado de personas con VIH/sida.

A pesar de disponer de una amplia red sanitaria, la enorme extensión de Namibia y la baja densidad de población, hacen que algunas regiones tengan graves problemas de accesibilidad a los centros de salud. Según una encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad en 2008, el 41,5% de los pacientes recorría una distancia hasta el centro de salud más próximo menor de 5 kilómetros; el 27% entre 5 y 10 kilómetros; el 8% entre 11 y 20 kilómetros; y el 13% más de 21 kilómetros.

En cuanto a los recursos humanos sanitarios, el marco estratégico del Ministerio de Sanidad es el Long Term Human Resource Strategic Framework, en el que se identifican las necesidades del Ministerio para el periodo 1997-2027. Para la implementación de este marco estratégico se ha elaborado un plan decenal (Medium-Term Human Resources Plan 1997-2007) y unos planes de desarrollo quinquenales que sirven de guía para la planificación de las necesidades de recursos humanos. Namibia cuenta con tres trabajadores/as sanitarios por cada 1000 habitantes, cifra ligeramente por encima del marcador que establece la OMS (2,5 trabajadores por cada 1000 habitantes). No obstante, esta cifra esconde fuertes diferencias entre el sector público y privado pues mientras éste último dispone de 8,8 trabajadores sanitarios por cada 1000 habitantes, el sector público apenas llega a 2.

A la falta de personal sanitario en el sistema público de salud se suma la limitada capacidad de supervisión en el puesto de trabajo. Según la propia evaluación del Ministerio⁵, sólo el 30% de los centros de salud del país recibieron una visita de supervisión en los 3 meses anteriores, presentando además fuertes disparidades dependiendo de la región, puesto que mientras en Khomas y Kunene las visitas alcanzaron a más del 60% de los centros de salud, en Kavango y Oshikoto apenas se realizaron en algo más del 20% de los centros.

3.3

SITUACIÓN DE LA MUJER Y

LOS DERECHOS SEXUALES

Y REPRODUCTIVOS

Desde su independencia en 1990, Namibia ha ratificado todos los acuerdos internacionales y regionales que protegen los derechos de las mujeres, entre ellos la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW), su Protocolo Opcional y el Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos relativo a los derechos de la mujer, conocido como el Protocolo de Maputo. Este último ofrece un marco jurídico de referencia para asegurar el respeto de los derechos de las mujeres en África y en su artículo 14 reconoce el derecho a controlar la fertilidad, a elegir el número de hijos/as que se desean tener, a utilizar métodos anticonceptivos y a acceder al aborto médico en caso de abuso sexual, violación, incesto y peligro para la salud física o psíquica de la mujer, la vida de la madre y/o la del feto.

A nivel nacional, la igualdad entre hombres y mujeres está asegurada por la Constitución de la República de Namibia de 1990. No obstante, hasta mediados de los años 90 no se concretan medidas legislativas específicas para ofrecer una mayor protección a los derechos de las mujeres. Así, por ejemplo, en 1996 se aprueba la ley para la igualdad entre las personas casadas (Married Persons Equality Act) y posteriormente se adoptan otras medidas legislativas como la ley para la lucha contra la violación del año 2000 (Combating of Rape Act), la ley de lucha contra la violencia doméstica de 2003 (Combating Domestic Violence Act) y la ley sobre pensión alimenticia de 2003 (Maintenance Act).

Junto a este marco legislativo, el Gobierno ha puesto en marcha diferentes políticas en materia de planificación familiar, igualdad de género, y prevención del VIH/

sida, que abordan las distintas dimensiones de los derechos sexuales y reproductivos. No obstante, a pesar de estos avances, el Gobierno sigue manteniendo cierta ambigüedad al no derogar leyes discriminatorias contra la mujer, como la Native Administration Proclamation de 1928 o la Traditional Authorities Act, bajo las cuales se apoyan prácticas tradicionales y culturales basadas en las leyes consuetudinarias que discriminan y vulneran los derechos de las mujeres y que están en contra de los acuerdos internacionales ratificados por el Estado. Estas prácticas incluyen tradiciones como “heredar” la viuda de un hermano o la purificación de la viuda, según la cual ésta tiene que tener relaciones sexuales con el hermano o familiar del marido fallecido. También permite el matrimonio de menores de edad⁶, práctica habitual en algunos grupos, como el pueblo San, y la violación y el abuso sexual de las niñas como ritual de iniciación a la vida adulta.

El propio Comité de la CEDAW, en respuesta al informe oficial sobre la situación de la mujer presentado por el Gobierno de Namibia en 2007, manifestó su preocupación por la vigencia de esta ley que otorga a las llamadas autoridades tradicionales el derecho a supervisar y asegurar el cumplimiento de estas leyes consuetudinarias, nocivas para la salud de la mujer y contrarias a sus derechos⁷.

Desde la sociedad civil cada vez son más las voces que exigen la protección efectiva de los derechos de las mujeres con campañas como la denominada “Women Claiming Citizenship”, en la que participan más de 40 organizaciones, y desde donde se pide al Gobierno que se revisen “las leyes consuetudinarias que discriminan a las mujeres y se promulguen leyes que las protejan de las prácticas tradicionales y culturales opresivas y nocivas que violan los derechos y la dignidad de las mujeres y las niñas”.

Una de las formas de violencia contra las mujeres más predominante en Namibia es la violación. Según la ONG Legal Assistance Centre, cada año se producen más de 1.500 casos de violación o intentos de violación en el país⁸, lo que supone uno de los índices más altos del mundo. A pesar de que el país cuenta con una de las leyes de lucha contra la violación más progresistas⁹ de África, la sociedad namibia sigue manteniendo una actitud ambiva-

lente sobre lo que constituye una violación, de forma que la violación dentro del matrimonio o bajo los efectos del alcohol, reconocidas por la ley, siguen sin considerarse delito y se ocultan bajo el manto de la “Mulaleka”, tradición por la que se cuenta que se pueden tener relaciones sexuales con alguien que duerme y en la que la violación y el incesto de niñas se transforma en un “sueño”.

“ Las prácticas tradicionales nocivas se encuentran profundamente arraigadas en algunas comunidades, reducen la autonomía de las mujeres, violan sus derechos humanos, y vulneran los acuerdos firmados por el Estado” .

Representante de la ONG de mujeres Women’s Leadership Centre.

En el ámbito de la lucha contra la epidemia del VIH/sida, si bien el número de personas afectadas se ha estabilizado en los últimos años y el de nuevas infecciones desciende progresivamente, la prevalencia se mantiene por encima del 15% y hacer frente a la epidemia continúa siendo uno de los mayores retos a nivel sanitario, económico y social del país. Las mujeres, especialmente las jóvenes, se consolidan como el grupo más afectado, tanto por el número de infecciones como por ser ellas las que asumen la responsabilidad de los cuidados a enfermos y huérfanos.

A pesar del alto grado de conocimiento sobre la epidemia del VIH/sida, el estigma y la discriminación que padecen las personas seropositivas continúa siendo preocupante. Incluso instituciones como ONUSIDA o

la oficina de coordinación del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria de Namibia, lo reconocen como un grave problema. El descubrimiento de más de 200 casos de esterilización forzada de mujeres embarazadas que viven con el VIH realizados en centros de salud ha puesto de manifiesto la total impunidad con la que se violan los derechos reproductivos de éstas, su derecho a la información, a la confidencialidad, a la no discriminación, a la integridad física y a la dignidad y ha puesto a debate el derecho de la mujer a controlar su propia sexualidad. Hasta el momento se han presentado tres denuncias contra el Ministerio de Salud y los servicios sociales.

En relación con la salud reproductiva es destacable que Namibia cuenta en la actualidad con un índice de fertilidad de 3,6 nacimientos por mujer, lo que supone un descenso de casi dos hijos por mujer en los últimos 20 años. Este descenso va unido al descenso en el número de hijos deseado pues según los datos de las últimas encuestas demográficas y de salud este número pasó de 5 en 1992 a 3 en 2006/2007. A pesar de que el índice de fertilidad es uno de los más bajos de África subsahariana¹⁰, éste esconde fuertes desigualdades relacionadas con el nivel educativo, el nivel de riqueza y el lugar de residencia, según sea urbano o rural. Así, una mujer sin educación formal tiene una media de 6,3 hijos, mientras que una con educación secundaria tiene 2,8. Este bajo índice de fertilidad puede explicarse por varios factores como el alto nivel de conocimiento sobre los métodos anticonceptivos modernos, que alcanza el 98%, y su elevado uso, alrededor del 50%, uno de los más altos del África Subsahariana, así como por la tardía edad media del matrimonio en las mujeres, que es de 28 años, frente a los 20 de otros países de la región, y el retraso en la edad de la primera relación sexual de las mujeres, que se produce por término medio a los 18,9 años.

La población namibia tiene por tanto, un alto nivel de conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar que utiliza de forma habitual para determinar el número de hijos que desea tener. Entre las jóvenes de 15 a 24 años, la prevalencia también es elevada y casi el 90% de la población joven sexualmente activa ha utilizado alguna vez un método anticonceptivo. Según la EDS de 2006/2007, Namibia está muy avanzada en el cumplimiento de otro de los indicadores para medir el nivel de

progreso en la consecución del Objetivo de Desarrollo del Milenio 5 B, concretamente el que determina la necesidad no satisfecha de planificación familiar. Sólo el 7% de las mujeres casadas que quieren reducir el número de hijos/as o espaciar el tiempo entre los alumbramientos no utiliza método de planificación familiar alguno para conseguirlo. Así, la demanda insatisfecha de planificación familiar de Namibia es la más baja de África subsahariana, después de la de Cabo Verde¹¹.

El buen desempeño en temas de planificación familiar convive al mismo tiempo con una tasa de mortalidad materna relativamente alta que ha aumentado de forma constante desde los años 90, pasando de unas 200 muertes por cada 100.000 nacidos vivos a finales de siglo a 449 en 2006. A esto se suma el impacto de la mortalidad asociada a la epidemia del VIH/sida que en tan sólo seis años se ha multiplicado por dos, pasando de 4,29 muertes por 1.000 en el año 2000 a 8,29 en 2007, en el caso de los hombres y de 6,31 por 1.000 a 10,38 por 1.000 en el de las mujeres. La prevalencia entre estas últimas es también preocupantemente alta pues un 24,7% de las mujeres entre 25 y 49 años y un 10,6 % de las jóvenes entre 15 y 24 años viven con el VIH.

A pesar de que la mayoría de las mujeres reciben atención prenatal de personal cualificado y más del 80% de los partos se realizan en un centro sanitario, la mortalidad materna continúa siendo muy alta y conseguir su reducción constituye uno de los principales retos a los que se enfrenta el Gobierno en el ámbito de la salud y el cumplimiento de los Objetivos del Milenio. El propio Comité de la CEDAW ha mostrado su preocupación por el alto número registrado de abortos ilegales y el aumento en la tasa de mortalidad materna, así como por la falta de datos fiables para medir su impacto.

Estas cifras contrastan con indicadores muy positivos en la prestación de atención sanitaria a las mujeres embarazadas. Así, por ejemplo, más del 90% de las mujeres realizan al menos una consulta prenatal en un centro de salud durante su embarazo y la mayoría de ellas, el 75%, son atendidas por una matrona o enfermera, aunque en muchos casos no sean cualificadas. Además, gracias a la estrategia del Ministerio de Sanidad, que recomienda a las mujeres embarazadas realizar una consulta prenatal

mensual, al menos el 70% se ha sometido a las cuatro consultas mínimas prescritas por la OMS. En cuanto a la atención al parto por personal cualificado, uno de los indicadores de progreso del ODM 5 A, Namibia puede vanagloriarse de tener uno de los índices más altos de África, ya que casi el 81% de las mujeres acuden a un centro sanitario en el momento del parto.

No obstante, de nuevo, este elevado índice oculta diferencias según el poder adquisitivo y la región en la que se reside pues casi el 100% de las mujeres de mayor renta dan a luz en un centro sanitario, frente al 59% de las mujeres con las rentas más bajas. Por regiones, Kunene es la región con el índice más bajo de partos realizados por personal cualificado, con sólo el 53,6%, seguida de Kavango, con el 62,5%, y Oshangwena, con el 70,9%.

Desde distintas instancias se justifica el incremento constante de las cifras asociadas a la mortalidad materna por el alto índice de prevalencia del VIH, sin embargo, ya en 2001, la política nacional de salud reproductiva ofrecía la misma explicación, sin aportar medidas concretas para revertir esta tendencia. Por otro lado, a pesar de los avances realizados, el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva continúa siendo un problema para el 70,4% de las mujeres, entre las cuales un 41% acusa sobre todo la ausencia de medio de transporte y la elevada distancia al centro de salud. En general, las mujeres en las zonas rurales encuentran las mayores dificultades para acceder a los servicios sanitarios, sobre todo en las regiones de Caprivi y Kavango. Además, aunque las consultas prenatales y otros servicios de salud sexual y reproductiva son gratuitos, el 38% de las mujeres no pueden acceder a la atención por falta de medios para cubrir el tratamiento. A estos se unen otros problemas que dificultan el acceso de las mujeres a los servicios de salud como son el deseo de no acudir sola o el miedo a que no haya personal sanitario femenino.

A pesar de la mejora de la atención sanitaria, existen todavía fuertes carencias en el sistema de referencia y en los recursos sanitarios cualificados. Según un mapeo realizado en 2005/06, sólo 4 de los 34 hospitales existentes proporcionaban cuidados obstétricos de emergencia, mientras que ningún centro de salud lo hacía.

Esto quiere decir que el 80% de las emergencias obstétricas no son atendidas por falta de medios y personal cualificado, lo cual indudablemente tiene que estar relacionado con el aumento de los índices de mortalidad materna e infantil en la última década. En cierta forma, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales no ha priorizado la salud sexual y reproductiva en la medida en que lo ha hecho con la lucha contra el VIH/sida. Más bien al contrario, ha centrado todos sus esfuerzos y recursos, tanto económicos como humanos, en la lucha contra esta enfermedad desde un enfoque excesivamente vertical y desligado de la salud sexual y reproductiva, ignorando así las fuertes sinergias existentes entre ambos ámbitos y desaprovechando una oportunidad única para canalizar los enormes fondos destinados a la lucha contra el VIH/sida hacia una mejora más integral de los servicios de salud.

Con respecto al aborto, datos del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales demuestran que el 21% de las complicaciones obstétricas y el 16% de las muertes maternas están relacionadas con los abortos inseguros. Namibia mantiene la ley sudafricana de terminación del embarazo de 1975 (Abortion and Sterilisation Act) y en línea con el artículo 14 del Protocolo a la Carta africana de derechos humanos y de los pueblos, permite la interrupción del embarazo en los supuestos de incesto, violación, peligro para la salud física o mental de la madre, peligro para la vida del bebé o en el caso de mujeres con discapacidad física o mental.

En la década de los 90 el Gobierno intentó ampliar la ley a un sistema de plazos donde fuera posible la interrupción del embarazo en las primeras doce semanas, adoptándose una nueva ley en 1996 (la Sterilisation and Termination Pregnancy Bill). No obstante, el Gobierno tuvo que retirarla posteriormente debido a la oposición de los sectores más conservadores de la opinión pública y del propio Parlamento. Para muchas organizaciones de mujeres y de derechos humanos, la reticencia de una parte de la clase política por poner en la agenda la ampliación de la interrupción del embarazo se explica porque muchas mujeres viajan a Sudáfrica para abortar, aunque esta posibilidad sólo está al alcance de aquellas mujeres que disponen de suficientes medios económicos.

INDICADORES RELACIONADOS CON EL PAÍS

DATOS GENERALES		2010	
Índice de desarrollo humano		0.606 (nivel medio -puesto 105 de 169 países)	
Asientos de mujeres en el parlamento nacional – 2010		26,90 %	
Poblacion viviendo con menos de 2 dólares al día – 2008		62 %	
Índice de Inequidad de Género – 2010		0.615 (puesto 75 de 169 países)	
Fuente: Elaboración propia *			
SALUD REPRODUCTIVA		2006	2000
Índice de riesgo reproductivo		ALTO	ND
Tasa de mortalidad materna	Nº de muertes por cada 100.000 nacidos vivos	449	271
Muertes debidas al aborto inseguro	Nº de muertes por cada 100.000 nacidos vivos	40	ND
Nacimientos atendidos por personal cualificado (médico, enfermera o matrona)		81,4 %	
Partos en centros de salud	Total	80,9 %	75 %
	Área urbana	93,5 %	93 %
	Área rural	71,8 %	66 %
Atención prenatal	Al menos una visita	86 %	91 %
	Al menos 4 visitas	70,4 %	69 %
Nº de meses de embarazo en el momento de la primera visita	Total (media)	4,7	4,8
	Área urbana (media)	4,6	ND
	Área rural (media)	4,8	ND
Mujeres que realizan al menos 1 visita postnatal	Total	74,6 %	48 %
	Área urbana	82,6 %	53,4 %
	Área rural	68,4 %	45,4 %
Fuente: Elaboración propia **			

SALUD SEXUAL		2006	2000
Tasa de fertilidad	Total hijos por mujer	3,6	4,2
	Área Urbana	2,8	3,1
	Área rural	4,3	5,1
Número ideal de hijos	Para las mujeres	3,1	3,3
	Para los hombres	3,9	4,3
Media de intervalo entre nacimientos	Nº de meses	42,3	40
	Área Urbana	48,6	44,8
	Área rural	38,8	38,1
Prevalencia anticonceptiva	Total de la población que usa algún anticonceptivo	53,5 %	38 %
Método de PF más usado	Método más utilizado	Inyectable 21,8%	Inyectable 17%
Demanda insatisfecha de planificación familiar	Población que no tiene acceso a PF aunque desearía tenerla	20,6 %	13 %
Tasa de aborto inseguro	Nº de muertes por cada 1.000 mujeres de 15 a 44 años	9	ND
Infertilidad	Porcentaje de mujeres	5	1-3%
Prevalencia de VIH/sida	Total	20	ND
	Mujeres	24,7 %	ND
	Hombres	N/D	ND

Fuente: Elaboración propia ***

* Elaborado a partir de datos extraídos de diferentes informes de Naciones Unidas

** Elaborado a partir de datos de 2010 de la OMS, UNFPA, UNICEF y el Banco Mundial así como de la Encuesta de Demografía y Salud de Namibia 2006 y 2000 y datos de la OMS y Population Action international de 2008

*** Elaborado a partir de datos de la OMS 2010, World Sanitary Statistics 2010 y DHS de Namibia 2000 y 2006

SSR DE LOS Y LAS JÓVENES		2006	2000
Jóvenes casados antes de los 18 años (tramo de edad de 20-24)	Mujeres	9,9 %	12 %
	Hombres	0,2 %	ND
Jóvenes de 15 a 19 años que se han quedado embarazadas		4,7 %	20 %
Porcentaje de jóvenes con VIH (tramo de edad 15-24 años)	Mujeres	10,6 %	ND
	Hombres	ND	ND

Fuente: Elaboración propia *

SISTEMA DE SALUD		
Médicos por cada 100.000 habitantes (2010)	Nº	43
Enfermeras y matronas por cada 100.000 habitantes (2010)	Nº	351
Barrera principal de acceso a los servicios de salud (2006)	Total	Preocupación por no encontrar a personal de salud: 43,7 %
	Área urbana	Preocupación por no encontrar a personal de salud: 37,7 %
	Área rural	Distancia al centro de salud: 57,4 %

Fuente: Elaboración propia **

* Elaborado a partir de datos de la DHS de Namibia 2000 y 2006

** Elaborado a partir de datos del Africa Health Workforce Observatory y la DHS de Namibia 2006

3.4

POLÍTICAS PÚBLICAS

EN EL SECTOR SALUD

Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

Desde su independencia Namibia ha hecho un gran esfuerzo por desarrollar un marco normativo y de políticas que oriente las actuaciones y programas del Gobierno en la lucha contra la pobreza y las desigualdades. El marco de referencia han sido los acuerdos y consensos alcanzados en el seno de la Unión Africana y las políticas y protocolos de la Comunidad de Desarrollo de África Austral (SADC, por sus siglas en inglés). A nivel nacional, los marcos generales sobre los que se asientan las políticas y programas sectoriales y los planes de desarrollo son la Estrategia de Reducción de la Pobreza y la Vision 2030. Ambos documentos marcan los objetivos y las líneas prioritarias de actuación del Gobierno y recogen los objetivos establecidos por éste para la consecución de los ODM. La estrategia Vision 2030 establece, además, objetivos concretos para la reducción del índice de mortalidad materna y fertilidad, para mejorar el uso de anticonceptivos, y para promover la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.

Concretamente, en el sector salud se han desarrollado políticas y programas en los distintos ámbitos de la atención sanitaria, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Así, Namibia cuenta con una Política Nacional de Salud 2010 – 2010 y una Política de Salud Reproductiva, recién aprobadas, que sustituyen a documentos anteriores que habían quedado desfasados. Igualmente, este año 2011, el gobierno acaba de aprobar una nueva Política de Género que revisa y actualiza la de 1997, que se implementó a través del plan de acción a cinco años y el programa para la transversalización de género de 2004. Otro paso importante en el ámbito de la igualdad de género fue la trans-

formación del Departamento de Asuntos de las Mujeres en Ministerio de Asuntos de las Mujeres en el año 2000, así como la introducción de medidas legislativas y programáticas como la Política de Género, mencionada más arriba, la Ley sobre la violación o la Ley de lucha contra la violencia doméstica, que constituyen avances fundamentales para la protección de los derechos de las mujeres.

Por otro lado, continúan vigentes la Política de Planificación Familiar de 1995, la Política Nacional de Población de 1997, la Política Nacional de VIH/sida de 2007. A pesar de este amplio desarrollo normativo, existe una fuerte preocupación en un sector de la sociedad civil por la lentitud con la que el Gobierno actualiza algunas políticas clave, así como por la escasa participación de los actores de la sociedad civil en el proceso de elaboración de las mismas y la falta de planes operativos para su implementación.

Por ejemplo, aunque en 2007 hubo un intento del Ministerio de Salud de aprobar una hoja de ruta para reducir la mortalidad materna, su propuesta nunca llegó a implementarse al ser fuertemente cuestionada por las organizaciones de la sociedad civil y algunos organismos internacionales como la OMS. Fundamentalmente, sobre la base de la debilidad de sus indicadores, la ausencia de presupuesto para su aplicación, la falta de identificación de las responsabilidades de los diferentes ministerios, la ausencia de un comité de coordinación así como la escasa participación de los demás actores en su elaboración. Este amplio rechazo forzó al Gobierno a elaborar una nueva hoja de ruta en 2009, recogiendo muchas de las críticas expresadas por los diferentes actores y avanzando considerablemente respecto al anterior documento.

Si comparamos la lucha contra la mortalidad materna y la lucha contra el VIH/sida, es claro que el Gobierno ha realizado un mayor esfuerzo en la elaboración e implementación de políticas en este último sector. Desde un primer momento la prevención ha sido el eje de la lucha contra el VIH/sida. Aunque a finales de la década de los 90, con un índice de prevalencia del VIH cercano al 20%, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales intentó introducir un enfoque más multisectorial, en la práctica se limitó a contemplar la participación de diferentes ministerios en la implementación de los programas de prevención y continuó aplicando un enfoque sanitario y vertical.

INSTRUMENTOS RATIFICADOS EN MATERIA DE DERECHO A LA SALUD E IGUALDAD DE GÉNERO

CONVENCIONES INTERNACIONALES

Convención de Derechos Civiles y Políticos	SI
Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	SI
Convención para la Eliminación de todas las formas de discriminación contra las Mujeres	SI
Convención contra la Tortura y cualquier forma de trato cruel, inhumano o degradante	SI
Convención sobre Derechos del Niño	SI
Protocolo opcional a la Convención de Derechos Civiles y Políticos	SI
Protocolo opcional a la Convención Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	NO
Protocolo opcional a la CEDAW	SI
Protocolo opcional a la Convención de los Derechos del Niño sobre la venta de niños, la prostitución infantil y la pornografía infantil	SI

CONVENCIONES REGIONALES

Carta Africana de Derechos de los Hombres y los Pueblos	SI
Protocolo a la Carta Africana de Derechos de los Hombres y los Pueblos sobre derechos de las mujeres en África	SI

OTROS

Declaración Solemne sobre Igualdad de Género en África	SI
Declaración de Abuja sobre salud	SI
Protocolo sobre Género y Desarrollo de la Comunidad para el Desarrollo de África del Sur de 2008	SI

INSTRUMENTOS NACIONALES Y POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS CON LA SALUD Y LA IGUALDAD DE GÉNERO

LEYES

Ley de aborto y esterilización	1975
Ley para la igualdad de las personas casadas	1996
Ley para la lucha contra la violación	2000
Ley de lucha contra la violencia doméstica	2003

POLÍTICAS

Política Nacional de Planificación Familiar	1995
Política Nacional de Población	1997
Programa para la transversalización de género	2004
Hoja de Ruta para acelerar la reducción de la mortalidad materna	2009
Política Nacional de Salud Reproductiva	2001 – 2011
Política Nacional de Salud	2010 – 2020
Plan Estratégico de Salud	2009 – 2013
Política Nacional de lucha contra el VIH/sida	2007
Marco estratégico nacional para la lucha contra el VIH/sida	2010/11 – 2015/16
Política Nacional de Género	2009 – 2018
III Plan a medio plazo de lucha contra el VIH/sida	2004 – 2009
Política de partenariado con la Sociedad Civil	2005

OTROS

Carta de Derechos de las Personas con VIH/sida	2000
Guía para la prevención de la transmisión vertical del VIH/sida	2004
Hoja de Ruta para la prevención de la transmisión vertical del VIH y su tratamiento	2005

Incluso desde el Secretariado del Programa del Fondo Mundial se admite que, al igual que sucede con los demás programas de VIH/sida, la prevención de la transmisión vertical (PTV) se aborda desde una perspectiva vertical. Justamente, la no integración de la PTV en los programas de salud reproductiva fue una de los motivos por el que la propuesta presentada al Fondo Mundial para la Ronda 9 fue rechazada.

El Medium Term Plan III 2004-2009 de lucha contra el VIH/sida introduce un enfoque más integral, que aborda la prevención, los cuidados y la mitigación del impacto socio-económico y psicológico de la epidemia en la población directamente afectada y que se ha mantenido en el Medium Term Plan IV y en el National Strategic Framework for HIV and AIDS 2010-2020.

La política nacional de VIH/sida de 2007, a su vez, proporciona un marco de referencia para guiar las respuestas a la epidemia desde los distintos sectores e incluye algunos elementos novedosos, como la provisión de tratamiento post-exposición para todas las personas que hayan sido víctimas de violación. Igualmente, la prevención de la transmisión vertical del VIH constituye uno de los componentes clave de la política de VIH/sida y se materializa a través de dos guías: la Guidelines for the Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV de 2004 y el Rollout Plan for PMTCT, VCT and ARV de 2005. En ambos documentos se recoge la realización obligatoria de la prueba del VIH a todas las mujeres durante su primera consulta prenatal, salvo que la mujer rechace la prueba de forma explícita, y se garantiza la disponibilidad y gratuidad de la profilaxis antirretroviral, entre otras medidas.

Otros aspectos como la protección y el respeto a los derechos de las personas con VIH/sida, que tiene como marco de referencia la Carta de Derechos de las Personas con VIH/sida (Namibian HIV/AIDS Charter of Rights) del año 2000, producen cierta preocupación en las organizaciones de la sociedad civil por algunas omisiones que se han producido en relación al derecho de toda mujer seropositiva a quedarse embarazada y a acceder al programa de prevención de la transmisión vertical o la tolerancia de prácticas tradicionales que aumentan la vulnerabilidad de las mujeres a la infección del VIH. Las

denuncias de más de 200 casos de esterilización forzada de mujeres con VIH ponen de relieve que todavía queda mucho camino por recorrer en la defensa de los derechos de las personas con VIH, especialmente los de las mujeres.

En cuanto a la salud sexual y reproductiva de las y los jóvenes, aunque algunas políticas, como la de planificación familiar de 1995, la de salud reproductiva de 2001 o la de VIH/sida de 2007 hacen referencia a este colectivo, cabe destacar que Namibia no dispone de una estrategia específica en este tema. No obstante, en las que están en aplicación, se establece el derecho de los y las adolescentes a la información y los servicios de salud sexual y reproductiva.

TIPO DE AYUDA (% AOD total bruta destinada a Namibia)

	2006	2007	2008	2009
Canalización vía OМУDES	24,31%	65,65%	34,27%	41,90%
Canalización vía ONGD	26,09%	8,15%	11,56%	6,34%
Apoyo presupuestario	0,00%	0,00%	24,57%	23,71%

Fuente: DGPOLDE, 2010

3.5

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA

La presencia de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) en Namibia se remonta a finales de los años 90, cuando se abre una Oficina Técnica de Cooperación (OTC) en Windhoek. El Documento de Estrategia País 2005-2008 y la IV Comisión Mixta Hispano-Namibia de Cooperación para el Desarrollo 2006-2008, definen las acciones de colaboración y ayuda al desarrollo entre ambos países en línea con las prioridades de Namibia.

Para el período de ejecución 2005-2008, el marco presupuestario para toda la cooperación con Namibia ascendió a 43,84 millones de euros, de los que 20,29 millones fueron aportados por la AECID y el resto por otros ministerios y comunidades autónomas.

Con el Plan Director 2009-2012 de la AECID, Namibia deja de ser país prioritario y pasa a ser incluido en el "Grupo C" de países de asociación para la consolidación de los logros de desarrollo. Este grupo sólo puede acceder a un reducido número de instrumentos de financiación y como máximo al 15% de la AOD y por tanto se prevé que tanto el Marco de Asociación con Namibia (pendiente de firma), que sustituirá al DEP 2005-2008 y a la IV Comisión Mixta, como los planes anuales, muestren una reducción tanto en el volumen de la ayuda como en los mecanismos de canalización de la misma.

En cuanto a los mecanismos de coordinación, la OTC participa en la Programación Conjunta impulsada por la Comisión Europea en Namibia para la armonización de los programas y prioridades de los países miembros, así como en los mecanismos de coordinación del grupo de donantes. En la actualidad, los recursos humanos con los que cuenta esta oficina son limitados para el volumen de ayuda que se canaliza hacia este país y para mantener el nivel

de diálogo de políticas y de espacios de armonización con otros donantes que exige el nuevo marco de coordinación, por lo que sería necesario reforzar la oficina con más personal técnico en función de las prioridades futuras.

Las líneas prioritarias de la cooperación española en Namibia son, de acuerdo al Marco de Asociación País, pesca, turismo y desarrollo de PYMES, teniendo en cuenta la ventaja comparativa de la Cooperación Española y la armonización con el resto de los donantes. "Género en Desarrollo" y "Sostenibilidad Ambiental" son prioridades horizontales en todas las intervenciones apoyadas por la Cooperación Española. Por otro lado, teniendo en cuenta los logros de desarrollo alcanzados por el país, el grado de consecución de los ODM, la presencia de otros donantes y la ventaja comparativa de la Cooperación Española, se han definido los servicios sociales básicos como sectores de salida. La Cooperación Española saldrá de los sectores: salud, agua y saneamiento, a medio plazo y de educación a corto plazo. Por volumen de financiación, el principal sector ha sido el de educación con un 18,41% de la AOD bruta, seguido del sector salud con un 14,79%. El resto de la ayuda se concentra en las áreas de gobernabilidad democrática, desarrollo rural y lucha contra el hambre y agua y saneamiento.

En cuanto a la financiación que gestiona la AECID, hubo un aumento constante de los fondos destinados a Namibia hasta 2008, año en el que ascendieron a 8,23 millones de euros, de los cuales, casi el 72,9% correspondió a cooperación bilateral; el 14,58% a la ayuda canalizada a través de ONG; y el 12,15% a multilateral. En 2009, está tendencia comenzó a invertirse y se inició el descenso provocado por los recortes presupuestarios y la clasificación de Namibia como país de categoría "C".

A nivel geográfico, la cooperación española se concentra en las regiones de Ohangwena, Omusati, Kunene y Erongo. La ayuda se canaliza fundamentalmente a través de apoyo presupuestario directo al Gobierno namibio en el marco del SWAP de educación; a través de contribuciones a organismos multilaterales, sobre todo en el marco del Fondo -PNUD para el logro de los ODM que apoya un programa

AOD ESPAÑOLA DESTINADA A NAMIBIA POR INSTRUMENTO DE COOPERACIÓN (MILLONES DE EUROS)

	Ayuda bilateral	ONG	Multilateral	Ayuda humanitaria	Total AECID
2005	1,3		0,54		1,84
2006	1,53	0,77	1,07		3,37
2007	3,30	0,80	0,90		5,00
2008	6,00	1,20	1,00	0,03	8,23
2009	4,80	0,50	0,50	0,30	6,10

Fuente: DGPOLDE, 2010

de género y empoderamiento de la mujer y otro programa de cultura y turismo; y, en menor medida, a través de ONG tanto españolas como locales, vía convenios y proyectos.

En el sector salud, la ayuda española se ha focalizado hacia el apoyo a programas de VIH/sida y salud reproductiva. El porcentaje de ayuda bilateral al sector salud ha representado el 14,79% del total de AOD dirigida a este país, en su mayoría dirigida a la lucha contra el VIH/sida. El principal programa de salud reproductiva que ha financiado la AECID es un programa bilateral de fortalecimiento del sistema de salud de la región de Kunene para la mejora de la salud materna e infantil. El programa se puso en marcha en 2009 con un presupuesto de 1,7 millones de euros para tres años y se apoya con una asistencia técnica del Instituto de Salud Carlos III.

En cuanto a la financiación a través de ONG, ésta se ha canalizado a través de sendos convenios con Médicos del Mundo y Cruz Roja Española enfocados a la lucha contra el VIH/sida. Desde 2004 hasta 2010 en que se produce la salida del país, Médicos del Mundo ha desarrollado intervenciones orientadas a la prevención del VIH en las regiones de Kunene y Erongo, en el marco de un convenio de 4 millones de euros para 4 países. Por su parte, Cruz Roja Española, junto a la Cruz Roja de Namibia, ha ejecutado un convenio para el fortalecimiento de las capacidades de la población, prevención del VIH y la puesta en marcha de actividades generadoras de ingresos para aquellas familias afectadas por la epidemia del VIH/sida en las regiones de Ohangwena y Caprivi. El convenio, que ha finalizado en 2010, contó con un presupuesto de 1,5 millones de euros.

Adicionalmente a los sectores prioritarios, la cooperación española apoya intervenciones para la promoción de la equidad de género tanto por la vía multilateral como

mediante el apoyo a ONG locales. La aportación más importante es la realizada al componente de género del programa 2009-2012 financiado por el Fondo MDG Género. Este componente se financia a través de la ventana de igualdad de género y autonomía de las mujeres y cuenta con un presupuesto de 8 millones de dólares para tres años. En su ejecución participan agencias de Naciones Unidas y el Ministerio de Igualdad de género y bienestar de la infancia. Uno de los elementos más innovadores del programa es que se trata de un programa conjunto de cinco organizaciones de Naciones Unidas: el PNUD, UNFPA, UNICEF, UNESCO y la FAO.

La gestión y coordinación del programa se realiza desde la unidad de gestión dependiente del PNUD, organismo que asume el papel de administrador del programa. Además, se ha establecido un Comité Nacional en el que participan entre otros el/la Coordinador/a Residente de Naciones Unidas, el Director General de la Comisión Nacional de Planificación y el Embajador de España. A nivel operativo existe también un Comité de gestión del programa en el que participan representantes de las cinco agencias de Naciones Unidas, de los ministerios involucrados, de la Comisión Nacional de Planificación, de las contrapartes que ejecutan algunas de las actividades y de la OTC.

Por otra parte, la AECID apoya desde hace varios años a las organizaciones namibias Women Action for Development que trabaja en la capacitación y sensibilización en violencia de género, NANASO, la red nacional de ONG que trabajan en VIH/Sida para el fortalecimiento de la red, y PENDUKA que apoya a pacientes de tuberculosis y actividades de generación de ingresos.

3.6

EL PROCESO HACIA

LA EFICACIA DE LA AYUDA

Namibia firmó la Declaración de París relativamente tarde, en abril de 2007, por lo que la incorporación de estos aspectos a su política de desarrollo solo se ha iniciado en los últimos años. Por este motivo, los avances realizados en la puesta en marcha de nuevos modelos de cooperación que fomenten una mayor armonización, apropiación y alineamiento entre Gobierno y donantes son aún escasos. Tampoco se dispone de indicadores de progreso todavía, pero estarán disponibles gracias a la Encuesta 2011 que está siendo realizada de cara al Foro de Alto nivel de Busán.

Apropiación

Podemos decir, que el grado de apropiación de la agenda de desarrollo por parte del Gobierno namibio es bastante alto si tenemos en cuenta que ha puesto en marcha un amplio abanico de políticas y programas que definen sus prioridades de desarrollo y tiene una baja dependencia de la ayuda externa, que representa el 3,5% del PIB nacional, según datos de 2009. No obstante, como señalan varias fuentes, la falta de recursos humanos, uno de los principales problemas con los que se enfrenta el Estado, hace que exista una fuerte dependencia de consultores externos para la elaboración de políticas y programas e incluso para su gestión, lo que dificulta la apropiación de estas iniciativas por parte de los diferentes ministerios¹². Para algunas organizaciones esta falta de recursos humanos limita no sólo la capacidad de ejecución y de diseño de políticas y programas sino también la capacidad de coordinación y negociación del Gobierno ante los donantes.

En este sentido, a pesar de los esfuerzos realizados por el Gobierno y el apoyo recibido de algunos donantes como la CE, los mecanismos de coordinación entre Gobierno y donantes siguen siendo débiles. El organismo gubernamental responsable de esta coordinación es la

Comisión Nacional de Planificación (NPC), y dentro de ella, la Dirección de Cooperación al Desarrollo se encarga de la gestión y coordinación de la ayuda, aunque en la práctica su trabajo se reduce a asegurar la coherencia de las intervenciones de los donantes con las políticas y objetivos del Gobierno de Namibia. De hecho, la NPC se enfrenta a importantes retos al no disponer de suficiente personal con el conocimiento técnico necesario para realizar las funciones asignadas y tampoco contar con una posición fuerte frente al Ministerio de Economía y los demás ministerios que le permita liderar la coordinación y gestión de la ayuda de acuerdo a los objetivos y planes del Gobierno.

En 2006, la NPC estableció, en colaboración con Naciones Unidas, un foro de alto nivel denominado Development Partners Group, en el que se abordan los principales temas relacionados con la agenda de desarrollo de Namibia a través de reuniones trimestrales. Además, existen distintos mecanismos de coordinación de naturaleza sectorial, cuya efectividad, como reconocen tanto donantes como el Gobierno, varía de sector a sector.

En general, en el sector salud y en el sector de género no existen mecanismos de coordinación formal entre donantes y Gobierno, aunque el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales está estudiando establecer uno. En cambio, existen múltiples espacios de coordinación dentro del subsector de lucha contra el VIH/sida mientras que en los demás temas la coordinación es informal y puntual según las necesidades del momento y casi siempre de forma bilateral entre Gobierno y donante para tratar proyectos concretos. Igualmente, el sector salud no cuenta con un enfoque sectorial (SWAP en sus siglas en inglés) que agrupe la ayuda destinada a este sector, como sí ocurre en el caso del sector de educación, agua y transportes.

En cuanto al rol de la sociedad civil dentro la agenda de eficacia de la ayuda, hay que señalar que la sociedad civil namibia es relativamente joven, ya que la mayoría de las organizaciones se crean tras la independencia. Su desarrollo, desde finales de los años 90, está marcado por el impacto de la epidemia del VIH/sida y la llegada de la financiación del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el PEPFAR. Según algunas organizaciones, estos dos hechos han distorsionado el sector de las ONG en dos aspectos fundamentales.

MECANISMOS DE COORDINACIÓN Y ARMONIZACIÓN DE LOS DIFERENTES ACTORES DEL DESARROLLO

NOMBRE	FUNCIONES	ROL DE LA SC
Comisión Nacional de Planificación	Organismo del Gobierno cuya función es facilitar el diálogo entre donantes y los distintos ministerios y organismos gubernamentales encargados de la ejecución de la ayuda.	No participa
Development Partners Group (Grupo de Socios del Desarrollo)	Foro de alto nivel que reúne trimestralmente a Gobierno y donantes para abordar los asuntos relacionados con la agenda de desarrollo	No participa
National Multisectoral AIDS Coordination Committee (Comité Nacional de Coordinación Sectorial sobre Sida)	Mecanismo de coordinación en el que participan el Ministerio de salud y los donantes del sector VIH/sida	No participa
Partnership Forum (Foro de socios sobre VIH/sida)	Mecanismo de coordinación entre agencias bilateral y multilaterales, ONG, asociaciones de personas viviendo con VIH y sector privado, copresidido por ONUSIDA y USAID	Si participa
Namibian coordination Committee on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (Comité Namibio de Coordinación en VIH/sida, Malaria y Tuberculosis)	Mecanismo de coordinación nacional ligado al Fondo Mundial de lucha contra el VIH/sida, la Tuberculosis y la Malaria	Si participa
National Aids Executive Committee	Este comité es la más alta instancia política sobre VIH/sida y está constituido por Ministros del Gobierno y Gobernadores de las regiones. Es responsable de asegurar que las políticas de lucha contra el VIH/sida son implementadas y financiadas de forma adecuada	No participa

Fuente: Elaboración propia

ASOCIACIONES, ORGANIZACIONES Y REDES DE LA SOCIEDAD CIVIL

ORGANIZACIONES Y REDES DE MUJERES	LÍNEAS TEMÁTICAS
Women Action Development	Genero
Legal Assistance Center	Genero y derechos
Women Leadership Center	Genero y derechos
International Comm. Of Women Living with HIV	VIH/sida
Sister Namibia	Genero
Namibian Woman's Network	VIH/sida
ORGANIZACIONES MIXTAS	LÍNEAS TEMÁTICAS
Namibian Planned Parenthood Association	SSR
OYO	Jóvenes y salud
Red Cross Namibia	Salud
REDES	LÍNEAS TEMÁTICAS
NANGOF TRUST	Red de ONG de desarrollo
NANASO	Red de ONG de VIH/sida

Fuente: Elaboración propia

Por una parte, con la creación de “organizaciones de cartera” que surgen con la llegada de los grandes donantes y que desaparecen cuando termina la financiación; y, por otra, porque la mayoría de las organizaciones han hecho del VIH/sida su principal área de trabajo, fuese éste o no su ámbito de actuación inicial. Así, las organizaciones que trabajan en este área han pasado de gestionar el 1,6% de la financiación para el sector en 2001/02 al 16% en 2006/07, mientras que el porcentaje gestionado por el Gobierno ha descendido del 57% al 43% en el mismo periodo.

La llegada de importantes líneas de financiación de la mano de los grandes fondos globales de salud y las limitadas capacidades de muchas organizaciones para trabajar más allá de la provisión de servicios, han hecho que la mayoría de las ONG centren sus actividades en la prevención del VIH y la atención domiciliaria de personas con VIH/sida, áreas preferidas por los fondos globales para financiar a la sociedad civil. Según NANASO, la red de ONG que aglutina a 450 organizaciones que trabajan en éste ámbito, uno de los grandes retos a los que se enfrentan la red y las organizaciones miembro es el trabajo desde un enfoque más integral, que incluya la salud sexual reproductiva como parte del trabajo en VIH/sida, para alinearse así tanto con la nueva Estrategia Nacional de VIH/sida como con el nuevo programa presentado en 2010 al Fondo Mundial.

Toda esta situación genera también que las organizaciones vayan dejando de lado el trabajo más estratégico de participación en los espacios de toma de decisiones o de incidencia política, exceptuando algunas organizaciones, como Namibian Women’s Network o Sister Namibia y redes como Nangof Trust que son conscientes de la debilidad que esto supone para el desarrollo de la sociedad civil y han convertido el trabajo en este ámbito en uno de sus principales ejes de actuación. Entre las principales acciones realizadas por estas organizaciones están por ejemplo la campaña de denuncia de las esterilizaciones forzadas realizadas a mujeres embarazadas con VIH, lanzada por la Namibian Women’s Network, y la iniciativa People’s Budget de Nangof Trust para impulsar la participación de las organizaciones de la sociedad civil en el proceso de elaboración del presupuesto nacional.

A diferencia de otros países africanos, el marco jurídico que rige al sector de las ONG permite que éstas desarrollen su trabajo sin limitaciones. La política de partenariado entre el Gobierno de Namibia y las organizaciones civiles de 2005 (Government of Namibia Civic Organisations Partnership Policy) establece la normativa por la que deben regirse las organizaciones de la sociedad civil y propone la creación de un espacio de cooperación entre Gobierno y sociedad civil bajo la coordinación de la Comisión Nacional de Planificación. No obstante, como sucede en otros ámbitos, apenas se ha avanzado en la implementación de esta política y la participación de la sociedad civil continua siendo muy limitada. Para dotar de un nuevo impulso a este proceso, el Gobierno está elaborando una ley de partenariado con la sociedad civil cuyo periodo de consultas con las ONG ya se ha iniciado. En este sentido, la coordinadora de ONG de Namibia ha mostrado su preocupación por la falta de claridad en algunos de aspectos de la nueva ley y por la falta de participación de la sociedad civil en el proceso de elaboración de la misma. En paralelo a este proceso, y como parte de un proceso interno, la Coordinadora de ONG ha elaborado un código ético para mejorar la transparencia y la buena gobernanza de las organizaciones miembro.

En cuanto los espacios de coordinación entre sociedad civil y donantes, en marzo de 2010, la red de ONG Nangof Trust organizó el primer foro entre sociedad civil y donantes para la creación de un espacio de diálogo entre ambos, foro que se enmarcó dentro del programa de apoyo a la sociedad civil financiado por la Comisión Europea. No obstante, ésta no participa en el mecanismo de coordinación del gobierno y los donantes donde en realidad debería estar presente.

Alineamiento

El principio de alineamiento es uno de los objetivos más complejos de la Declaración de París. Un mejor alineamiento requiere cambios en el comportamiento de los donantes en el uso de los sistemas nacionales y la previsibilidad de su ayuda, pero también sistemas nacionales más sólidos para disponer de estrategias, planes

operativos, presupuestos y marcos de seguimiento más eficaces. Todos estos elementos deben existir para que el Gobierno pueda identificar las necesidades y prioridades que deben apoyar los donantes y a las que los donantes deben responder.

En términos generales, solo se utilizan los sistemas nacionales de seguimiento para los programas de apoyo presupuestario o los programas sectoriales, como el de educación o desarrollo rural agua y saneamiento, apoyados tanto por la Cooperación Española como por la Comisión Europea. Para el resto de proyectos y programas, los donantes internacionales utilizan sus propios sistemas de gestión, seguimiento y evaluación. A esto hay que sumar la falta de alineamiento entre los planes presupuestarios anuales del Gobierno y los de los donantes, ya que el año fiscal namibio empieza en abril mientras que en la mayoría de los países donantes comienza en enero, de forma que se produce un desajuste de cuatro meses.

Con respecto al uso de los sistemas nacionales de aprovisionamiento, tanto el Gobierno como algunas organizaciones de la sociedad civil critican el limitado uso que hacen los donantes de los sistemas nacionales y el mercado nacional para el aprovisionamiento de servicios, primando por encima de todo el uso de sus propias políticas, regulaciones y procedimientos, privilegiando el aprovisionamiento de servicios en sus propios mercados y desaprovechando una oportunidad para potenciar el desarrollo del país, reducir la pobreza y crear empleo¹³.

Los principales donantes, como GTZ y el PNUD (que coordina el programa del Fondo PNUD-España) o el Millennium Challenge Compact (MCC) de la cooperación estadounidense, utilizan unidades de gestión paralelas a las del Gobierno. A pesar del poco interés que muestra habitualmente USAID en la agenda de la eficacia de la ayuda, se aprecian cambios positivos en la política de cooperación en el país. Entre estos avances podemos mencionar la firma del primer marco de partenariado del programa PEPFAR entre los gobiernos de Estados Unidos y Namibia para mejorar el alineamiento y la armonización con los planes y estrategias nacionales; el compromiso de PEPFAR de asignar una parte de los fondos del programa a ONG locales; o la exclusión de la ayuda ligada del Millennium Challenge Compact.

Aunque es fundamental el uso de los sistemas nacionales para asegurar la apropiación de los procesos de desarrollo por parte del Estado y la sostenibilidad de los mismos, en la mayoría de los países, incluido Namibia, la falta de personal bien formado sigue siendo un grave problema en el que se avanza muy lentamente. Como señala una evaluación de la Comisión Europea, el reto es “estructurar y diseñar el apoyo al desarrollo de capacidades de manera que se fortalezcan los organismos gubernamentales de manera sostenible y que no se limite sólo a prestar asistencias técnicas para paliar temporalmente las deficiencias estructurales de estos” (CE 2009). En este sentido, como sucedió con la base de datos de donantes del NPC, hay demasiados ejemplos de iniciativas que se paralizan cuando se marcha el consultor o consultora que lo puso en marcha.

Armonización

El sector salud constituye uno de los sectores prioritarios para la cooperación internacional en Namibia y su peso relativo ha pasado de representar el 7,2% de la ayuda en 2001/02 al 79,4% en 2006/07. No obstante, la inclusión inicial de Namibia en el grupo de los países de renta media, y desde 2009 en el de renta media alta, ha conllevado una salida gradual de una parte importante de los donantes presentes en el país. La reducción de la ayuda, sobre todo bilateral, ha sido compensada, sin embargo, por un aumento considerable de los fondos destinados a la lucha contra el VIH/sida provenientes del Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria y el PEPFAR.

Independientemente de esto, se observa también que los donantes tradicionales están haciendo cambios en las modalidades de ayuda utilizadas. Por una parte se está reduciendo la ayuda bilateral e introduciendo la cooperación económica basada en préstamos a interés cero y por otra, está aumentando el apoyo a la sociedad civil, sobre todo en el área de fortalecimiento de capacidades. De hecho, en el sector salud se ha reducido la financiación canalizada a través del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales y ha aumentado notablemente la recibida

por las ONG. Así, las cifras muestran una reducción en el volumen de ayuda gestionado por el Ministerio del 59,1% en 2001/02 al 25,6% en 2006/07, mientras que el apoyo a organizaciones de la sociedad civil crece del 40,9% al 72,9% en el mismo periodo. Este aumento en el número de actores hacia los que se canaliza la financiación del sector salud exige un mayor esfuerzo de liderazgo y coordinación por parte del Gobierno, de forma que se eviten duplicaciones y esfuerzos paralelos.

Dentro de los Estados miembro de la Unión Europea, Alemania, Francia y España han incrementado su ayuda bilateral en los últimos años, compensando así la retirada de otros países como Suecia, Noruega, Italia, Dinamarca, Holanda y Reino Unido, y el paso a una cooperación económica de países como Finlandia y Luxemburgo.

Alemania es el principal donante europeo de Namibia, país al que le unen vínculos históricos que se remontan a la época colonial. Aunque los sectores prioritarios de actuación de la cooperación alemana son el transporte, los recursos naturales y el desarrollo económico, la transversalización del VIH/sida se considera un área importante de su estrategia y se concreta en un programa para transversalizar esta cuestión en varios ministerios, apoyada con 4,7 millones de euros. Por su parte, la cooperación francesa centra sus esfuerzos en el sector de la educación y las infraestructuras, así como la promoción de la cultura y la enseñanza del francés. Finlandia, con una larga presencia en el país que se remonta al siglo XIX, está dirigiendo su cooperación hacia lo que llama “nuevos instrumentos de financiación”, enfocados fundamentalmente hacia la inversión económica en los sectores del turismo y comercio y la cooperación entre instituciones de ambos países, como centros de investigación o municipalidades. La cooperación luxemburguesa, por su parte, se encuentra también en una etapa de transición hacia la cooperación económica basada en la concesión de créditos.

La Comisión Europea, por su parte, canaliza su ayuda a través de un acuerdo bilateral con el Gobierno y la financiación de ONG europeas que trabajan en partenariados con las ONG namibias. No obstante es posible que esta modalidad cambie en los próximos años, ya que el plan estratégico 2008-2013 para Namibia cuestiona el valor añadido que las ONG europeas pueden aportar en el mar-

co de las relaciones de desarrollo. En este sentido, las organizaciones europeas son percibidas como meras intermediarias, puesto que son las organizaciones locales las que tienen toda la responsabilidad de la ejecución de los proyectos¹⁴. Este planteamiento, sin embargo, no tiene en cuenta el papel que estas ONG juegan en el fortalecimiento y la transferencia de capacidades a las organizaciones locales y se obvia la importancia de favorecer alianzas estratégicas entre la sociedad civil del norte y el sur basadas en la reciprocidad y el trabajo conjunto. En el ámbito de la salud, la ayuda de la UE se focaliza en la lucha contra el VIH/sida, aunque es probable que ésta se reduzca todavía más en los próximos años al no quedar muy claro el valor añadido de la cooperación europea frente a la de donantes como PEPFAR o el Fondo Mundial.

EEUU es, desde hace años, el primer donante de Namibia tanto en términos globales como específicamente en el sector salud. Los dos mecanismos de financiación más importantes son la iniciativa Millenium Challenge Account (MCC) y la iniciativa PEPFAR. A través del MCC, recientemente aprobado, la cooperación estadounidense canalizará 304,5 millones de dólares en los próximos cinco años para educación, agricultura, turismo e infraestructuras, mientras que el apoyo al sector salud se realizará a través del programa PEPFAR de lucha contra el VIH/sida, con un presupuesto de unos 100 millones de dólares anuales.

Evidentemente, EEUU marcará en los próximos años la agenda de cooperación en Namibia, lo que puede generar pocos avances en la agenda de la eficacia de la ayuda de los donantes dado su limitada participación en los espacios de coordinación multi-donante y su reticencia a armonizar sus procesos y alinear sus estrategias. El programa PEPFAR es un buen ejemplo de ello pues a las quejas habituales de diferentes actores de la sociedad civil por la falta de transparencia en la ejecución del programa y su sostenibilidad, se suma el malestar expresado desde algunas instancias gubernamentales por tener la sensación de no saber qué se hace desde el programa, puesto que PEPFAR firma directamente los contratos con ONG internacionales americanas que ejecutan sus proyectos.

Para hacer frente a algunas de estas críticas, en 2008 el Gobierno de EE UU introdujo marcos de partenariado

Evolución de la ayuda internacional al sector salud

Fuente: Ministerio de Sanidad, 2008

Año	% del total la ayuda
2001/02	7,2%
2002/03	6,4%
2003/04	7,9%
2004/05	30,4%
2005/06	77,3%
2006/07	79,4%

con el gobierno de Namibia y demás actores presentes en el país con el objetivo de dotar al gobierno receptor de mayor autonomía en la toma de decisiones y promover un mayor alineamiento y armonización con los planes y estrategias nacionales en VIH/sida. Aunque no se ha tenido acceso al borrador del marco de partenariado con Namibia, según el Secretariado del Fondo Mundial éste se alinea con el National Strategic Framework de Namibia, lo cual se considera un avance hacia incorporar los principios de la agenda de París en sus intervenciones. Además, la cooperación estadounidense está planteándose prestar un mayor apoyo a las organizaciones locales y reducir el porcentaje de ayuda que canaliza a través de las ONG internacionales.

Junto a estos donantes tradicionales, en los últimos años se ha producido un aumento de la presencia de países emergentes, como India, China, Brasil, Egipto o Cuba en el club de donantes. La mayoría de esta cooperación se canaliza a través de asistencias técnicas, y sólo Brasil destina fondos al sector salud. Además, existen mecanismos multilaterales de financiación, como el Fondo Mundial de lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, que desde 2004, ha desembolsado 126 millones de dólares americanos de los que 97 millones han sido para el programa de VIH/sida que acaba en 2010 y para el que ya se ha presentado un programa de ampliación.

La ejecución del primer programa de VIH/sida del Fondo Mundial puso de manifiesto algunas debilidades del Gobierno en relación a la dificultad de éste para absorber y gestionar los fondos, la lentitud en el desembolso a los receptores secundarios, o la falta de coordinación y participación de los demás actores, especialmente de la sociedad civil en la toma de decisiones en el marco de Mecanismo de Coordinación País (MCP) presidido por el receptor principal de los fondos, el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales. Para abordar estos problemas se estableció una unidad de gestión del programa y en 2006 se reformó el MCP para dotarle de mayor representatividad y transparencia.

En todo este contexto, por tanto, la armonización entre los donantes avanza lentamente y varía dependiendo del sector. Los espacios de coordinación generales son, como

hemos señalado arriba, el Development Partners Group (DGP), creado en 2006, como espacio de coordinación de los donantes y el Gobierno, y las reuniones mensuales de los jefes de misión y responsables de cooperación de los países de la UE, presididas desde julio de 2010 por el jefe de la delegación de la Comunidad Europea.

Los dos sectores en los que existe una mejor coordinación son el sector de la educación y el del VIH/sida mientras que en los demás no existen mecanismos formales y el diálogo se realiza a nivel bilateral con el ministerio correspondiente. Así, en el sector de la educación, el enfoque sectorial introducido por el Gobierno en 2001 ha forzado a establecer estructuras de coordinación estables, como el Education Sector Planning Advisory Group (ESPAG, por sus siglas en inglés), que agrupa a los ministerios involucrados, los donantes y otros actores relevantes.

En el subsector de la lucha contra el VIH/sida, por su parte, está operativo, a iniciativa de ONUSIDA, un espacio de coordinación entre los distintos actores involucrados en la lucha contra el VIH/sida (agencias bilaterales y multilaterales, ONG, el sector privado y las organizaciones de personas con VIH y sida) denominado Partnership Forum. Además, el nuevo Marco estratégico nacional para la lucha contra el VIH/sida 2010/11-2015/16 establece la creación de un mecanismo de coordinación nacional liderado por el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales que sustituirá al actual Partnership Forum.

Los donantes más importantes en este sector, el Fondo Mundial y USAID-PEPFAR, también participan en estos espacios de coordinación. USAID-PEPFAR copreside el Partnership Forum y participa en el comité de coordinación de país del Fondo Mundial, llamado Namibia Coordination Committee on HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria (NaCCATuM, por sus siglas en inglés) y en el National AIDS Executive Committee (NAEC), que coordina la ejecución de todas las actividades de VIH/sida en el país.

Donde no se producen avances es en el proceso de armonización de los sistemas de planificación, ejecución, seguimiento y evaluación de los principales donantes (PEPFAR y el Fondo Mundial). Ambas institucio-

nes se caracterizan por tener sistemas de seguimiento y evaluación rígidos, que generalmente impiden la armonización de estos sistemas con otros donantes. Se trata de sistemas de seguimiento y evaluación adaptados a su modelo de financiación basado en el desempeño, en el que la renovación de la financiación depende de los resultados alcanzados. Esto explica que el Fondo Mundial contrate en cada país a empresas u organizaciones independientes a las que denomina “agentes locales” para realizar el seguimiento de los proyectos que financia.

Gestión orientada a resultados y rendición de cuentas

Este principio se refiere al impulso de una gestión de los recursos y una mejora de la toma de decisiones con una orientación a resultados. Los compromisos recaen tanto en los donantes como en los países receptores, aunque son estos últimos los que deben desarrollar marcos de seguimiento de resultados vinculados a las estrategias nacionales.

Esta es una de las áreas más débiles en Namibia porque algunas políticas y estrategias como la Hoja de Ruta para acelerar la reducción de la mortalidad materna o la Política de Género carecen de buenos indicadores y de mecanismos de seguimiento que faciliten su puesta en marcha. A esto se suma la lentitud del Gobierno en realizar evaluaciones intermedias y finales de las estrategias y programas del Gobierno, elemento clave para una buena gestión por resultados y para la elaboración de buenas estrategias y políticas. En el sector salud, el Ministerio de Salud y Servicios Sociales sólo se han realizado dos evaluaciones hasta la fecha, una evaluación intermedia del Third Medium-Term Plan on HIV/AIDS y una evaluación general del sistema sanitario y los servicios sociales en 2008.

Los gobiernos nacionales deben apropiarse del principio de gestión por resultados y ello requiere no sólo un compromiso político, sino también el fortalecimiento de los recursos humanos y de los sistemas nacionales.

La gestión por resultados es un proceso complejo cuyos objetivos son tangibles a largo plazo y que precisa de personal técnico bien formado en un área en la que, como hemos visto, el Gobierno de Namibia se enfrenta a serios retos, especialmente a nivel regional y local.

En cuanto a la rendición mutua de cuentas, la Declaración de París hace un llamamiento a donantes y gobiernos receptores para valorar de forma conjunta los respectivos progresos en la implementación de los compromisos sobre eficacia de la ayuda y para establecer, a nivel nacional, mecanismos de evaluación de los compromisos alcanzados. Asimismo, establece que la rendición de cuentas debe hacerse no sólo entre el gobierno y los donantes, sino también de estos hacia sus respectivas sociedades. Las evaluaciones, especialmente las conjuntas, pueden ser un buen mecanismo para la rendición de cuentas si se aplica un enfoque más inclusivo que, además de Gobierno y donantes, incluya la participación de la sociedad civil y de las comunidades. No obstante, por el momento, esta rendición de cuentas no se está produciendo y es necesario que el Gobierno de Namibia establezca un mecanismo formal a este respecto.

NOTAS

- ¹ Central Bureau of Statistics 2008
- ² Ministry of Health and Social Services, 2008. Health and Social Services Review.
- ³ Ministry of Health and Social Services, 2006. Health and Demographic Survey 2006/07
- ⁴ Ministry of Health and Social Services et al. 2005. Equity in Health Care in Namibia towards needs-based allocation formula. Equinet Discussion paper no.26. Windhoek: MoHSS
- ⁵ Ministry of Health and Social Services, 2008. Health and Social Services Review.
- ⁶ según la legislación vigente la edad mínima para contraer matrimonio tanto para las mujeres como para los hombres es de 18 años, sin embargo, la ley consuetudinaria, en vigor no establece una edad mínima para el matrimonio lo que “legaliza” el matrimonio precoz
- ⁷ CEDAW, 2007. Concluding comments of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women
- ⁸ Legal Assistance Centre, 2009 Buscar título documento
- ⁹ La ley incluye la violación dentro del matrimonio o cuando se producen relaciones sexuales no consentidas bajo el efecto del alcohol.
- ¹⁰ Según la EDS de 2006/2007 Namibia tiene el tercer índice de fertilidad más bajo, por detrás de Sudáfrica y Lesoto.
- ¹¹ UNFPA 2010

BIBLIOGRAFÍA

African Development Bank (ADB). 2009. Country Strategy Paper 2009-2013.

AECID. 2009. Plan Director 2009/2012. Madrid: AECID

Comisión Europea (CE). 2007. Republic of Namibia – European Community Country Strategy Paper and National Indicative Programme 2008-2013. Windhoek: CE

CEDAW. 2007. Concluding comments of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women, Namibia. CEDAW/C/NAM/CO/3

ELLMERS, Bodo. 2010. Targeting Development? Procurement, tied aid and the use of country systems in Namibia. Bruselas, European Network on Debt and Development (Eurodad)

European Commission. 2009. Evaluation of the European Commission's co-operation with Namibia. Country level Evaluation. Windhoek: EC

International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). 2009. The Forced and Coerced Sterilization of HIV Positive Women in Namibia. Windhoek: ICW

Iheme, Benedict. 2009. The Legal and Regulatory Framework for civic Organizations in Namibia. Volume 11, Issue 2, February 2009, The International Journal of Not-for-Profit Law

Legal Assistance Centre. 2009. Withdrawn, Why complainants withdraw rape cases in Namibia. Windhoek: LAC

Ministry of Finance. 2008. Statement for the 2008/2009 budget. Windhoek: MoF.

Ministry of Health and Social Services. 2008. Health and Social Services System Review, Draft 3. Windhoek: MHSS

- 2008. Health and Social Services Review. Windhoek: MoHSS
- 2008. Namibia National Health Accounts 2001/2002 – 2006/2007. Windhoek: MoHSS
- 2007. Roadmap for Accelerating the Reduction of Maternal and newborn morbidity and mortality. Windhoek: MHSSç
- 2005. Rollout Plan for Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV, Voluntary counseling and Testing and Anti retroviral Therapy. Windhoek: MHSS
- 2004. Guidelines for the Prevention of Mother-to-child Transmission of HIV. Windhoek: MHSS
- 2002. A guide for the Introduction of "Adolescent Friendly Health Services" in Public Health Facilities in six Pilot Districts in Namibia. Windhoek: MHSS
- 2001. National Policy for Reproductive Health. Windhoek: MHSS
- 1997. National Population Policy for Sustainable Human Development. Windhoek: MHSS
- 1995. Family Planning Policy. Windhoek: MHSS

Ministry of Health and Social Services et al. 2005. Equity in Health Care in Namibia towards needs-based allocation formula. Equinet Discussion paper no.26. Windhoek: MoHSS

Nangof Trust. En línea <<http://www.nangoftrust.org.na>>. Consultada el 14-09-2010

National Planning Commission. 2008. Development Cooperation Policy and Guidelines. Windhoek: NCP

National Society for Human Rights. 2006. Shadow Report: UN Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination against women. Windhoek: NSHR

Office of the President, Department of Women's Affairs, 1997. National Gender Policy. Windhoek: DWA

PEPFAR. En línea <<http://www.pepfar.gov/frameworks>>. Consultada el 08-09-2010

PNUD. 2010. Informe del Índice de Desarrollo Humano 2010

RUPPEL, Oliver (ed.) 2008. Women and custom in Namibia, Cultural Practice versus Gender Equality. Windhoek: Konrad Adenauer Foundation.

Southern African Development Community. 2008. Protocol on Gender and Development. SADC

1999. Protocol on Health. Maputo: SADC

The Global Fund. En línea <<http://portfolio.theglobalfund.org/Country/Index/NMB?lang=es#>>. Consultada el 21-09-2010

Unión Africana. 2004. Solemn Declaration on Gender Equality in Africa. Addis Abeba: UA

ACRÓNIMOS

AECID	Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo	MoHSS	Ministry of Health and Social Services Ministerio de Salud y Servicios Sociales
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo	NPC	National Planning Commission Comisión Nacional de Planificación
CEDAW	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres	ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ESPAG	Education Sector Planning Advisory Group Grupo de Asesoría para la Planificación del Sector Educación	OMS	Organización Mundial de la Salud
DCRM	Division of Coordination and Mobilization of Resources División de Coordinación y Movilización de Recursos	OTC	Oficina Técnica de Cooperación
DPG	Development Partners Group Grupo de Socios para el Desarrollo	PEPFAR	President's Emergency Plan for AIDS Relief Plan de Emergencia del Presidente (de EEUU) para la Ayuda en ETS
GTZ	Agencia de Cooperación Técnica Alemana	PTV	Prevención de la Transmisión Vertical
IDH	Índice de Desarrollo Humano	PNUD	Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo
IDG	Índice de Desarrollo Humano Relativo al Género	SADC	Southern African Development Community Comunidad de Desarrollo de África Austral
IPG	Índice de Potenciación de Género	SWAPO	South-West Africa People's Organization Organización de los Pueblos del Suroeste de África
MCC	Millenium Challenge Compact	UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas
MCP	Mecanismo de Coordinación País		



Red ACTIVAS
Juan Montalvo, 6
28040 Madrid
www.redactivas.org

Con la financiación de:

