

SALUD reproductiva



Hacia una nueva agenda de desarrollo
**Políticas de población y
salud reproductiva**

REPRODUCTIVE HEALTH MATTERS

TEMAS DE

SALUD
reproductiva

Número 8

2015

**Hacia una nueva agenda de desarrollo
Políticas de población y salud reproductiva**

RHM en Español, Número 8

Los artículos de esta edición han sido seleccionados de

Vol 20 No. 40 Dec. 2012
Vol 21 No. 42 Nov 2013
Vol 22 No. 43 May 2014
Vol 22 No. 44 Nov. 2014

Comité Editorial:

Ruth Iguñiz, Nancy Palomino, Mariella Sala

Traducción:

Yolanda Sala Baez

Editora:

Nancy Palomino Ramirez
nancy.palomino@upch.edu.pe

Revisión de contenidos y coordinación:

Mariella Sala

Diagramación:

Aldo Ocaña Correa

Foto de carátula:

Andre W. Aitchison / Stars Foundation

Esta edición en español es financiada por RHM
RHM es una institución benéfica registrada
en Inglaterra y Gales, No. 1040450
Limited Company Registered
No. 2959883 (England)
ISSN 0968-8080

Edición en español publicada por:

Universidad Peruana Cayetano Heredia
Facultad de Salud Pública y Administración
Carlos Vidal Layseca
Av. Honorio Delgado 430, Lima 31, Perú
T: (51-1) 3190041 – F: (51-1) 3819072
www.upch.edu.pe

Página Web: www.diassere.org.pe
Depósito legal No. 2004-0393
ISSN 2412-7973
Lima, agosto 2015
Publicación virtual

OFICINA EDITORIAL RHM:

Reproductive Health Matters
444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NWS 1 TL, UK
Tel: (44-20) 72676567
Tel: (44-20) 72672551

RHM en inglés está indexada en:

Medline, PubMed, Popline, Excerpta Medica (EMBASE), Social Sciences Citation Index, Contemporary Women's Issues, Cumulative Index to Nursing and Allied Biomedicine, Current Contents, Family and Society Studies Worldwide, Feminist Periodical, Health Promotion Information, Index Medicus, International Bibliography of the Social Sciences, Kinsey Institute for Research in Sex and Reproduction (solo website), List of Free Materials in Reproductive Health, Ohio Database of Women's Studies, Public Affairs Information Service (PAIS), Research Alert, Social & Behavioural Sciences, Social Sciences Research Network, Sociofile, Sociological Abstracts, SOPODA, Studies on Women Abstracts.

Presentación de artículos en este número:

Marge Berer, editora fundadora

Editora de RHM – United Kingdom:

Dr Shirin Heidari

Correo electrónico:

SHeidari@rhjournal.org.uk

Lineamientos y pautas disponibles en:

www.rhjournal.org.uk

Otra correspondencia a:

Pathika Martin

Correo electrónico:

pmartin@rhjournal.org.uk

RHM es parte de la base de datos en internet Elsevier Reproductive and Women's Health:

www.rhm-elsevier.com

Para ser incluido en la lista de envíos contáctese con:

temasdesaludreproductiva@gmail.com

© Reproductive Health Matters. Todos los
derechos reservados.

Contenido

7	<i>Marge Berer</i>	Un nuevo paradigma de desarrollo post-2015, un objetivo integral para la salud que comprende los derechos sexuales y reproductivos, y otro para la igualdad entre los géneros
17	<i>Karen Newman, Sarah Fisher, Susannah Mayhew, Judith Stephenson</i>	Población, derechos en salud sexual y reproductiva, y desarrollo sostenible: forjando una agenda común
30	<i>Michael Herrmann</i>	Desarrollo sostenible, demografía y salud sexual y reproductiva: los vínculos que los unen y sus implicancias políticas
47	<i>Anand Grover</i>	El derecho a la salud en el paradigma del desarrollo post- 2015
50	<i>Susana T Fried, Atif Khurshid, Dudley Tarlton, Douglas Webb, Sonia Gloss, Claudia Paz, Tamara Stanley</i>	Cobertura universal de salud: necesaria pero no suficiente
63	<i>Alicia Ely Yamin, Vanessa M Boulanger</i>	Cómo incorporar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en un marco de desarrollo transformacional: lecciones aprendidas de los objetivos e indicadores de los ODM
77	<i>Anne Hendrixson</i>	Más allá del bono o la bomba: defender la salud sexual y reproductiva de las jóvenes
89	<i>Lynn P Freedman, Marta Schaaf</i>	Actuar globalmente pero pensar localmente: la responsabilidad en la primera línea
100	<i>Debora Diniz, Alberto Madeiro, Cristiano Rosas</i>	Objeción de conciencia, trabas y aborto en caso de violación: un estudio entre médicos de Brasil
109	<i>Sofía Gruskin, Kelly Safreed - Harmon, Chelsea L Moore, Riley J Steiner, Shari L Dworkin</i>	Bien por los avances en políticas y programas sobre VIH y violencia de género, y las investigaciones sobre el tema: ¿están a su altura?
121	<i>Valerie A Paz-Soldán, Ángela M Bayer, Lauren Nussbaum, Lilia Cabrera</i>	Barreras estructurales para la detección y tratamiento del cáncer cervical en el Perú
132	<i>Paul Farmer</i>	La mayor epidemia de Ébola de la historia

PRESENTACIÓN

En la década de los 90 se realizaron importantes conferencias temáticas de las Naciones Unidas: Derechos Humanos, en Viena 1993; Medio Ambiente, en Río 1992; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, en El Cairo 1994; la Conferencia Mundial de la Mujer, en Beijing 1995. Este septiembre de 2015 se reunirán los países miembros de las Naciones Unidas para redefinir sus compromisos políticos y nuevas metas de desarrollo que deberán alcanzar. En este contexto publicamos Temas de Salud Reproductiva 8 con artículos que retoman el debate sobre las interrelaciones entre la problemática poblacional y el desarrollo sostenible, sin dejar de colocar la centralidad de los derechos sexuales y reproductivos como uno de los ejes fundamentales del análisis.

Formular políticas de desarrollo requiere mirar con atención el crecimiento poblacional mundial y anticipar cuál será su impacto y cuáles serán las necesidades que se perfilan como prioritarias para satisfacer las necesidades de la gente, tales como alimentación, agua, vivienda, empleo y un medio ambiente saludable. Lamentablemente, tal como se analiza en diferentes artículos de este número, existe también una agenda pendiente marcada por la creciente desigualdad social generada por el fracaso de las políticas para enfrentarlas y por la hegemonía de un modelo económico que no ha logrado derrotar la inequidad y desigualdad social.

La fotografía de la carátula expresa esa agenda pendiente que a nivel local y mundial, desde los gobiernos y de la sociedad civil, debemos afrontar. Queremos un futuro para las niñas que no se quede solo en la inscripción de su registro

de nacimiento; deseamos para ellas y para toda la humanidad, la ineludible responsabilidad de construir un mundo donde la pobreza sea derrotada y se garantice el pleno ejercicio de los derechos de las personas y de las mujeres en particular.

Les anunciamos que a partir de este número, la publicación Temas de Salud Reproductiva será en formato virtual y estaremos presentes en las redes sociales. Esperamos con ello, ampliar las posibilidades de acceso a nuestra revista en todos los países de la región.

Por otro lado, queremos presentarles a la nueva editora de Reproductive Health Matters, Shirin Heidari, al mismo tiempo que expresamos nuestro reconocimiento a la labor de Marge Berer, fundadora y editora de la revista.

Reproductive Health Matters, salió a la luz por primera vez en mayo de 1993, en Londres, con el tema de políticas de población y planificación familiar (*Population and family planning policies: women – centred perspectives*). Desde entonces, la revista dirigida a académicas y activistas por la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, promovió en sus páginas el debate y análisis de los problemas sobre la salud reproductiva a nivel local y global. En este sentido, la revista se enmarca entre aquellas que ofrecen sólidas evidencias para la formulación de políticas. Marge Berer fundó y coeditó la revista con TK Sundari Ravindran hasta 1998. Desde 1999 hasta el 2014, se encargó de la edición y conducción de la revista, logrando indexarla a prestigiosas bases de datos de consulta mundial.

Actualmente, en convenio con instituciones locales *Reproductive Health Matters*, se traduce y publica en los siguientes idiomas: español, francés, hindi, ruso, árabe, chino y portugués. De esta manera, ha logrado llegar a lectores en 180 países, facilitando el acceso de sus artículos a poblaciones que no tendrían posibilidades de leer en inglés. Por poner un ejemplo, nuestra revista *Temas de salud Reproductiva* llega a toda la población hispanohablante que no lee inglés. En convenio con la casa editorial en Londres, se seleccionan y traducen artículos con acceso gratuito para sus lectoras y lectores de habla hispana. Los siete primeros números fueron impresos y distribuidos por correo en 19 países de Latinoamérica y España.

Desde estas páginas, agradecemos a Marge por su compromiso para instituir y sostener estos años un espacio de confluencia y de

difusión de pensamiento crítico sustentado en evidencias para un público interesado en la problemática de la salud reproductiva, las políticas y los derechos.

Agradecemos su solidaridad con las apuestas de las mujeres del otro lado del hemisferio. Los temas que aborda la revista han sido fundamentales para comprender las complejas dimensiones de la salud en contextos de inequidad afectados gravemente por las políticas macroeconómicas y medioambientales.

Lima, septiembre de 2015

Nancy Palomino Ramírez
 Unidad de Sexualidad y Salud Reproductiva
 Facultad de Salud Pública y Administración
 Universidad Peruana Cayetano Heredia

Selección de las revistas RHM editadas por Marge Berer 1993 - 2015



DESIGN: CAROL BRICKLEY

EDITORIAL

Un nuevo paradigma de desarrollo post-2015

Marge Berer

Editora fundadora, Reproductive Health Matters, Londres, Reino Unido. Correspondencia: mberer@rhmjournal.org.uk

“Estos son nuestros resultados... contamos con que todos los gobiernos tendrán el valor de abandonar los temas ‘controvertidos’ encarando las realidades espinosas muchas de las cuales están relacionadas con la raíz de las causas que originan las desigualdades...1) Cumplan sus promesas. 2) Defiendan nuestros derechos sexuales. 3) Exigimos justicia económica. 4) Déjennos un planeta saludable. 5) Somos actores, no un grupo objetivo...” (Declaración de los Jóvenes en la Consulta post 2015, octubre 2013)¹

Las agendas de la CIPD más allá de 2014 y del Desarrollo Sostenible post-2015 ¡han desencadenado una tormenta verbal!, ¡un verdadero tsunami de consultas, reuniones, informes, declaraciones, listas de deseos, exigencias, y expectativas desbordantes que brotan de todos los rincones del planeta! No sé cómo puede encargarse de todo esto el Secretario General de la ONU, pero lo que es mi bandeja de correos apenas se da abasto. Por otro lado, esta tormenta ha dejado al descubierto un tesoro escondido de comentarios, análisis de políticas y críticas que quisiera compartir con ustedes.

Son dos temas los que quiero resaltar en este editorial, pues creo que juntos, reflejan lo que me parece que está ocurriendo en el mundo, más allá de la explosión verbal:

- Tenemos ahora la oportunidad de articular objetivos de desarrollo sostenible que eviten las numerosas limitaciones de los ODM y amplíen las atribuciones de responsabilidad y el compromiso

¹ Texto completo en: <https://docs.google.com/file/d/0B2z-DeXV8KPlrdkhEQ1VUYm9YeHc/edit?pli=1>

de mejorar la salud y los derechos humanos a nivel mundial. Es evidente que entre los derechos humanos destacan: el derecho a la salud, la igualdad entre los géneros, y la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Sin embargo, hay pruebas palpables de que los esfuerzos realizados para implementar la igualdad entre los géneros, a duras penas tienen éxito y muchos gobiernos financian la salud de sus países con déficits escandalosos, a pesar de los compromisos asumidos desde hace mucho tiempo, especialmente en África;² aunque este continente no es el único que se halla en esta situación. Es necesario configurar los nuevos objetivos reconociendo, en primer lugar, que son interdependientes y que deben basarse en la perspectiva de los derechos humanos, lo que significa que no puede excluirse ninguno de ellos. Mientras este compromiso no se logre en principio, el nuevo paradigma de desarrollo y los objetivos que lo acompañen no serán más que aspiraciones a las que no se les puede exigir su cumplimiento.

- Los objetivos del milenio (ODM) relacionados a la salud pasaron por encima del enfoque en

² “Doce años después que los gobiernos africanos se comprometieran, en la Declaración de Abuja, a asignar al menos 15% de sus presupuestos anuales a la salud para el año 2015, apenas seis países cumplieron este objetivo... Peor aún, casi una cuarta parte de los Estados miembros de la Unión Africana han retrocedido y están gastando ahora menos de lo que gastaron en 2001.” Los gobiernos africanos continúan asignando un presupuesto insuficiente a la salud. Irin News. 23 de julio, 2013. Report/98459/african-governments-still-underfunding-health.

la integralidad de la salud y los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) articulados oficialmente en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD), en tanto que el ODM5 restringió notablemente la agenda a la reducción de la mortalidad materna, en detrimento de casi todas las otras cuestiones de los DDSSRR. El descenso en la mortalidad materna no ha sido suficiente y ciertamente no se ha dado en los países más pobres; de otro lado, la asistencia calificada en el parto no ha tenido un aumento concomitante. Quienes abogamos por los DDSSRR nos enfrentamos a una serie de problemas urgentes. Los aspectos específicos de la salud no se convertirán en objetivos, y ciertamente los DDSSRR tampoco. Por tanto, ¿cómo podemos asegurar que en esta oportunidad, la salud y los derechos sexuales y reproductivos sean incluidos, como un todo, en el objetivo de desarrollo sostenible para la salud post-2015, junto con todos los otros temas urgentes de salud y desarrollo que otros defienden?

¿Y quién está asumiendo ahora el liderazgo de nuestro movimiento?, ¿tenemos un plan?, ¿alguna estrategia?

Algunos de estos temas o preguntas son totalmente abiertos. Exigen acciones en todos los niveles: mundial, nacional y local; abarcan todo el espectro: intergubernamental, gubernamental, donantes, sistemas de salud y colectivos que trabajan políticas de salud, así como también la sociedad civil, para finalmente encontrar soluciones a nivel del país. Otras tienen que abordarse internamente. Las del colectivo de promoción y defensa de los DDSSRR somos geniales articulando nuestros temas y lo que se necesita para alcanzarlos si solamente... Pero a veces pareciera que nos estancamos ahí. Los que se oponen a nuestros temas adquieren cada día más fuerza. Lo que se va a incluir en todos los objetivos está siendo debatido y negociado a todo nivel; en este preciso instante, en medio de una complicada red de actores y aquellos de nosotros que somos expertos en este trabajo debemos estar ahí, mientras se redacta la lista de objetivos y sus detalles, se negocian y renegocian, todos los días, entre hoy y el 15 de setiembre de 2015. Y muchos más de nosotros debemos estar negociando a nivel de país con

nuestros dirigentes nacionales. ¿Somos bastantes los que hoy hacemos todo esto?, ¿cómo alcanzamos un consenso entre nosotros respecto a lo que apoya nuestro colectivo, además de los DDSSRR y la igualdad entre los géneros, y por lo que se está luchando en un escenario más amplio? La CIPD nunca fue pan comido, pero en comparación con lo de ahora parece un juego de niños.

Cómo debe ser el nuevo paradigma de desarrollo en el campo de la salud

¿De qué trata este nuevo paradigma de desarrollo que piden todas las personas que conozco?, ¿cuál debería ser el nuevo objetivo de salud para que en vez de reducir la aspiración de una “salud para todos y todas” más bien la promueva?, ¿cuál de las metas de salud sería el lugar apropiado para nuestros temas? El Banco Mundial apoya la “Cobertura universal de salud” (CUS) como objetivo de salud. La Organización Mundial de la Salud también lo hacía, por lo menos hasta hace poco, aunque algunas personas han declarado que están empezando a pensar que debería ser tratada más como un medio que como un objetivo en sí mismo. Espero que esta opinión prevalezca y que el Banco Mundial también empiece a ver las cosas de este modo. Una red situada en el Reino Unido define que los componentes básicos de la CUS incluyen “el acceso universal a servicios de salud de calidad que satisfagan las necesidades de la población y respondan a las enfermedades específicas de cada país, y protección financiera universal en caso de riesgo, que elimine el costo como obstáculo para acceder a servicios de salud”. Agrega además que deberá brindarse “apoyo internacional para superar las barreras legales y políticas que existen para el acceso a servicios de salud por parte de las personas más pobres y más marginadas”.³

Esa definición suena potencialmente muy, muy bien, pero, ¿no es la “cobertura” el objetivo real de la CUS?, es decir, ¿cómo se pagan los servicios de salud? ¿No es esta otra forma de reducir la agenda? ¿Y cuál es o son los modelos para garantizar la cobertura? Por ejemplo, consideremos

³ Red de Redes Globales de Salud situadas en el Reino Unido. Propuestas de Políticas para la Salud Global en los Manifiestos de los Partidos, fuente desconocida.

la conclusión de un estudio de caso publicado este año sobre el cuantioso esfuerzo que ha realizado México para implementar una versión de la CUS: “Cuando se trata de servicios de salud en México, ‘universal’ nunca ha significado igual, particularmente cuando se trata de un servicio adecuado para las 52 millones de personas que no tienen seguro en el país.”⁴ Este resultado, de que los más vulnerables sean los peor tratados, puede ser el resultado no buscado de la “hipótesis de la equidad inversa”;⁵ es decir, cuando se desarrollan nuevos programas, quienes reciben primero los beneficios son los ricos y la inequidad y desigualdad aumentan a menos que se tomen medidas específicas para evitarlo. La cobertura universal de salud aparentemente debería evitar que ocurra la equidad inversa, pero según Gita Sen, citando a Davidson Gwatkin, aún no hay evidencia de que esta pueda evitar este problema y si acaso lo logrará (Gita Sen, *Presentación, consulta del Fondo de Población de las Naciones Unidas FNUAP sobre la salud de las mujeres*, Ciudad de México, octubre 2013).

Por lo tanto, existen debilidades potencialmente importantes tanto en la amplitud como en la implementación de la CUS y, como lo señala Gita Sen, esto incluirá la inequidad del acceso también a causa de las desigualdades de género. Ella incluso ha planteado la pregunta sobre qué es lo que asume la “cobertura” en términos de fortalezas y debilidades de sistemas de salud específicos, los cuales pueden afectar, primer lugar, su habilidad para implementar programas universales. (Gita Sen, *Presentación Consulta del FNUAP*, Ciudad de México, octubre 2013). Por añadidura, la cobertura universal de salud no contiene, por lo menos tal cual ha sido concebida hasta la fecha, un enfoque basado en derechos ni un enfoque en todos los demás elementos determinantes de la salud, además de los servicios de salud.

Por lo tanto, parecería que la CUS no es la solución. Sin embargo, me preocupa no haber

oído comentarios de parte de mis colegas de los DDSSRR, ya sea a favor de una postura o de otra, si bien muchos de nosotros estuvimos de acuerdo en México DF, que era urgente hablar sobre el tema. Así que me alegra mucho publicar un documento sobre esto, con una perspectiva de derechos sexuales y reproductivos.

Otro tema preocupante, antes de dejar de lado el tema, son algunas hipótesis aparentemente indiscutidas sobre la “cobertura” con relación a la propiedad y control público-privado de los servicios de salud – y del financiamiento para dichos servicios- con distintos conceptos de CUS subyacentes. Por ejemplo, la cuestión de quién posee los medios para financiar los servicios de salud, y más aún los medios para brindar los propios servicios de salud es, hasta donde puedo ver, la viga en el ojo propio. La hipótesis hegemónica actual de la necesidad de que el sector privado se involucre con los servicios de salud y con el financiamiento de los mismos, por ejemplo, aún no ha sido cuestionada. ¿Cuál es la posición del movimiento de los DDSSRR con respecto a este tema dado el grado en el que los servicios de salud sexual y reproductiva que se brindan fuera del sistema de salud pública han sido privatizados en la mayoría de países en la actualidad? La debilidad de los gobiernos y su limitada capacidad para desarrollar, proveer de personal y administrar sistemas de salud de buena calidad, sin contar la seguridad social, educación y responsabilidades económicas, es innegable. Pero ¿no es esto una consecuencia directa y deliberada de políticas nacionales e internacionales y no un hecho inevitable de la vida?

Un documento de London & Schneider⁶ de 2012 plantea que “mientras la globalización neoliberal está asociada a un incremento en las desigualdades, la integración mundial ha fortalecido la difusión simultánea del discurso de los derechos humanos en todo el mundo”. Exploran la “aparente contradicción” de que “la globalización sea percibida como un factor que le quita a los Estados el poder de actuar a favor de los intereses de sus poblaciones; sin embargo, la implementación de las obligaciones en materia de derechos humanos requiere que los Estados

⁴ Ocejo A. Health, Citizenship, and Human Rights Advocacy Initiative: Improving Access To Health Services in Mexico. International Budget Partnership Impact Case Study No. 15, July 2013. http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2326607.

⁵ Victora CG, Vaughan P, Barros FC, et al. Explaining trends in inequities: evidence from Brazilian child health studies. *Lancet* 2000;356(9235):1093–98

⁶ London L, Schneider H. Globalisation and health inequalities: can a human rights paradigm create space for civil society action? *Social Science & Medicine* 2012; 74(1):6–13.

cumplan con derechos socioeconómicos como la salud. La noción de responsabilidad es central para las acciones que debe implementar el Estado para construir un sistema de salud que se base en una perspectiva de derechos humanos”.

Así que antes de que hablemos de lo que debería ser el objetivo de salud, la pregunta previa es cómo desarrollar Estados eficaces que sean capaces de atender derechos como el de la salud. London & Schneider piden que se fortalezca la supervisión parlamentaria nacional a fin de priorizar las protecciones a los pobres y presionar para que se aumenten los recursos para el sector salud en los procesos parlamentarios, para que las acciones de la sociedad civil responsabilicen a los funcionarios públicos de la salud y para hacer posible la movilización de la sociedad civil. También piden que se haga una evaluación crítica de la incapacidad del Estado para satisfacer las exigencias con relación a los derechos de salud, y señalan que esto genera dudas sobre “la promoción de responsabilidad que abunda en los sistemas de ayuda internacional modernos” 6. Por lo tanto, el rol de la ayuda internacional también necesita ser analizada. Si queremos crear nuevos paradigmas, hay todavía mucho trabajo de campo por hacer.

Un tercer tema es si la sociedad civil, inclusive los promotores de los DDSSRR, tienen la suficiente fuerza y recursos para exigirle cuentas a las agencias internacionales y a los gobiernos. Como demostró una encuesta mundial de AWID (Association for Women’s Rights in Development) a más de 1100 organizaciones de mujeres en el año 2010: “no hay mucho dinero en la caja”. La encuesta descubrió que “se están poniendo a disponibilidad grandes recursos bajo el amplio paraguas del desarrollo” pero aunque hay un interés significativo en invertir en mujeres y niñas individualmente, la financiación para organizaciones de mujeres es insignificante. En 2010, el ingreso anual medio de más de 740 organizaciones de mujeres alrededor del mundo fue de solo 20000 dólares americanos. AWID también señala que mientras “los mecanismos y fuentes de financiamiento para el desarrollo y la filantropía se están diversificando cada vez más, el crecimiento económico y la rentabilidad de la inversión son prioritarios, mientras que los derechos humanos y el bienestar pasan a un segundo plano” y el interés del

sector privado, sus enfoques de desarrollo, filantropía y mujeres y niñas, está infiltrando los sectores tradicionales de desarrollo y financiamiento”.⁷ ¿Tiene la comunidad de los DDSSRR un punto de vista sobre estos cambios? ¿Qué necesitamos en materia de recursos humanos y de otra índole para lograr responsabilizar a los gobiernos y donantes? ¿Tenemos actualmente la fuerza suficiente, particularmente a nivel nacional, para lograrlo? ¿Cómo están respondiendo frente a esto los movimientos por la reglamentación sanitaria y los derechos en materia de salud? ¿Cuándo comenzaremos a trabajar juntos?

AWID y muchos de nosotros estamos preocupados de que los derechos humanos se hayan vuelto “polémicos” y estén pasando a un segundo plano. Sin embargo, si se toma el tema del desarrollo con seriedad, el mundo no puede permitirse que los derechos humanos pasen a un segundo nivel. Tampoco el mundo puede permitirse que el Ministerio de Salud de Tanzania y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, dependan de la ayuda de compañías como la Coca-Cola para mejorar la cadena de abastecimiento del país y que los medicamentos esenciales lleguen a áreas remotas,⁸ presumiblemente junto a grandes cantidades de gaseosa altamente nociva para la salud. Este ejemplo de una asociación público-privada, probablemente financiada por las ganancias de esa poco saludable gaseosa, es seguramente una empresa poco ética, más allá de las frustraciones que tengamos con las debilidades del sistema nacional de salud. Sin embargo, este tipo de asociaciones está en aumento tanto en el trabajo de desarrollo como en el trabajo humanitario, mientras cada vez más compañías buscan nuevas fuentes de influencia, ganancia y poder, disfrazadas por el prestigio de la “filantropía”. A pesar de que la industria de la comida poco saludable ha aumentado sus

⁷ Arutyunova A, Clark C. Watering the Leaves, Starving the Roots: The Status of Financing for Women’s Rights Organizing and Gender Equality, Association for Women’s Rights in Development, 2013. <http://www.awid.org/Library/Watering-the-Leaves-Starving-the-Roots>

⁸ Irin. Global Analysis: What future for private sector involvement in humanitarianism? 26 de agosto, 2013. <http://www.irinnews.org/report/98641/analysis-what-future-for-private-sector-involvement-in-humanitarianism>

ganancias, la nutrición sigue siendo un problema esencial en todo el mundo que se manifiesta tanto en la desnutrición como en la obesidad con grandes consecuencias para la salud de las personas, tales como la diabetes y la hipertensión arterial. “Las grandes corporaciones de alimentos” son un problema mundial tan grave como “los grandes laboratorios farmacéuticos”. La desnutrición es un tema de pobreza, desempleo y políticas agrícolas dañinas. La colaboración intersectorial a favor de los pobres podría mejorar algunas de las cuestiones de salud que tiene que enfrentar el sector salud. (Gita Sen, Presentación, consulta del FNUAP, Ciudad de México, octubre 2013).

Y ya que estamos hablando de nuevos paradigmas, ¿qué hay del objetivo, al parecer inalcanzable, de eliminar la pobreza? Este es el objetivo menos logrado de los ODM y que, sin embargo, sigue siendo un objetivo general de los objetivos de desarrollo sostenible. El informe de 2008 de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS),⁹ afirmó que “la injusticia social está matando a gran escala con una combinación tóxica de ‘malos programas y políticas sociales, medidas y acuerdos económicos injustos, y mala política que son responsables por producir y reforzar las desigualdades en materia de salud. [El informe] brinda una imagen integral y basada en evidencias de las desigualdades en materia de salud que predominan en muchos países, demostrando la presencia de una gradiente social en los resultados en salud asociados a una distribución injusta de los determinantes sociales de la salud.”¹⁰ En otras palabras, el 20% más rico no quiere que el 40% más pobre acceda a lo que ellos tienen ¿o sí? ¿Cuál es la estrategia para abordar esta barrera?, ¿los líderes mundiales de la ONU y los gobiernos tienen una estrategia para esto?

Ello me lleva al quid del asunto: la necesidad de enfatizar la responsabilidad tanto de la ONU como de sus Estados miembros de mejorar la salud de sus poblaciones y de respetar, proteger

y cumplir con el derecho al nivel más alto posible de salud. Los Estados no pueden hacer esto solos, lo que resulta especialmente cierto para los países con bases tributarias e ingresos bajos, mala infraestructura y mal manejo financiero y políticos corruptos o a los que no les interesa apoyar los objetivos internacionales. Los gobiernos nacionales tampoco pueden esperar realmente que la ayuda que necesitan llegue de fuentes de financiamiento externo con sus propias agendas (vale decir: evitar impuestos, lograr ventajas comerciales, influencia política o resolver cuestiones de seguridad) y están en realidad operando bajo una versión contemporánea del neo-colonialismo y tratando a los países como si fueran dependientes.

Así que, hablando como promotora de salud pública y derechos humanos, mi respuesta a la pregunta de cuál debería ser el objetivo de desarrollo sostenible para la salud, es la siguiente: primero, necesitamos un paradigma de desarrollo transformativo, anclado en los derechos humanos y un nuevo orden económico mundial y nacional basado en el reconocimiento de los asuntos ambientales urgentes que requieren acción mundial inmediata de parte de todos los países; especialmente, de aquellos que contaminan más nuestro planeta. Luego, dentro de una amplia perspectiva de derechos humanos de las opciones disponibles para el objetivo de salud, en todos los objetivos de desarrollo sostenible, léase: cobertura universal de salud (CUS); salud para todos; algunas ideas intrincadas sobre lograr el bienestar humano; o el derecho al nivel más alto de salud posible (“el derecho a la salud”), la elección parece bastante clara.

Habiéndose rechazado la cobertura universal de salud, la propuesta de “derecho a la salud” es la única en la lista que tiene algún sentido. El programa *Salud para todos* es optimista, inclusivo y ambicioso, tanto como cuando Halfdan Mahler lo hizo el lema de la Organización Mundial de la Salud, con el objetivo de lograr la salud para todos antes del año 2000. En ese entonces me gustaba y aún me gusta, pero es solo un lema sin el suficiente peso como para expresar un objetivo de desarrollo sostenible, el cual tendría que ser complejo si se quiere que sirva de algo. Asimismo, tendría que estar definido con mayor claridad y con una base sustentada en los derechos humanos. Mi voto, sin

⁹ World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Ginebra: OMS; 2008. www.who.int/social-determinants/final_report/

¹⁰ Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. Public Health 2012; 126 (Suppl. 1):S4–10.

duda alguna, es para “el derecho a la salud”. Y para aplicarlo, en vez de seguir tratándolo como una aspiración, creo que la propuesta de la Joint Action and Learning Initiative de una convención marco sobre salud, resumido en un documento de aquí, merece ser explorada. El “derecho a la salud” ha sido incluido en una serie de documentos de la ONU sobre derechos humanos, empezando por la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Hoy en día, dada la dificultad en lograrlo, creo que el “derecho a la salud” merece su propia convención y un mecanismo para responsabilizar a los Estados signatarios de su implementación.

Es más, hay una gran cantidad de pactos y convenios de las Naciones Unidas, todos ellos vinculantes para los Estados,¹¹ así como también hay varios compromisos no vinculantes,¹² y todos ellos han sido ratificados por la gran mayoría de Estados. Hacer que estos convenios y compromisos se puedan aplicar en los países requiere una enorme cantidad de trabajo. ¿Por qué no los usamos con mayor frecuencia como recursos para establecer objetivos? Después de todo, el mundo ya ha manifestado su acuerdo con cada uno de ellos. Finalmente, existe el *Examen Periódico Universal del Consejo de Derechos Humanos*, que examina el historial de los Estados Miembros en la esfera de los derechos humanos, a cargo de la ONU, que le brinda a todos los Estados la oportunidad de declarar qué acciones han emprendido para mejorar la situación de los derechos humanos en sus países,

¹¹ Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial 1965; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales 1966; Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer 1979; Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes 1984; Convención sobre los Derechos del Niño 1989; Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias 1990; Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad 2008.

¹² Por ejemplo, la Conferencia sobre la Declaración de los Derechos Humanos y Programa de Acción de Viena (1993), el Programa de Acción de la CIPD (1994), y la Plataforma de Acción de Pekín (1995), así como Rio+20 El futuro que queremos.

para cumplir con sus obligaciones.¹³ Esto debe, ciertamente, incluirse como parte del proceso de rendición de cuentas a nivel mundial.

Asimismo, sería muy valioso aumentar la visibilidad y la responsabilidad de los organismos existentes nombrados por la ONU, cuya tarea es exigir que todos cumplan con estos compromisos tanto a nivel mundial como a nivel regional.¹⁴

En cuanto al papel que le corresponde a nuestro movimiento de asegurar que se incorporen los DDSSRR como parte integral del objetivo de salud, solo me cabe reiterar lo que todos sabemos: necesitamos campañas de defensa y promoción, negociación y participación en la agenda mundial de políticas de salud que tiene un mayor espectro, trabajar con los movimientos de desarrollo y los que abogan por el derecho a la salud en la política de salud más amplia, y en las redes de *advocacy* de los DDSSRR y de igualdad entre los géneros. No creo que sea necesario recordarles que construir redes a nivel nacional, comprometiendo a los parlamentarios y responsables de políticas con los dirigentes nacionales que estarán involucrados en la agenda mundial es tan importante como rondar los pasillos de la ONU semana tras semana. También es una tarea crucial que los líderes políticos y religiosos cuya postura contra la salud y los derechos sexuales y reproductivos es lesiva para la salud pública, formen parte del pasado. Tal como se ha demostrado en estas páginas, aún está pendiente la enorme tarea de convencer y recabar el apoyo de aquellos que

¹³ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Examen periódico universal. <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/Upr/Pages/UPRMain.aspx>.

¹⁴ Tres organismos regionales creados en virtud de los tratados de derechos humanos (Europeo, Inter-Americano, Africano), dos Cortes regionales de derechos humanos (Europea, Inter-Americana), órganos encargados de vigilar la aplicación de los tratados (por ej. CEDAW Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer), relatores especiales (sobre el derecho a la salud), organismos especializados para supervisar y vigilar (por ejemplo: OMS, FNUAP, ONUSIDA), órganos normativos como la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer y la Comisión de Población y Desarrollo, el Consejo de Derechos Humanos, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos y seguramente puedo haberme olvidado de muchos más.

dicen apoyar a las mujeres y a las niñas, o creer en (algunos) derechos, pero cuyas políticas en la práctica conducen a titulares como este: “Canadá asesta un duro golpe a las violaciones de guerra; su postura respecto al aborto se enturbia.”¹⁵

Este es tal vez el mensaje más importante publicado aquí para los promotores de los DDSSS-RR:

“De ahora en adelante, parece que se enfatizará el desarrollo ambiental y sostenible, los dos primeros pilares de Río+20, en contraposición al tercer pilar del desarrollo social, tal como sucedió en Río... cuando se volvieron difíciles las negociaciones: los problemas de gobernanza, salud, derechos sexuales y reproductivos, y las

¹⁵ Ditchburn J. Canada slams war rape, abortion stance murky. Canadian Press, 27 September 2013. <http://globalnews.ca/news/869355/canada-slams-war-rape-abortion-stance-murky/>.

distintas modalidades de rendición de cuentas, fueron echados a un lado. Hay otra salvedad que enfría un poco el optimismo que provocó el nuevo marco de trabajo del FNUAP: con qué “cautela” se aborda en varios informes recientes el lenguaje sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos, sin apartarse ni un ápice del lenguaje de la CIPD. Por lo tanto, ya tenemos claro el escenario de las futuras negociaciones. El proceso que lleva a la agenda de desarrollo más allá de 2015 es complejo, pero muchos quieren que se incluyan la salud y los derechos sexuales y reproductivos como prioridades en los nuevos objetivos de desarrollo sostenible. No tenemos más alternativa que avanzar dentro de las modalidades fijadas al más alto nivel. Pero hay una sola cosa que no podemos permitirnos: que se repita lo que pasó con los ODM en 2000; esta vez no debemos salir de la reunión con las manos vacías. (Haslegrave)



DIETER TELEMANS / PANOS PICTURES

Una maestra lee para los niños en Los amiguitos de Membol, una guardería infantil en un barrio pobre de Guayaquil, Ecuador, 2009

Mensajes fundamentales en este número de la revista

Derechos Humanos

- “Los derechos humanos para las mujeres son derechos humanos para todo el mundo. Nunca ha habido un consenso tan fuerte como ahora” (Sadik)

Crítica al paradigma de los ODM

- Durante los últimos 20 años hemos visto una serie de esfuerzos por adoptar un enfoque multidimensional para el desarrollo, definido por los conceptos de libertad, empoderamiento y el cumplimiento de los derechos humanos. Lo que debemos preguntarnos es si estos esfuerzos avanzaron y profundizaron lo suficiente. La sociedad civil ha cuestionado el enfoque tecnocrático y selectivo implícito en los Objetivos del Milenio, advirtiendo el peligro de que dieran pie a que el desarrollo se planteara en forma de reductos aislados. Según la definición de los ODM la igualdad entre los géneros se limitaba a un objetivo con metas e indicadores de la representación política, educación y empleo de las mujeres, desvinculándola de su instrumentalidad y de la necesidad inherente de cumplir todos los demás ODM. (Reddy y Sen).

El objetivo de la salud y el derecho a la salud

- Diecisiete Relatores Especiales de las Naciones Unidas han identificado tres áreas prioritarias, fundamentadas en un enfoque de desarrollo con la perspectiva de los derechos humanos para que sirvan de base e inspiración a la agenda, cada una de las cuales es particularmente pertinente para lograr que se cumpla el derecho a la salud. Las tres áreas son: reducir las desigualdades, tener niveles nacionales mínimos de protección social y doble rendición de cuentas.
- La cobertura universal de salud, tal como se entiende actualmente, no basta para generar el acceso universal a la salud sexual y

reproductiva y, ciertamente, tampoco para acceder a los derechos sexuales y reproductivos. (Fried et. al)

- Un convenio que sirva de marco mundial para la salud podría ser un instrumento adecuado para manejar algunos de los retos relacionados con la buena gestión de un entorno complejo. (Haffeld)

Asegurar la inclusión de los DDSSRR y de la igualdad entre los géneros en el nuevo paradigma de desarrollo

- El nuevo marco para el desarrollo debe contener la descripción del programa con un buen sustento de transformación social. Los objetivos e indicadores deben cumplir una función pero no deben rebasar ni restringir las aspiraciones más amplias de promover la justicia social, política y de género. (Yamin y Boulanger).
- El nuevo marco de desarrollo aspira a fusionar esperanzas de larga data para la sostenibilidad política, financiera y ambiental, con metas internacionales para la erradicación de la pobreza. Sin embargo, con frecuencia los mecanismos nacionales, los donantes y las agencias de desarrollo internacional no abordan plenamente estos problemas o confrontan temas complejos, políticamente delicados, entremezclando la religión, el nivel socioeconómico, la vida social, cultural y familiar. (McGovern).
- Existe una divergencia preocupante entre la manera en que se enmarcan problemas y soluciones de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en la promoción y defensa en el ámbito mundial, y la compleja realidad que viven las personas en el terreno y en los servicios de salud. Una aproximación revigorizada de la rendición de cuentas requiere comenzar por la dinámica de poder que se da en la primera instancia, que es donde las personas se encuentran con las instituciones y los proveedores de salud. (Freedman y Schaaf).

Ayuda para el desarrollo

- Entre 2005 y 2011 se han producido grandes cambios institucionales y estructurales en la asistencia para el desarrollo que han afectado la inclusión de la agenda de salud y los derechos sexuales y reproductivos en el contexto de la planificación nacional. Para que la salud y los derechos sexuales y reproductivos logren el compromiso de los múltiples elementos que los conforman, sus defensores deben vincularlos no solo con los temas clave del desarrollo sostenible: desigualdades de género, educación, crecimiento y población, sino también con temas como la urbanización, migración, mujeres en el empleo y cambio climático. (Hill *et al*).
- En Haití, el aparato de ayuda para el desarrollo ha asumido muchos roles que le corresponden al Estado. Asigna recursos, fija prioridades, ejecuta programas y comparten el monopolio estatal de la violencia legítima, con las tropas encargadas de mantener la paz. Sin embargo, ni las organizaciones de ayuda ni las fuerzas encargadas de mantener la paz rinden cuentas a los haitianos, ya sea en casos de grave negligencia o en asuntos más leves como, por ejemplo, la forma en que deberían usarse los recursos. (Bhatia).

Enfrentando la realidad a nivel nacional

- Cuando hicimos que el acceso a la salud sexual y reproductiva tuviera el marco transformador de los derechos humanos, tuvimos el apoyo de movimientos feministas poderosos a nivel mundial así como de actores progresistas tanto gubernamentales como intergubernamentales a nivel internacional. Sin embargo, no hemos tenido la misma influencia ni el mismo éxito a nivel nacional. (Oronje)
- El informe de la Provincia Oriental del Cabo (Sudáfrica) analiza el colapso de un sistema provincial de salud pública del cual dependen más de seis millones de personas, y además, es un testimonio de esa tragedia. Durante más de una década hicieron caso

omiso de este colapso o, peor aún, lo permitieron. (Treatment Action Campaign y Sección 27)

- Es indispensable comprender el caudal de recursos para salud reproductiva a nivel de cada país para que el financiamiento de este elemento fundamental de la salud sea efectivo. Sin embargo hay desafíos importantes. (Sidze *et al*).
- El progreso alcanzado en la disminución de la mortalidad materna para 2015 ha sido sustancial, pero se ha dado a un ritmo demasiado lento para esperar que se logre para 2015, particularmente en África subsahariana. Esto nos sugiere que ni los gobiernos nacionales ni la comunidad internacional están cumpliendo con sus obligaciones relacionadas con el derecho a la salud para con los habitantes de estos países. (Ooms *et al*).

El rol de la abogacía (*advocacy*)

- Hay una competencia constante para que las agendas de políticas públicas den prioridad a determinados problemas. Las campañas de abogacía, o promoción y defensa, con sustento popular siempre han sido parte del escenario político para lograr que se incorporen problemas específicos y las mejores soluciones en las agendas públicas y políticas y para motivar a los responsables de políticas a que actúen al respecto. El contenido de estos nuevos marcos de trabajo estará moldeado inevitablemente por las decisiones que se tomen, en relación con el tipo de abogacía que se llevará a cabo durante el proceso más allá de la CIPD y más allá de 2015, y también estará moldeado por los protagonistas de las campañas y la metodología que apliquen. (Forbes)
- En Brasil, la ley exige que las mujeres que hayan tenido abortos ilegales sean encarceladas; sin embargo, 85% de los estudiantes de medicina y 83% de los empleados públicos entrevistados recientemente para dos encuestas, opinaron que las mujeres que abortan ilegalmente no deben ir a la cárcel. Este es un hecho que debe ser puesto

en conocimiento de los parlamentarios que frecuentemente adoptan una postura basándose en la opinión pública. (Faundes *et al*).

- En el trabajo con multitud de contrapartes, como el Programa Conjunto FNUAP-UNICEF sobre Mutilación Genital Femenina/Corte: Acelerar el Cambio, hemos visto cómo se pueden aprovechar las dinámicas sociales para ayudar a las comunidades a fin de que protejan mejor a sus niñas. Hemos sido testigos de que al brindar una información exacta sobre los peligros de estas prácticas y presentar pruebas de que otras comunidades están cuestionando o abandonando estas prácticas pueden animar o fortalecer un proceso de cambio positivo. (UNICEF).

Mortalidad materna o salud materna

- Conocer la razón de mortalidad materna es un punto de partida necesario para buscar la manera de reducirla. (Mola y Kirby).
- Ha habido importantes cambios intergeneracionales en las prácticas del embarazo y el parto en zonas remotas de la República Democrática Popular Lao a lo largo de 30 años. Comprender cómo interpretan sus opciones las jóvenes y cómo se incorpora el conocimiento y la experiencia de programas locales de extensión en la política y la práctica de la atención materna en el sistema de salud, podría ayudar a mejorar la supervivencia materna y del recién nacido

y a reducir las desigualdades en materia de salud. (Alvesson *et al*).

- Aunque la intención es mejorar la salud materna, la presión por alcanzar los objetivos tiene implicancias negativas, no deseadas, en la relación entre las mujeres, los voluntarios comunitarios de salud de la localidad, y el sistema formal de salud, como se ha visto en Nicaragua, y esto debe corregirse. (Kvernflaten).
- Gran parte del debate sobre servicios de maternidad que se da, incluso en los países ricos en recursos, se centra en la necesidad de que mejoremos los servicios para que pasen de buenos a excelentes. Sin embargo, hay grupos de mujeres que están recibiendo atención muy por debajo de los niveles mínimos esperados. Entre ellas, se encuentran mujeres embarazadas que solicitan asilo. En los servicios de maternidad la alta calidad de la atención significa mucho más que reconocer graves complicaciones durante el embarazo. Las gestantes necesitan apoyo. Necesitan estar rodeadas de una red de amigos y familiares. Necesitan una vivienda estable y adecuada. Necesitan estar bien alimentadas, descanso y ejercicio. El aislamiento y el stress afectan negativamente tanto a la madre como al bebe. La dispersión de las solicitantes de asilo no solo alejan a las mujeres de su red social, también de las parteras con quienes necesitan construir una relación de confianza y empatía solidaria. (Feldman)

Población, derechos en salud sexual y reproductiva, y desarrollo sostenible: forjando una agenda común

Karen Newman,^a Sarah Fisher,^b Susannah Mayhew,^c Judith Stephenson^d

- a Coordinadora, Red sobre Población y Sostenibilidad, Londres, Reino Unido. Correspondencia: kn@poblaciónandsustainability.org
- b Directora de Advocacy y Política, Red sobre Población y Sostenibilidad, Londres, Reino Unido
- c Directora del Grupo de Antropología, Políticas y Política, Facultad de Medicina Global, Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Londres, Reino Unido
- d Margaret Pyke Catedrática de Salud Sexual y Reproductiva, University College Instituto de Salud de la Mujer de Londres, Londres, Reino Unido

Resumen: *Este artículo sugiere que los y las activistas en el área de la salud y los derechos sexuales y reproductivos que buscan influir en el paradigma del desarrollo internacional post-2015 deberían trabajar con promotores del desarrollo sostenible preocupados por una variedad de asuntos, tales como el cambio climático, problemas ambientales, seguridad alimentaria y del agua. Propone que la manera de construir puentes con estas comunidades es demostrando cómo la salud y los derechos sexuales y reproductivos son relevantes para estos asuntos.*

Un entendimiento de la dinámica poblacional, que incluye urbanización y migración, así como el crecimiento poblacional, puede ayudar a aclarar estos vínculos. Por tanto, este artículo sugiere que independientemente de que los y las activistas en salud y derechos sexuales y reproductivos puedan o no superar la resistencia a discutir "población", adquirir más conocimientos sobre otros asuntos de desarrollo sostenible y trabajar con otros en esos campos para promover la agenda mundial de desarrollo sostenible, son interrogantes cruciales en los próximos meses.

El artículo también argumenta que es posible preocuparse por la dinámica poblacional (que incluye el envejecimiento y los problemas que enfrentan los países con un gran porcentaje de jóvenes) y a la vez por los derechos humanos. Expresa preocupación por la participación de quienes abogan por la salud y los derechos sexuales y reproductivos pues si estos no participan en el discurso de la dinámica poblacional, el campo quedará libre para quienes piensan que respetar y proteger los derechos tiene menos prioridad. © 2015 edición en español, 2014 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: salud y derechos sexuales y reproductivos, *advocacy* y procesos políticos, política de población, agenda post-2015, desarrollo sostenible

Los grupos de defensa por la salud y los derechos sexuales y reproductivos se encuentran ante una encrucijada conforme el colectivo mundial avanza hacia las etapas finales de negociación de la agenda de desarrollo internacional post-2015. La experiencia del año 2000, cuando se omitieron nuestros temas en los Objetivos del Milenio ODM, ha quedado grabada en nuestro colectivo que se ha fijado como objetivo primordial asegurar que la salud y los derechos sexuales y

reproductivos sean señalados explícitamente como áreas prioritarias para inversiones en los próximos 18 meses. Se trata de un objetivo alcanzable si los promotores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos logran encontrar un lenguaje común que ayude a explicar cómo y por qué la salud y los derechos sexuales y reproductivos son también relevantes para otras prioridades del desarrollo como los temas ambientales, el cambio climático, la seguridad alimentaria y el agua.

La tesis implícita en este artículo propone que para superar la brecha existente y aumentar la inversión en programas de salud y derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) sería útil comprender la dinámica poblacional y tener la habilidad para expresar con claridad por qué y cómo estos derechos se relacionan con otros temas del desarrollo. Esta comprensión podría fomentar alianzas con otros sectores dedicados al desarrollo y aumentar el acceso a servicios voluntarios de salud sexual y reproductiva, tales como los servicios de planificación familiar que respeten, protejan y cumplan con los derechos humanos. También ayudaría a demostrar que los promotores de la salud y los DDSSRR se preocupan por otros temas del desarrollo sostenible.

Al aumentar nuestras competencias en los programas demostraremos que esta colaboración intersectorial no solo es posible sino que genera la posibilidad de que el colectivo se apropie de esos programas y proyectos. Las autoras de este artículo reúnen experiencias de investigación y de promoción y defensa de los derechos relacionadas con la salud de la mujer, el desarrollo internacional, la demografía, las políticas de población y los DDSSRR. La intención de este artículo es cuestionar la idea de que la preocupación por los derechos humanos resulta incompatible con la preocupación por la dinámica poblacional. La cuestionamos porque creemos que se trata de una falacia y porque tememos que la ausencia de promotores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en esos debates pueda ocasionar que otros, menos convencidos o menos motivados por la necesidad de respetar y proteger los derechos humanos, lideren el discurso de la dinámica poblacional

Ha llegado el momento de actuar

En 2015 vemos cómo culminan los esfuerzos del mundo, en una amplia gama de sectores, por crear un marco internacional de desarrollo que continúe los ODM acordados en el año 2000. El discurso del desarrollo sostenible se afinó en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Desarrollo Sostenible Río +20, en 2012. El documento resultante de la reunión, *El futuro que queremos*,¹ junto con uno de sus productos fundamentales – el proceso del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) – definen elementos

para la agenda post-2015. Quienes abogan por la salud y los derechos sexuales y reproductivos están trabajando para influir en el marco de trabajo de los procesos post-ODM y ODS así como en el trabajo posterior a 2014 que evalúe los avances logrados desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) de 1994.² Activistas de muy variados sectores se han unido en el propósito de asegurar que estos temas se identifiquen como prioridades en 2015, lo que contrasta manifiestamente con lo ocurrido en 2000, cuando el marco de los ODM omitió por completo la salud y los derechos sexuales y reproductivos – omisión que solo fue corregida parcialmente en 2007 al añadirse la Meta 5B que asegura el acceso universal a la salud reproductiva, aunque los recursos necesarios para llegar a esa meta no se materializaron.

En las últimas décadas los colectivos y los promotores que trabajan en temas de desarrollo, ecología, o salud y derechos sexuales y reproductivos han debatido muy poco sobre los temas demográficos o poblacionales, por razones históricas, políticas y conceptuales;³ algunos los consideraban temas problemáticos, en tanto que otros tendían a concentrarse en temas relacionados con la salud, la libre elección y los derechos. En las décadas de 1950 y 1960, el discurso político internacional privilegiaba el control del acelerado crecimiento de la población; en cambio, la salud y los DDSSRR no se consideraban una prioridad. Incluso hoy, los temas de población y demografía se siguen percibiendo como “difíciles” o se procura mantenerlos a distancia debido, en parte, al legado que dejaron programas de “control de la población” desprestigiados o impuestos a la fuerza. Este problema se complejiza con el tema del aborto sin riesgo, que en el mejor de los casos se considera controvertido y potencialmente tóxico en relación con otras prioridades del desarrollo.

Otro factor es la creciente orientación de las y los activistas por los DDSSRR a enmarcar su agenda en términos de salud, libre elección y derechos, colocando al individuo en el centro de los programas, en vez de priorizar temas como los factores demográficos y la prevalencia de anticonceptivos que son más bien preocupaciones centradas en la población. También es cierto que, si bien los 49 países menos desarrollados tienen la población de crecimiento más veloz,⁴ los niveles de fecundidad están disminuyendo

en todo el mundo, tal como lo han documentado Hans Rosling⁵ y otros investigadores. Sin embargo, a veces no relacionan esta tendencia con el mayor acceso a programas de salud y derechos sexuales y reproductivos, incluyendo los servicios de planificación familiar, que con frecuencia han contribuido a estos logros.

En épocas más recientes y en el marco del discurso del desarrollo internacional, se viene discutiendo, cada vez más, la dinámica poblacional que incluye tendencias demográficas relacionadas con urbanización, migración, envejecimiento, composición del hogar, y estructura etaria, además del crecimiento demográfico. Ahora se reconoce, por ejemplo, que es importante comprender y planificar factores como la urbanización y la migración para forjar resistencia y capacidad de recuperación o resiliencia, contra los efectos del cambio climático, o para anticiparse y cubrir las necesidades de educación, atención de salud y vivienda que tienen las poblaciones que cambian y aumentan. Sin embargo, ha resultado difícil llegar a un consenso sobre lo que aporta la dinámica poblacional al discurso del desarrollo internacional. Esto se explica, en parte, porque los que proponen aplicar un enfoque de derechos humanos a los derechos sexuales y reproductivos tienen recelos de cualquier tipo de discurso sobre población que se oriente principalmente a reducir las tasas de natalidad -sobre todo, en ciertos grupos de población- en lugar de respetar y hacer cumplir derechos y extender y ampliar el potencial de hombres y mujeres que puedan elegir sus propias opciones reproductivas. Por consiguiente, es posible que quienes trabajan en pro de los derechos a la salud sexual y reproductiva tengan, justificadamente, reparos en promover que se preste más atención a la dinámica poblacional, aunque se podría argumentar que esa atención podría generar recursos adicionales para programas de planificación familiar que podrían implementarse en forma tal que respeten y protejan los derechos humanos. Resulta irónico que la preocupación respecto a políticas y prácticas de "población" que violaron los derechos de las mujeres, se conviertan en sinónimo de "población" en formas que han servido para impedir que las activistas por la salud de las mujeres, se puedan involucrar en estos temas porque es necesario oponerse a esos programas.

La Cumbre de Planificación Familiar de Londres, convocada en 2012 por el gobierno

del Reino Unido y por la Fundación Bill y Melinda Gates, junto con otros gobiernos y donantes, volvió a captar la atención mundial sobre la planificación familiar mientras la agenda de El Cairo en conjunto perdía visibilidad y financiamiento. En opinión de algunos fue una oportuna recuperación de visibilidad, especialmente para quienes sentían que la planificación familiar se había vuelto menos visible al estar sumida en el concepto de salud sexual y reproductiva, que obtuvo un mayor respaldo en El Cairo. A otros, les preocupó que el énfasis en la planificación familiar restara atención a otros temas de salud sexual y reproductiva, incluyendo los referidos a las enfermedades de transmisión sexual, maternidad sin riesgos y aborto. Además, a muchos les preocupaba que la FP2020 (Family Planning 2020) se fijara como meta propiciar que otros 120 millones de mujeres y niñas usen anticonceptivos para el año 2020, puesto que la historia ha demostrado que ese tipo de metas tiene el potencial de abrir camino a programas dirigidos por objetivos, que se concentran más en captar nuevas usuarias de métodos anticonceptivos y menos en brindar un servicio de alta calidad que garantice una elección informada, libre y plena. Preocupaciones como estas hacen que sea más difícil ver los temas de dinámica poblacional en forma positiva o, incluso, neutral.

Los distintos actores aportan perspectivas e historias diferentes. El desafío es si los activistas que trabajan por los derechos y la salud sexual y reproductiva pueden trabajar en forma efectiva con otros promotores de desarrollo sostenible en el breve plazo que queda para construir un marco de trabajo global post-2015, que refleje un compromiso con todos estos temas en formas que respeten y protejan los derechos humanos.

Planificación familiar, desarrollo, cambio climático: una breve historia

En 1994, cuando se celebró la conferencia de El Cairo, la población mundial estaba próxima a los 5.6 mil millones de habitantes; en 2011 superó los 7 mil millones. El documento de las Naciones Unidas "Perspectivas de la población mundial: examen de 2012" pronostica 9.6 mil millones para el año 2050, aplicando una variante media en su

revisión. Si la tasa de fecundidad se mantuviera, en promedio, a razón de medio niño por encima de los niveles proyectados con la variable media, la población del planeta alcanzaría los 10.9 mil millones en el año 2050 y 16.6 mil millones en el 2100. Si la trayectoria de fecundidad bajara a razón de medio niño por debajo de la variable media, la población llegaría a los 8.3 mil millones a mediados de siglo y a 6.8 mil millones para fines del siglo.⁴

Actualmente, entre las prioridades del desarrollo sostenible mundial se encuentra el cambio climático, la seguridad alimentaria y del agua; la preservación de la biodiversidad y la sostenibilidad medioambiental que comprende el ordenamiento sostenible de bosques, océanos y mares, al igual que la eliminación de la pobreza y otros asuntos que quedaron pendientes en la agenda de los ODM. Aún quedan retos significativos en materia de salud mundial, en un contexto en que mejorar la salud materna (ODM5) ha sido el que más se ha desviado de su meta. Si el enfoque en la salud y los derechos sexuales y reproductivos no es amplio y se aborda en formas que no prioricen también el contexto general, los temas de desarrollo sostenible no conseguirán el compromiso de potenciales seguidores como los ambientalistas, y es posible que incluso los alejen. De otro lado, las comunidades que trabajan temas ambientales y desarrollo sostenible no se han interesado mayormente en los derechos sexuales y reproductivos y tampoco han apreciado la importancia que puede tener la dinámica poblacional para la agenda ampliada del desarrollo.

Tal como se indicó anteriormente, la preocupación por el crecimiento demográfico mundial impulsó la urgencia de invertir en muchos de los primeros programas de planificación familiar de las décadas de 1960 y 1970, fuera del hemisferio Norte o de los países desarrollados. La retórica de una “explosión demográfica” mundial⁶ fomentó inversiones destinadas a reducir el índice de crecimiento poblacional en los países en desarrollo. Se asociaba el menor crecimiento demográfico con mejores perspectivas económicas y se convirtió en parte de las estrategias de desarrollo económico de muchos países en desarrollo. En 1994 hubo un cambio de paradigma, debido en parte a este enfoque programático vertical, cuando los que abogaban por la salud de las mujeres ayudaron a modelar el Programa de Acción

del Cairo, en la CIPD en torno a los derechos individuales, el derecho a la salud y el derecho a elegir.⁷ Los temas demográficos fueron incluidos en el documento final de la CIPD, e incluso hubo capítulos dedicados específicamente a las “interrelaciones entre población, crecimiento económico sostenido y desarrollo sostenible” y a la “distribución de la población, urbanización y migración interna”; pero, a pesar de ello, no se promocionaron como parte de la agenda progresista de aquellos años. Esto se debió, en parte, a que se creía importante elaborar una agenda que marcara su distancia respecto a políticas y programas anteriores, algunos de los cuales se asociaban con estilos de imposición forzosa. De otro lado, también reflejó el deseo, reclamado vigorosamente por quienes promovían los derechos de las mujeres, de que, los integran en un enfoque más holístico a fin de satisfacer las necesidades sexuales y reproductivas de las personas, en vez de asociar los problemas reproductivos únicamente con la planificación familiar.⁸ La CIPD logró establecer la más alta cota en materia de salud sexual y reproductiva. Si bien la de 1994 fue la tercera conferencia sobre población en tres décadas, no ha habido ninguna otra conferencia mundial de ONU que se le parezca; ello se debió, en parte, al temor de que no se continuara con la tendencia. En efecto, una nueva conferencia entrañaba el peligro de que surgiera una agenda menos progresista que socavara todo el tinglado de los derechos en salud sexual y reproductiva, incluyendo la planificación familiar.

La Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo se realizó en Río de Janeiro en 1992. En esta “Cumbre de la Tierra” se aprobó un plan sin precedentes para el desarrollo sostenible a nivel mundial, la Agenda 21, que se inspiró en un concepto de sostenibilidad como equilibrio de pilares sociales, económicos y medioambientales que se fortalecen mutuamente y son interdependientes.⁹ Desde entonces, la agenda del desarrollo sostenible ha seguido ganando importancia. A pesar de que la Agenda 21 sí hizo algunas referencias a las tendencias demográficas y a los servicios de salud reproductiva, la problemática relacionada con la población no figura en esta agenda ni en la agenda ambiental que es más amplia y que también se ha resistido a incluir los derechos en salud sexual y reproductiva. La permanente resistencia de los promotores de temas como el medio

ambiente, el cambio climático, la lucha contra la pobreza y otros vinculados al desarrollo, a incluir los derechos a la salud sexual y reproductiva en sus agendas es también parcialmente responsable de que se haya hecho difícil lograr un consenso más difundido en torno al hecho de que los derechos en la salud sexual y reproductiva, son también una prioridad fundamental para alcanzar el desarrollo internacional.

Desde 1994, el colectivo de promotores de los derechos a la salud sexual y reproductiva se ha concentrado en ampliar su agenda para incorporar una gama de temas: los derechos sexuales, la orientación sexual y la identidad de género, además de mejorar la calidad de la atención y otras áreas de política y programación como la atención calificada en el parto, la atención obstétrica de emergencia y el acceso a servicios de aborto sin riesgos y el fortalecimiento de los servicios sanitarios. Pero la mayor parte de las organizaciones que promueven la transversalidad de la salud y los derechos sexuales y reproductivos no han procurado identificar o enfatizar la necesidad de encarar las tendencias demográficas que son indispensables para una planificación de desarrollo nacional efectiva; por ejemplo, anticipar la cantidad de maestros que se necesitarán en un distrito o a nivel nacional para mantener el número de alumnos por aula.¹⁰

Meses antes de la Conferencia sobre Cambio Climático, celebrada en 2009 en Copenhague, se creó la Alianza sobre Población y Cambio Climático (PCCA por sus siglas en inglés), que agrupa en una estructura flexible a las ONG del norte y del sur y que trabajan principalmente a través de los procesos de Río+20 y los Grupos de Trabajo de Composición Abierta de la ONU, para sensibilizar aún más sobre los vínculos que existen entre la dinámica de población y el cambio climático. Sus miembros trabajan muy activamente en los derechos a la salud sexual y reproductiva y en el trabajo de conservación y medio ambiente. Su objetivo es interactuar con el discurso del cambio climático y de un desarrollo sostenible más comprehensivo, aumentando el nivel de conciencia sobre los vínculos existentes entre la dinámica poblacional y el cambio climático.

Se analizaron los primeros 40 Programas de Acción Nacional de Adaptación al Cambio Climático (PANA) preparados por países en desarrollo, que reúnen las condiciones para el financiamiento

de actividades prioritarias, a fin de adaptarse a los efectos del cambio climático. El resultado del análisis demostró que 37 de los 40 planes identifican el aumento de la población o la densidad de la población como un factor decisivo que dificulta aún más la tarea de adaptarse a los efectos del cambio climático.¹¹ Se mencionaron con mayor frecuencia los cinco factores siguientes:

- Presión de la población sobre la disponibilidad de agua dulce.
- Presión de la población que afecta la degradación/ erosión de suelos y otras consecuencias relacionadas con la agricultura.
- Escasez de tierra per cápita, lo que produce una explotación abusiva de los pastos.
- Deforestación.
- Gran densidad poblacional que conduce a la migración hacia zonas costeras, aumentando con ello la vulnerabilidad hacia otros efectos del cambio climático, especialmente el aumento del nivel del mar.

En 2009, la Comisión Lancet, sobre los efectos del cambio climático en la salud llegó a la conclusión de que “el cambio climático es la mayor amenaza mundial para la salud en el siglo XXI.”¹² Los países deben comprender que la dinámica poblacional debe ser un elemento de sus estrategias de resiliencia climática al planificar los efectos del cambio climático. Algunos hechos citados en el informe enfatizan la escala de estos efectos. Más de una sexta parte de la población mundial vive actualmente en cuencas hidrológicas alimentadas por glaciares, que son vulnerables al cambio climático.¹³ Dos tercios de las 238 grandes catástrofes naturales ocurridas entre 1950 y 2007, se debieron a fenómenos meteorológicos o climáticos extremos, principalmente inundaciones o tormentas.¹⁴ Uno de los efectos, la elevación de niveles del mar, se sentirá con mayor intensidad en los deltas bajos y densamente poblados, como la región del delta de Bangladesh, donde un aumento de un metro en el nivel del mar causará una pérdida del 20% de tierras y el desplazamiento de 15 millones de personas. Si el nivel del mar aumenta un metro y medio, lo cual no es nada improbable, se produciría lo que Anthony Costello, presidente de la Comisión Lancet, ha denominado “el fin de la geografía” en Bangladesh. Alejar de la costa a millones de personas planteará inmensos desafíos que es preciso que sean entendidos y asumidos

como un compromiso por los activistas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

En la Conferencia Río+20 realizada en 2012, como seguimiento a los acuerdos de la Cumbre para la Tierra de 1992 en su vigésimo aniversario, algunos promotores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos se esforzaron por incluir este tema en el documento final de la conferencia. Se incorporó el lenguaje propio de la salud sexual y reproductiva, pero el lenguaje que reconoce directamente los derechos reproductivos se abandonó en una etapa muy avanzada de las negociaciones.¹⁵ Un grupo mucho más reducido de activistas hizo campaña en Río para que se le diera un mayor reconocimiento a los vínculos entre la dinámica de población, los derechos a la salud sexual y reproductiva y el desarrollo sostenible. Participó en este esfuerzo la Alianza sobre Población y Cambio Climático, la misma que después de la Conferencia de Río cambió su nombre y se convirtió en la Alianza sobre Población y Desarrollo Sostenible (PSDA por sus siglas en inglés). La PSDA prosigue con el acucioso seguimiento de las negociaciones posteriores a la reunión de Río

y participa en el proceso del Grupo de Trabajo de Composición Abierta.¹⁶

En cuanto a la temática demográfica hubo cierto éxito, pero con limitaciones,¹⁵ vale decir, que el documento con las conclusiones tomó en consideración algunas tendencias demográficas y anotó que “con una planificación de largo aliento podemos aprovechar las oportunidades y encarar los retos relacionados con el cambio demográfico”.¹ Sin embargo, no hubo un reconocimiento oficial del significado y la importancia de que se aplique la sostenibilidad de los derechos sexuales y reproductivos y el empoderamiento de las mujeres, incluyendo las opciones de planificación familiar. A pesar de ello, fue significativo que se incluyera una sección sobre salud y población en el documento de las conclusiones, reconociendo estos rubros como áreas temáticas y su transversalidad para el desarrollo sostenible. Así, se ha allanado el camino para enfocar estos temas en las discusiones de seguimiento Río+20 y las posteriores al 2015, de carácter más amplio aún. Destacó el hecho de que la dinámica de población y salud se incluyera en el programa de

GMB AKASH / PANOS PICTURES



Zona afectada por ciclón, Khulna, Bangladesh, 2009

la cuarta sesión del Grupo de Trabajo de Composición Abierta en 2012,¹⁷ y la dinámica de población fue el tema de una de las 11 consultas temáticas post-2015 de la ONU.* Estos procesos de la ONU son monitoreados con esmero por las ONG después de 2014, y se documentan en su página web en forma permanente.

Dinámica poblacional a partir de El Cairo

A partir de El Cairo ha surgido mucho interés en la investigación sobre el dividendo demográfico, que el Population Reference Bureau ha definido como “el acelerado crecimiento económico que comienza con los cambios en la estructura etaria de la población de un país, conforme transita de tasas de nacimiento y mortalidad elevadas a tasas más bajas”.^{18,19,20} Los donantes se han mostrado muy interesados en el dividendo demográfico; sin embargo, los promotores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos no se han concentrado en él. Las investigaciones indican que no en vano se le denomina “dividendo”, como señalara David Canning en la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar que se realizó en Adís Abeba en noviembre de 2013, ya que para obtener el dividendo demográfico del crecimiento económico es necesario invertir, sobre todo en la salud y educación de las mujeres y en la creación de empleos.²¹

Hay otras dinámicas poblacionales importantes pero, en términos relativos, no han merecido suficiente atención de parte de los activistas por la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Habitamos un mundo en acelerado proceso de urbanización, donde más de la mitad de la población mundial vive en zonas urbanas; se estima que esta cifra llegue al 67% para el año 2050.²² El envejecimiento de la población es una preocupación política creciente en algunos lugares del mundo y tiene implicancias en la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En ese sentido, hay propuestas políticas que promueven un aumento de la fecundidad y hay muchas de ellas en países que no llegan a alcanzar la tasa de reemplazo para su población; dichas propuestas pueden hacer peligrar los derechos sexuales y reproductivos y no aportan mucho para una planificación efectiva que cubra las necesidades

sociales, de salud, vivienda y otros servicios que requiere una población que envejece. En los países más golpeados actualmente por el cambio climático se ha iniciado una migración del campo a la ciudad, temporal y de otros tipos. Esta es consecuencia del cambio climático y de los desastres vinculados al clima. Además, en los lugares donde el cambio climático está haciendo que se eleve el nivel de los mares, las estrategias para afrontarlo y adaptarse a este, implican, cada vez en mayor grado, una migración masiva para alejarse de la costa.²³ Los promotores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos pueden desempeñar un papel muy importante al poner de manifiesto la importancia que tiene el acceso a la información, la educación y los servicios en vista de las complejas necesidades de los grupos migrantes, entre otros.

Los activistas de los derechos sexuales y reproductivos tienen ante sí dos desafíos: primero, cómo presentarlos como prioridades para el desarrollo en este mundo de cambios, y segundo, cómo integrar las preocupaciones y prioridades del desarrollo sostenible en el trabajo de defensa y promoción de estos derechos.

Tres estrategias fundamentales

El colectivo de los DDSSRR puede emplear tres estrategias para responder eficazmente a estos desafíos, pero ello dependerá de la respuesta que se dé a las siguientes tres preguntas. La primera es: ¿El colectivo de los DDSSRR puede vencer su resistencia a la “población” y puede propiciar que a nivel mundial se comprenda que es posible preocuparse por la dinámica poblacional – urbanización, migración, envejecimiento, etc., y también por el crecimiento demográfico – y porque se respeten, protejan y cumplan los derechos humanos? La segunda: ¿El movimiento que aboga por los derechos sexuales y reproductivos puede hacer valer una perspectiva mundial sobre el desarrollo económico sostenible, con un enfoque intersectorial que apoye estos derechos, que aproveche la perspectiva de salud pública y derechos humanos y al mismo tiempo sea capaz de trascenderla? Por último: ¿El movimiento de DDSSRR está dispuesto a trabajar en alianza con organizaciones de la sociedad civil dedicadas a otros temas del desarrollo sostenible, dentro y fuera de la ONU, para impulsar los derechos sexuales y reproductivos

* World We Want 2015. <http://www.worldwewant2015.org>

y están dispuestos a trabajar con el movimiento de los DDSSRR?

Liderar el entendimiento mundial de los temas de población

Estamos convencidas de que todos debemos comprender los términos, tendencias y análisis demográficos y su importancia para la planificación del desarrollo sostenible. Daríamos un paso crucial hacia un debate positivo si mejoramos la cultura demográfica, aumentando nuestra comprensión sobre lo que significa cambiar la composición del hogar, puesto que los hogares con un solo habitante tienen un consumo significativo, o sobre qué significa una población que envejece cuando se trata de asegurar el acceso a información, educación y servicios de salud y apoyo social pertinentes. La “ventana de oportunidades” para encabezar este discurso podría cerrarse conforme nos acercamos a setiembre de 2015. Otras organizaciones de la sociedad civil interesadas en la necesidad de reducir el crecimiento demográfico, pero que no estaban muy motivadas por la importancia de los derechos humanos, ya están actuando y tratarán de liderar o dirigir estas discusiones si los líderes no se comprometen con este empeño.

Si en el discurso de la dinámica poblacional se involucraran más activistas con un historial de defensa del enfoque basado en los derechos, sería más fácil desvincular la palabra “población” de “control de la población” y de políticas y prácticas coactivas. A menudo las personas “escuchan” la palabra “control” en el contexto del desarrollo internacional unida a la palabra “población” aun cuando no se haya dicho ni pensado; eso se ve, sobre todo, en la generación de feministas que llegaron a este trabajo motivadas principalmente por colocar lo que son hoy los derechos sexuales y reproductivos como una herramienta para empoderar a las mujeres, no para oprimirlas. Esta asociación es menos evidente en la generación de activistas que eran demasiado jóvenes para estar marcadas por la experiencia de prácticas y políticas coercitivas en materia de planificación familiar.

Las activistas por los derechos sexuales y reproductivos están bien ubicadas como para darse cuenta que la preocupación por los temas demográficos aumentan el interés y el financiamiento que permitirá ampliar el acceso a los programas voluntarios que respeten y protejan estos derechos,

incluida la planificación familiar, así como a dirigir esfuerzos para asegurar que estos temas sean prioritarios en el marco de trabajo post -2015. Este trabajo de *advocacy* exigirá que estemos vigilantes para asegurar que la remozada atención hacia la planificación familiar, iniciada por FP2020, se traduzca en programas enmarcados en derechos más amplios de los DDSSRR, incorporados en la visión del Programa de Acción de CIPD y que sean fieles al mismo. Este es un desafío que merece respuesta.

Una agenda de desarrollo sostenible que incluya los derechos sexuales y reproductivos

Comprometerse con este discurso implicará hacer causa común con los promotores del desarrollo convencional y trabajar con activistas del desarrollo sostenible en temas tales como el cambio climático, la seguridad alimentaria y del agua, estados frágiles, y eliminación de la pobreza. Los vínculos entre estos temas y los de la salud sexual y reproductiva son importantes y las alianzas forjadas podrían crear asociaciones valiosas para potenciar los derechos sexuales y reproductivos. Esto de ninguna manera implica que no se estén realizando estos esfuerzos; por ejemplo, en el caso de Río+20, aunque a veces se hayan dado experiencias muy frustrantes y tensas.

Los activistas por los derechos sexuales y reproductivos han realizado un trabajo efectivo en el terreno de la salud mundial, sumando esfuerzos con activistas de género y desarrollo sobre la salud y derechos humanos, prevención de VIH, salud materna, salud y derechos de adolescentes. Sin embargo, el movimiento de los DDSSRR ha sido menos efectivo al asociarse con organizaciones de desarrollo convencional que trabajan por la eliminación de la pobreza, la seguridad alimentaria y el agua; el medio ambiente, la biodiversidad, el cambio climático y otros temas propios del discurso del desarrollo sostenible. Los promotores de los derechos sexuales y reproductivos necesitan encontrar conceptos y un lenguaje que pueda ser comprendido por otros activistas y que exprese con claridad cómo y por qué los derechos sexuales y reproductivos son importantes para el desarrollo sostenible. Ello contribuirá a mitigar su resistencia.

Estamos convencidas de que los temas propios de la dinámica poblacional son un enlace crucial

entre los derechos sexuales y reproductivos y los otros temas ligados al desarrollo. Durante décadas se han ido acumulando pruebas que vinculan estos derechos con los beneficios del acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva (incluyendo la planificación familiar) con muchos otros temas propios del desarrollo, tales como la eliminación de la pobreza y el cambio climático. Citemos un ejemplo: los estudios sobre las economías de los “Cuatro Tigres Asiáticos” sostienen que países como Corea del Sur, que invirtieron en programas de planificación familiar y además en salud y educación, de las mujeres en particular, obtuvieron como dividendos los cambios demográficos que han contribuido a contar con una población relativamente saludable, bien educada, en edad de trabajar que es capaz de realizar los trabajos que han ayudado a elevar las economías de esos países sacándolos de la pobreza.¹⁹ El tamaño relativo de la población en edad de trabajar, en comparación con la de aquellos que son demasiado ancianos o demasiado jóvenes para trabajar, fue otro factor que contribuyó a esos logros, sumándose a la política y posicionamiento económico y financiero y a las decisiones de gobernabilidad que tomaron. El valor de esa investigación no es solo su actitud positiva frente al aporte de la planificación familiar, sino que además demuestra que es necesaria más inversión en muchos otros aspectos, especialmente en salud, educación, economía. Muchos otros aspectos del desarrollo son necesarios para que los países tengan cambios positivos de la mano con el dividendo demográfico. Pero esto no ocurre automáticamente; otros países, con perfiles de cambio demográfico similares que no efectuaron estas inversiones, no han cosechado beneficios de la misma magnitud. Igualmente, una mejor comprensión de lo que ha conducido al aumento de la juventud que se dio en gran parte de África puede ayudar a las campañas para una mejor planificación para los jóvenes en cuanto a educación, capacitación y oportunidades de empleo, no solo para su propio bienestar sino a nivel de la población y para el futuro. Además, hay una poderosa justificación económica para aumentar la inversión en la salud sexual y reproductiva en tanto intervención rentable, además de otros argumentos basados en la salud, las opciones y los derechos. Por ejemplo, una población mundial cada vez más numerosa y más próspera, influirá en la demanda de recursos

naturales y servicios, ejerciendo una presión que afectará el tamaño y ubicación de poblaciones que requieren acceso a los alimentos, agua y saneamiento, educación y servicios de salud. Hay algunos aspectos del cambio demográfico como la urbanización que, si se aprovechan bien, pueden ser un modo de promover el desarrollo sostenible. Sumada al consumo y otros factores críticos, la dinámica poblacional puede determinar la escala y la forma de los desafíos que nos plantea el desarrollo. Es posible que, aunque en el pasado estos argumentos no hayan sido suficientemente persuasivos para quienes promueven los derechos en materia de salud sexual y reproductiva, si enfatizamos los beneficios de la economía de costos al encarar la necesidad no satisfecha de salud sexual y reproductiva y la planificación familiar para otros sectores, podríamos ayudar a persuadir a estos sectores y a los ministerios y dependencias gubernamentales, para que además de invertir y defender la salud, inviertan y defiendan los derechos en materia de salud sexual y reproductiva.

Formando nuevas y más amplias alianzas

La tercera estrategia consiste en formar nuevas alianzas para influir en los compromisos mundiales y comprometerlos con la ONU, a partir de Río y otras evidencias recientes del trabajo intersectorial realizado para promover los derechos sexuales y reproductivos. Recientemente en el Grupo de Trabajo de Composición Abierta de la ONU encargado de alcanzar los ODM de desarrollo sostenible, los promotores de la salud y los derechos sexuales y reproductivos trabajaron en asociación con grupos feministas de intereses diversos, como parte del *Women's Major Group* y demostraron que es posible la colaboración interdisciplinaria y multisectorial. Esto resulta vital para que se avance en el reconocimiento de que los DDSS-RR son prioritarios para el desarrollo internacional y atraigan inversiones significativas en el contexto de las políticas post-2015.

Un ejemplo notable de colaboración intersectorial a nivel de políticas, fue el aporte de la alianza internacional PSDA en las consultas temáticas post-2015⁷ y otros materiales de *advocacy* relacionados con ellas,²⁴ lo que se reflejó en

⁷ <http://www.worldwewant2015.org/sitemap#>

el nivel programático donde PSDA cuenta con varios miembros en el sur que combinan la prestación de servicios de salud con la conservación y otros factores de desarrollo, aplicando el enfoque población-salud-medio ambiente (PHE por sus siglas en inglés), por ej. en Madagascar, donde *Blue Ventures*,²⁵ una organización que combina la planificación familiar con la prestación de otros servicios de salud y con la conservación del mar, recibió recientemente un premio de Excelencia en Liderazgo en planificación familiar en la Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar que se realizó en Adís Abeba, en noviembre de 2013.²⁶ El enfoque PHE apunta a mejorar la salud y el bienestar de las poblaciones locales al mismo tiempo que conserva los ecosistemas críticos de los cuales ellas dependen.²⁷ Muchos operan en pequeña escala, pero hay ejemplos de mayor envergadura, como el programa pionero en Filipinas de *Path Foundation*, que integra el ordenamiento de recursos costeros con población. Un estudio comparativo estableció que la prestación integral de servicios de salud reproductiva (incluyendo planificación familiar) con la gestión de recursos costeros generaba mayores efectos positivos en el ecosistema y en la salud, que si se brindaban ambos por separado.²⁸ El enfoque PHE ha cuestionado la noción de que hay cierta resistencia a discutir el tema de la población en los países del sur, o a vincular población, derechos sexuales y reproductivos con los temas ambientales, y lo ha cuestionado con éxito principalmente al demostrar que las conexiones son evidentes en el terreno y a nivel de las comunidades. *Blue Ventures* respondió a la preocupación de la comunidad respecto a la disminución de bancos de peces que los pobladores atribuían a la sobreexplotación pesquera que a su vez se vinculaba con el rápido crecimiento demográfico, que llevó a una demanda por partida doble que incluye servicios de planificación familiar y competencias en conservación marina.²⁹

Esta es una respuesta valiosa a la percepción de que enfocar la salud sexual y reproductiva/ planificación familiar junto con los temas ambientales resulta inapropiado o incluso inmoral. El problema del consumo excesivo en el Norte ha sido y sigue siendo crítico, y debe ser reconocido como el principal causante del cambio climático producido por el hombre, por lo que resulta evidentemente inmoral promover

la planificación familiar en el Sur para mitigar los efectos del cambio climático causado por el Norte. Pero esto no significa que los pueblos del Sur no deban tener acceso a los anticonceptivos mientras el Norte no logre controlar su consumo. No se trata de una disyuntiva. El Norte debe reducir su consumo porque eso es vital para la sostenibilidad mundial, y los empeños por promover la dinámica poblacional deben enfatizar este hecho. Abogar sobre el crecimiento demográfico sin referirse a las enormes desigualdades en material de ingreso y de consumo aleja a la gente, con justa razón.

Las contrapartes de PHE en Etiopía están trabajando en aldeas muy remotas para brindar servicios de salud sexual y reproductiva junto con intervenciones para revertir la degradación ambiental causada por la desforestación y otros factores, entre otros programas integrados* Otro ejemplo es el trabajo de Conservación a través de la Salud Pública en Uganda y en la República Democrática del Congo para mejorar la salud y medios de sustento de la comunidad a la vez que se protegen a los gorilas de montaña en los alrededores de los parques nacionales impenetrables de Virunga y Bwindi.³⁰

Estos beneficios repercuten tanto a nivel local como a nivel mundial; proyectos de esa índole demuestran que se necesitan mecanismos flexibles de financiamiento para incluir la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los planes y programas como parte de un enfoque integral ante problemas locales, como es el de la adaptación a los efectos del cambio climático. No hay muchas fuentes de financiación de la AOD que puedan, por ejemplo, abarcar en un solo proyecto la conservación marina con la provisión de servicios y DDSSRR. Las alianzas con grupos ambientalistas, como la reciente colaboración de la Red de Población y Sostenibilidad con el grupo *Amigos de la Tierra* para lograr una posición compartida en torno a población y la salud en DDSSRR,³¹ pueden iniciar un diálogo y facilitar una mejor comprensión de las perspectivas complementarias para el desarrollo internacional, que son los cimientos necesarios para un trabajo basado en la colaboración. Los promotores de la Salud y los DDSSRR podrían encabezar los esfuerzos por superar

* <http://www.phe-ethiopia.org/>

el enfoque polarizado sobre la población y el consumo, en ambos lados.

Durante la conferencia internacional sobre PHE en 2013, que precedió inmediatamente a la Conferencia Internacional sobre Planificación familiar que tuvo lugar en Adís Abeba,[†] Doreen Othero, Coordinadora del Programa PHE de la Comisión de la Cuenca del Lago Victoria^{**} discutió la dinámica de población, incluyendo el crecimiento demográfico, en los países limítrofes con el Lago Victoria – Kenia, Uganda, Ruanda y Tanzania – en el contexto del importante papel que desempeña el lago en las vidas y el sustento de esas poblaciones. Ella manifestó a manera de conclusión, que los pobladores necesitan intervenciones con “el paquete completo” – que aborden la dinámica poblacional y otras más orientadas al eficaz manejo ambiental del lago, incluyendo la conservación de recursos hidrobiológicos como la pesquería.

Son muchos los desafíos

El primer desafío consiste en asegurar que la agenda se construya de forma tal que incluya la salud y los derechos sexuales y reproductivos, y los temas de género y empoderamiento de las mujeres. Fue crucial contar con la colaboración de grupos feministas para superar con éxito la oposición a los DDSSRR en 1994, y será crucial generar consenso para que estos figuren en el marco de trabajo de la CIPD después de 2014 y post-2015.

El segundo desafío es asegurar que el enfoque, recientemente remozado en planificación familiar no signifique el sacrificio de la agenda más amplia de los DDSSRR, como ya sucedió con la salud materna en el marco de los ODM. No debemos olvidar la lección histórica de que el manejo de la fecundidad solo es una parte del conjunto integrado e interdependiente de necesidades de salud sexual y reproductiva.

Es igualmente importante vincular estos temas con otras agendas, en particular con el discurso de desarrollo sostenible/medio ambiente. Para lograr el consenso es fundamental aclarar por qué y cómo se relacionan los temas pues el objetivo es que sean prioridades del

desarrollo internacional post-2015. La importancia de contar con voces representativas a nivel mundial, con aliados globales y tener el liderazgo en el debate, incluso en las delegaciones de la ONU y del G77, serán elementos cruciales para el éxito; el colectivo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ha establecido vínculos cada vez más valiosos con grupos ambientales y otros de nivel nacional y comunitario con los cuales se debe trabajar.

Los promotores de los DDSSRR pueden, al asumir los temas de la dinámica poblacional, demostrar los vínculos que existen entre estos derechos, el cambio climático y el desarrollo sostenible como temas prioritarios. Al hacerlo, y al comprometerse más a fondo en estos discursos, podemos asegurar que ellos y los temas de la salud y los derechos sexuales y reproductivos sean tomados más en serio como preocupaciones centrales del desarrollo sostenible por una coalición mucho más amplia de sectores del desarrollo internacional que la que existe actualmente.

Desde hace muchas décadas el diálogo sobre los problemas de población es difícil, pero tal vez estemos ya ante una verdadera encrucijada. La pregunta es: dedicaremos nuestra energía exclusivamente para discutir entre nosotros, sin alejarnos mucho de nuestras zonas de confort, dejando temas como el cambio climático en manos de otros o vamos a responder además al reto de participar en la promoción de una agenda multisectorial de desarrollo realmente sostenible que refleje una visión integral de los DDSSRR y los derechos humanos, entre otras prioridades que apoyaremos.

Sabemos que quienes promueven los diversos temas y las organizaciones del colectivo de desarrollo sostenible no están muy ávidos que digamos por adoptar nuestra agenda; tendremos que hacer nuestro mejor esfuerzo por convencerlos de que los DDSSRR no son solo nuestra lucha, sino que también son necesarios para que sus prioridades tengan éxito, prioridades que compartimos y de las cuales debemos convertirnos en los más visibles y los más locuaces promotores.

Tal vez la pregunta fundamental es: “¿Existe la posibilidad de que los derechos humanos sean respetados en mayor o menor medida, si las activistas por la salud y los derechos sexuales y reproductivos se abstienen de participar en el debate?” Los actores de países en desarrollo que

[†] <http://www.prb.org/Publications/Articles/2013/phe-activitiesICFP-2013.aspx> ^{*}<http://www.phe-ethiopia.org/>

^{**} <http://www.lvbcom.org/>

se encuentran en países con alta tasa de fecundidad están viendo cada vez con más claridad las conexiones entre el crecimiento demográfico y la disminución de su capacidad para encarar en forma efectiva sus problemas de salud, educación, seguridad alimentaria y vivienda. ¿Puede estar el colectivo de los DDSSRR a la vanguardia y canalizar esa preocupación en una mayor inversión en servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad que tengan una mejor provisión de anticonceptivos, servicios de maternidad, aborto sin riesgo, prevención y tratamiento de infertilidad/ETS/VIH y la amplia gama de enfermedades y morbilidad relacionadas con la salud sexual y reproductiva?

Conclusión

En este artículo hemos argumentado que un entendimiento de la dinámica poblacional basada en los derechos, que promueva una mayor inversión en información, educación y servicios sobre los DDSSRR, que respete y proteja estos derechos, podría tender el puente para crear un consenso con los grupos de desarrollo sostenible. Eso nos ayudará a asegurar una agenda de desarrollo sostenible, una agenda de la cual todos podamos enorgullecernos. Para generar la

solidaridad mundial será necesario construir una coalición intersectorial.

También será importante lograr que los ambientalistas no sean tan renuentes a abordar lo que ellos consideran temas delicados y que puedan considerar como algo que trasciende sus competencias – o, peor aún, como una amenaza para el financiamiento de sus actividades. Y será más sencillo facilitarlo si podemos demostrar a cambio que somos conscientes de sus problemas y que los conocemos. La agenda de desarrollo sostenible debe encarar la dinámica de población y debemos encontrar la forma de trabajar con el colectivo de desarrollo sostenible para tener éxito en llevar a la mesa de negociaciones el tema de población así como el de los derechos sexuales y reproductivos. De lo contrario, existe un riesgo muy real de que la agenda de desarrollo post-2015 resulte insostenible, precisamente porque nuestros temas no serán considerados prioridades para el desarrollo internacional. Es mucho lo que está en juego.

Agradecimientos

Algunas ideas expresadas en este artículo surgieron de discusiones sostenidas con Karen Hardee y agradecemos sus aportes.

Referencias

- 1 United Nation General Assembly. The Future We Want. A/RES/66/288. 2012. <http://www.uncsd2012.org/content/documents/814UNCSD%20REPORT%20final%20revs.pdf>
- 2 Haslegrave M. Ensuring the inclusion of sexual and reproductive health and rights under a sustainable development goal on health in the post-2015 human rights framework for development. *Reproductive Health Matters* 2013;21(42):61–73.
- 3 Stephenson J, Crane FC, Levy C, et al. Population, development, and climate change: links and effects on human health. *Lancet*. [Online] 2013;382(9905):1665–73. doi:10.1016/S0140-6736(13)61460-9.
- 4 United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Population Prospects: The 2012 Revision*. New York: UN; 2013. <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm>
- 5 http://www.gapminder.org/videos/dont-panic-the-factsabout-population/#.U2y_qShmhVA
- 6 Ehrlich PR. *The Population Bomb*. New York: Ballantine Books; 1968.
- 7 United Nations General Assembly. Report of the International Conference on Population and Development. A/94/10/18. Programme of Action. New York: UN; 1994.
- 8 Correa S, Petchesky R. Reproductive and sexual rights: a feminist perspective. In: Sen G, Germain A, Chen LC, editors. *Population Policies Reconsidered: Health, Empowerment and Rights*. Boston: Harvard School of Public Health; 1994. p.107–23.
- 9 United Nations Department of Economic and Social Affairs. *Agenda 21: The United Nations Programme for Action from Rio*. New York: UN; 1992. <http://sustainabledevelopment.un.org/index.php?page=view&nr=23&type=400>
- 10 Blacker J. Fertility in Kenya and Uganda: A comparative study

- of trends and determinants. *Population Studies* 2005;59(3):355–73.
- 11 Bryant L, Carver L, Butler CD, et al. Climate change and family planning: least-developed countries define the agenda. *Bulletin of World Health Organization* 2009;87:852–57.
- 12 Costello A, Abbas M, Allen A, et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet* 2009;373(9676):1693–723.
- 13 Stern N. *The economics of climate change*. Cambridge: Cambridge University Press; 2007.
- 14 International Federation of the Red Cross. *World Disasters Report 2008*. Geneva: IFRC; 2008.
- 15 Population and Climate Change Alliance. Rio+20 reaffirms ICPD but shies away from reproductive rights, 2012. <http://www.populationandsustainability.org/2202/news/pcca-rio20-reaffirms-icpd-but-shies-away-frompopulation-and-reproductive-rights.html>
- 16 Population and Sustainable Development Alliance. www.psa.org
- 17 United Nations General Assembly. *Progress Report of the Open Working Group of the General Assembly on Sustainable Development Goals*. A/67/941. New York: UN; 2013.
- 18 Gribble JN, Bremner J. Achieving a demographic dividend. *Population Bulletin* 2012;67(2).
- 19 Bloom DE, Canning D, Sevilla J. *The Demographic Dividend: A New Perspective on the Economic Consequences of Population Change*. Santa Monica, CA: Rand; 2003.
- 20 Canning D, Schutz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* [Online] 2012;380(9837):165–71. doi:10.1016/S0140-6736(12)60827-7.
- 21 Canning D. Presentation at ICFP 2013 session “The demographic dividend: a new or revitalized paradigm of development”. Addis Ababa, 15 November 2013.
- 22 United Nations Department of Economic and Social Affairs. *World Urbanization Prospects: The 2011 Revision*. New York: UN; 2012. <http://esa.un.org/unup/>
- 23 Foresight. *Migration and Global Environmental Change: Final Project Report*. London: Government Office for Science; 2011.
- 24 Population and Sustainable Development Alliance. *Population dynamics and sexual and reproductive health and rights: critical, cross-cutting issues for the post-2015 development agenda*. 1 November 2013. <http://www.populationandsustainability.org/download.php?id=293>
- 25 Mohan V, Shellard T. Providing family planning services to remote communities in areas of high biodiversity through a Population-Health-Environment programme in Madagascar. *Reproductive Health Matters* 2014;22(43):93–103.
- 26 Blue Ventures. Global acclaim for conservation organisation addressing unmet need for family planning. 15 November 2013. <http://www.blueventures.org/pressreleases/global-acclaim-for-conservation-organisationaddressing-unmet-need-for-family-planning.html?highlight=YTozOntpOjA7czo2OjIleGNlbGwiO2k6MTtzOjU6ImF3YXJkLjtpOjI7czoxMjoiZ XhjZWxsIGF3YXJkLjI9>
- 27 Royal Society. *People and the Planet*. London: Royal Society; 2012.
- 28 D’Anges L, D’Anges H, Schwartz JB, et al. Integrated management of coastal resources and human health yields added value: a comparative study in Palawan (Philippines). *Environmental Conservation* 2010;37(4):398–409.
- 29 Harris A, Mohan V, Flanagan M, et al. Integrating family planning provision into community-based marine conservation. *Oryx* 2011;46(2):179–86.
- 30 Conservation through Public Health. <http://www.ctph.org/>
- 31 Friends of the Earth. *Global population, consumption and rights*. 2013. http://www.foe.co.uk/sites/default/files/downloads/population_friends_of_the.pdf

Desarrollo sostenible, demografía y salud sexual y reproductiva: los vínculos que los unen y sus implicancias políticas

Michael Herrmann*

Asesor Principal sobre Población y Economía, Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), Nueva York, NY, EEUU. Correspondencia: herrmann@unfpa.org

Resumen: *El mayor reto hoy en día es satisfacer las necesidades de generaciones actuales y futuras, de una amplia población mundial creciente, sin imponer presiones catastróficas en el medio ambiente natural. Para enfrentar este reto se necesitan cambios decisivos de políticas en tres áreas: crecimiento económico más inclusivo, crecimiento económico más verde y políticas de población. Este artículo se enfoca en los esfuerzos por abordar y aprovechar los cambios demográficos para el desarrollo sostenible, que en su mayoría quedan fuera del alcance del debate actual. Con este fin, los esfuerzos deben basarse en el reconocimiento de que los cambios demográficos son el resultado acumulativo de opciones y oportunidades individuales, y que la mejor manera de abordar los cambios demográficos es por medio de políticas que amplíen esas opciones y oportunidades, con un enfoque en asegurar acceso no restringido y universal a información y servicios de salud sexual y reproductiva, empoderando a las mujeres a participar al máximo en la vida social, económica y política, e invirtiendo en la educación de la generación más joven más allá del nivel primario. El artículo plantea un sólido argumento para explicar por qué el Programa de Acción acordado hace 20 años en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) continúa teniendo importantes implicaciones y lecciones para la formulación de la agenda de desarrollo post 2015, que se espera que reemplace los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).* © 2015 edición en español, 2014 edición en inglés, Reproductive Health Matters

Palabras clave: desarrollo sostenible, crecimiento económico verde e inclusivo, pobreza, demografía, salud y derechos sexuales y reproductivos, Agenda para el Desarrollo post-2015

Actualmente las megatendencias demográficas, tanto nacionales como mundiales – con su bagaje de aumento continuo y rápido de la población y su envejecimiento, urbanización y migración – constituyen desafíos y oportunidades de gran importancia para el desarrollo. Además, inciden

en los asuntos y objetivos que encabezan las agendas nacionales e internacionales para el desarrollo. La dinámica poblacional afecta el desarrollo económico, el empleo, la distribución del ingreso, la pobreza, la protección social y las pensiones; influye en los esfuerzos por asegurar el acceso universal a la salud, la educación, la vivienda, el saneamiento, el agua, la alimentación y la energía; y también incide en la sostenibilidad de ciudades y zonas rurales, el medio ambiente y el cambio climático.

* Las opiniones expresadas en este artículo son reflexiones del autor y no reflejan necesariamente las opiniones del Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP).

En este contexto, la dinámica poblacional se ha instalado en el primer plano del debate nacional e internacional sobre el desarrollo y en los objetivos y metas del desarrollo sostenible. La importancia de la dinámica poblacional ha sido resaltada en el documento resultante de las conferencias Rio+20, El futuro que queremos,¹ y en el informe del Grupo de trabajo de Naciones Unidas para la agenda de desarrollo después de 2015, Realizando el futuro que queremos para todos.² A partir de estos avances el Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) inició una consulta temática mundial sobre la dinámica poblacional y la Agenda para el Desarrollo Post-2015. Pero debemos preguntarnos, ¿de qué manera se relaciona la dinámica poblacional con el desarrollo sostenible? Y ¿cómo se debe modelar la dinámica poblacional para que nos abra más vías hacia el desarrollo sostenible?

Se suelen simplificar en exceso los vínculos que hay entre la dinámica poblacional – y en especial en el crecimiento demográfico – y sus implicancias para el medio ambiente. En efecto, los países más pobres que registran las tasas de crecimiento demográfico más alta son, hasta ahora, los que menos han aportado a las emisiones de gases de efecto invernadero en todo el mundo. Pero eso no debe precipitarnos a considerar que el aumento de la población no tiene incidencias importantes para la sostenibilidad del medio ambiente. También sería inexacto sugerir que el crecimiento demográfico tiene un efecto claro y directo en el medio ambiente natural. La relación entre los cambios demográficos y la sostenibilidad ambiental es compleja y son muchos los factores que intervienen para mitigarlos.

Este artículo analiza los vínculos entre el desarrollo sostenible y los cambios demográficos, y las políticas para lograr un desarrollo más sostenible. Argumenta que el objetivo del desarrollo sostenible nos exige concentrarnos en tres instrumentos principistas de política, que deben promover economías más inclusivas, garantizar economías más ecológicas y encarar y aprovechar la dinámica poblacional. Además, describe someramente la importancia de las economías más inclusivas y más verdes; sin embargo, se concentra en la necesidad de planificar y modelar las dinámicas de población. Con este enfoque no pretendemos sugerir

que será fácil y sencillo lograr economías más verdes y más equitativas; lo que nos anima, es rescatar el papel de las políticas frente a la dinámica poblacional, que es algo que rara vez se menciona. Cada vez hay más conciencia de que la demografía es importante para el desarrollo sostenible; no obstante, muchos siguen tratando el tema de la demografía como si fuera algo inevitable e incontrolable. Pero no es así. Este artículo discrepa con la opinión de que el cambio demográfico es algo que se determina de manera exógena y que las políticas no pueden afectarlo; también está en desacuerdo con la idea de que lo único que puede modificar el cambio demográfico son las políticas de control poblacional que violan los derechos humanos. El Programa de Acción (PA) acordado en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) hace 20 años, no solo recalcó la importancia que tiene la dinámica poblacional para el desarrollo sostenible, sino que además explicó muy detalladamente cómo se puede modelar la dinámica poblacional con políticas basadas en los derechos y con perspectiva de género. El Programa de Acción³ de la CIPD tiene implicancias y lecciones importantes para la formulación de la Agenda para el Desarrollo Post-2015.

“La Conferencia de 1994 recibió un mandato explícitamente más amplio que las anteriores conferencias de población respecto de las cuestiones de desarrollo, lo que indica que cada vez se tiene mayor conciencia de que la población, la pobreza, las modalidades de producción y de consumo y el medio ambiente están tan estrechamente interrelacionados que no se puede considerar a ninguno de ellos de forma aislada.” (CIPD PA, 1994, Preámbulo 1.5)

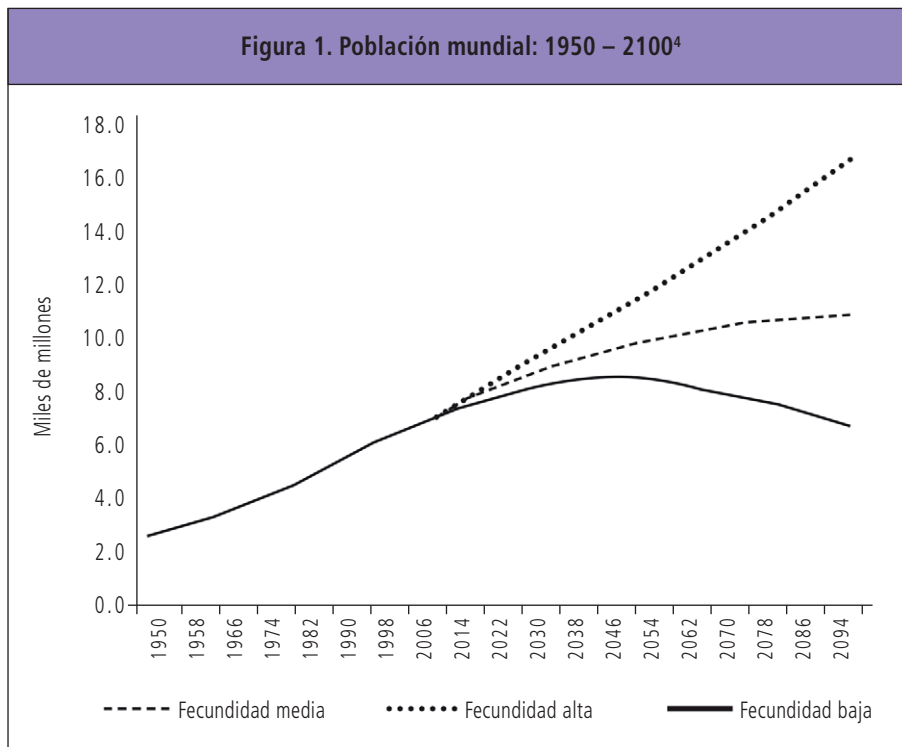
Desarrollo sostenible y dinámica poblacional

Según las últimas proyecciones demográficas de la ONU, la población mundial alcanzó los 7 mil doscientos millones (7200 000 000) en 2014, y seguirá aumentando durante décadas. Entre hoy y 2050, la población mundial aumentará a 2 mil cuatrocientos millones (2400 000 000) más de personas, que era aproximadamente la población que habitaba el planeta en 1950. En comparación con anteriores proyecciones

demográficas, las proyecciones más recientes, revisadas en 2012, sugieren que la población mundial aumenta más rápidamente (Figura 1). Esto se debe, en gran medida a que se frenó el descenso en la tasa de fertilidad en países africanos con altos indicadores de fecundidad, a que aumentó ligeramente la fecundidad en países asiáticos muy populosos y a que hubo leves mejoras en la esperanza de vida al nacer. (4)

Sin embargo, las tendencias mundiales encubren considerables diferencias entre los países. En los países más pobres sigue habiendo altos índices de fecundidad y crecimiento demográfico, mientras que en muchos otros países los índices de fecundidad y aumento de población han disminuido. En efecto, un creciente grupo de países desarrollados tienen déficit de fecundidad y ya están pasando por un descenso demográfico o pronto lo experimentarán. En vista de las crecientes diferencias demográficas entre países, muchos Estados tienen actualmente problemas muy distintos. A los países con fecundidad escasa o en descenso les resultará difícil comprender

la preocupación de otras naciones por su crecimiento demográfico o sus altos índices de fecundidad. Pero, aunque haya considerables diferencias en el ámbito nacional, estas realidades demográficas tienen implicancias a nivel mundial. Habrá cambios en el clima de todo el planeta, sin que importe dónde se emitan los gases de efecto invernadero, y la población del mundo seguirá aumentando sin que importe dónde se genere ese aumento. Aunque los países menos avanzados son los que menos han contribuido a las emisiones de los gases de efecto invernadero a nivel mundial, sentirán los efectos del calentamiento global causado por los países avanzados. Asimismo, aunque los países avanzados tienen actualmente niveles de fecundidad comparativamente bajos, sentirán los efectos del aumento demográfico mundial que se origina, en gran medida, en los países más pobres. Por ejemplo, los esfuerzos para satisfacer la demanda de agua, alimentación y energía, que crece rápidamente, afectará a todos los países, así como también les afectará el fracaso para cubrir estas crecientes demandas.



“Los factores demográficos, junto con la pobreza y la falta de acceso a los recursos en algunas regiones, pautas de consumo excesivo y de producción derrochadora en otras, provocan o agudizan los problemas de degradación del medio ambiente y agotamiento de los recursos y, por ende, impiden el desarrollo sostenible.” (CIPD PA, 1994, Ch. 3.25)

Actualmente, el gran reto para el desarrollo consiste en satisfacer las necesidades de todas las personas que habitan nuestro planeta -especialmente las de los pobres-, y las de todos aquellos que lo poblarán en el futuro. Los esfuerzos para lograr atender a tanta gente afectarán el medioambiente natural; la forma como lo afecten dependerá de varios factores. No sólo depende de cuántos habitantes haya en el planeta, sino de los niveles de vida que tienen, de cómo están distribuidos los recursos económicos disponibles y de cómo se producen los bienes y servicios. Este artículo sostiene que para enfrentar con éxito el reto es preciso que los recursos económicos estén distribuidos en forma equilibrada, particularmente porque las desigualdades y la injusticia continúan en aumento. También es necesario que aumente la producción en forma más sostenida, además de contar con políticas adecuadas que puedan enfrentar el desafío de la dinámica poblacional y que permitan aprovechar las oportunidades para alcanzar el desarrollo sostenible.

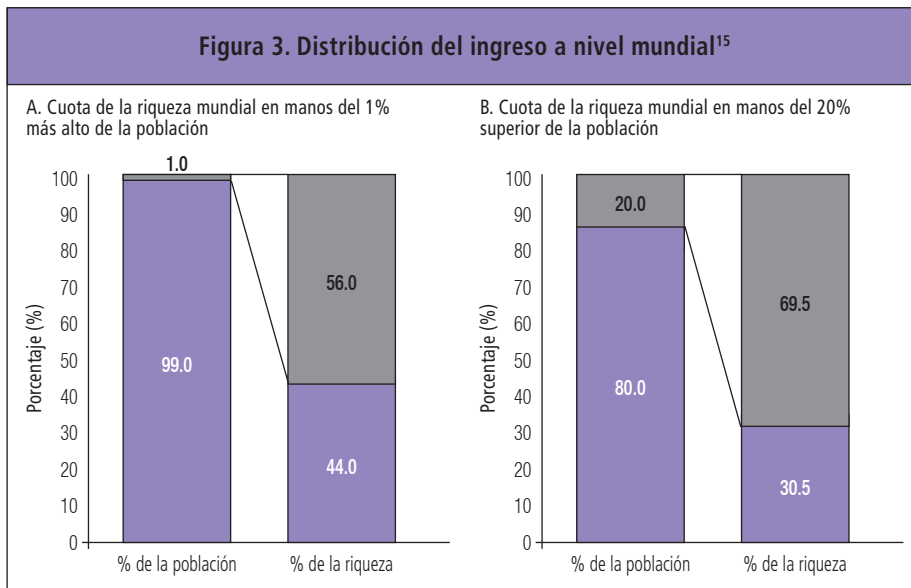
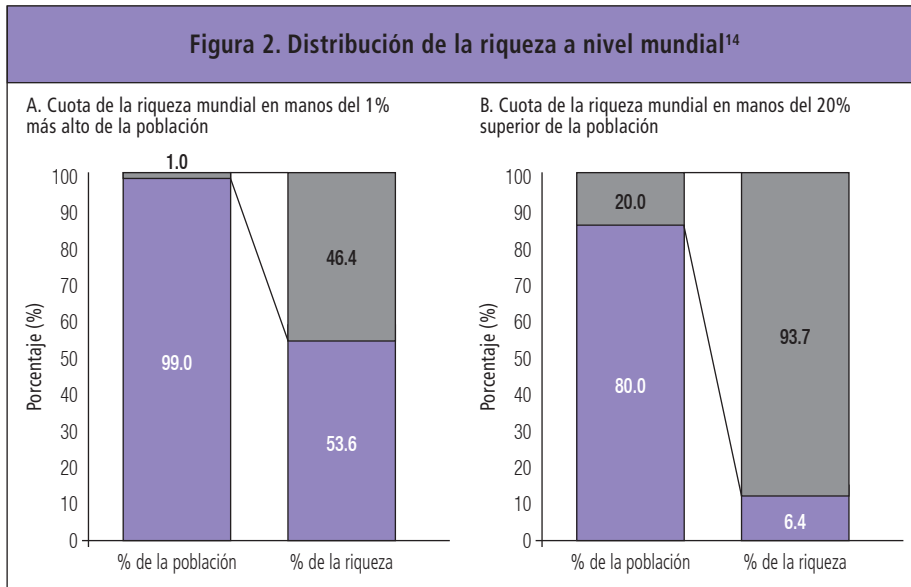
El desafío de reducir la pobreza y aumentar el crecimiento económico

En todo el mundo, una de cada seis personas sigue viviendo en extrema pobreza, con menos de US\$ 1.25 al día en paridad de poder adquisitivo.⁵ Solo hay dos formas de reducir la pobreza: a través del empleo productivo y remunerado, o mediante transferencias. El empleo remunerado y las transferencias monetarias permitirán que las personas tengan ingresos adecuados para adquirir bienes y servicios esenciales, en tanto que las transferencias en especies les permitirán consumir bienes y servicios esenciales aún cuando no tengan ingresos adecuados. Sin embargo, básicamente no es posible reducir la pobreza, sin el crecimiento económico que depende del disfrute de bienes y servicios esenciales.

El crecimiento económico es un requisito necesario, aunque no el único, para combatir la pobreza. Los países no podrán satisfacer las crecientes necesidades de bienes y servicios, crear pleno empleo, elevar los ingresos de los hogares ni financiar transferencias públicas si no hay crecimiento económico. Pero incluso teniendo crecimiento económico, muchos países no han podido asegurar el acceso básico a bienes y servicios esenciales, crear empleos productivos plenos y remunerados, elevar los ingresos familiares y combatir la pobreza. Es más, en muchos países, el crecimiento económico ha ido de la mano con un aumento considerable de las desigualdades. En promedio, la rentabilidad del capital ha aumentado a una tasa mucho mayor que la rentabilidad del trabajo.^{6,7,8,9,10} En varios países los trabajadores han sufrido un descenso en el costo unitario nominal de la mano de obra, y en otros, ha habido un descenso en los salarios que viene unido a un aumento en la cantidad de pobres que trabajan.^{11,12,13} Los desequilibrios en la distribución del ingreso han exacerbado aún más las desproporciones en el reparto de la riqueza (Figuras 2 y 3).

En un mundo que se caracteriza por el aumento constante de las desigualdades, es imperativo-desde el punto de vista humano y desde el punto de vista económico- implementar una distribución más justa de los recursos económicos. Se pueden reducir considerablemente las desigualdades mediante una redistribución de recursos usando transferencias e impuestos. Según los datos más recientes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el Coeficiente de Gini, luego de transferencias e impuestos fue 32%, bajando de 46% antes de transferencias e impuestos para los países de la OCDE, en promedio. Sin embargo, la redistribución de recursos tiene límites. Lo que las economías de mercado social europeas podrían considerar socialmente aceptable para la distribución de los recursos, podría no tener consenso en los EEUU. Es más, a pesar de aplicar considerables medidas redistributivas, algunos países solo han logrado reducir mínimamente la desigualdad -por ejemplo, Brasil,*- y en la mayoría de países las desigualdades han seguido y continúan creciendo.

* La desigualdad en Brasil, medida con el coeficiente Gini, bajó de 59% en 2001 a 53% en 2007.¹⁶



Además de las restricciones políticas y sociales, muchos de los países más pobres enfrentan restricciones económicas para tratar el problema de la redistribución. En 2012, los ingresos de los países de renta baja llegaban aproximadamente a US\$ 1.20 por persona y por día, medido en dólares norteamericanos de 2005. Si aplicamos el ajuste por paridad del poder adquisitivo, la población habría tenido casi el triple de esa suma.

En otras palabras, incluso si los países más pobres distribuyeran todos sus recursos en forma equitativa, no les alcanzaría para asegurarle una vida digna a toda su población. Sin embargo, una redistribución radical de los recursos del planeta entre todos los habitantes del mundo aumentaría significativamente los ingresos de los países en vías de desarrollo –los ingresos de los países de renta baja aumentarían unas 18 veces y los de

renta media aumentarían el triple, pero se reducirían significativamente los niveles de vida en los países desarrollados. El ciudadano promedio en un país desarrollado tendría que arreglárselas para llegar a fin de mes con menos de una cuarta parte de los recursos que tiene actualmente. Incluso, si fuera posible una radical redistribución de los recursos a nivel nacional, regional o mundial, nunca sería una manera viable de reducir la pobreza en forma sostenible.

En 2012, el producto real per cápita en los países menos adelantados llegó a unos US\$ 518 por año, que es aproximadamente un tercio del producto real per cápita estimado de los EEUU en 1800. Si entre hoy y el 2030 el producto económico no aumentara, y si la población creciera al ritmo sugerido por la variante media de la proyección demográfica de la ONU, el producto real per cápita en los países menos adelantados del mundo se comprimiría al menos en un 32% respecto a los niveles actuales -debido al alto crecimiento de la población-, y el producto real per cápita en los EEUU se reduciría en un 13%. A nivel mundial, en el año 2030, el producto por persona sería 16% inferior al de hoy, sin tener en consideración la depreciación de capital.[†]

Las desigualdades se autoperpetúan y una vez consolidadas resulta muy difícil eliminarlas. Las transferencias sociales pueden servir para evitar el sufrimiento de los pobres y ayudar a ralentizar el aumento de las desigualdades, pero las transferencias sociales rara vez bastan para asegurar una disminución en las desigualdades. La forma más efectiva de atacar el aumento de las desigualdades es a través de un crecimiento económico inclusivo, que cree oportunidades de empleo pleno, productivo y remunerado a través de una reglamentación del mercado laboral que complementa este crecimiento y que impida la pobreza de los trabajadores. De otro lado, las medidas redistributivas no bastan para satisfacer las crecientes necesidades de la población. Se necesita un mayor producto económico. Por ejemplo, la seguridad alimentaria sigue siendo, en gran medida, una cuestión de distribución y acceso (la capacidad de las familias de poder comprar los alimentos que necesitan en el mercado) que se está convirtiendo rápidamente en una cuestión

de disponibilidad (la capacidad de la economía mundial de producir suficientes alimentos para una población mundial en constante aumento). En otras palabras, si bien una mejor distribución de los alimentos puede evitar teóricamente que hoy la gente se vaya a dormir sin hambre, para combatirlo en forma sostenible se necesitará un nivel de producción agrícola mucho más alto. Para alimentar una población mundial de nueve mil millones de personas será necesario que el producto agrícola aumente en un 70% por encima de sus niveles actuales, según cálculos de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura.¹⁹ Pero más habitantes no sólo necesitarán más alimentos, necesitarán más de todo.

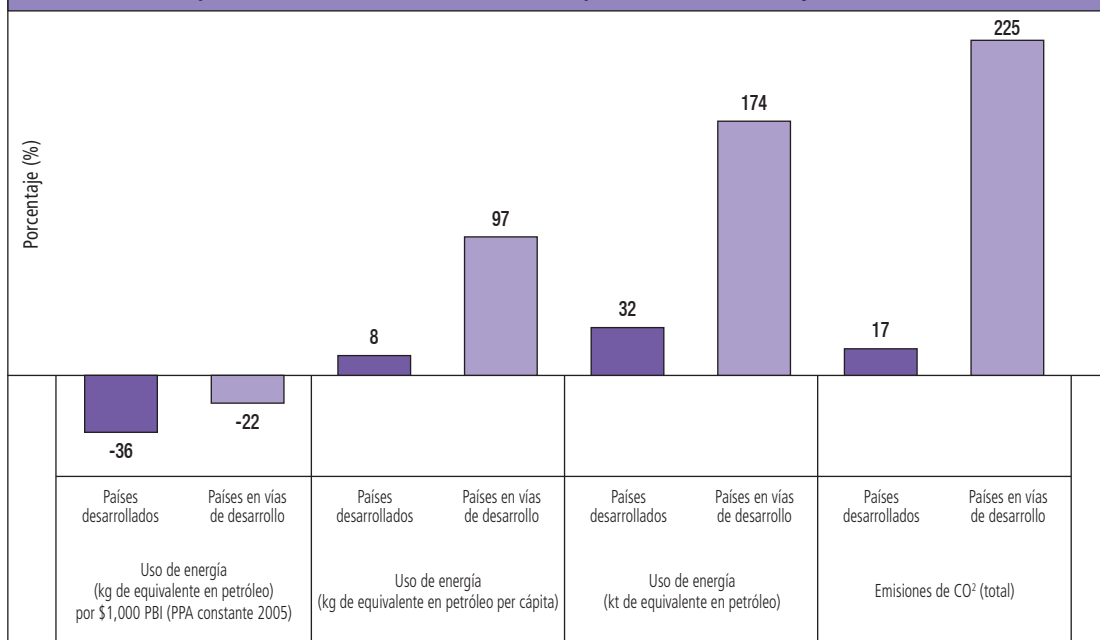
El desafío del crecimiento económico con sostenibilidad ambiental

La producción de todos los bienes y servicios depende de la transformación de los recursos naturales lo que, inevitablemente, perjudica el medio ambiente. A pesar de las pruebas evidentes que atribuyen el cambio climático a la actividad del hombre, hasta la fecha,²⁰ hay países que no han cumplido con reducir sus emisiones de gases de efecto invernadero. Peor aún, a pesar del aumento general en la eficiencia energética - que se mide como el uso de energía por unidad de producto -, se ha producido un rápido aumento en el uso de energía de varios países. En 1934, el "escarabajo" original fabricado por Volkswagen consumía combustible a razón de 35.41 km por galón; en 2014 todavía se vende un escarabajo que consume 37 km por galón de combustible. Las mejoras en eficiencia no se aprovecharon porque fueron utilizadas en aumentar el peso del vehículo, una aceleración más rápida, mayor velocidad y mejores medidas de seguridad. Por lo tanto, no se alcanzaron los potenciales beneficios ecológicos.²¹ En general, el aumento en la eficiencia de recursos no alcanzó para compensar el aumento total en el producto y por consiguiente se asoció con el continuo aumento de las emisiones de gases de efecto invernadero (Figura 4). **

** Los cambios estimados en la eficiencia del uso de los recursos es sumamente sensible a la medición del producto. Si la eficiencia en el uso de los recursos se mide en dólares constantes y no se hacen los ajustes por diferencias en el poder adquisitivo, muchos países no habrán alcanzado un aumento de eficiencia en el uso de los recursos.

[†] Estimados basados en El Banco Mundial, 17 UN, 4 y MeasuringWorth.com.¹⁸

Figura 4. Uso de energía y emisiones de CO² en países desarrollados y países en vías de desarrollo, cambio porcentual, 1980-82 y 2010-12¹⁷



Mientras que el consumo de energía por persona en los países en vías de desarrollo solo es aproximadamente 76% menor que en los países desarrollados, el consumo total de energía en los países en vías de desarrollo es 24% mayor que en el de los países desarrollados. Sin embargo, el grupo de los países en vías de desarrollo no es homogéneo y hay notables diferencias entre los países de renta baja y los de renta media. Los países de renta baja tienen el consumo energético más bajo per cápita y en términos absolutos, pero incluso los países de renta baja tienen consumos energéticos en rápido aumento. Entre 1980-1982 y 2010-2012, aumentó el consumo energético total de los países de renta baja, con un crecimiento dos veces más veloz que el de los países desarrollados. Por su parte, el consumo de energía de los países de renta media aumentó seis veces más rápido.

Aunque el continuo aumento en los precios de combustible fomentará gradualmente que la población se aleje de la producción y consumo intensivo de carbón, existe un riesgo considerable de que ese cambio llegue demasiado tarde para evitar el irreparable daño al

medioambiente y las graves catástrofes naturales. El principio de precaución exige, por lo tanto, que los gobiernos promuevan en forma activa este cambio combinando incentivos, disuasivos y prohibiciones. Para ello, se necesitará contar con una mezcla de instrumentos económicos, sobre todo políticas fiscales y mercados de emisiones que funcionen, así como instrumentos legales como legislación ambiental y normas para productos.*** Sin

*** Hay una abundante literatura, que va en aumento y que se centra en la necesidad de contar con economías verdes y con políticas para el crecimiento sostenible;^{13,22-28} la creación de empleos verdes y la disminución de la pobreza;^{29,30} así como las implicancias financieras y macroeconómicas de dichos cambios estructurales.^{13,31} El giro hacia economías verdes se puede comprender mejor si lo vemos como un proceso de cambio estructural. Este cambio implicará costos para las empresas, pero no tiene por qué tener efectos netos negativos en el crecimiento económico. Asimismo, implicará cambios en las oportunidades de empleo, pero no tiene por qué tener consecuencias negativas para el empleo en general. Las industrias verdes contribuyen al crecimiento económico y generan empleos, y son necesarias para mejorar en forma sostenible los niveles de vida.

embargo, es evidente que hasta ahora los países no han avanzado mucho en la disminución del consumo de energía y de las emisiones de gases de efecto invernadero, lo cual puede atribuirse a la falta de equilibrio en su poder de negociación. Los sectores que se benefician con el status quo (“economía marrón”) generalmente tienen más poder y mayor peso que los que se beneficiarían con el cambio (“economía verde”). Además, los que obtienen beneficios de las prácticas inadecuadas e insostenibles no suelen ser los que asumen el costo de dichas prácticas. Suelen ser los países más pobres los que más padecen por causa de los desastres naturales inducidos por el cambio climático, e incluso en los países avanzados, son los más pobres los que están más expuestos a los riesgos y peligros para la salud causados por la contaminación ambiental.

Es complicado encontrar soluciones porque muchos recursos naturales no tienen un propietario que pueda cobrar por el uso de estos recursos, promover en forma efectiva que se internalicen las externalidades y alentar un consumo más sostenible del recurso en cuestión. Teóricamente, este reto se podría resolver convirtiendo los recursos naturales en bienes privados, como lo propuso Coase,³² pero podría ser más razonable convertirlos en bienes públicos. Cuando los recursos ambientales y sus daños se confinan al nivel local o nacional un gobierno puede custodiarlo en forma efectiva, pero cuando los recursos ambientales o sus daños tienen implicancias transnacionales o mundiales ningún gobierno puede asumir individualmente este papel. ****

Un solo país puede enfrentar la contaminación de un lago, varios países se pueden unir para enfrentar la contaminación de un sistema fluvial; pero tienen que ser todos los países juntos los que enfrenten el problema del cambio climático. Esto implica, de un lado, los esfuerzos mundiales por reducir las emisiones de gases de efecto invernadero y, de otro, los esfuerzos mundiales por mantener o aumentar las capacidades del planeta para secuestrar las emisiones. Enfrentar estos desafíos es una responsabilidad común, aunque diferenciada, que depende de la gobernanza mundial. Se necesitarán estructuras de gobernanza que pongan límites a las emisiones de gases de efecto invernadero, protejan los recursos naturales

para que puedan ejercer el secuestro, definan las obligaciones financieras de los países que participen en este empeño, y establezcan mecanismos para la transferencia de tecnología. Sin embargo, cabe señalar que todo esfuerzo para mitigar los daños ambientales a través de un consumo y una producción sostenibles, serían incompletos e ineficaces si no existe un esfuerzo concomitante para promover sociedades más justas y modelar la dinámica de población.

Con frecuencia se ha interpretado erróneamente el hecho de que los países con índices más altos de crecimiento demográfico sean, en gran medida, los países que han tenido los más bajos niveles de emisiones de gases de efecto invernadero. El aumento de la población puede tener efectos en el clima, aunque todavía no los haya tenido, y la dinámica poblacional también puede afectar, en general, a otros recursos naturales. Tal vez el crecimiento demográfico no sea tan importante -siempre y cuando una gran parte de la población viva en extrema pobreza, caracterizada por un nivel de consumo mínimo-, pero empieza a preocupar mucho más cuando una parte creciente de la población sale de la pobreza. Por consiguiente, la aspiración legítima de los países menos adelantados para elevar los niveles de vida de sus pueblos tendrá repercusiones de gran alcance para el medio ambiente.

Actualmente, son más frecuentes y más intensos los riesgos de desastres naturales -cambios en la precipitación pluvial y el aumento de la desertificación, con sus efectos negativos para la agricultura- en los países menos adelantados.³⁴ Pero la presión que sufren los bosques, selvas, la tierra y el agua en los países menos adelantados no puede atribuirse exclusivamente a las emisiones de gases de efecto invernadero y al cambio climático causado en otros lugares; también la agudizan las modalidades de producción y consumo que hay en el propio país. Muchos de estos países se apoyan demasiado en la explotación de sus recursos naturales para impulsar el crecimiento económico -sobre todo en industrias extractivas, agricultura, pesca y producción maderera- y muchas de las familia más pobres también dependen demasiado de la madera y otros recursos naturales para cubrir sus necesidades cotidianas. Los países menos adelantados del

mundo son los que más padecen la rápida degradación y agotamiento de sus recursos naturales, y esto, en la práctica, está socavando su capacidad de alcanzar el nivel de sostenibilidad de los países más avanzados.³⁵

“[...] En muchos países, gracias a un crecimiento de la población más lento se ha tenido más tiempo para adaptarse a futuros aumentos demográficos. Esto ha aumentado la capacidad de esos países para atacar la pobreza, proteger y reparar el medio ambiente y construir la base para el desarrollo sostenible futuro.... La estabilización de la fecundidad puede tener considerables consecuencias positivas en la calidad de vida. .” (CIPD PA, 1994, Ch. 3.14)

Como se mencionó anteriormente, si no hay mayor crecimiento económico no será posible mantener o elevar los niveles de vida de las poblaciones en aumento; pero si no se cambia en lo fundamental el modelo de desarrollo, tampoco será posible detener o revertir la insostenible destrucción del ambiente natural. Así como el crecimiento demográfico nos plantea desafíos, especialmente si no hay cambios esenciales en los esquemas de consumo y de producción, la dinámica poblacional también puede abrirnos otras oportunidades. Un descenso en los niveles de fecundidad y un crecimiento demográfico más lento pueden hacer que los países cosechen un dividendo demográfico proveniente de las transiciones demográficas y acometan con más ímpetu el desarrollo económico.

La migración también puede ser un elemento facilitador del desarrollo económico y social, pues puede hacer que la población responda a los cambios que se producen en las condiciones sociales, económicas y ambientales. Y la transformación rural y urbana se puede convertir en un motor que impulse el desarrollo sostenible si se realiza una planificación rural-urbana integrada y se fortalecen los vínculos entre la ciudad y el campo. Sin embargo, para lograr los beneficios potenciales de estos cambios en el tamaño, estructura etaria o distribución geográfica de las poblaciones será necesario contar con políticas que los apoyen.³⁶

“La pobreza también está íntimamente relacionada con la inadecuada distribución espacial

de la población, el uso insostenible y la distribución no equitativa de recursos naturales tales como la tierra y el agua, y una grave degradación del medio ambiente.” (CIPD PA, 1994, Ch. 3.14)

El crecimiento urbano no planificado aumenta la vulnerabilidad ante riesgos naturales y puede agudizar la pobreza urbana. A pesar de que se ha prestado más atención a mejorar el acceso a servicios básicos en los barrios marginales, en términos absolutos ha aumentado la cantidad de pobladores de esos asentamientos en el mundo en vías de desarrollo, pues los municipios urbanos no han podido lidiar con el rápido ritmo de aparición de nuevas barriadas. Actualmente, muchas ciudades encaran simultáneamente problemas de extensión y de congestión. Sin embargo, es posible evitar los desafíos que vienen desplegándose en muchos países, especialmente en los menos avanzados. En efecto, si se prevé la urbanización, se aprovechan las ventajas de la aglomeración y se gestiona el crecimiento urbano como parte de sus respectivas estrategias de desarrollo, tanto los gobiernos centrales como las autoridades locales podrán enfrentar los desafíos del crecimiento urbano y convertirlo en un elemento que impulse un mayor desarrollo sostenible. En las zonas urbanas los gobiernos pueden brindar bienes y servicios esenciales a menor costo por persona que en las zonas rurales, y en las zonas urbanas, la población consume menos energía, con los ajustes por nivel de ingresos, que la población que vive en el campo. Las oportunidades de ahorrar energía son especialmente importantes en los sectores de vivienda y transporte. Para asumir el reto de una gran densidad poblacional con condiciones de vida en constante deterioro, sobre todo en las barriadas, y también el desafío de la extensión urbana, es fundamental contar con la posibilidad de desarrollar infraestructura, nodos de transporte y espacios verdes.³⁶

“Sin embargo, en las políticas macroeconómicas y sectoriales raramente se ha prestado atención a las consideraciones demográficas. Integrar explícitamente a la población en las estrategias económicas y de desarrollo acelerará el ritmo del desarrollo sostenible y de alivio de la pobreza y a la vez contribuirá al logro de

los objetivos demográficos y a un aumento de la calidad de vida de la población.” (CIPD PA, 1994, Ch. 3.3)

La dinámica poblacional y sus factores determinantes

Resulta tan inadmisibles aceptar que persistan los niveles de pobreza como lo es aceptar la continua degradación del medio ambiente. Ambos ocasionan daños humanos, crisis humanitarias, luchas y conflictos civiles. ¿Cómo puede la comunidad mundial alcanzar el doble objetivo de elevar los niveles de vida y proteger el medio ambiente? La Cumbre para la Tierra realizada en 1992 en Río de Janeiro, Brasil, bosquejó un enfoque bivalente: un giro hacia un consumo y una producción sostenibles, y políticas para abordar el cambio demográfico.³⁷ El Programa de Acción de la CIPD hizo eco de esta exhortación y señaló:

“El desarrollo sostenible como un medio para asegurar el bienestar humano, compartido equitativamente por toda la humanidad, hoy y en el futuro, requiere que las interrelaciones entre población, recursos, medio ambiente y desarrollo sean completamente reconocidas, apropiadamente gestionadas y se equilibren de manera armoniosa y dinámica. Para alcanzar el desarrollo sostenible y elevar la calidad de vida de toda la humanidad, los Estados deben reducir y eliminar los esquemas insostenibles de producción y consumo, y promover políticas apropiadas, como las políticas relacionadas con la población, para satisfacer las necesidades de las generaciones actuales sin comprometer la posibilidad de que las futuras generaciones satisfagan sus propias necesidades.” (CIPD PA, 1994, Ch. 2.6)

El consumo sostenible debe asegurar una conducta más consciente de parte del consumidor y una distribución más equilibrada de los recursos; la producción sostenible debe asegurar mayor eficiencia en el uso de los recursos y debe basarse más en energías renovables; y las políticas de población deben asegurar salud, educación y el cumplimiento de los derechos humanos fundamentales. El alcance de este artículo no permite analizar toda la gama de políticas necesarias para promover el desarrollo

sostenible – como las políticas para promover economías más justas y más ecológicas. Por lo tanto, en las próximas secciones nos concentraremos en los esfuerzos realizados para enfrentar y aprovechar las dinámicas de población, que siguen quedando marginadas del debate central sobre el desarrollo sostenible.

El imperativo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos

Las futuras tendencias demográficas dependen vitalmente de las políticas de hoy. Para que la población mundial llegue a los 9.6 mil millones alrededor de 2050 y se estabilice en unos 10.9 mil millones para 2100 – tal como lo sugiere la variable media de la proyección demográfica de la ONU – la fecundidad mundial promedio debe alcanzar el nivel de remplazo entre 2035 y 2040 y mantenerse por debajo del nivel de remplazo durante el resto del siglo. Las proyecciones muestran que diferencias mínimas en los niveles de fecundidad pueden sumarse y convertirse en grandes diferencias en las trayectorias demográficas. Si cada mujer tuviera en promedio medio hijo más que el que asume esta variable media, la población mundial aumentaría hasta los 11 mil millones para 2050 y casi 17 mil millones para 2100. De otro lado, si cada mujer tuviera en promedio medio hijo menos que el que supone la variable media, la población mundial aumentaría hasta los 8 mil millones para 2050 y disminuiría a los 7 mil millones para fines del siglo.^{****} En síntesis, cada década de demora en llegar al nivel de remplazo en la fecundidad implica un continuo y significativo crecimiento demográfico en las próximas décadas.

Los países que actualmente tienen los índices más altos de fecundidad y crecimiento demográfico – en su mayoría son países de África subsahariana y de Asia Meridional – generalmente también tienen “grandes preocupaciones” por sus altos índices de fecundidad y de crecimiento demográfico. Según la última encuesta de la División de Población de la ONU,

^{****} Incluso la variante alta supone un descenso considerable en la fecundidad respecto a los niveles actuales. Si permanecieran inalterables los niveles actuales de fecundidad, la población mundial llegaría a los 29 mil millones de personas a fines del siglo.

más del 70% de los gobiernos de los países menos adelantados tienen grandes preocupaciones en cuanto a los altos índices de fecundidad y crecimiento demográfico. Es más, más del 70% de sus gobiernos están sumamente preocupados por el rápido crecimiento demográfico urbano.³⁸ Dando respuesta a las inquietudes mundiales y nacionales que provoca la elevada fecundidad y el crecimiento demográfico, la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible, en su propuesta más reciente sobre los objetivos de desarrollo sostenible ha planteado una meta para reducir los niveles de fecundidad en todas partes hasta alcanzar el nivel de remplazo. Sin embargo, la red de investigadores académicos que respalda esta propuesta ha señalado claramente que los esfuerzos para alcanzar este objetivo no deben violar libertades y derechos humanos fundamentales.³⁹

En efecto, el crecimiento demográfico plantea desafíos para el desarrollo sostenible pero ello no sugiere ni necesita ningún tipo de control de población impuesto por la fuerza. El análisis de los vínculos entre población y medio ambiente es un elemento; las recomendaciones sobre respuestas políticas apropiadas es algo totalmente diferente. Las políticas para encarar y aprovechar la dinámica poblacional – ya sea que se enfoquen en enfrentar el aumento o la disminución de la población, o en la migración y la urbanización – deben respetar las libertades y los derechos humanos fundamentales. Unidas, la Plataforma de Acción de Pekín y el Programa de Acción de CIPD bosquejan políticas para enfrentar la dinámica poblacional basadas en los derechos esenciales y con perspectiva de género.

“El presente Programa de Acción recomienda a la comunidad internacional una importante serie de objetivos de población y desarrollo: el crecimiento económico sostenido en el marco del desarrollo sostenible; la educación, sobre todo de las niñas; la equidad y la igualdad entre los sexos; la reducción de la mortalidad neonatal, infantil y materna; y el acceso universal a servicios de salud reproductiva, en particular de planificación de la familia y de salud sexual.” (CIPD PA, 1994, Preámbulo 1.12)

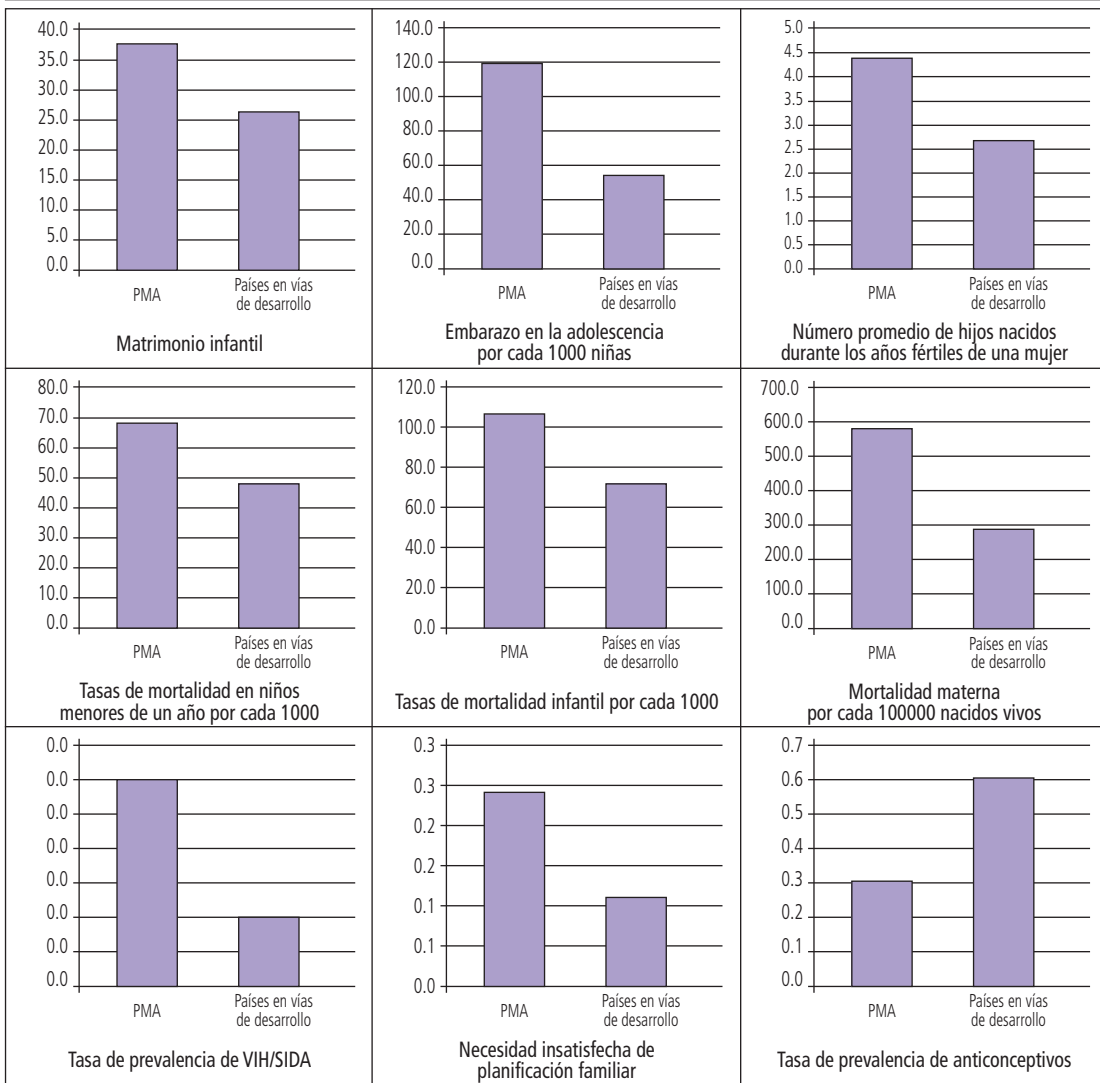
Aunque muchos países han avanzado en el logro de muchos de los objetivos y metas de

desarrollo señalados en la Declaración de Desarrollo del Milenio, aún persisten importantes desafíos. El avance en reducir la mortalidad materna, que depende fundamentalmente del acceso a la atención de la salud sexual y reproductiva, ha sido especialmente débil.⁵ Los desafíos son mucho mayores en los países más pobres. Hasta ahora, el país menos adelantado tiene, en promedio, una cuota significativamente mayor de niñas casadas, de embarazos en la adolescencia, de mortalidad en la primera infancia y en la niñez, de mortalidad materna y de personas que viven con VIH y SIDA que el país en vías de desarrollo promedio (Figura 5). Estos indicadores tienen mucho que ver con la necesidad insatisfecha de planificación familiar, la baja prevalencia de anticonceptivos y los abortos con riesgos e ilegales.

En todo el mundo hay actualmente alrededor de 222 millones de mujeres que siguen sin tener acceso a métodos modernos de planificación familiar.⁴³ En los países menos adelantados se calcula que la necesidad insatisfecha de planificación familiar es de 24%, en comparación con el 11% en el grupo de países en vías de desarrollo. Sin embargo, incluso al interior de los países menos adelantados, hay enormes diferencias. Los datos obtenidos de las Encuestas de Salud y Población realizadas en 1998 y repetidas en 2008, en un total de 17 países africanos menos adelantados (PMA), muestran que es menos probable que las mujeres con educación secundaria o superior, las mujeres que viven en zonas urbanas, y las mujeres de los hogares más ricos se conviertan en madres durante su adolescencia, que es más probable que usen anticonceptivos y es menos probable que tengan la necesidad no satisfecha de anticonceptivos, que las mujeres que no tienen educación o solo tienen educación primaria, viven en zonas rurales, o son de familias pobres.^{40,44}

El ejercicio de los derechos humanos fundamentales, como son el derecho a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, aumenta las oportunidades y las opciones para las personas. Resulta inaceptable que se obligue a los niños a casarse y que los adolescentes se conviertan en madres y padres porque no se les permite tener acceso a información y servicios de salud sexual y reproductiva. Decidir si se van a casar, cuándo y con quién, y si van a

Figura 5. Indicadores clave sobre salud, incluyendo salud sexual y reproductiva, últimos años disponibles ^{40,41,42}



tener hijos, cuándo y cuántos son algunas de las decisiones más trascendentales en la vida de cualquier persona. ¿Por qué habría de negarse el derecho de tomar esta decisión a los adolescentes, y especialmente a las adolescentes? ¿Por qué debe aceptarse que se les someta a la violencia y al abuso? ¿Por qué debe aceptarse que simplemente no son capaces de recibir la misma educación que reciben los niños varones? Actualmente, por causa de la

discriminación y la falta de derechos, muchas adolescentes tienen opciones y oportunidades gravemente restringidas, posibilidades muy limitadas de soñar y alcanzar sus sueños, y en la práctica viven una vida con pocas expectativas. La libertad de posponer o negarse al matrimonio y a tener hijos, el acceso a información y servicios de planificación familiar, el empoderamiento de las mujeres, la educación de los niños y la garantía de una educación

integral sobre la sexualidad son un beneficios para todos: para las personas y para las sociedades. La suma de estas medidas ayuda a reducir la mortalidad del recién nacido, del niño y de la madre; reduce los embarazos en adolescentes y otros embarazos no deseados; elimina los peligros del aborto con riesgos; y pone coto a las enfermedades contagiosas. Pero va más allá: ayudará a las chicas a proseguir sus estudios escolares, prolongarlos y a encontrar mejores empleos, y a las mujeres las ayudará a vivir tomando sus propias decisiones.

Aunque muchos países han logrado avances considerables, virtualmente la educación primaria universal, todavía van a la zaga en materia de educación secundaria. Es más, muchos países continúan teniendo enormes disparidades de género en la educación secundaria. En comparación con los niños, son pocas las niñas que llegan a la secundaria, y en comparación con los varones, son muchas menos las que se quedan hasta terminar la secundaria (Figura 6). Esta disparidad, que es particularmente aleccionadora en los países más pobres, se suele atribuir a leyes y prácticas discriminatorias, al matrimonio precoz y el nacimiento de los hijos, así como a que las chicas deben atender a los enfermos y los ancianos, y apoyar con su trabajo en el hogar a la supervivencia de la familia. Y sin embargo, es precisamente la educación que va más allá del nivel primario, junto con la información y el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva lo que es indispensable para el empoderamiento de las adolescentes. Las chicas que tienen educación secundaria, normalmente posponen el embarazo, tienen menos hijos, e invierten más en cada hijo. Por lo tanto, estas medidas también ayudan a reducir los niveles de fecundidad y a que el crecimiento demográfico sea más lento, con lo cual aumentan las posibilidades de alcanzar el desarrollo sostenible.⁴⁵

En los próximos años la comunidad internacional, en su conjunto, y los países, en particular, deben prestar más atención a la eliminación de las desigualdades. Se debe poner más empeño en fomentar el progreso en los países más pobres del mundo, pero a la vez hay que poner más énfasis en ayudar a las poblaciones más marginadas de los países más avanzados. En países avanzados hay una considerable cantidad de pobres, especialmente en zonas

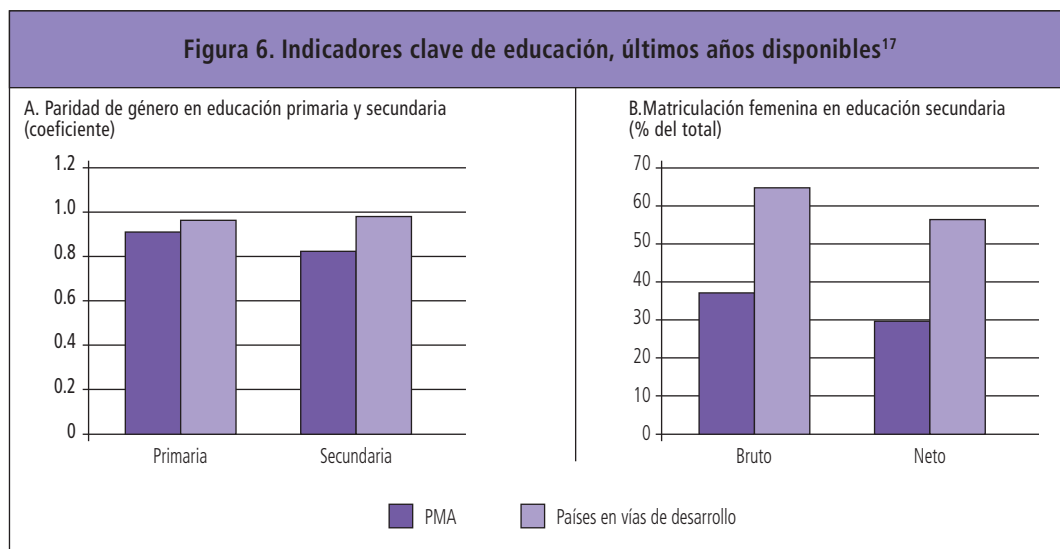
rurales y en comunidades indígenas u originarias, que no tienen información ni acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Pero los esfuerzos que se hagan en este sentido deben ir mucho más allá de cubrir las necesidades de anticoncepción. La disponibilidad de servicios e información deben ir de la mano con la protección de las libertades y derechos humanos fundamentales, y debe lucharse contra la discriminación y la coacción. Se debe establecer con firmeza, tanto en las leyes como en las prácticas, el trato igualitario para las mujeres y las poblaciones marginadas, y esto debe ser promovido activamente mediante políticas y programas. El empoderamiento de las mujeres no puede solo concentrarse en su función reproductiva, debe abarcar todos los aspectos de la vida.

La importancia de una planificación con visión de futuro y con políticas fundamentadas en datos empíricos

En el hipotético caso de que los niveles de fecundidad disminuyeran hoy en forma significativa, la población seguiría aumentando. Y conforme los países continúen teniendo poblaciones en aumento, van a empezar a tener una población que envejece. Además, aunque el proceso de crecimiento demográfico urbano prácticamente ya se ha completado en los países desarrollados, todavía está en marcha y es constante en los países en vías de desarrollo, y recién empieza en los países menos adelantados. Finalmente, la acelerada migración internacional es un factor de mucho impacto para los países con emigrantes y para los países que los acogen.

El envejecimiento de la población, la urbanización y la migración están siempre teñidos de grandes desafíos, pero estas megatendencias demográficas también pueden abrir oportunidades para el desarrollo. Pero para que estas oportunidades sean una realidad, es necesario que los que formulan las políticas utilicen sistemáticamente datos y proyecciones demográficas para planificar con anticipación el futuro demográfico de sus países.

Si no conocen a sus poblaciones – cuántos viven ahora y cuántos vivirán, dónde viven y dónde vivirán, y qué edad tienen y cómo cambiarán sus estructuras etarias – los países

Figura 6. Indicadores clave de educación, últimos años disponibles¹⁷

no lograrán comprender ni satisfacer las necesidades de sus habitantes. Por ejemplo, un cuidadoso análisis de la información puede mostrarnos de qué manera factores como la migración, urbanización y envejecimiento de la población están socavando los sistemas tradicionales de apoyo intrafamiliar y pueden orientar el establecimiento de sistemas modernos y más formales de apoyo, con suficiente anticipación. Asimismo, aunque los planificadores no sepan con exactitud quiénes se mudarán a las ciudades los próximos años, las proyecciones demográficas nos dan una buena idea del volumen y estructura etaria aproximados de los futuros pobladores urbanos. Si las autoridades usaran esta información en forma sistemática, podrían poner freno a la diseminación de asentamientos no planificados que exacerban la presión por infraestructura, servicios y tierras. Si no hay este tipo de planificación, los gobiernos siempre trabajarán en contextos de crisis permanentes. En lugar de comprender y aprovechar los beneficios de los cambios demográficos, se verán limitados a responder y gestionar desafíos demográficos. Por todo lo expuesto, los esfuerzos por modelar las tendencias demográficas usando las políticas anteriormente descritas, se deben complementar con esfuerzos por anticiparse y planificar las tendencias demográficas. Los primeros no pueden reemplazar a las segundas.

Implicancias para la Agenda para el Desarrollo Post-2015

Aunque no está claro si para asegurar el desarrollo sostenible bastará con cambiar radicalmente las políticas sociales, económicas y ambientales, si sabemos que sin esos cambios el desarrollo sostenible será imposible. Este artículo pone énfasis en que el desarrollo sostenible, que es el objetivo declarado de la Agenda para el Desarrollo Post-2015, tendrá que construirse sobre tres pilares:

- Asegurar el crecimiento económico verde.
- Promover un crecimiento económico más inclusivo.
- Abordar y aprovechar la dinámica poblacional con políticas basadas en derechos.

El progreso en cada una de estas áreas es un esfuerzo mundial colectivo que requiere apoyo adecuado de los aliados bilaterales y multilaterales, pero también es un esfuerzo nacional.⁴⁰ En un mundo interdependiente los cambios demográficos y ambientales tienen implicancias mundiales – independientemente del lugar donde se originen – y, por lo tanto, exigen respuestas políticas mundiales y concertadas.

Sin embargo, los esfuerzos que se hagan para promover economías más inclusivas – que vienen recibiendo una atención particular desde la crisis financiera y económica mundial – deben ir acompañados de esfuerzos serios

para promover economías verdes. La agenda de lucha contra la pobreza no nos debe apartar de una agenda de crecimiento verde. De hecho, sería un error considerar ambos objetivos como si fueran mutuamente contradictorios. Una disminución sostenible de la pobreza no se puede alcanzar sin crecimiento verde. Y para poder avanzar hacia el logro de ambos objetivos, es indispensable que los países también modelen sus futuros demográficos.⁴⁶ En cuanto a la dinámica de población, el análisis que aquí hemos presentado tiene dos grandes mensajes de carácter general:

- La demografía es muy importante para el desarrollo sostenible. La dinámica poblacional plantea retos y brinda oportunidades para el desarrollo sostenible.
- La demografía no es inmutable. La dinámica poblacional se puede abordar en forma eficaz con políticas que respeten y promuevan los derechos humanos.

A pesar del debate mundial que reconoce la necesidad de promover economías más verdes, hay una resistencia muy fuerte contra la promoción de economías más inclusivas, y se ignora o desmerece la importancia de abordar y aprovechar la dinámica poblacional. En este marco, la Agenda para el Desarrollo Post-2015 debe contener los siguientes diez objetivos:

- Cumplir efectivamente los derechos humanos fundamentales; entre ellos, los derechos sexuales y reproductivos y eliminar leyes y prácticas discriminatorias.
- Empoderar a las mujeres para que participen plenamente en la vida económica, social, cultural, y política.
- Asegurar la inversión en capital humano a lo largo de toda la vida, con especial énfasis en

salud, educación y protección social.

- Asegurar el acceso irrestricto y universal a información y servicios integrales de atención en salud sexual y reproductiva, con el componente de planificación familiar voluntaria.
- Asegurar la educación más allá del nivel primario, con un aprendizaje continuo para asegurar una amplia educación en materia de sexualidad.
- Promover oportunidades de empleo productivo y remunerado y dar protección social para evitar que las personas de todas las edades se hundan en la pobreza.
- Asegurar la recopilación sistemática de datos esenciales mediante estadísticas vitales, censos y encuestas.
- Asegurar que las estrategias, políticas y programas de desarrollo se basen en datos y proyecciones demográficos.
- Promover la sostenibilidad de las ciudades y fortalecer los lazos rural-urbanos.
- Promover los beneficios que aporta la migración al desarrollo.

Finalmente, al promover el desarrollo sostenible – definido como el bienestar de las actuales y futuras generaciones en armonía con la naturaleza – se debe prestar especial atención a los jóvenes. Por definición, el desarrollo sostenible debe beneficiar a los jóvenes y a las próximas generaciones, pero también es importante subrayar que solo avanzaremos hacia el desarrollo sostenible si los jóvenes se involucran y apoyan estos esfuerzos plenamente. Por consiguiente, es esencial que la Agenda para el Desarrollo Post - 2015 se concentre particularmente en el empoderamiento de los jóvenes; y, para ello, hay que invertir adecuadamente en su salud, su salud sexual y reproductiva y en su educación, que comprende una educación integral en cuanto a la sexualidad.

Referencias

1. United Nations. The Future We Want, Outcome document of the UN Conference on Sustainable Development, Rio de Janeiro, 20-22 June 2012.
2. UN. Realizing the Future We Want for All, United Nations Task Team, Report to the Secretary-General, New York, 2012.
3. UN. The Programme of Action, Report of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, 5-13 September 1994, UN, A/CONF.171/13/Rev.1. 1995.
4. UN. World Population Prospects: The 2012 Revision – Key Findings and Advance Tables, New York, 2013, <http://esa.un.org/wpp/> as at 24 March 2014.
5. UN. The Millennium

- Development Goals Report 2013. New York, 2013.
6. Guscina A. Effects of globalization on labor's share in national income, International Monetary Fund (IMF) Working Paper 06/294. Washington, DC: IMF, 2006.
 7. International Monetary Fund. World Economic Outlook 2007: Globalization and Inequality, Washington, DC, 2007.
 8. Glyn A. Explaining labor's declining share of national income, G-24 Policy Brief, No. 4. Washington, DC, 2010.
 9. International Monetary Fund and International Labour Organization. The challenges of growth, employment and social cohesion. Discussion document, Joint ILO-IMF conference in cooperation with the office of the Prime Minister of Norway, Oslo, 13 September 2010.
 10. Herrmann M. Reflections on globalization. In: Global Youth Action Network, editor. Debating Globalization: International Perspectives on the Global Economic and Social Order. Brussels: GYAN, 2007.
 11. International Labour Organization. World of Work Report 2008: Income Inequality in the Age of Financial Globalization. Geneva: ILO, 2008.
 12. International Labour Organization. Global Wage Report 2008/2009: Minimum Wages and Collective Bargaining: Towards Policy Coherence. Geneva: ILO, 2008.
 13. UNCTAD. Trade and Development Report 2008: Commodity Prices, Capital Flows and the Financing of Investment. Geneva: UNCTAD, 2008.
 14. Credit Suisse. Global Wealth Databook 2013.
 15. Ortiz I, Cummins M. Global inequality: Beyond the bottom billion – a rapid review of income distribution in 141 countries. UNICEF Social and Economic Policy Working Paper. New York: UNICEF, April 2011.
 16. International Policy Centre for Inclusive Growth (IPC-IG). What explains the decline in Brazil's inequality? One Pager, No. 89. Brasilia: IPC-IG, July 2009.
 17. World Bank, World Development Indicators, <http://data.worldbank.org/data-catalog/world-developmentindicators> as at 24 March 2014.
 18. Measuring Worth.com, <http://www.measuringworth.com/usgdp>, as at 24 March 2014.
 19. Food & Agriculture Organization. FAO at Work 2009–2010: Growing Food for Nine Billion. Rome: FAO, 2010.
 20. Intergovernmental Panel on Climate Change. Climate change 2013: the physical science basis. IPCC Working Group I, Contribution to the Fifth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change. Cambridge: Cambridge University Press, 2013.
 21. Hoffmann U. Some reflections on climate change, green growth illusion and development space, UNCTAD Discussion Paper, UNCTAD/OSG/DP/2011/5. Geneva, 2011.
 22. Daly HE. Steady-State Economics: A New Paradigm. *New Literary History* 1993;24(4):811–16.
 23. Daly HE. Beyond Growth: The Economics of Sustainable Development. Boston: Beacon Press, 1997.
 24. Jackson T. Prosperity without Growth: Economics for a Finite Planet. New York: Earthscan, 2009.
 25. World Bank. Inclusive Green Growth: The Pathways to Sustainable Development. Washington, DC, 2012.
 26. Burniaux J-M, Chateau J, Dellink R, et al. The economics of climate change mitigation: How to build the necessary global action in a cost-effective manner? OECD Economics Department Working Paper No.701. Paris, 2009.
 27. International Monetary Fund. Climate, environment, and the IMF. Factsheet. Washington, DC: IMF, March 2014.
 28. Parry IWH, de Mooij RA, Keen M, editors. Fiscal policy to mitigate climate change: A guide for policymakers. Washington, DC: IMF, 2012.
 29. UN Environment Programme, International Labour Organization, International Organisation of Employers, International Trade Union Confederation. Green Jobs: Towards Decent Work in a Sustainable, Low-Carbon World. Nairobi: UNEP, 2008.
 30. European Commission, DG Employment. The jobs potential of a shift towards a low-carbon economy. Final Report. Published as OECD Green Growth Papers, Paris, 2012.
 31. World Economic Forum. The Green Investment Report: The Ways and Means to Unlock Private Finance for Green Growth, a report of the Green Growth Action Alliance. Geneva, 2013.
 32. Coase RH. The problem of social cost. *Journal of Law and Economics* 1960;3:1–44.
 33. Hardin G. The tragedy of the commons. *Science, New Series* 1968;162(3859):1243–48.
 34. Herrmann M. Agricultural support measures of advanced countries and food insecurity in developing countries: economic linkages and policy responses. In: Guha- Khasnobis B, Acharya SS, Davis B, editors.

- Food Security: Indicators, Measurement, and the Impact of Trade Openness. Oxford: Oxford University Press, 2007.
35. UN Population Fund. Population Dynamics in the Least Developed Countries: Challenges and Opportunities for Development and Poverty Reduction. Report of UNFPA for the Fourth Conference on the Least Developed Countries. Istanbul, 9–13 May 2011. New York: UNFPA, 2011.
 36. UN Development Group. Population dynamics in the post-2015 development agenda. Report of the Global Thematic Consultation on Population Dynamics. New York: UNDG, 2013.
 37. UN. Report of the United Nations Conference on Environment and Development, Rio de Janeiro, 3–14 June 1992. Principle 6, A/CONF.151/26 (Vol. I). 12 August 1992.
 38. UN. World Population Policies 2009. New York: UN, 2009.
 39. Sustainable Development Solutions Network. Indicators for sustainable development goals. A Report by the Leadership Council of the Sustainable Development Solutions Network, Preliminary Draft for Public Consultation, 14 February 2014. <http://unsdsn.org/wpcontent/uploads/2014/02/140214-SDSN-indicator-report-DRAFT-for-consultation2.pdf>
 40. UN Population Fund. Sexual and Reproductive Health for All: Reducing Poverty, Advancing Development and Protecting Human Rights. New York: UNFPA, 2010.
 41. UN Statistics Division, Millennium Development Goals Indicators, <http://unstats.un.org/UNSD/MDG/Data.aspx>
 42. UNICEF. Child Info. <http://www.childinfo.org/>, as at 28 March 2014.
 43. Singh S, Darroch JE. Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services. Estimates for 2012. New York: Guttmacher Institute and UNFPA, 2012.
 44. UN. Monitoring of Population Dynamics, Focusing on Health, Morbidity, Mortality and Development, Report of the Secretary-General to the Commission on Population and Development, 43rd Session, 12–16 April 2010. E/CN.9/2010/4. New York, 2010.
 45. UN Population Fund. Impacts of Population Dynamics, Reproductive Health and Gender on Poverty. New York: UNFPA, 2012a.
 46. UN Population Fund. Population matters for sustainable development. New York: UNFPA, 2012.



MARK HENLEY / PANOS PICTURES

UN Environment Programme, 5th session, Intergovernmental Negotiating Committee to prepare a global legally binding instrument on mercury, Geneva, January 2013

DOCUMENTO DE TRABAJO

El derecho a la salud en el paradigma del desarrollo post- 2015

Anand Grover

Relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de todos al máximo nivel alcanzable de calidad en salud física y mental. Atención de: Colectivo de Abogados, Nueva Delhi, India.
Correspondencia: anandgrover@gmail.com

El rol de las normas y principios de derechos humanos en el logro de los objetivos de desarrollo es reconocido actualmente en numerosas declaraciones y resoluciones internacionales que influyen en el acontecer mundial. En relación con la salud de la mujer, la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994 (CIPD) y la Plataforma para la Acción de Pekín, realizada en 1995, fueron decisivas para que se cambiara el enfoque tradicional, centrado en la población y se concebiera una agenda de desarrollo expansiva que consagra como elementos fundamentales: la igualdad entre los géneros y la salud y los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR). No obstante, muchos de los avances logrados en esta dirección fueron anulados cuando los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) no asumieron el concepto amplio de los DDSSRR y restringieron el alcance del objetivo a reducir la mortalidad materna (ODM 5).

Si bien se puede reconocer el mérito de los ODM en la movilización de recursos y alianzas mundiales para la salud, el financiamiento disponible fue principalmente destinado a enfermedades específicas contempladas en los ODM como el VIH, la tuberculosis y el paludismo. Por otra parte, muchos han cuestionado el hecho de que la metodología aplicada para establecer las metas de los ODM no haya considerado el contexto social más amplio del desarrollo. Por ejemplo, en países reportados como bien encaminados para alcanzar el ODM 5, se han encontrado desigualdades profundas y persistentes entre

los servicios de salud sexual y reproductiva destinados a mujeres de zonas rurales y aquellos destinados a mujeres de zonas urbanas. Por lo tanto, al considerar una agenda de desarrollo para después de 2015, es importante asimilar las lecciones aprendidas de experiencias pasadas para lograr resultados más integrales de salud.

Afianzar las prioridades de desarrollo en los derechos humanos puede tomar mucho tiempo pues hay que superar los errores del actual marco de trabajo, especialmente en la identificación de indicadores de progreso, cualquiera que sea el marco que se adopte. 17 Relatores Especiales de la ONU han identificado tres áreas prioritarias -basadas en un enfoque de derechos humanos para el desarrollo- que debe ser informado en la agenda-, cada una de las cuales resulta particularmente útil para el cumplimiento del derecho a la salud. Estos son: reducir las desigualdades, niveles mínimos de protección social nacional, y un doble mecanismo de rendición de cuentas.*

* Declaración de 17 titulares de mandatos para procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos sobre la agenda de desarrollo después de 2015. Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. 21 de mayo 2013. <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=13341&LangID=E>

La desigualdad

La no-discriminación constituye la esencia misma de un enfoque de salud basado en los derechos. Las mujeres tienen una mayor desventaja para contar con una buena atención en los establecimientos, bienes y servicios de salud, debido a su situación socioeconómica. La desigualdad en el acceso de las mujeres a los servicios de salud, que incluyen la planificación familiar y el aborto, incluso mediante la aplicación de restricciones legales, viola el derecho de las mujeres a acceder al nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva.[†]

En la elaboración de la agenda de desarrollo post-2015, los Estados deben reconocer que la igualdad de género y el acceso de las mujeres a los servicios de salud, sobre todo a los de salud sexual y reproductiva, son cruciales para reducir las desigualdades en todos los ámbitos de desarrollo socio-económico, y en los programas y políticas de salud.

Niveles básicos de protección social nacional

La seguridad social, que abarca la seguridad de la salud, es crucial para reducir las desigualdades en el acceso a la salud. El insuficiente gasto público en salud y la excesiva dependencia de los gastos directos, como son las tarifas para los usuarios, empobrece a millones de familias cada año. Considerar la salud como un derecho exige que los planes de seguridad social y de salud no sólo reflejen las necesidades de salud de la población, sino que tengan en cuenta también la capacidad de las personas para pagar la atención médica. La creación de fondos compartidos con regímenes de pago anticipado, hace posible una subvención cruzada de los riesgos financieros entre distintos grupos y protege a los pobres y a los más vulnerables frente a los gastos en salud que son catastróficos por su desmesura.

Dentro del contexto de la salud sexual y reproductiva, los Estados tienen la obligación de no restringir la cobertura a un determinado

grupo o grupos para excluir a otros; por ejemplo, los planes de seguro que cubren la salud materno-infantil y no los servicios de DDSS-RR para adolescentes, o cuando los servicios de despistaje para mujeres mayores son discriminatorios y constituyen una violación del derecho a la salud. Los Estados deben garantizar que los planes de los seguros de salud adopten un enfoque holístico de la salud de la mujer, que cubra todos los aspectos de los DDSSRR así como todos los demás aspectos de la salud.

Rendición de cuentas a través de la participación

Los ODM relacionados con la salud reflejaron una voluntad política de encarar problemas de importancia mundial; sin embargo, se considera que no han logrado que los actores nacionales e internacionales asuman la responsabilidad que les corresponde por incumplir su compromiso de alcanzar las metas. Por lo tanto, es fundamental reforzar el sistema de rendición de cuentas mediante recursos jurídicos efectivos a nivel nacional y mediante evaluaciones periódicas a nivel internacional para responsabilizar a los países de cumplir con su compromiso de promover los objetivos de desarrollo relacionados con la salud después de 2015.

La participación efectiva de la comunidad es también un elemento decisivo para asegurar la rendición de cuentas en el marco del derecho a la salud. La participación de la comunidad - en especial de los grupos vulnerables - en todas las fases de los procesos de toma de decisiones para determinar los objetivos de desarrollo post-2015, las metas, objetivos e indicadores y monitorear su progreso, tanto a nivel nacional como internacional, es necesaria para su realización y efectiva sostenibilidad. La participación de la comunidad también asegurará que los Estados sean responsables en última instancia ante su propia población, ya que está en mejor posición para denunciar los casos de violaciones y los fracasos de los Estados. Estos últimos también deben establecer mecanismos más firmes para hacer responsables a las empresas privadas, como las compañías farmacéuticas y la industria de alimentos y bebidas, pues las primeras pueden limitar el acceso a los medicamentos esenciales y, las segundas, pueden directa o indirectamente, afectar negativamente la salud.*

[†] A/HRC/66/254. 3 Agosto 2013. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N11/443/58/PDF/N1144358.pdf?OpenElement>

Para asegurar la rendición de cuentas y aumentar la visibilidad de las razones que explican las limitaciones y/o fallas en alcanzar los objetivos de desarrollo existentes, es

* A / HRC / 23/42. 01 de mayo de 2013. http://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session23/A-HRC-23-42_en.pdf A Grover.

necesario tener en cuenta el efecto de las políticas de las instituciones intergubernamentales y mundiales de todos los Estados, los donantes y las empresas privadas a escala global y no limitarse geográficamente. Puede ser que tengamos que repensar y reconfigurar todo el sistema, tal como actualmente lo conocemos.

CUESTIONES DE POLÍTICA ACTUAL

Cobertura universal de salud: necesaria pero no suficiente

Susana T Fried,^a Atif Khurshid,^b Dudley Tarlton,^c Douglas Webb,^d
con Sonia Gloss,^e Claudia Paz,^f Tamara Stanley^g

- a Subdirectora del Grupo Temático y Asesora Principal en Género, VIH y Salud, Transversalización, Género y los ODM, Grupo de VIH, Salud, y Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo (PNUD), Nueva York NY, EEUU. Correspondencia: susana.fried@undp.org
- b Especialista en Políticas, Grupo de VIH, Salud, y Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo, PNUD, Nueva York, NY, EEUU
- c Especialista en Programas, VIH, Salud y Desarrollo, PNUD, Ginebra, Suiza
- d Líder del Grupo Temático, Transversalización, Género y los ODM, Grupo de VIH, Salud y Desarrollo, Dirección de Políticas de Desarrollo, PNUD, Nueva York, NY, EEUU
- e Estudiante de Maestría, Brandeis University, Waltham MA, EEUU
- f Estudiante de Maestría, Nueva York University Wagner School, MA, Nueva York NY, EEUU
- g Estudiante de Maestría en Salud Pública University of Wollongong, Palmerston ACT, Australia

Resumen: *En este artículo se destacan las consideraciones clave para tratar mejor los asuntos de salud y derechos sexuales y reproductivos relacionados con la cobertura sanitaria universal (CSU), en particular en el contexto de la agenda de desarrollo sostenible post-2015. Consideramos la CSU como un asunto de desarrollo en salud y de financiación de servicios de salud, y estudiamos su historia. Discutimos sus limitaciones tal como se entienden actualmente desde el punto de vista de derechos humanos, y mostramos por qué las barreras estructurales a la salud y el ambiente legislativo y político, que son esenciales para la salud (en particular la salud y los derechos sexuales y reproductivos), requieren consideración crítica en las deliberaciones sobre la salud en el marco de desarrollo post-2015 y deben tomarse en cuenta más allá de la CSU en todo futuro objetivo relacionado con la salud. Por consiguiente, sugerimos que la CSU por sí sola no basta para garantizar acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, y menos a los derechos sexuales y reproductivos. Debe considerarse como un medio para lograr metas más generales en salud y desarrollo. La aspiración para la agenda de desarrollo post-2015 debería ser una meta como procurar alcanzar el más alto nivel posible de salud o maximizar el número de vidas saludables, en la cual influya una estrategia basada en derechos.* © 2015 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters

Palabras clave: Cobertura universal de salud, marco de políticas de desarrollo, derechos humanos, financiamiento de la atención de la salud, objetivos de desarrollo sostenible, salud y derechos sexuales y reproductivos.

En este artículo se examinan la promesa y las limitaciones de la cobertura universal de salud (CUS) y, en particular, sus implicancias para el ejercicio pleno y efectivo del derecho a la salud y a los derechos sexuales y reproductivos. En el reciente informe al Secretario General de la ONU de parte del Grupo de Alto

Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo después de 2015 (Informe HLP, por sus siglas en inglés)¹ se ha insistido en que es urgente reconocer y asegurar la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El empoderamiento de las mujeres y la igualdad entre los géneros es uno de los 12 objetivos

generales propuestos en el HLP, y asegurar el carácter universal de la salud y los derechos sexuales y reproductivos es una de las cinco metas del objetivo ‘garantizar vidas saludables’.¹ El informe sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio de 2013 analiza el ODM 5 (Salud materna y reproductiva), tomando nota de que persisten algunos vacíos y que en realidad este objetivo está muy alejado del cumplimiento de sus metas.

En su evaluación de 2011 sobre el Programa de Acción de la CIPD (CIPD más allá de 2014), la Asamblea General de la ONU aprobó una resolución que hace hincapié en que los Estados Miembros deben renovar el compromiso con sus metas y objetivos al más alto nivel. También extendió el Programa de Acción y las Acciones Clave para que se completen después de 2014, a fin de asegurar que se cumplan en su totalidad las metas y los objetivos.

Es muy oportuno que se reconozca la importancia de abordar las desigualdades en materia de salud y de promover el respeto a la salud y derechos sexuales y reproductivos. El acceso a la salud y derechos sexuales y reproductivos es un elemento fundamental del objetivo más amplio que es asegurar la salud como un derecho humano con principio de igualdad y no discriminación, y que va más allá de la CIPD y los ODM.² Pero hay otros elementos fundamentales que tampoco se han alcanzado hasta ahora; a saber: que la atención de la salud se vuelva accesible, aceptable, asequible y de alta calidad,³ y que se brinde en una forma equitativa y no discriminatoria. Todo esto se relaciona íntimamente con las conversaciones sobre la CUS y la aspiración de que todas las personas puedan usar los servicios de salud que necesiten – de promoción, prevención, cura y rehabilitación – sin que eso les ocasione apremios económicos.

Los Estatutos de la OMS (1948) declaran que la salud es un derecho humano fundamental y es reiterado en la Agenda Salud para Todos (1978).² Los elementos esenciales de CUS² están afianzados en el derecho a la salud y están consagrados en una serie de normas y estándares internacionales sobre derechos humanos (por ejemplo: el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los

Derechos del Niño y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad) y además están garantizados en muchas constituciones nacionales, todos los cuales disponen que los garantes de derechos están obligados por ley a apoyar a las personas para que ejerzan efectivamente su derecho a la salud (de la cual es parte la salud sexual y reproductiva).

La cobertura universal de salud viene des-puntándose rápidamente como una prioridad en las consultas sobre el desarrollo más allá de 2015. Anteriormente, no solo fue propuesta en la evaluación del vigésimo aniversario de la CIPD, sino que ocupó un lugar prominente en la Asamblea General de la ONU (como lo demuestra la Resolución de la AG A/67/L 36). El informe sobre la salud en el mundo incluye la CUS en los informes de 2008, 2010, 2012 y 2013.* Efectivamente, el de 2013 se concentra en la investigación sobre la cobertura universal de salud y amplía la definición de CUS pasando de “cobertura” a “cuidado”.⁴ Sin embargo, en general, la CUS se ha centrado históricamente en la cobertura de salud (garantizando protección contra apremios económicos) más que en la atención universal de la salud para todos.

En junio de 2012, la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible, Conferencia Río+20, recalcó el papel de la CUS que contribuyó al incremento, no solo de la salud sino también de la cohesión social, el crecimiento económico y el desarrollo, exhortó a emprender acciones con los elementos sociales y ambientales que determinan la salud y prometió fortalecer los sistemas de salud para que puedan brindar cobertura universal equitativa, mediante un proceso que cuente con la intervención de múltiples actores.⁵ Posteriormente, en diciembre 2012, la Asamblea General de la ONU recomendó que la CUS fuera un tema de los debates sobre la Agenda para el Desarrollo Más Allá de 2015,⁵ reconociendo expresamente “la importancia de la cobertura universal en los sistemas nacionales de salud, especialmente a través de la atención primaria de salud y los mecanismos de protección social, para que todos tengan acceso a servicios de salud, especialmente los segmentos más pobres de la población”.⁶ En efecto, en el proceso

* En: <http://www.who.int/whr/en/>. Los informes anteriores están en: <http://www.who.int/whr/previous/en/>.

de consulta del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) sobre la agenda post-2015, la CUS ha ocupado un lugar destacado en la consulta mundial temática sobre la salud, junto a la reducción de desigualdades en materia de salud, la lucha contra las enfermedades no transmisibles y el resguardo de los logros alcanzados con tanta dificultad en los ODM relativos a la salud. El informe dirigido al Secretario General de la ONU por el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes hace un llamado para alcanzar un “progreso estable en asegurar la cobertura universal de salud y el acceso a servicios esenciales de salud de buena calidad.”⁷ También exhorta a que se tengan en cuenta las sinergias entre los distintos objetivos y prioridades potenciales.

El informe de la Red de Soluciones para el Desarrollo Sostenible propone que “para 2030, todos los países deben estar bien posicionados para asegurar la cobertura universal de salud a todos los ciudadanos en cada etapa de sus vidas, debiendo poner un empeño especial en la prestación de servicios integrales de atención primaria de la salud brindados a través de un sistema de salud dotado de suficientes recursos.”³ Las actuales discusiones sobre políticas para después de 2015 se dan principalmente en el seno del Grupo de Trabajo de Composición Abierta que se encarga de los Objetivos de desarrollo sostenible.

En vista de la preponderancia que tiene la cobertura universal de salud es oportuno investigar de qué manera la CUS puede y debe apoyar al logro de otros objetivos internacionalmente acordados, como son: el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5b) así como el disfrute del derecho a la salud, sin discriminación alguna,³ entre otras propuestas que vayan apareciendo para la nueva agenda de desarrollo.

En este sentido, es importante señalar que lo que se está sistematizando en forma consistente como CUS es el compromiso de brindar cobertura universal de salud (apoyo financiero para la atención de la salud), y no la atención universal de la salud (o la salud para todos), aun cuando esta última constituye un objetivo de mucho mayor alcance. Este artículo recoge esta distinción como un elemento fundamentalmente útil para quienes promueven y abogan por el derecho a la salud.

¿Qué es la cobertura universal de salud (CUS)?

Según la OMS, CUS significa brindar a toda la población acceso a servicios de atención de salud de buena calidad y a precios asequibles, con el fin de asegurar que todos “obtienen los servicios de salud que necesitan sin sufrir penurias económicas para pagarlos”.² La cobertura universal de salud puede contribuir al ejercicio efectivo del derecho a la salud y es un puntal de apoyo para agendas más amplias de desarrollo económico y social, al volver más asequibles los servicios de salud. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) además recalca que la “cobertura universal debe asegurar acceso a la atención de salud para todos los residentes de un país, independientemente del subsistema de financiamiento al que pertenezcan”.⁸ La Resolución 66/288 de la Asamblea General de la ONU precisa que es necesaria “la participación de todos los actores pertinentes para coordinar acciones multisectoriales que se ocupen urgentemente de las necesidades de salud de la población mundial.”⁵

La *cobertura universal* se logrará cuando prácticamente toda la población tenga cubiertas casi todas sus necesidades de salud, independientemente de los costos que ello implique (señalando que prácticamente ningún país ha alcanzado aún el 100% de cobertura).⁹ Para explicar el proceso que nos llevará a la CUS, la OMS ha utilizado la imagen de un cubo tridimensional (Figura 1) con tres campos: población (quiénes están cubiertos), servicios (qué servicios están cubiertos), y costos directos (proporción de los costos cubiertos). La cobertura tiene como principal objetivo eliminar los obstáculos financieros que impiden acceder a la atención de salud, valiéndose de mecanismos adecuados de financiamiento de la salud que reduzcan los gastos directos y eventualmente tiendan a eliminarlos del todo. De otro lado, el acceso depende de varios factores sociales determinantes, y también de factores propios del sistema de salud, como son suficientes puntos de prestación de servicios, medicamentos y equipos y disponibilidad de servicios primarios, secundarios y terciarios a cargo de proveedores debidamente capacitados.

La CUS no es un sistema que lidie con todos los aspectos de la enfermedad y con toda la gama de factores sociales determinantes de la salud. Es esencial concentrarse en que los pacientes obtengan servicios sin pasar penurias económicas, pero se corre el riesgo de no tocar otras numerosas formas en que se limitan los servicios y el acceso – es decir, la infraestructura sanitaria, el personal de salud, las normas sociales, la estigmatización o la discriminación.¹⁰ Estos son problemas que es indispensable abordar para evaluar en qué medida la CUS ayuda a materializar el derecho a la salud y el acceso universal a la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Al evaluar esta perspectiva, Gita Sen¹¹ ha brindado un marco más matizado, que enfoca siete dimensiones:

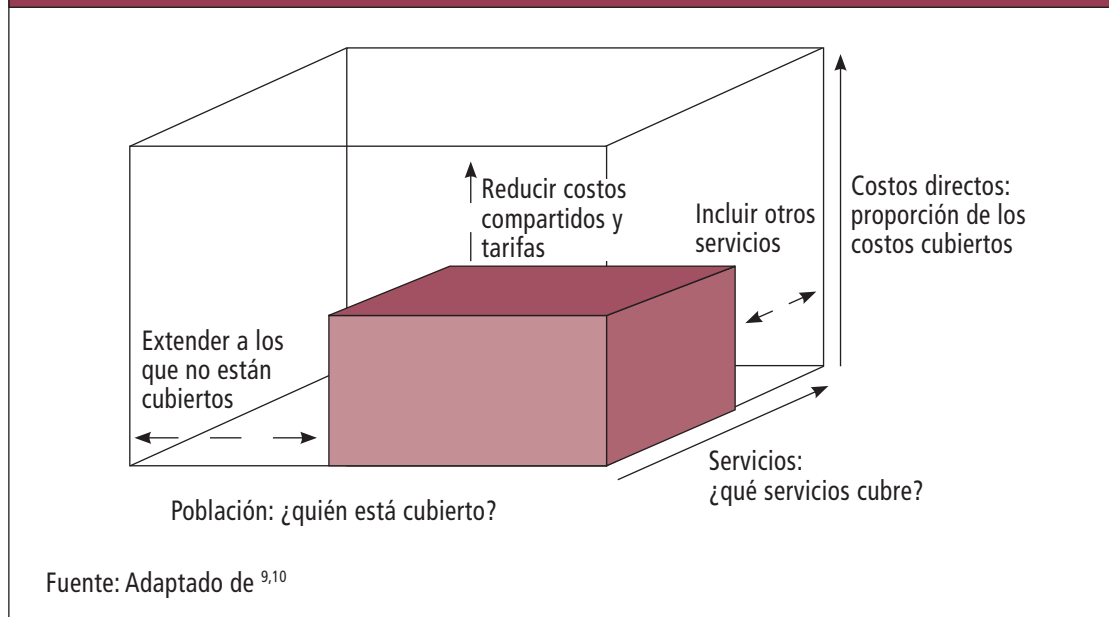
- Financiamiento y protección financiera.
- Normas para los servicios de salud (con paquetes esenciales).
- Recursos humanos para la salud.
- Acceso a medicamentos y aparatos médicos.
- Gestión y reformas institucionales.
- Participación comunitaria.
- Determinantes sociales de la salud.

Este marco nos hace notar que es necesario hacer preguntas que generalmente han quedado fuera del debate sobre CUS.

La historia de CUS

En las últimas dos décadas, un creciente número de países de renta baja y media, como Brasil, India, México, Ruanda, Sudáfrica y Tailandia han empezado a ejecutar programas para brindar la cobertura universal de salud (CUS). La OIT ha documentado este aumento, y ha registrado a casi 50 países que brindaban seguridad social para salud en forma sustancial en 2008.^{8,12} El sistema de Naciones Unidas, así como, por ejemplo, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), el Banco Interamericano de Desarrollo, las fundaciones Bill y Melinda Gates y Rockefeller, han pedido que se preste más atención a la CUS.¹³ Este pedido refleja una gama de intereses y perspectivas: reducir o racionalizar los gastos de atención de la salud, aumentar la atención de la salud y los servicios en contextos con escasos recursos, y asegurar el derecho a la salud – a menudo, impulsando

Figura 1. Tres dimensiones que debemos considerar cuando buscamos la cobertura universal¹⁴



o fortaleciendo la atención privada de la salud en el proceso.

A nivel mundial hay distintos enfoques sobre el financiamiento de la cobertura universal. Algunos países tienen sistemas en los cuales se espera que cada familia también haga un aporte (como en Ghana, Ruanda, Filipinas y Vietnam). Otros, como Tailandia, financian la CUS a través de impuestos para asegurar la cobertura a todos los que están fuera del sector formal, y cuentan también con seguros privados y con el seguro para empleados públicos.¹⁴

Entre los defensores de la cobertura universal de salud hay quienes se concentran en promover el derecho a la salud para todos, mientras que otros ponen énfasis en la salud como factor indispensable para el crecimiento económico o para atender intereses políticos.¹⁵ Ampliar la atención de la salud y la cobertura sanitaria es un proceso intrínsecamente político, vinculado a los debates nacionales sobre bienestar social, seguridad social y desarrollo social. Al aplicar la CUS como una política nacional “ha habido una tendencia a exigir que confluyan oportunidades políticas, recursos financieros disponibles (especialmente provenientes de una base de ingresos tributarios en funcionamiento), y la movilización de partidos políticos de izquierda, líderes y representantes fuertes (como los sindicatos)”.¹⁶ Según el marco de Gita Sen, se han tenido que alinear las siete dimensiones que ella identificó.

La cobertura universal de salud como una cuestión de desarrollo económico

Se ha comprobado que la mala salud y los costos de su atención imponen una pesada carga a las personas y a los presupuestos gubernamentales.¹⁷ La OIT estima que los habitantes de países de renta baja y de renta media baja como Camboya, India y Paquistán, deben cubrir más del 50% de sus propios gastos de salud, en tanto que los habitantes de países de renta alta o de renta media alta asumen menos del 30%.⁸ Evidentemente, 30% es un monto considerable y representa una fuerte carga para los hogares, especialmente aquellos de recursos limitados, donde quiera que vivan. En efecto, cada año llegan a 150 millones las personas, muchas de ellas en situación vulnerable, que enfrentan catástrofes financieras debido a los pagos

directos que tienen que hacer para recibir la atención de salud que necesitan.^{18,19}

Es más, existe una relación documentada entre el nivel de los ingresos y el acceso a servicios de salud a nivel nacional, puesto que un PBI alto per cápita se correlaciona con menos déficit de atención de la salud (es decir, la falta de acceso a servicios de salud necesarios).⁸ Paralelamente, el paquete de servicios cubiertos por la CUS se ve limitado por la capacidad financiera nacional, la infraestructura de salud y el consenso político nacional. A pesar de estas limitaciones financieras, la CUS puede fortalecer la capacidad de recuperación o de adaptación de familias y comunidades cuando enfrentan crisis sanitarias, al proteger a la población contra los efectos financieros, potencialmente catastróficos, de las enfermedades, y así los puede ayudar a evitar y salvarse de la pobreza. La mala salud es un factor muy importante que contribuye a la pobreza. Reduce la productividad y aumenta los costos relacionados con la búsqueda de cuidados para la salud. En cambio, los costos directos de atención de la salud son un factor muy importante que precipita a las personas a la pobreza.⁹

La protección financiera es la piedra angular de la CUS, pues colabora con las personas para que puedan acceder a la atención que necesitan protegiendo a la vez sus ahorros, sus bienes y sus medios de subsistencia. Desde esta óptica se trata a la vez de una intervención sanitaria y de una medida de reducción de la pobreza. La ampliación de la cobertura en México constituye un ejemplo patente de esta afirmación. Según una evaluación efectuada en 2005–2006, el programa del seguro nacional de salud ha reducido en forma significativa los gastos directos y ha aumentado la protección financiera, especialmente para las familias más pobres.²⁰ La erradicación de la pobreza para el 2030 – un objetivo propuesto por el Banco Mundial²¹ y el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes del Secretario General de la ONU⁷ – requiere que haya un progreso estable en el logro de la CUS. La salud no solo es importante en sí misma, sino que también es un indicador y un factor que contribuye al desarrollo.²² En ese sentido tres de los ocho ODM conciernen a la salud. Cuando la CUS extiende el acceso a servicios de salud tan necesarios, como la terapia antirretroviral

para VIH o mejorar el tratamiento de la diabetes y otras enfermedades crónicas, se amplía el bienestar y la productividad de las personas, las familias, las comunidades y las naciones. En México, por ejemplo, la expansión de la cobertura de salud aumentó el acceso a la atención prenatal y del parto y contribuyó a un significativo descenso en la mortalidad infantil.²³ Por consiguiente, se proyecta que México llegue a la meta del ODM 4 antes de 2015.²⁴ **

En este sentido, algunos sostienen que la salud no solo es indispensable para lograr el desarrollo económico, también lo es para el desarrollo sostenible, y la CUS es un medio fundamental para alcanzarlos. Sin embargo, esto debe ir acompañado de medidas que “aseguren que los servicios de salud que las personas necesitan estén disponibles y sean de buena calidad; que los trabajadores de salud necesarios para brindar esos servicios estén bien capacitados, motivados y sean amables; y que los medicamentos y los equipos que necesitan estén disponibles y apropiadamente distribuidos.”²⁵ Lo expresado sirve para recordarnos que la capacidad y las normas del servicio de salud son también factores decisivos para aumentar la equidad en la salud.

La CUS como una cuestión de financiamiento para la atención de la salud

La cobertura universal de la salud puede ser especialmente beneficiosa para los pacientes de enfermedades crónicas, como VIH, diabetes y enfermedades cardiovasculares y, en particular, para aquellos que son pobres, puesto que los que tienen más dinero y/o están empleados, pueden estar cubiertos por planes de seguros de salud del Gobierno, si son empleados públicos, o por seguros privados si trabajan en el sector privado. En Tailandia, por ejemplo, antes de 2001, había varias formas de sistemas de protección social con pago anticipado y exoneración de tarifas, pero solo llegaban al 70% de la población del país que era pobre, casi pobre o no estaba asegurada. El gobierno

** La mortalidad maternal disminuyó en México de 90.4 por 100,000 nacidos vivos en 1990 a 51.5 en 2010. La mortalidad de niños menores de cinco años bajó de 47.1 por 1,000 nacidos vivos en 1990 a 16.7 en 2010.³¹

tailandés se fijó la meta de dar cobertura de salud a todos los ciudadanos tailandeses y para ello creó un nuevo régimen en el año 2001. Para 2005, la atención hospitalaria para pobres había aumentado en 8–12%.^{26,27}

Muchos países de renta baja tienen que luchar con un ingreso nacional insuficiente para asegurar el acceso universal a un paquete básico de servicios de salud, a pesar de que sus gobiernos tienen el compromiso de garantizar atención de la salud para todos. En países como Malí o Etiopía, el total de ingresos públicos recabados a través de impuestos, regalías y otros medios, representa alrededor del 20% de la renta nacional que equivale a US \$60 por persona por año para todos los sectores de desarrollo, como la salud.²¹ Cuando se recibe dinero externo para financiar servicios esenciales, pueden presentarse otros desafíos (como la capacidad del gobierno para coordinar en forma efectiva el uso de esos fondos). En numerosos países, el financiamiento de la salud está fragmentado pues proviene de distintas fuentes, como donantes, el Estado y la sociedad civil, lo cual también limita la posibilidad de que la prestación de servicios de salud se haga en forma conjunta. Por ejemplo, un estudio realizado en Zambia, determinó que si se armonizaban las fuentes de financiamiento dentro de un solo marco de trabajo, se fortalecerían los esfuerzos para lograr una mayor cobertura de salud.²⁸

Sin embargo, aunque la CUS debe reducir los costos directos de los servicios de salud cubiertos, no debe suponerse que también reemplace automáticamente los costos indirectos, como son la pérdida de ingresos por menor productividad o menos trabajo que hayan tenido las personas que estuvieron enfermas y quienes las atendían. Tampoco mitiga la carga de gastos extrafamiliares, el agotamiento de recursos y la acumulación de deudas por enfermedad y/o costos no cubiertos (por ej. Los costos de transporte). Tampoco protege a los enfermos de la estigmatización y discriminación por mala salud, que podría afectar en forma adversa el acceso al empleo, servicios judiciales y otros servicios sociales. En síntesis, la mala salud tiene potencialmente muchas consecuencias negativas, y la protección financiera mediante la CUS solo encara una de ellas.

Finalmente, tal como se señala en el Informe sobre la salud en el mundo de 2010: “Los fondos comunes nunca podrán cubrir al 100% de la población por el 100% de los costos y el 100% de los servicios necesarios. Los países continuarán teniendo que tomar decisiones duras al elegir cómo hacer el mejor uso posible de estos fondos”.¹⁴

La CUS como una cuestión de derechos humanos

El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud está consagrado en los principios y normas elementales de los derechos humanos reconocidos internacionalmente y en las constituciones de los países. Los esfuerzos por hacer realidad estos derechos necesariamente van más allá de los bienes y servicios y destacan otros factores sociales determinantes de la salud y cuestiones de discriminación al interior del sistema de salud. Es más, la discusión sobre los derechos humanos incluye la cuestión de la responsabilidad. Para alcanzar la CUS hay que contar con ciertos elementos complementarios y fundamentales, tales como: mecanismos de rendición de cuentas coherentes, que supervisen el cumplimiento de los compromisos con los derechos humanos y la salud, que aseguren una amplia participación de las mujeres y otros grupos marginados; junto con la transparencia y rendición de cuentas en el seguimiento de los recursos. Estos últimos tienen particular importancia por los debates que se vienen dando sobre los mecanismos apropiados de rendición de cuentas y los métodos que deben usarse para monitorear el cumplimiento de los compromisos de desarrollo, teniendo en cuenta las obligaciones con los derechos humanos.

La CUS es el compromiso de que todas las personas tengan acceso a la atención y servicios de salud, sin distinción de género, origen étnico, clase social, religión, orientación sexual, Identidad de género, origen social o cualquier otro factor. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud está consagrado en el Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales²⁹ y se sustenta en la idea de responsabilidad y rendición de cuentas de parte de los gobiernos y de otros actores, de

que han cumplido con sus obligaciones y han tenido una oportunidad de explicar lo que han hecho y por qué lo hicieron.³⁰ El pleno disfrute de este derecho depende del derecho a no sufrir discriminación alguna y también depende del grado en que la CUS fomente el acceso a servicios de buena calidad, si se basa en la participación comunitaria y/o la promueve, y si toma en consideración los factores sociales determinantes de la salud en la prestación de servicios. Hay gran variedad de opiniones en todos los sectores sobre lo que debería incluirse en una CUS basada en los derechos, como, por ejemplo, sistemas de salud pública fortalecidos³¹, buena administración, tener en cuenta el género, la generación y la geografía³², mecanismos que obliguen al Estado y lo responsabilicen³³, justicia, acceso equitativo a una atención de buena calidad y a medicamentos esenciales.³⁴

La decisión de enmarcar el objetivo como el ‘disfrute del más alto nivel posible de salud’ en la Declaración de Alma Ata de 1978³⁵ también se sustentó en un debate más extenso sobre los derechos humanos, proveniente de las reacciones a la Segunda Guerra Mundial y que trascendían de lejos el tema de la salud.

Hay otros principios y normas de derechos humanos que pueden ayudar a comprender cómo se traduce el derecho a la salud, a la no discriminación y a todo el conjunto de derechos humanos, en el contexto de la CUS. Esto implica los principios de ejercicio efectivo progresivamente, la no retrogresión y los principios mínimos, que se deben respetar aunque los recursos disponibles sean limitados pues los Estados Partes continúan teniendo el deber de cumplir con sus obligaciones respecto a los derechos humanos – aun cuando hay una distinción entre la aplicación en el corto y en el largo plazo.^{36,37} El Comentario General 14, Artículo 12.2 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales aclara que:

“El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a que uno controle su propia salud y su cuerpo, a la libertad sexual y reproductiva, y el derecho a no padecer interferencias, como en el caso del derecho a no sufrir tortura, a no recibir tratamientos ni

ser sujeto de experimentación médica si estos no han sido consensuados. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud (*las cursivas son nuestras*).³⁰ Finalmente, el principio de no retrogresión significa que los Estados Partes no pueden retroceder en el nivel de las obligaciones que ya han cumplido.³⁷

Evidencias de que la cobertura universal de salud es necesaria pero que no basta para alcanzar los objetivos de salud

Los países que han avanzado en la implementación de la CUS siguen sin resolver desafíos como las persistentes desigualdades en materia de salud (que tienen que ver con los factores sociales determinantes de salud y/o discriminación) y una inadecuada calidad de servicios (que se deben a la inapropiada infraestructura sanitaria o a la falta de compatibilidad entre las necesidades de atención de salud y el personal que brinda esa atención). Por consiguiente, si bien las políticas de CUS en Brasil, México y Ruanda muestran una creciente utilización de servicios, aún subsisten grandes carencias que hay que superar.

En México, persisten las desigualdades e injusticias en la disponibilidad de recursos de salud, tanto entre los Estados como al interior de cada uno de ellos – y entre zonas rurales versus zonas urbanas – que ocasionan diferentes resultados en el campo de la salud. Por ejemplo, aunque el *Seguro Popular* ha permitido avances en la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer del cuello uterino, los avances no son homogéneos en todo el país: las tasas de incidencia y mortalidad siguen siendo más altas en los estados del Sur, que también son los más pobres.²⁴ Asimismo, en 2012, la tasa de mortalidad en niños menores de un año en el Estado de Nuevo León se estimó en 9.4 por 1,000 nacidos vivos, en comparación con 18.6 en Guerrero. La mortalidad materna en Tlaxcala fue de 27 por 100,000 nacidos vivos mientras que en Oaxaca fue de 99.^{24,38}

En Ruanda se observan modelos de inequidad similares. Mientras que el Programa de Seguro de Salud (*Mutual*), basado en la comunidad, ha

aumentado en forma notable la utilización de sus servicios y ha reducido el riesgo de que los beneficiarios incurran en gastos catastróficos, los afiliados del quintil más pobre continúan teniendo índices de utilización significativamente menores y mayores niveles de gasto catastrófico en salud en relación con los quintiles más pudientes.³⁴ Y en Brasil, a pesar de su sistema sanitario con cobertura universal de salud bien desarrollada, hay disparidades etarias en el acceso a la atención del embarazo para adolescentes y mujeres jóvenes a pesar de que más del 20% de todos los menores de un año en Brasil en 2008 nacieron de madres adolescentes.³⁹

El acceso a los servicios no es garantía automática de que estos sean de buena calidad, ni que cumplan con la norma de derechos humanos del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales conocida como ‘3AQ’ (atención sanitaria accesible, asequible, aceptable y de calidad). En Tailandia, por ejemplo, se ha puesto en práctica una política de CUS, desde 2002; sin embargo, se considera que los mayores obstáculos para cumplir con el acceso universal son la escasez y la mala distribución de profesionales de salud capacitados.⁴⁰

En Nicaragua se analizó el seguro de salud para los trabajadores del sector informal y se encontró que no se habían logrado los efectos previstos, al menos parcialmente, porque no se corrigió la calidad de la atención en la prestación de servicios.⁴¹ En los lugares del mundo donde escasean los recursos es necesario que la CUS calibre la magnitud de su cobertura para asegurar que los servicios que brinde sean de buena calidad.

La CUS es un medio para alcanzar un fin, pero no debe ser un fin en sí misma

Muchos de los promotores de la CUS la consideran como una etapa que se puede lograr en el camino al objetivo de más largo plazo que es el ejercicio efectivo del derecho a la salud para todos y asegurar vidas saludables. Los cambios en la esperanza de vida y otros indicadores de salud pueden tardar generaciones enteras, en cambio cumplir con metas relacionadas a procesos, como es la CUS, es más alcanzable en un marco de 15 a 20 años que probablemente

sea el plazo que se fije para los nuevos compromisos de desarrollo. Por consiguiente, para muchos de los colectivos de salud y derechos sexuales y reproductivos la CUS puede ser un objetivo táctico que sirva para lograr un objetivo de derechos humanos más amplio. Esto significa que además de la CUS se necesitan medidas complementarias para maximizar los resultados sanitarios, reducir las desigualdades en materia de salud, y acelerar el logro de objetivos de desarrollo más amplios. Esto requiere de dos medidas decisivas: actuar sobre los elementos determinantes sociales de la salud e implementar otros tipos de protección social y legal.^{42–45}

Entre los elementos sociales determinantes que están en la base de las desigualdades persistentes y las impulsan, tenemos los niveles y distribución del ingreso, educación, vivienda, nutrición y seguridad que, a su vez, están arraigadas en normas sociales, leyes y políticas y mecanismos de gobernanza. Los elementos sociales determinantes pueden influir directamente en conductas de riesgo tales como sexo no seguro o sexo sin protección, mala alimentación, falta de actividad física y consumo de drogas, tabaco y alcohol. También impiden que las personas, en particular los más vulnerables y los marginados, tengan acceso a servicios de salud, aun cuando esos servicios estén disponibles y sean gratuitos. La legislación punitiva, por ejemplo, sigue impidiendo que grupos de personas, como los pacientes con VIH, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero y los trabajadores y trabajadoras sexuales tengan acceso a la terapia antirretroviral, no obstante el notable progreso alcanzado en el mundo al potenciarse el acceso al tratamiento de VIH en 2012.

Hay otras acciones que están fuera del sector salud pero que pueden influir positivamente en las conductas, eliminar barreras de acceso a servicios de salud y, finalmente, mejorar los resultados sanitarios, como por ejemplo: mejoras en las condiciones sociales, vivienda y nutrición, que ya habían logrado un descenso formidable en la prevalencia de tuberculosis en países de mayores ingresos antes que aparecieran medicamentos efectivos contra la TBC.^{46–48} Los impuestos al tabaco y las zonas libres de humo – que requieren

una acción multisectorial coordinada – son armas muy potentes para luchar contra las enfermedades relacionadas con el tabaquismo.⁴⁹ Las transferencias monetarias también son potencialmente prometedoras y se basan en acciones multisectoriales. Pueden aumentar la utilización de servicios de salud, influir en conductas de riesgo, mejorar los resultados sanitarios,^{50,51} aumentar la fidelidad al tratamiento de VIH y el recojo de los resultados de análisis de VIH.^{52,53} Estudios recientes también han hecho notar cómo las transferencias monetarias pueden modificar conductas de riesgo de VIH, especialmente en mujeres jóvenes, lo que a su vez provoca descensos importantes en la prevalencia de VIH o en los indicadores de riesgo de VIH.^{54,55}

Además de actuar con los determinantes sociales de la salud, son necesarias medidas sociales y legales que acompañen a la CUS para lograr el acceso equitativo e igualitario a la atención de la salud, que incluye los problemas de salud sexual y reproductiva y el acceso equitativo e igualitario a la cobertura universal de salud. Entre los ejemplos, podemos citar planes de pensión, subsidios para vivienda y normas que protejan el empleo y las condiciones de trabajo.

Suele suceder que algunas normas sociales y culturales, y también leyes y políticas, pongan trabas al acceso a servicios de salud, en vez de facilitarlos, por ejemplo: las leyes que criminalizan las relaciones sexuales consentidas entre personas del mismo sexo (vigentes en 78 países), sexo fuera del matrimonio o el trabajo sexual. Además, hay leyes que impiden el acceso a servicios de aborto seguro, mediante leyes que establecen la edad mínima de libre consentimiento y que impiden que los jóvenes busquen y obtengan información y servicios de salud sexual y reproductiva.⁵⁶

Implicancias para la salud y los derechos sexuales y reproductivos

En muchos ‘paquetes de servicios esenciales’ es posible que se dejen de lado sistemáticamente la salud y los derechos sexuales y reproductivos; sin embargo, sostenemos que hay tres factores en particular que es necesario atender en el sector salud y fuera de él para garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de

las mujeres. Estos factores son: accesibilidad, marcos nacionales de legislación y política, y normas sociales. Efectivamente, TK Sundari Ravindran encuentra que en todos los niveles hay obstáculos sistemáticos relacionados con el género, que hacen que los pagos directos de las mujeres sean sistemáticamente mayores que los pagos de los hombres, debido, en parte, al elevado costo de los servicios prenatales y del parto, y hay trabas para el acceso porque la mujer tiene más limitaciones para movilizarse y acceder a recursos.⁵⁷ Finalmente, la escasez de proveedores de servicios de salud de sexo femenino, el horario limitado en que se brindan los servicios y la falta de centros que puedan cuidar a los hijos de las madres que necesitan atención médica también frenan el acceso de las mujeres a los servicios de salud.⁵⁸

Otras formas de discriminación manifiesta son las leyes que les niegan a las mujeres el derecho a consentir tratamientos médicos⁵⁹ o les exigen contar con el permiso de sus padres o del esposo para obtener métodos anticonceptivos.⁶⁰ Esas leyes y políticas discriminatorias pueden contrarrestar cualquier logro que la CUS pretenda alcanzar. En ese sentido, también algunas leyes y políticas pueden oponerse directamente a los objetivos de salud acordados a nivel mundial. Por ejemplo, en 2008, 98% de los países permitían el aborto para salvar la vida de la mujer, en tanto que solo 28% de los países permitían el aborto a petición. Y aunque el ODM 5a trata de reducir la mortalidad materna, la reducción del 13% de muertes maternas debidas a abortos peligrosos⁶¹ casi nunca se considera como una de las medidas necesarias para lograr esa reducción.

La cobertura universal de salud y la agenda para el desarrollo post-2015

A pesar de los numerosos llamados a la acción y compromisos de la ONU, el avance en salud y derechos sexuales y reproductivos van a la zaga de los otros ODM. Mientras algunos países han eludido cumplir con sus obligaciones de brindar servicios de salud sexual y reproductiva argumentando una oposición política o religiosa, otros simplemente no han cumplido con darle prioridad a las

necesidades y derechos de las mujeres porque tienen normas sociales que subordinan a la mujer. También hay otros países que tienen políticas formalmente escritas pero les asignan tan pocos recursos que no se pueden llevar a la práctica. Lamentablemente los ODM carecen del lenguaje y los marcos específicos para enfrentar muchos de los temas sensibles y delicados que son parte de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, especialmente los que atañen a la sexualidad y al género. En la Cumbre Mundial de 2005 se reconoció este vacío cuando los líderes del mundo admitieron que al excluir los objetivos y los indicadores relativos a la salud sexual y reproductiva se estaba frenando el progreso, no solo en salud materna sino en combatir el VIH, mejorar la igualdad entre los géneros, la supervivencia infantil y la reducción de la pobreza.⁶²

En este orden de ideas hay un avance prometedor, especialmente en el fortalecimiento de la rendición de cuentas a nivel de cada país, en el contexto del ODM 5. Se trata de la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. El marco de trabajo de la comisión contempla indicadores de resultados y recursos, así como un plan de acción para mejorar la información sanitaria.⁶³ Sin embargo, las necesidades de salud sexual y reproductiva de los hombres siguen siendo casi invisibles.

Es indispensable integrar la salud en la Agenda para el Desarrollo post-2015, no solo para lograr el derecho a la salud, sino para alcanzar además la salud y los derechos sexuales y reproductivos. A partir de las evidencias mostradas concluimos en que la CUS debe considerarse un medio para el logro de objetivos de salud y desarrollo más amplios. Por ello, sería mejor que el objetivo de salud se enmarcara en la agenda de desarrollo sostenible post-2015 y así alcanzar el más alto nivel posible de salud o maximizar las vidas saludables. El Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo (GNUM) en sus consultas temáticas mundiales sobre la salud y el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes que asesora al Secretario General de la ONU han propuesto un objetivo general de esa naturaleza. Los beneficios que acarrearía son evidentes: se continuaría enfocando el objetivo

final de maximizar la salud asegurando al mismo tiempo un enfoque equitativo con perspectiva de derechos, para fortalecer los sistemas de salud y para que haya servicios de salud de buena calidad. Un enfoque de este tipo para la salud realmente sería transformador.

Agradecimientos

Los autores desean manifestar su profundo agradecimiento a Tenu Avafia, Mandeep Dhaliwal, Vivek Divan, Kate Lifanda, Brian Lutz, Deena Patel, Roy Small y Mami Yoshimura por sus comentarios reflexivos y sumamente útiles sobre nuestro tema y sobre este artículo.

Referencias

- United Nations. A new global partnership: eradicate poverty and transform economies through sustainable development. New York: UN; May 2013.
- World Health Organization. What is universal health coverage? 2012 October. http://www.who.int/features/qa/universal_health_coverage/en/index.html.
- United Nations Economic and Social Council. The right to the highest attainable standard of health. 22nd session of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights. General Comment 14. Geneva, April-May 2000. [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En).
- Chan Margaret. Launch of the 2013 World Health Report, 15 August 2013. http://www.who.int/dg/speeches/2013/whr_20130815/en/index.html.
- United Nations. General Assembly Resolution: Future we want. July 2013. A/RES/66/288. http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=%20A/RES/66/288.
- United Nations. General Assembly resolution: Global health and foreign policy. December 2012. A/67/L.36. [http://www.un.org/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36&referer=http://www.un.org/en/ga/info/draft/index.shtml&Lang=E).
- United Nations. The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the post-2015 Development Agenda. A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development. 2013. http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf.
- International Labour Organization. Social health protection: An ILO strategy towards universal access to health care. Geneva: ILO, 2008. <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/policy1e.pdf>.
- World Health Organization. World Health Report: Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage. 2010. http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789241564021_eng.pdf.
- Gwatkin D, Ergo A. Universal health coverage: friend or foe of health equity? *Lancet* 2011;377(9784):2160–61.
- Sen G. Presentation at: ICPD Beyond 2014: Expert Meeting on Women's Health: Rights, Empowerment and Social Determinants, Mexico City, October 2013.
- International Labour Office. World social security report: Providing coverage in times of crisis and beyond. [Table 27, p.267; Table 29, p.275]. Geneva: ILO; 2010–2011. <http://www.ilo.org/public/english/protection/secsoc/downloads/policy/wssr.pdf>.
- Giedion U, Alfonso EA, Díaz Y. The impact of universal coverage schemes in the developing world: a review of the existing evidence. Washington, DC: World Bank; 1.
- See for example: Kongsri S, Limwattananon S, Sirilak S, et al. Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national reproductive health survey data, 2006 and 2009. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):86–97.
- Fan V, Ferranti D, Savedoff W, et al. Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. *Lancet* 2012;380:924–32.
- McKee M, Balabanova D, Basu S, Ricciardi W, Stuckler D. Universal health coverage: a quest for all countries but under threat in some. *Value Health* 2013;16(1/Suppl):S39–S45.
- Sachs JD. Achieving universal health coverage in low-income settings. *Lancet* 2012;9845:944–47.
- World Health Organization.

- World Health Report: Research for Universal Health Coverage. Geneva: WHO; 2013. p.xii.
19. Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T, et al. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*, 2007;26:972–83.
 20. King G, Gakidou E, Imai K, et al. Public policy for the poor? A randomized assessment of the Mexican universal health insurance programme. *Lancet* 2009;373(9673):1447–54.
 21. World Bank. Historic goals to end extreme poverty endorsed by World Bank governors. 20 April 2013. <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2013/04/20/historic-goals-to-end-extreme-poverty-endorsed-by-world-bank-governors>.
 22. World Health Organization. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: WHO; 2001.
 23. UN Development Programme. Universal health coverage in the post-2015 development agenda. New York: UNDP; September 2013. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/hiv-aids/universal-healthcoverage-in-the-post-2015-development-agenda/>.
 24. Knaul FM, Gonzalez-Pier E, Gomez-Dantes O, et al. The quest for universal health coverage: achieving social protection for all in Mexico. *Lancet* 2012;380(9849):1259–79.
 25. Evans D, Marten R, Etienne C. Universal health coverage is a development issue. *Lancet* 2012;380(9845):864–65.
 26. Sakunphanit T. Thailand: universal health care coverage through pluralistic approaches. ILO Subregional Office for East Asia; 2008.
 27. Moreno-Serra R, Smith PC. Does progress towards universal health coverage improve population health? *Lancet* 2012;380(9845):917–23.
 28. Lu C, Chin B, Lewandowski J, et al. Towards universal health coverage: an evaluation of Rwanda Mutuelles in its first eight years. *PLoS One* 2012;7(6):e39282. <http://www.plosone.org/article/doi/10.1371/journal.pone.0039282&representation=PDF>.
 29. United Nations Human Rights. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1996. <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>.
 30. Potts H. Accountability and the right to the highest available standard of health. University of Essex. http://www.essex.ac.uk/human_rights_centre/research/rth/docs/HRC_Accountability_Mar08.pdf.
 31. People's Health Movement. Statement to the 66th session, World Health Assembly. May 2013. <http://www.phmovement.org/en/node/7600>.
 32. Greene ME, Robles OJ, Trasi R, et al. 4Gs in Universal Health Coverage: addressing governance, gender, generation, and geography to achieve UHC. Paper presented at Second Global Symposium on Health Systems Research, satellite session, 31 October 2012.
 33. Amnesty International Ireland. Guaranteeing the universal in universal healthcare – delivering on the right to health in Ireland. 2012. <http://www.amnesty.ie/sites/default/files/file/Healthcare%20Guaranteed/Conference%20Report,%20Guaranteeing%20the%20Universal%20in%20Universal%20Healthcare,%202012.pdf>.
 34. Management Science for Health. Recommendations on post-2015 development goals: universal health coverage with key provisions for equity and measurable targets to improve health and deliver effective and sustainable solutions. December 2012. <http://www.msh.org/news-events/press-room/msh-recommendations-on-post-2015-development-goals-universalhealth-coverage>.
 35. World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. International Conference on Primary Health Care. Geneva: WHO; September 1978, p.6–12.
 36. UN Enable. International norms and standards relating to disability. Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations; 2003–2004. <http://www.un.org/esa/socdev/enable/comp210.htm>.
 37. Balakrishnan R, Elson D. Economic policy and human rights: Holding Governments to Account. London: Zed Press; 2011.
 38. Bonilla-Chacin M, Aguilera N. The Mexican social protection system in health. Washington D.C. 2013. Available at: <http://documents.worldbank.org/curated/en/2013/01/17286333/mexican-social-protectionssystem-health>.
 39. Victora CG, Aquino E, do Carmo Leal M, Monteiro CA, Barros FC, Szwarcwald CL. Maternal and child health in Brazil: progress and challenges. *Lancet* 2011;377:1863–76.
 40. Evans T, Chowdhury A, Evans D, et al. Thailand's universal coverage scheme: achievements

- and challenges. An independent assessment of the first 10 years (2001–2010). Nonthaburi: Health Insurance System Research Office; 2012. <http://uhcforward.org/sites/uhcforward.org/files/book018.pdf>.
41. Thornton RL, Hatt LE, Field EM, et al. Social security health insurance for the informal sector in Nicaragua: A randomized evaluation. *Health Economics* 2010;19(Suppl 1):S181–S206.
 42. Marmot M, Banks J, Oldfield Z, et al. Disease and disadvantage in the United States and in England. *Journal of American Medical Association* 2006;295(17):2037–45.
 43. World Health Organization. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO; 2008.
 44. Marmot MG. Status syndrome: a challenge to medicine. *Journal of American Medical Association* 2006;295(11):1304–07.
 45. University College London. Research Department of Epidemiology and Public Health. Whitehall Study II, 2013. <http://www.ucl.ac.uk/whitehallIII>.
 46. See, for example: McKeown T, Record RG. Reasons for the decline of mortality in England and Wales during the nineteenth century. *Population Studies* 1962;16:94–122.
 47. Puranen B. Tuberculosis and the decline in mortality in Sweden. In: Schofield R, Reher D, Bideau A, editors. *The Decline of Mortality in Europe*. Oxford: Clarendon Press; 1990. p.97–117.
 48. Wilson LG. The historical decline of tuberculosis in Europe and America. *Journal of History of Medicine and Allied Science* 1990;48:366–96.
 49. Eriksen M, Mackat J, Ross H. *The Tobacco Atlas*, Fourth Ed. Atlanta, GA: American Cancer Society; NY, NY: World Lung Foundation; 2012.
 50. Lagarde M, Haines A, Palmer N. Conditional cash transfers for improving uptake of health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Journal of American Medical Association* 2007;298(16):1900–10.
 51. Department for International Development. *Cash Transfers: Literature Review*. London: Policy Division, DFID; 2011.
 52. Emenyonu N, Thirumurthy H, Muyindike W. Cash transfers to cover clinic transportation costs improve adherence and retention in care in a HIV treatment program in rural Uganda. 17th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. San Francisco, CA, 16–19 February, 2010.
 53. Thornton R. The demand for learning HIV status and the impact on sexual behavior: evidence from a field experiment. *American Economic Review* 2008;98(5):1829–63.
 54. Özler B, Garfein RS, McIntosh CT, et al. Effect of a cash transfer programme for schooling on prevalence of HIV and herpes simplex type 2 in Malawi: a cluster randomised trial. *Lancet* 2012;379(9823):1320–29.
 55. Bjorkman-Nyqvist M, Corno L, de Walque D, et al. Evaluating the impact of short term financial incentives on HIV and STI incidence among youth in Lesotho: a randomized trial. Abstract from tupdc0106 - poster discussion session, IAS, Kuala Lumpur, Malaysia: 2013.
 56. Galli B. Why addressing unsafe abortion is central to the post-2015 UN development agenda. *World We Want*; 2012. <http://www.worldwewant2015.org/fr/node/287486>.
 57. Ravindran TKS. Universal access: making health systems work for women. *BMC Public Health* 2012;12(Suppl 1):S4.
 58. World Health Organization. *Maternal Health: Investing in the Lifeline of Healthy Economies and Societies (Africa Progress Panel Policy Brief)*. Geneva: WHO; 2010.
 59. Gay J, Croce-Galis M, Hardee K, et al. *What Works for Women and Girls: Evidence for HIV/AIDS Interventions*. 2nd ed. Washington, DC: Futures Group, Health Policy Project; 2012. www.whatworksforwomen.org.
 60. Temin M, Levine R. *Start with a Girl: A New Agenda for Global Development*. Washington, DC: Center for Global Development; 2009.
 61. World Health Organization. *Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008*. 6th ed. Geneva: WHO; 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf.
 62. International Planned Parenthood Federation. Submission to the WHO consultation, Health in the Post-2015 Development Agenda. Framing the future health goal: How does health fit in the post-2015 development agenda. 2012.
 63. World Health Organization. *Accountability for women's and children's health*. Geneva: Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health, WHO; 2013. http://www.who.int/woman_child_accountability/about/coia/en/.

Cómo incorporar la salud y los derechos sexuales y reproductivos en un marco de desarrollo transformacional: lecciones aprendidas de los objetivos e indicadores de los ODM

Alicia Ely Yamin,^a Vanessa M Boulanger^b

- a Profesora de Salud Mundial, Facultad de Salud Pública de Harvard; Directora, Programa sobre Derechos de Mujeres y Niños a la Salud, Centro de Salud y Derechos Humanos François-Xavier Bagnoud (FXB), Universidad de Harvard, Boston, MA, EEUU. Correspondencia: ayamin@hsph.harvard.edu
- b Directora de Programa, Programa sobre Derechos de Mujeres y Niños a la Salud, Centro FXB, Universidad de Harvard, Boston, MA, EEUU

Resumen: *En este artículo se examinan las consecuencias deseadas y no deseadas de la selección del ODM 5 como meta mundial, así como sus respectivos objetivos e indicadores. Se pone, en el contexto del modelo de desarrollo codificado en los ODM, lo que sucedió con el ODM 5 y con la salud y los derechos sexuales y reproductivos en general. En la última década, a medida que los ODM cobraron cada vez más importancia en el desarrollo y su uso evolucionó, inapropiadamente pasaron de ser metas mundiales a ser metas nacionales de planificación. Esta conversión fue perjudicial en el caso del ODM 5, en particular. No solo creó un estrechamiento con relación a las políticas y los programas, sino que también tuvo un gran impacto en el discurso del desarrollo en sí, ya que reestructuró el campo en términos de la organización y difusión de conocimientos y recalzó que el proceso de establecer metas e indicadores dista mucho de ser neutral pero codifica valores normativos. Con miras hacia el futuro, no es adecuado proponer un marco de ODM+ basado en la misma estructura. La salud y los derechos sexuales y reproductivos deben incluirse nuevamente en el discurso mundial, utilizando el desarrollo para empoderar a las mujeres y a las poblaciones marginadas, así como para abordar las desigualdades estructurales que son fundamentales para el cambio social sostenido. El nuevo marco de desarrollo debe incluir una narrativa influyente sobre la transformación social en la cual las metas y los indicadores adaptados al propósito desempeñen un papel, pero no superen ni limiten los objetivos generales de promover la justicia social, política y de género.* © 2015, edición en español, 2013, edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: Objetivos de Desarrollo del Milenio, salud sexual y reproductiva, derechos humanos, desarrollo humano, políticas y programas de salud

Actualmente es bien conocida la historia de cómo los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) recortaron la vasta agenda de la salud y los derechos sexuales y reproductivos establecidos en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) y en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing) hasta confinarlos al campo

de la salud materna, que está relativamente despolitizado.¹⁻⁵ Tras los avances iniciados en Viena en 1993, cuando los derechos de las mujeres fueron declarados derechos humanos, el movimiento de mujeres obtuvo éxitos extraordinarios, aunque no carentes de precedentes, al presentar una agenda progresista en la CIPD y luego ampliándola con la agenda de Beijing.^{1,2,6,7}

El rápido contragolpe que siguió demostró la ferocidad con la que se impugnaba y se sigue impugnando el derecho esencial de las mujeres a controlar sus cuerpos y, por ende, sus vidas.³⁻⁵ Fue así que la Declaración del Milenio, aprobada por 189 Estados Miembros de la ONU y considerado generalmente como un documento “centrado en las personas” que intentó incorporar temas de desarrollo humano, no incluyó una sola referencia a la salud y los derechos sexuales y reproductivos.^{8,9} A su vez, los ODM, que se crearon en un proceso tecnocrático y de arriba hacia abajo, como una hoja de ruta para implementar la Declaración del Milenio, solo incluyeron un objetivo relacionado con la salud y los derechos sexuales y reproductivos: el ODM 5, que exhorta a que se mejore la salud materna.^{4,5,10}

Lo que es menos conocido son las consecuencias empíricas y normativas que resultan de la elección de la meta, objetivos e indicadores para el ODM 5, así como la relación entre lo que ocurrió con el ODM 5 y la visión de desarrollo codificada en la totalidad de la agenda de los ODM. Desde su establecimiento, en el año 2001, los ODM se han convertido en el plan maestro por excelencia para la cooperación internacional.¹¹ Aunque su intención ostensible era reflejar el compromiso programático de acabar con la pobreza mundial, enunciado en la Declaración del Milenio, en la práctica los ODM han servido solo para darle una leve pincelada de desarrollo humano a la estructura neoliberal que continúa dominando el mundo.^{12,13} Es más, el reduccionismo de los ODM y la manera en particular en que los objetivos, metas e indicadores llegaron a dirigir la agenda, han tenido un efecto complicado en la práctica y el discurso del desarrollo; no solo en lo que atañe a la salud y los derechos sexuales y reproductivos sino también en lo que atañe a otros complejos problemas sociales. Al proyectarnos al lugar que ocuparán la salud y los derechos sexuales y reproductivos en un marco de desarrollo futuro, resulta esencial no solo que se expresen las aspiraciones políticas de progreso del mundo, sino también reflexionar sobre lo que implica estructurar una agenda para el desarrollo aplicando la metodología que se usó para establecer las metas de los ODM.

En este artículo exploramos qué consecuencias, voluntarias e involuntarias, tuvo la selección del ODM 5 como objetivo mundial, junto

con la Meta 5A, que exhorta a reducir la razón de mortalidad materna (RMM) en un 75% con respecto a los niveles de 1990, así como el tardío agregado de la Meta 5B sobre el acceso universal a la salud reproductiva, con sus correspondientes indicadores. Para poder ubicar en un contexto mayor algunas de las consecuencias que han tenido los ODM en la salud y los derechos sexuales y reproductivos, nos basamos en los resultados de un estudio de varios autores sobre los ODM, a cargo del Proyecto *Power of Numbers* (El poder de los números).¹⁴ Primero, analizamos el contexto político que explica cómo se establecieron los ODM y su inadecuada conversión de objetivos mundiales a metas de planificación nacional. En el caso del ODM 5 la elección de la meta y el principal indicador seleccionado –RMM – exacerbaron las consecuencias perversas de esta elección. Luego, exploramos las ambigüedades que rodeaban los tan pregonados éxitos de los ODM para movilizar atención y fondos para la “salud reproductiva”, señalando que el financiamiento adicional se dirigió solo a un subconjunto de temas, en tanto que otras áreas fundamentales fueron deliberadamente excluidas o ignoradas, y que los problemas de equidad no se tomaron en cuenta. Luego pasamos a las consecuencias involuntarias del ODM 5, tanto en términos de sus efectos en política/programación como de conocimiento/discurso, para lo cual examinamos la programación, en gran medida tecnocrática y estrecha, que surgió de los esfuerzos por lograr resultados en el ODM 5, y el giro en el discurso que pasó de la salud y los derechos sexuales y reproductivos a la salud materno-infantil y del recién nacido, respectivamente. Finalmente, desde la perspectiva de los derechos humanos, consideramos las lecciones aprendidas de las metas e indicadores para el ODM 5, y los ODM en su conjunto, que deberían darnos la información para pensar en cualquier futura agenda del desarrollo, incluyendo los debates en curso para establecer los Objetivos de Desarrollo Sostenible cuando venza el plazo de los ODM en 2015.

Cómo surgieron los ODM – y qué uso se les dio al final: implicancias respecto al ODM 5

Los ODM introdujeron un nuevo modelo de desarrollo que, según el consenso predominante, ha sido muy exitoso.^{11,15} Presentaban

una estructura jerarquizada con objetivos, metas, e indicadores en la cual los objetivos pretendían ser normativos y programáticos; las metas debían asignar objetivos numéricos, con límites de tiempo para cada uno de ellos; y los indicadores eran los datos que se usarían para monitorear el avance hacia el logro de las metas.

Los objetivos descritos con amplitud en la Declaración del Milenio en 2000 se tradujeron a ODM y fueron presentados por primera vez en 2001 en un documento de 'Hoja de Ruta' que se orientó inicialmente a facilitar la elaboración de informes sobre los avances logrados.⁷ Los ODM se conceptualizaron como objetivos mundiales para asignarles prioridad a áreas desatendidas durante mucho tiempo.¹¹ John Ruggie, el principal arquitecto de la Declaración del Milenio, ha sostenido que la lista de objetivos debía ser sencilla y memorable para lograr consenso y atención.¹⁶ Michael Doyle, autor del documento que contiene la Hoja de Ruta, procuró replicar el efecto que tuvieron los Objetivos de Desarrollo Internacionales de 1996 en lograr financiamiento entre los países de la OCDE gracias a sus metas con plazos concretos.¹⁶ Se consideró fundamental que los ODM fueran sencillos y breves para poder utilizar estos objetivos mundiales como mecanismos de comunicación. Sin embargo, eran completamente inadecuados para las complejidades propias de la planificación nacional. No obstante, los ODM pasaron a utilizarse precisamente de esa manera, como guías técnicas para la asignación de recursos y el diseño de políticas.^{16,17}

En efecto, a medida que los ODM fueron asumiendo un papel central en el desarrollo a lo largo de la última década, también evolucionaron el uso y la interpretación prevista para ellos. El informe de 2005 del Secretario General de la ONU, *Un concepto más amplio de la libertad: desarrollo, seguridad y derechos humanos para todos*, analiza explícitamente los objetivos en tanto metas de planificación nacional.¹⁸ El informe *Invirtiendo en el Desarrollo*, también publicado en 2005, hizo variar aún más la comprensión de los ODM, al definir procesos que debían darse en cada país y recomendaciones para alcanzar "las metas cuantitativas señaladas en los ODM."¹⁹ Algunos países desarrollaron sus propias metas de planificación y adaptaron

los ODM a su realidad nacional.²⁰ Sin embargo, especialmente en los países que dependían mucho de la ayuda internacional (que incluía prácticamente a todos los países con grandes tasas de mortalidad y morbilidad materna y cuyos donantes mostraban una mayor resistencia a la adaptación y apropiación de los ODM a la realidad nacional), las metas mundiales ya no fueron tratadas solo como "puntos de referencia" para medir el progreso, sino más bien para impulsar todo el proceso de planificación de políticas.^{21,22}

La RMM es uno de los principales indicadores de salud materna que podría ser apropiado para el objetivo de movilizar la atención hacia una prioridad desatendida por muchos años; sin embargo, son inapropiados para evaluar si los avances de las estrategias e intervenciones son o no eficaces a nivel nacional. Por consiguiente, en el caso del ODM 5 resultó perjudicial convertir las metas que eran herramientas de movilización mundial, en herramientas de planificación nacional. Debido a la falta de inversión en sistemas adecuados de estadísticas vitales para generar resultados, los ejercicios de cálculo tuvieron que depender, en gran medida, del modelo estadístico. La mayoría de los estimados tienen grandes intervalos de confianza, debido a la mala calidad de los datos y a su escasa disponibilidad, así como al número relativamente menor de ocurrencias a nivel de la población; esto produce resultados dudosos y complica la interpretación de los cambios en las tendencias.

Incluso en esa época, los estadísticos que participaron en la selección de indicadores para los ODM reconocieron la necesidad de complementar las RMM con indicadores de procesos para medir el ODM 5A.^{23,24} La atención obstétrica de emergencia, reconocida ampliamente como crucial para salvar las vidas de las mujeres y único indicador de salud materna vinculado con el funcionamiento del sistema sanitario, fue descartada y remplazada por la asistencia calificada en el parto debido, en gran medida, a que para este tipo de atención sí había datos disponibles. Hasta la fecha los datos completos de atención obstétrica de emergencia todavía no se recopilan a nivel nacional en la mayoría de países con alta incidencia de mortalidad y morbilidad materna.⁵ Sin embargo, la asistencia calificada en

el parto también tiene sus problemas, según sea la metodología de encuestas utilizada para registrar las ratios a nivel nacional y la consiguiente dificultad para comparar datos en distintos contextos.²⁵

Ante la carencia de estadísticas vitales adecuadas, muchos países con alta incidencia dependían en gran medida de métodos menos directos y menos efectivos para monitorear la mortalidad materna. Por ejemplo, *el Plan estratégico nacional y la hoja de ruta para acelerar la reducción de muertes de madres, recién nacidos y niños 2008-2015* de Tanzania, usan datos del sistema de información sobre la gestión sanitaria, de los informes anuales de salud infantil y reproductiva, y datos de las encuestas demográficas y de salud, así como de encuestas de otros establecimientos y de hogares, para hacer el seguimiento de los niveles de mortalidad y morbilidad materna en el país. Se reconoce que hay muchas deficiencias en los datos, incluyendo “registro incorrecto e incompleto, definición inapropiada del caso, manejo de los datos, fuente de información, y métodos de estimación inadecuados”.²⁶

Ni las RMM ni la asistencia calificada en el parto abordan la problemática de los niveles de fecundidad, y mucho menos el espectro de necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. Recién a partir de 2005, y debido al vigoroso trabajo de *lobby* a cargo de UNFPA y otras organizaciones, se añadió la Meta 5B, en tanto que los indicadores para dicha meta recién se definieron en 2007. La Meta 5B insta a lograr para 2015, “el acceso universal a la salud reproductiva”, además, se añadieron cuatro indicadores de cobertura de servicios de salud (tasa de uso de anticonceptivos, tasa de fecundidad de las adolescentes, cobertura prenatal y necesidad no satisfecha de planificación familiar) a la lista oficial de ODM.^{27,28}

Una combinación de indicadores puede ayudar a tener una idea de cómo se las agencian las mujeres para controlar su reproducción, pero no deja de tener sus bemoles. Por ejemplo, la “necesidad no satisfecha de planificación familiar” se basa en encuestas hechas a mujeres casadas y no incluyen a chicas o mujeres que no vivan con una pareja.²⁹ El ODM 5B fue aprobado a pesar de la fuerte oposición política del gobierno del presidente Bush, entre otros, y se le asignó escasa prioridad hasta

2012 cuando resurgió a nivel mundial el tema de la anticoncepción o “planificación familiar”,* g.30

Movilización de la atención y del financiamiento: claroscuros

El objetivo general de los ODM era movilizar financiamiento del Norte hacia el Sur, y no cabe duda de que la asistencia de los donantes en materia de salud aumentó espectacularmente durante este período. Mientras la salud materno-infantil y del recién nacido (MNCH por sus siglas en inglés), obtuvo solo la mitad del financiamiento que recibió VIH/SIDA en 2008, el total de la asistencia oficial al desarrollo (AOD) para las actividades de MNCH ha sido más que duplicada * de \$2.56 mil millones en 2003 a \$6.48 mil millones en 2010.³¹⁻³³ La AOD para actividades de MNCH en los 74 países de la iniciativa Cuenta regresiva aumentó de \$1.96 mil millones en 2003 a \$3.46 mil millones en 2006 y a \$4.99 mil millones en 2010. De los \$3.46 mil millones desembolsados en 2006 para MNCH a los países de la Cuenta regresiva, 68% se gastó en salud infantil y 32 % se gastó en salud materna y del recién nacido.³¹ Entre 2003 y 2010 la AOD para “salud reproductiva” (cuidado prenatal, parto y atención postnatal; infertilidad, consecuencias de aborto con riesgos y actividades de maternidad sin riesgos) aumentó más del doble, de \$305 millones a \$863 millones (Figura 1).³⁴ Si bien la dotación de fondos para apoyar al sector salud aumentó significativamente de \$0.144 mil millones en 2000 a \$1.234 mil millones en 2009, el aumento en el financiamiento todavía no ha penetrado los niveles más estrechos y verticales de la programación.³⁵

Mientras que algunos aspectos de salud reproductiva han recibido incuestionablemente mayor atención y financiamiento durante los ODM, no ocurrió lo mismo con el control de la natalidad o “planificación familiar,” como

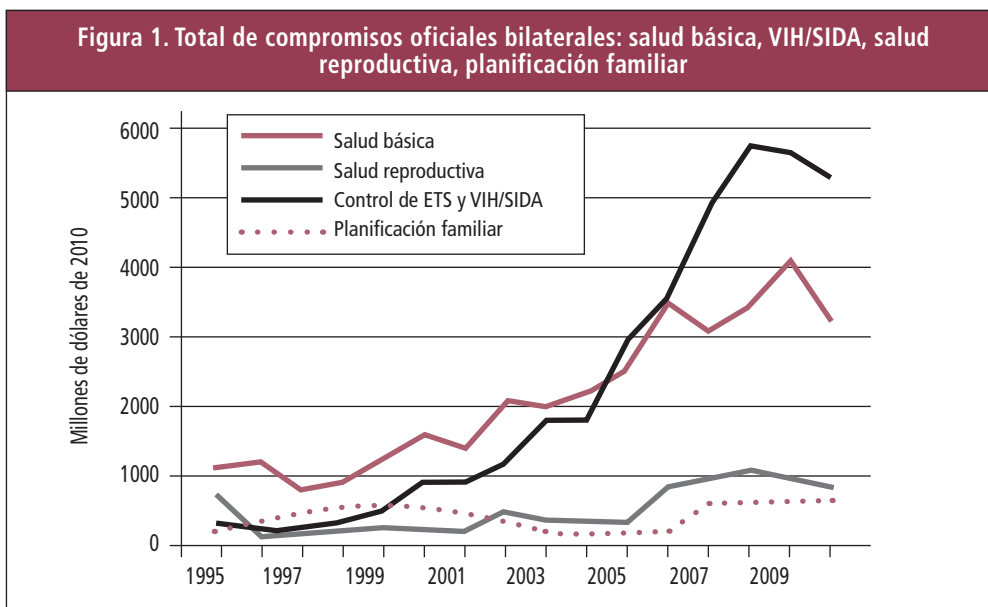
* Esta terminología es problemática porque muchas personas necesitan un anticonceptivo fuera del contexto de la “planificación de familias”, nosotras lo usamos sólo en referencia a la Cumbre de Planificación Familiar, realizada en Londres en 2012 y a la Iniciativa de Planificación familiar 2020.

se definía el rubro de financiamiento hasta 2012. En efecto, Nguyen et al. señalan que entre 2000 y 2007 la asistencia de los donantes para planificación familiar disminuyó tanto en términos absolutos, de \$518 a \$462 millones, como en términos proporcionales, de 30% a 5% del total destinado a “asistencia en actividades de población” (que incluyen anticonceptivos, servicios básicos de salud reproductiva que abarcan salud materna, aborto, información, educación y comunicación sobre salud reproductiva, entre otros servicios, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA, así como investigación básica, datos y análisis de políticas sobre población y desarrollo).³⁶ Sin embargo, no se puede atribuir la carencia de fondos para anticoncepción a la falta de atención brindada a la salud y los derechos sexuales y reproductivos en los ODM. Por ejemplo, el gobierno de los EEUU causó un enorme vacío en este campo cuando dejó de financiar al FNUAP.^{37,38} La falta de un financiamiento adecuado por parte de los donantes para el control de la natalidad tuvo efectos gravísimos en la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Por ejemplo, un estudio realizado en 2013 sobre la prevalencia de anticonceptivos entre 1990 y 2013 descubrió que de los 26 países con la más baja prevalencia de anticonceptivos en 1990 (menor al 10%), el aumento absoluto para

2010 fue menor de 10% en 16 países africanos.³⁹ Con respecto a las necesidades de planificación familiar no satisfechas, los valores estimados para África central y occidental en 2010 fueron casi idénticos a los de 1990.³⁹

La Cumbre de Planificación Familiar de Londres realizada en 2012 ha prometido, hasta la fecha, nuevos y considerables compromisos de ayuda, incluyendo aportes de la Fundación Bill y Melinda Gates. Sin embargo, el documento que emanó de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo Sostenible; Río+20, así como el discurso tanto público como académico, sugieren que lo que verdaderamente motiva la renovada atención dedicada a la “planificación familiar” y a la anticoncepción son las consideraciones del “desarrollo sostenible” y del crecimiento económico, y no la salud y los derechos sexuales y reproductivos.⁴⁰⁻⁴³

Se podrían enfrentar otros problemas en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos, como el hecho de que se producen 13% de muertes maternas en el mundo, si se brindara acceso a servicios de aborto sin riesgos y a precios asequibles; pero a menudo esos problemas han sido excluidos explícitamente del financiamiento proporcionado para reducir la mortalidad materna.^{5,44} Es justo decir que los responsables de esta exclusión son donantes



muy conocidos, así como los son las opiniones conservadoras y religiosas que se oponen al aborto y la incapacidad o la renuencia de muchos gobiernos del Sur a desoír a estas fuerzas.⁴⁵ Se han logrado ganancias significativas en los órganos internacionales de supervisión de los derechos humanos en torno a los derechos al aborto, y ha habido casos de resistencia en los tribunales, así como movilización social, pero también se han presentado reacciones adversas.^{38,46}

Cabe añadir que en la CIPD y en Beijing se resaltaron muchos temas que trascienden las intervenciones en el sector salud, como el de la violencia por razón de género, que quedaron fuera de la agenda de los ODM y fueron lanzados a la periferia del discurso mundial.⁴⁷ Recién en 2013 la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer, junto con el Grupo de Alto Nivel de Personas Eminentes sobre la Agenda para el Desarrollo Post-2015 y el Secretario General de la ONU, salieron a la palestra con informes que enfatizaban rotundamente la necesidad de tratar los casos de violencia en razón de género como una violación de los derechos humanos y colocar su eliminación como una prioridad para el desarrollo mundial.⁴⁸⁻⁵⁰

Suma de los logros, persistencia de las desigualdades

Los tan pregonados éxitos en la reducción en un 47% de las RMM y el descenso en muertes maternas de 543 000 a 287 000, a nivel mundial⁵¹ también encubren desigualdades y potenciales modalidades de discriminación, que son críticas desde una perspectiva de derechos humanos. Países como Tailandia, que han progresado notablemente en la reducción de las desigualdades en utilización y resultados de salud reproductiva, lo han logrado a través de inversiones sustanciales y constantes en los sistemas de salud.⁵² Sin embargo, como se eligió que las metas de los ODM se concentren en la suma de los logros y no en las disparidades, muchos países que desean que se les considere “bien encaminados” optaron por no centrarse en las poblaciones marginadas o remotas, sino en las zonas urbanas o periurbanas más grandes para lograr una “mejor relación entre calidad y precio”

para las inversiones de salud reproductiva y de otra índole.^{53,54}

Los ODM, en general, han sido sumamente criticados por concentrarse en la suma de los logros sin tener en cuenta la igualdad. El Proyecto *The Power of Numbers* encontró falta de interés en resolver problemas como la falta de igualdad en el acceso a servicios de agua y saneamiento, así como en materia de educación y de supervivencia infantil. Por ejemplo, *Unterhalter* plantea que el hecho de no abordar la igualdad en el objetivo de matriculación en la escuela primaria (Objetivo 2) perpetuó la marginación de los niños que provenían de grupos socioeconómicos más bajos, y de los grupos étnicos más sojuzgados quienes generalmente viven en zonas que no han sido beneficiadas por programas de desarrollo social.⁵⁵

Es indispensable desagregar los datos para poder detectar las disparidades entre los países y al interior de cada uno de ellos y también para identificar las modalidades de discriminación potenciales entre poblaciones. En el caso del ODM5, al desagregar las RMM se exacerban los problemas antes mencionados sobre la interpretación de los datos, por lo pequeñas que son las muestras y lo grandes que son los intervalos de confianza.²³ Es así que, por ejemplo, el discurso optimista de la India sobre las reducciones en RMM se ve socavado cuando se observa la información detallada, estado por estado, o a través de los quintiles de ingresos, a pesar de la calidad y disponibilidad de los datos mismos.⁵⁶ Sin embargo, aunque la elección de la RMM como indicador ocultó involuntariamente los efectos sobre la igualdad de los ODM, estos fueron puestos en evidencia de manera alarmante por la información sobre la asistencia calificada en el parto. Un estudio comparativo publicado en 2012, sobre 12 intervenciones en MNCH en 54 países demostró que la asistencia calificada en el parto era el indicador de ODM que reflejaba la mayor desigualdad, y está sujeto a variaciones significativas según los quintiles de riqueza o la distribución geográfica.⁵⁷ El promedio en asistencia calificada en el parto de estos 54 países fue de 54%, pero la cobertura media en el quintil más pobre era de sólo 32% comparado con un 84% en el quintil más rico.

Programación vertical, compartimentalización y objetivos de corto plazo

Una serie de evaluaciones de las Hojas de ruta, para determinar el progreso alcanzado en los ODM, han demostrado que su impacto positivo en los servicios para las mujeres ha sido escaso.⁵⁸ Uno de los motivos para ello es la existencia de la programación vertical y la falta de un planeamiento multisectorial a nivel nacional, el cual finalmente impide avanzar hacia un enfoque integral en materia de MNCH y de salud sexual y reproductiva a nivel más amplio.⁵⁸ La propia estructura de los ODM, que se concentra en resultados cuantificables fomentó la programación vertical, estrecha y a corto plazo. No se establecieron conexiones entre los ODM, ni siquiera entre los que estaban relacionados a la salud. En el caso del VIH/SIDA, la fuerte movilización del colectivo VIH/SIDA que señaló la diferencia entre el discurso de la salud y derechos sexuales y reproductivos y el discurso del VIH/SIDA, argumentando su carácter “excepcional” y citando amenazas a la seguridad nacional, también tuvo enormes repercusiones para el financiamiento y la programación en el proceso de los ODM.⁵⁹⁻⁶¹

Además, el hecho de que los ODM prioricen los resultados a corto plazo, por encima de los cambios sistemáticos, puede haber exacerbado una tendencia del financiamiento para la salud, que se vio dominado por los enfoques de la “gestión basada en resultados” y la “relación precio-calidad”, que a menudo se asociaban a pedidos o promesas de “mayor responsabilidad”.⁶² El documento estratégico de reducción de pobreza (DERP) del Banco Mundial había promovido este enfoque del financiamiento basado en resultados y los hechos sugieren que, una vez que se introdujeron los ODM, muchos de los DERP simplemente fueron modificados para incluir las metas de los ODM, como objetivos de consenso y como metas de planeamiento, sin adaptarlas a las condiciones y prioridades locales.⁶³ Por ejemplo, en vez de abordar los temas macroeconómicos más amplios relacionados con el acceso de las mujeres a los recursos y al empleo productivo en general, especialmente en salud reproductiva, los programas basados en vales y transferencias bancarias jugaron un papel cada vez

más importante durante la década del 2000. Es indudable que estos programas les brindan a las mujeres los recursos para elegir opciones “pre-seleccionadas” sobre su salud reproductiva, en vez de concentrarse en el empoderamiento económico más amplio que enfatiza la equidad de género y también afecta la salud sexual y reproductiva. A pesar de la popularidad que tienen estos programas de vales de salud reproductiva entre los donantes y los organismos internacionales, con excepción de algunos casos en América Latina, se han realizado pocas evaluaciones rigurosas de estos programas y las evaluaciones efectuadas se hicieron aplicando distintas metodologías.⁶⁴

El enfoque de los ODM sobre el desarrollo, concentrado en intervenciones estrechas y resultados concretos, contrasta fuertemente con el reconocimiento que había surgido de las conferencias internacionales de los 90 respecto a la interdependencia del progreso en varios ámbitos sociales y económicos, y la necesidad de no descuidar las libertades civiles y políticas.^{1,2,6} Estas conferencias fueron notables por sus enfoques intersectoriales. No solo en la CIPD y en Beijing sino también en la Cumbre Mundial en favor de la Infancia en Nueva York de 1990, en la Conferencia Mundial sobre Educación para Todos, realizada en 1990 en Jomtien, en La Cumbre para la Tierra de 1992 en Río, en la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de 1994 en Copenhague, en la Cumbre Mundial sobre la Alimentación de 1996 en Roma, y en la Conferencia de Estambul sobre los Asentamientos Humanos en 1996. En todas estas conferencias mundiales se reconoció explícitamente la naturaleza transversal de los complejos temas sociales que intentaban abordar y casi todas también reconocieron la importancia que tiene la igualdad entre los géneros para el desarrollo (reducido al ODM3, medido por la paridad de los géneros en educación, y solo después en algunas medidas de participación política femenina).

Si bien los ODM buscaban codificar el modelo de desarrollo más “centrado en las personas” que se menciona en la Declaración del Milenio, en realidad marcó un retroceso hacia los planteamientos de desarrollo más limitados de los años ochenta, en los que la salud, la educación y otros similares no eran considerados derechos sino necesidades básicas.⁶²

El proyecto “*The Power of Numbers*” reveló que el ODM5 no era lo único afectado por este giro en modelo de desarrollo. Por ejemplo, el análisis de Fukuda-Parr y Orr del ODM1 sobre el hambre muestra que los ODM han promovido medidas para lograr mejoras a corto plazo a través de suplementos alimentarios y nutricionales, en vez de buscar un cambio sostenido como el descrito en el enfoque amplio de la Cumbre Mundial sobre la Alimentación que estableció que la seguridad alimentaria es un derecho humano.⁶⁵ Similarmente, *Unterhalter* muestra que el objetivo de educación reducía la agenda integral de “Educación para todos” de Jomtien a la educación primaria universal, marginando las consideraciones de igualdad, calidad, cuestiones de género entre otros, y reemplazándolos por resultados medibles y a corto plazo.⁶⁵ Cohen demostró que el Objetivo 7, Meta 7D – una mejora significativa en la vida de por lo menos 100 millones de habitantes de barrios marginales – reducía los objetivos económicos, sociales, de gobernabilidad y ambientales más amplios, trazados en la Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos de 1996, al simple recuento de casas y baños, y por lo tanto no abordaba los desafíos estructurales que debía afrontar la urbanización, como son el cambio climático, el crecimiento económico y la creación de empleo.⁶⁶ Sen y Mukherjee descubrieron que los ODM solo incorporaron uno de los 13 puntos de acción para la igualdad de género de la Conferencia de Beijing.⁶⁷

Cambio de discurso: ¿De salud y derechos sexuales y reproductivos a salud materna y del recién nacido?

Los ODM no sólo hicieron que las políticas y programas se volvieran más limitados sino que tuvieron un efecto enorme sobre el discurso mismo del desarrollo. Ningún objetivo ilustra esto de forma más clara que el ODM5, donde los ODM llevan a una reconfiguración del sector, no solo en términos de financiamiento, políticas y programación, sino también en lo que se refiere a la organización y difusión del conocimiento.

Para el 2005, cuando los ODM ya eran el marco consensuado para las políticas de cooperación internacional,¹⁹ también había la

creciente sensación de que la dispersión de los esfuerzos en la salud de la madre, el recién nacido y el niño, que pudo haber sido exacerbada por la estructura de los ODM, fue contraproducente para la realización de los ODM 4 y 5. La creación de la Alianza para la salud materno-infantil, el recién nacido y el niño, y el lanzamiento del proceso de atención ininterrumpida de la salud, fueron grandes esfuerzos para superar esta compartimentalización, ya que ambos intentaron que los colectivos dedicados a la investigación y a la práctica se acercaran. El modelo de atención ininterrumpida de la salud no era nuevo, pero hizo notar que había muchos vínculos entre los establecimientos de salud y entre las intervenciones previas al embarazo, a lo largo del mismo y en el período de posparto y primera infancia. Si bien esto no solucionó el problema de la fragmentación a nivel nacional, en algunos de los países más afectados, la Alianza para la salud materno-infantil y del recién nacido y el niño sirvió para que este enfoque fuera adoptado como el camino a seguir por la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer y el Niño del Secretario General de la ONU en el 2010.⁶⁸

El modelo de atención ininterrumpida de la salud reflejó a la vez que contribuyó a un cambio significativo en el rol que se le da a la mujer en los ODM, colocan a la mujer, en tanto madre y cuidadora de niños, al centro de la agenda, en lugar de reconocer como objetivo de la agenda el empoderamiento de las mujeres en tanto ciudadanas sociales independientes y con derechos. Esto fue un cambio importante con relación al entendimiento transformacional de la salud y los derechos sexuales y reproductivos producidos por el CIPD, que fue reafirmado en Beijing y que reconocía a las mujeres como agentes del cambio social, y sujetos de derecho y llamaba a la acción sobre una serie de temas que trascendían tanto al sector salud como a los ciclos completos de vida de las mujeres y no se limitaban a su estado de embarazo. Esta agenda anterior, llamaba a subvertir las arraigadas relaciones de poder en todos los ámbitos: desde los modelos macroeconómicos más generales que contribuyen a la feminización de la pobreza, hasta el nivel más individual y micro-social de la violencia dentro de la pareja

y, por consiguiente, fue intrínsecamente cuestionado desde el punto de vista político.⁶⁹

Al amparo del enfoque en la salud materna, los debates sobre los roles asignados socialmente a las mujeres fueron desplazados del discurso predominante sobre el desarrollo, y muchos temas, tales como la violencia de género y la expresión e identidad de género se desvanecieron, tanto de las investigaciones como de los discursos. Los programas de algunas de las principales conferencias mundiales de este periodo, como *Woman Deliver* y las Conferencias Mundiales de Salud Materna, que reunieron millones en fondos y concitaron gran atención a través de números especiales de la revista *Lancet* reflejaron este giro y, en cierta medida, también contribuyeron al mismo.

A pesar de estos acontecimientos resulta fundamental subrayar que el movimiento por la salud y los derechos de las mujeres ha continuado en la lucha por una agenda más amplia en la salud y los derechos sexuales y reproductivos desde principios del 2000 hasta la fecha. Esto se puede apreciar, entre otras cosas, con la exitosa incorporación del ODM 5B a pesar de la enorme resistencia política; con el continuo uso de paradigmas de la salud y derechos sexuales y reproductivos en espacios nacionales e internacionales; y con la reunión de Langkawi de 2010. Entre otros acontecimientos más recientes podemos citar la creación de redes y las campañas de Advocacy sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos en una agenda para el desarrollo post-2015, y el progresista documento de Consenso de Montevideo, resultante del informe regional CIPD+20 para América Latina, todos ellos indicadores alentadores de un avance político continuo con relación a la salud y derechos sexuales y reproductivos en los futuros marcos del desarrollo.^{15,47,49,69,70}

Implicancias para el establecimiento de la futura agenda del desarrollo

La atención del mundo ahora está concentrada en armar la agenda de desarrollo post-2015, que incluirá un nuevo conjunto de objetivos, probablemente los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y quizás otros, con sus respectivos indicadores y metas.⁴²⁻⁴⁹ El colectivo de salud

y derechos sexuales y reproductivos ha incrementado su visibilidad con el fin de promover que los reclamos más amplios en materia de salud y derechos sexuales y reproductivos sean incorporados en la agenda post-2015 y se les asocie al proceso de CIPD+20. Sin embargo, se le ha prestado menos atención a la futura estructura del marco de desarrollo, y a sus implicancias para la salud y derechos sexuales y reproductivos. El análisis del ODM 5 y el Proyecto *Power of Numbers* sugieren tener en consideración los principales dilemas inherentes a la elaboración de objetivos y metas basados en los tipos de criterios que se usaron en los ODM.

Establecimiento de objetivos universales e interrelacionados

Es absolutamente necesario que en el futuro marco del desarrollo, la salud y los derechos sexuales y reproductivos se arraiguen en todos los objetivos y que se contemple su relación tanto con la justicia de género como con la justicia económica. La salud y los derechos sexuales y reproductivos son aplicables y pertinentes a muchos de los objetivos potenciales que se están considerando para la agenda del desarrollo post-2015, no solo en el ámbito de la salud sino también en los campos del empleo (y en el trabajo no remunerado de las mujeres), educación, nutrición y seguridad alimentaria, gobernabilidad democrática y cambio climático, acceso al agua y el saneamiento. Los derechos a la salud sexual y reproductiva están intrínsecamente ligados con la pobreza y con la desigualdad, especialmente con la desigualdad en razón del género. Además, los derechos deben ser incluidos como cuestión central en todos los objetivos.

La salud y los derechos a la salud sexual y reproductiva también subrayan la importancia de tener un conjunto de objetivos universales. Temas tales como la violencia de género afectan a países con niveles de desarrollo radicalmente distintos.⁷¹ Por otro lado, lograr el acceso universal a información, educación y servicios de calidad, integrales e integrados sobre salud sexual y reproductiva también plantea cuestiones de desigualdad entre países y al interior de los mismos. Como plantean Sumner y Gentilini en su estudio para el Proyecto *Power*

of Numbers, el 72% de los pobres de todo el mundo viven ahora en países de renta media, lo que ilustra dramáticamente la necesidad de abordar, en la futura agenda del desarrollo, la problemática de la igualdad y las modalidades de discriminación potenciales en el seno de los países.⁷²

Instauración de metas diferenciales

Una lección importante que debemos aprender de los ODM es que resulta imperativo contar con metas graduadas que reflejen el nivel de desarrollo, como lo hicieron anteriormente las Conferencias de la ONU, y que al menos reconozcan que todos los países tienen mejoras pendientes y que no pongan en una situación de desventaja intrínseca a los países que se encuentren más alejados del logro de algún objetivo específico. Es esencial que el proceso de trazar metas cuantitativas encuentre un equilibrio entre la participación y los aportes de los gobiernos nacionales al fijar sus propias metas, para que la población local se sienta motivada a apropiarse de dichos proyectos, aplicando estándares rigurosos de justificación, e incluyendo comparaciones o benchmarking con países que tengan INB y situaciones demográficas similares, para que las metas fijadas sean suficientemente ambiciosas. La metodología que aplican los Comités de Monitoreo de Tratados de Derechos Humanos constituye un ejemplo de la relación que debe existir entre el establecimiento de normas y el proceso subsiguiente de análisis comparado o *benchmarking* con el cual es posible y apropiado responsabilizar a los gobiernos.

Elección de indicadores para los derechos humanos

En un contexto de derechos humanos, algunos indicadores no serán y no deberían ser cuantitativos. Por ejemplo, una meta que lanza un llamado al “reconocimiento universal de los derechos sexuales y reproductivos” necesariamente se basará en indicadores relacionados con marcos legales y políticos. El hecho de que estos no sean cuantitativos no impide que sean aspiraciones ligadas a plazos fijos, y requieran esfuerzos institucionales y políticos tangibles en ese período. Por ejemplo, el grupo de trabajo de

alto nivel CIPD+20 recomienda: “criminalizar [inmediatamente] la violencia sexual y acabar con la impunidad de los autores, y abolir los matrimonios precoces y forzados y la mutilación genital femenina en el plazo de una generación”.⁷³

En cuanto al futuro, es particularmente importante que los indicadores cuantitativos sean desagregados de manera significativa para mostrar modalidades potenciales de discriminación. Como ya se ha comprobado, la disponibilidad de datos no puede evitar automáticamente la selección de algunos indicadores, como se hizo en los ODM.⁷⁴ Por ejemplo, la inversión en sistemas de estadísticas vitales será esencial para generar datos que apuntalen la capacidad de monitorear muchas problemáticas de salud sexual y reproductiva, y otros temas como el matrimonio infantil. Además, los indicadores deben ser aplicables a la formulación de políticas y sensibles a las intervenciones políticas.⁵ Esto implica la necesidad de contar con indicadores de proceso así como con indicadores de resultados, tales como atención obstétrica de emergencia. En materia de derechos humanos, los indicadores se usan para medir el cumplimiento de las obligaciones internacionales y sin estas mediciones de conducta es imposible responsabilizar a los gobiernos para que adopten “medidas apropiadas” sobre bases no discriminatorias, conforme lo exige la legislación internacional sobre derechos humanos.

Conclusiones

La historia de lo que ocurrió con la salud y los derechos sexuales y reproductivos durante los ODM puede servir para aprender muchas lecciones y aplicarlas en la futura agenda del desarrollo. Está claro que avanzar en salud y derechos sexuales y reproductivos requerirá cambios en la arquitectura económica mundial y en la estructura institucional mundial, lo que afectará una serie de cuestiones que van desde el financiamiento para el desarrollo hasta los acuerdos de comercio, ya que ambas vicisitudes de asistencia y estructuras económicas mundiales tienen consecuencias dramáticas para la salud y los derechos sexuales y reproductivos.

Hemos descrito los efectos causados por el énfasis que ponen los ODM en las metas

cuantitativas con plazos fijos e indicadores que terminaron definiendo los objetivos sociales. Si bien la simplicidad fue una fortaleza clave de los ODM para crear conciencia, la selectividad inherente a reducir la agenda del desarrollo a “un conjunto de objetivos” estuvo lejos de ser un proceso neutral y excluyó muchas dimensiones críticas de cada uno de los objetivos. De modo similar, si bien la posibilidad de fijar metas cuantitativas fue otra de las fortalezas de los ODM para comunicar conceptos complejos, el Proyecto *The Power of Numbers* descubrió algo muy importante: que concentrarse exclusivamente en metas “medibles” puede desviar la atención de las políticas alejándolas de las preocupaciones estructurales sobre derechos humanos, que requieren cambios legales, políticos e institucionales, y que no se adaptan fácilmente a la medición cuantitativa.

Si bien las metas concretas y basadas en resultados fueron efectivas para lograr el consenso sobre los ODM como un marco de desarrollo, esto generó intervenciones a corto plazo que no abordaban las causas, ni siquiera de la mortalidad materna, ni mucho menos de las violaciones a la salud y derechos sexuales y reproductivos más ampliamente. En todos los ODM, la preocupación de lograr satisfacer las necesidades básicas fortaleció el apoyo financiero a las iniciativas nacionales y mundiales en salud que invirtieron en programas verticales de arriba hacia abajo. Esto representó un claro abandono del discurso del desarrollo de los años noventa, que había incluido una preocupación por el cambio social y por cambios en las

relaciones de poder. Es más, en un enfoque del desarrollo basado en los derechos, el proceso de desarrollo debe involucrar a las personas no sólo como beneficiarias pasivas del progreso, sino como sujetos de derecho que tienen voz y preocupaciones, que exigen el respeto de sus derechos y participan en la transformación de las estructuras e instituciones que perpetúan su desempoderamiento.

Hemos argumentado que los enfoques estrechos y apolíticos en materia de la salud materna que se han impuesto como resultado de los ODM deben ser entendidos dentro del contexto más amplio de cambio de conceptos de desarrollo que tuvo lugar durante la primera década del 2000. Volver a poner la salud y los derechos sexuales y reproductivos en el discurso mundial conmina a usar el desarrollo para empoderar a las mujeres y a las poblaciones marginales, y abordar las desigualdades estructurales que son fundamentales para un cambio social sostenido y que son un desafío permanente. La experiencia de los ODM nos recuerda que el proceso de fijar metas e indicadores dista de ser neutral, codifica valores normativos y tiene efectos de largo alcance en las políticas y programas. Proponer un marco de ODM+ basado en la misma estructura para el futuro, no resulta adecuado. El nuevo marco de desarrollo debe incluir un mensaje firme de transformación social, que incluya el respeto a la salud y los derechos sexuales y reproductivos, en el cual las metas e indicadores adecuados a los objetivos cumplan un rol, pero que no dominen o restrinjan los objetivos más amplios de avanzar hacia la justicia social, política y de género.

Referencias

1. International Conference on Population and Development, Programme of Action, UN Doc A/CONF.171/13. United Nations, 1994.
2. Fourth World Conference on Women, Beijing Declaration and Platform for Action, A/CONF.177/20. United Nations, 1995.
3. Berer M. Images, reproductive health and the collateral damage to women of fundamentalism and war. *Reproductive Health Matters* 2001;9(18):6–11.
4. Crossette B. Reproductive health and the Millennium Development Goals: the missing link. *Studies in Family Planning* 2005;36(1):71–79.
5. Yamin AE, Falb KL. Counting what we know: knowing what to count: sexual and reproductive rights, maternal health, and the Millennium Development Goals. *Nordic Journal on Human Rights* 2012;30(3):350–71.
6. World Conference on Human Rights, Vienna Declaration and Programme of Action, A/CONF.157/23. United Nations, 1993.
7. Sen G, Govender V, Cottingham J. Maternal and Neonatal Health: Surviving the Roller-Coaster of International Policy. Centre

- for Public Policy Occasional Paper Series, No. 5. Bangalore: Indian Institute of Management; 2007.
8. United Nations Millennium Declaration, A/55/L.2. United Nations General Assembly, 2000.
 9. Report of the Secretary-General. Road Map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration. United Nations General Assembly, A/56/326; 2001. <http://www.un.org/millenniumgoals/sgreport2001.pdf?OpenElement>
 10. Hulme D. The Millennium Development Goals (MDGs): A Short History of the World's Biggest Promise. Working Paper No. 100. Manchester: Brooks World Poverty Institute; 2009.
 11. UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda. Realizing the Future We Want for All. Report to the Secretary-General. New York: United Nations; 2012.
 12. Ortiz Ortega A. Perpetuating power: a response. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):35-41.
 13. Balakrishnan R, Elson D. Auditing economic policy in the light of obligations on economic and social rights. *Essex Human Rights Review* 2008;5(1):1-19.
 14. Yamin AE, Fukuda-Parr S, editors. *The Power of Numbers: A Critical Review of MDG Targets and Indicators from the Perspective of Human Development and Human Rights*. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights, 2013. <http://harvardfxb-center.org/power-of-numbers/>.
 15. Department of Economic and Social Affairs. *The Millennium Development Goals Report*. Inter-Agency and Expert Group on MDG Indicators. New York: United Nations; 2013. <http://www.un.org/millenniumgoals/pdf/report-2013/mdg-report-2013-english.pdf>.
 16. Fukuda-Parr S, Hulme D. *International Norm Dynamics and 'the End of Poverty': Understanding the Millennium Development Goals (MDGs)*. Working Paper No. 96. Manchester: Brooks World Poverty Institute; 2009.
 17. Fukuda-Parr S, Yamin AE, Greenstein J. *Synthesis Paper – The Power of Numbers: A Critical Review of MDG Targets for Human Development and Human Rights*. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
 18. *In larger freedom: towards development, security and human rights for all*. UN Report of the Secretary-General. New York: United Nations; 2005.
 19. *Investing in Development: A practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. UN Millennium Project Report to the Secretary-General. New York: United Nations; 2005.
 20. United Nations Population Fund. *MDG 5: Improve Maternal Health*. In: *Potential Contributions to the MDG Agenda from the Perspective of ICPD*. UNFPA, Ipea; 2007. p.277-300.
 21. Vandemoortele J. The MDG conundrum: meeting the targets without missing the point. *Development Policy Review* 2009;27(4):355-71.
 22. de Bernis L, Wolman Y. *Maternal and Newborn Health National Plans (Road Map) Assessment*. UNFPA Technical Division Sexual & Reproductive Health Branch; 2009.
 23. United Nations Development Group. *Indicators for Monitoring the Millennium Development Goals*. New York: United Nations; 2003.
 24. Waage J, Banerji R, Campbell O, et al. The Millennium Development Goals: a cross-sectoral analysis and principles for goal setting after 2015. *Lancet* 2010;376(9745):991-1023.
 25. Spangler SA. Assessing skilled birth attendants and emergency obstetric care in rural Tanzania: the inadequacy of using global standards and indicators to measure local realities. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):133-41.
 26. United Republic of Tanzania, Ministry of Health and Social Welfare, Reproductive and Child Health. *The National Road Map Strategic Plan to Accelerate Reduction of Maternal, Newborn and Child Deaths in Tanzania 2008-2015*. 2008.
 27. United Nations General Assembly. *Report of the Secretary-General on the work of the Organization*. Supplement No.1, A/62/1. New York: UN; 2007.
 28. Hulme D. *Reproductive Health and the Millennium Development Goals: Politics, Ethics, Evidence and an 'Unholy Alliance'*. Working Paper No. 105. Manchester: Brooks World Poverty Institute; 2009.
 29. Bradley SEK, Croft TN, Fishel JD, et al. *Revising Unmet Need for Family Planning*. DHS Analytical Studies No. 25. Calverton, MD: ICF International; 2012.
 30. *The Millennium Development Goals Report*. Inter-Agency and Expert Group on MDG Indicators by the Department of Economic and Social Affairs. New York: United Nations; 2012. <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2012/English2012.pdf>.

31. Hsu J, Pitt C, Greco G, et al. Countdown to 2015: changes in official development assistance to maternal, newborn, and child health in 2009–10, and assessment of progress since 2003. *Lancet* 2012;380(9848):1157–68.
32. Schäferhoff M, Schrade C, Yamey G. Financing maternal and child health—what are the limitations in estimating donor flows and resource needs? *PLoS Medicine* 2010;7(7):e1000305.
33. Institute for Health Metrics and Evaluation. *Financing Global Health 2011: Continued Growth as MDG Deadline Approaches*. Seattle; 2011.
34. Organization for Economic Co-operation and Development. *Query Wizard for International Development Statistics*. 2011. <http://stats.oecd.org/qwids/>.
35. Moon S, Omole O. *Development Assistance for Health: Critiques and Proposals for Change*. Working Paper 1. London Centre on Global Health Security, Chatham House; 2013.
36. Nguyen H, Snider J, Ravishankar N, et al. Assessing public and private sector contributions in reproductive health financing and utilization for six sub-Saharan African countries. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):62–74.
37. Saona HA. The protection of reproductive rights under international law: the Bush administration's policy shift and China's family planning practices. *Pacific Rim Law & Policy Journal* 2004;13(1):229–56.
38. Berer M. The Cairo “compromise” on abortion and its consequences for making abortion safe and legal. In: Reichenbach L, Roseman M, editors. *Reproductive Health and Human Rights: The Way Forward*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 2009. p. 152–63.
39. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, et al. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet* 2013;381(9878):1642–52.
40. Cleland J, Bernstein S, Ezeh A, et al. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet* 2006;368(9549):1810–27.
41. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. *Lancet* 2012;380(9837):165–71.
42. United Nations. *Report of the United Nations Conference on Sustainable Development, A/CONF.216/16*. UN; 2012. <http://www.unctd2012.org/content/documents/814UNCSDD%20REPORT%20final%20revs.pdf>.
43. Gates MF. *London Summit on Family Planning: Thank you and Welcome and Announcement*. Bill & Melinda Gates Foundation; 2012. <http://www.gatesfoundation.org/media-center/speeches/2012/07/melinda-french-gates-london-summit-on-familyplanning-key-note-remarks>.
44. Barot S. Unsafe abortion: the missing link in global efforts to improve maternal health. *Guttmacher Policy Review* 2011;14(2):24–28.
45. Culwell KR, Hurwitz M. Addressing barriers to safe abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2013;121(S1):S16–19.
46. Berer M. Criminalisation, sexual and reproductive rights, public health-and justice. *Reproductive Health Matters* 2009;34(17):4–9.
47. *Repoliticizing Sexual and Reproductive Health and Rights*. Introduction, Statement of Purpose. Report of a global meeting in Langkawi, Malaysia. London: Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women; 2011. <http://www.rhmjournal.org.uk/publications/langkawi-report.pdf>.
48. Commission on the Status of Women. *Report on the fifty-seventh session, Economic and Social Council, E/2013/27*. New York: United Nations; 2013.
49. *The Report of the High-Level Panel of Eminent Persons on the Post-2015 Development Agenda. A New Global Partnership: Eradicate Poverty and Transform Economies through Sustainable Development*. New York: United Nations; 2013. <http://www.post2015hlp.org/wp-content/uploads/2013/05/UN-Report.pdf>.
50. *Report of the UN Secretary-General. A life of dignity for all: accelerating progress towards the Millennium Development Goals and advancing the United Nations development agenda beyond 2015, A/68/202*. New York: UN; 2013.
51. *The Report of the Global Thematic Consultation on Health. Health in the Post-2015 Development Agenda. The World We Want 2015*; 2013.
52. Kongsri S, Limwattananon S, Sirilak S, et al. Equity of access to and utilization of reproductive health services in Thailand: national Reproductive Health Survey data, 2006 and 2009. *Reproductive Health Matters* 2011;19(37):86–97.
53. Gwatkin DR. How much would poor people gain from faster progress towards the Millennium Development Goals for health? *Lancet* 2005;365(9461):813–17.

54. Bhutta ZA, Chopra M, Axelson H, et al. Countdown to 2015 decade report (2000–2010): taking stock of maternal, newborn, and child survival. *Lancet* 2010;375(9730):2032–44.
55. Unterhalter E. Education targets, indicators and a post-2015 development agenda: Education for All, the MDGs, and human development. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
56. Chatterjee P. India addresses maternal deaths in rural areas. *Lancet* 2007;370(9592):1023–24.
57. Barros AJD, Ronsmans C, Axelson H, et al. Equity in maternal, newborn, and child health interventions in Countdown to 2015: a retrospective review of survey data from 54 countries. *Lancet* 2012;379(9822):1225–33.
58. Ekechi C, Wolman Y, de Bernis L. Maternal & Newborn Health Road Maps: a review of progress in 33 sub-Saharan African countries, 2008–2009. *Reproductive Health Matters* 2012;20(39):164–68.
59. Shiffman J. Has donor prioritization of HIV/AIDS displaced aid for other health issues? *Health Policy and Planning* 2008;23:95–100.
60. Berer M. HIV/AIDS, sexual and reproductive health: intersections and implications for national programmes. *Health Policy and Planning* 2004;19(Suppl.1):i62–i72.
61. Germain A, Dixon-Mueller R, Sen G. Back to basics: HIV/AIDS belongs with sexual and reproductive health. *Bulletin of World Health Organization* 2009;87:840–45.
62. Hulme D. Lessons from the making of the MDGs: human development meets results-based management in an unfair world. *Institute of Development Studies Bulletin* 2010;41(1):15–25.
63. Fukuda-Parr S. Are the MDGs Priority in Development Strategies and Aid Programmes? Only Few Are! Working Paper No. 48. Brasilia: International Poverty Centre; 2008.
64. Witter S, Somanathan A. Demand-Side Financing for Sexual and Reproductive Health Services in Low and Middle-Income Countries. Policy Research Working Paper No. 6213. Washington, DC: World Bank; 2012.
65. Fukuda-Parr S, Orr A. The MDG Hunger Target and the Contested Visions of Food Security. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
66. Cohen M. The City is Missing in the Millennium Development Goals. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
67. Sen G, Mukherjee A. No Empowerment without Rights, No Rights without Politics: Gender-Equality, MDGs and the Post-2015 Development Agenda. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
68. UN Secretary-General. Global Strategy for Women's and Children's Health. Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health; 2010.
69. Austveg B. Perpetuating power. In: Repoliticizing sexual and reproductive health and rights. Report of a global meeting in Langkawi, Malaysia. London: Reproductive Health Matters and Asian-Pacific Resource & Research Centre for Women; 2011. <http://www.rhmjournal.org.uk/publications/langkawi-report.pdf>.
70. Regional Conference on Population and Development in Latin America. Montevideo Consensus on Population and Development, PLE-1/EN. Montevideo: United Nations, ECLAC; 2013.
71. UN Women. Progress of the World's Women: In Pursuit of Justice. New York: UN Women; 2011.
72. Gentilini U, Sumner A. Setting an Income Poverty Goal After 2015. Working Paper Series. Boston: Harvard Francois-Xavier Bagnoud Center for Health and Human Rights; 2013.
73. High-Level Task Force for ICPD. Policy Recommendations for ICPD Beyond 2014: Sexual and Reproductive Health and Rights for All. High-Level Task Force for ICPD; 2013.
74. UN System Task Team on the Post-2015 UN Development Agenda. Statistics and Indicators for the Post-2015 Development Agenda. New York: United Nations; 2013.

Más allá del bono o la bomba: Defender la salud sexual y reproductiva de las jóvenes

Anne Hendrixson

Subdirectora del Programa sobre Población y Desarrollo, Universidad de Hampshire, Amherst, MA, EEUU.

Correspondencia: alhCLPP@hampshire.edu

Resumen: *Descrito como una bendición o una maldición, una ventaja o una bomba, el boom de la población juvenil en el Sur mundial es considerado como catalizador de actuales y futuros cambios sociales en gran escala. Esta visión dicotómica de la juventud es popular entre defensores de programas de desarrollo dirigidos a personas jóvenes, incluidos los programas de planificación familiar. Pero las teorías dualistas, basadas en cifras, simplifican excesivamente una situación mucho más compleja. Limitan nuestras percepciones de las poblaciones de jóvenes y, cuando carecen de un mejor entendimiento basado en la experiencia juvenil, tienen el potencial de restringir la salud y los derechos sexuales y reproductivos. En cambio, las políticas inclusivas y amigables a la juventud, referentes a la salud sexual y reproductiva deben basarse en las visiones y diversas realidades de las personas jóvenes.*
© 2015 edición en español, 2014 edición en inglés, Reproductive Health Matters

Palabras clave: personas jóvenes, salud y derechos sexuales y reproductivos, superávit juvenil, dividendo demográfico

Se considera que el boom de la población juvenil en el Sur del mundo es el catalizador del cambio social actual y futuro que se ha dado en forma masiva. Para muchos, el volumen del superávit juvenil lo convierte en una fuerza formidable en la política y la economía mundial y en el desarrollo internacional. En comparación con el trasfondo supuestamente pacífico de envejecimiento de la población, y frente al potencial estancamiento económico del Norte del mundo, el superávit juvenil se presenta como un factor clave para el crecimiento futuro de las naciones del Sur, y también como una cuestión potencialmente explosiva.

El politólogo Henrik Urdal describe a las grandes poblaciones juveniles como “una bendición o una maldición”.¹ El economista en jefe del Banco Mundial Justin Yifu Lin se pregunta si son un “dividendo demográfico o una bomba demográfica para los países en vías de desarrollo”.² El periodista Winsley Masese plantea este interrogante: si la juventud en Kenia

es una “bomba de tiempo demográfica o una bendición”.³ Estos comentarios sobre el potencial del boom de la población juvenil se dan en las conversaciones internacionales más amplias entre muchos legisladores, académicos y periodistas en materia de desarrollo. Los términos dualistas que emplean reflejan dos teorías populares sobre la población joven. El concepto de “dividendo demográfico” sugiere que las grandes poblaciones jóvenes brindan una “gran oportunidad” para el crecimiento y desarrollo económico, mientras que la teoría del “superávit juvenil” predice que son propensos a la violencia y a los disturbios. Ambas teorías tienen perspectiva de género. La teoría del dividendo demográfico pone énfasis en el rol de las mujeres jóvenes empoderadas, mientras que la teoría del superávit juvenil califica a los hombres jóvenes como propensos a la violencia.

Como mencionamos anteriormente, las teorías son usadas a menudo como argumentos que se apuntalan mutuamente. Funcionan como

dos caras de la misma moneda. Para muchos analistas, la cara de la moneda que mira hacia arriba – dividiendo o bomba- depende del papel que desempeña la planificación familiar en disminuir las tasas de natalidad, junto a otras intervenciones para apoyar logros para la población juvenil, en materia de educación, empleo y participación cívica. Un dividendo demográfico puede degenerar en un superávit juvenil violento, y a la inversa, un superávit juvenil puede redimirse y volverse una ventaja económica si se le dan las oportunidades apropiadas. El comentario del Administrador Adjunto de USAID, Donald Steinberg en un plenario de Río+20, es un ejemplo de este modo de pensar:

“El superávit juvenil son las personas jóvenes a las que no llegamos, el dividendo demográfico serán aquellas a las que sí pudimos llegar.”⁴

El marco binario para entender a las grandes poblaciones juveniles se encuentra en las políticas de desarrollo. Por ejemplo, hay una discusión en el foro electrónico para que la sociedad civil haga sus aportes a la agenda de desarrollo post-2015 sobre el “alto crecimiento demográfico, que incluye el tema del superávit juvenil y la gran oportunidad demográfica”.

Como parte de este tema, uno de los moderadores del foro, el demógrafo John Bongaarts del Consejo de Población, argumenta a favor de la planificación familiar para personas jóvenes que, unida al desarrollo socio-económico y educación para las niñas ayudaría a disminuir la fecundidad.⁵ Al igual que sucede en esta consulta para el post-2015, los conceptos de superávit juvenil y dividendo demográfico se usan para que sirvan de base o inspiración al formular políticas de planificación familiar. Sin embargo, el uso de una teoría no necesariamente implica que se mencione la otra, y a menudo se las cita separadamente. Por ejemplo, el documento informativo de la FIPF sobre planificación familiar y el bono demográfico, aboga por que se disminuya la fecundidad con apoyo del gobierno y de donantes en lugares como Tailandia mediante el uso de la planificación familiar voluntaria y mejorando las estrategias de supervivencia infantil y empoderamiento de las mujeres. El documento no menciona la teoría del superávit juvenil ni el potencial de violencia juvenil causada por un alto número de jóvenes.⁶

Estoy de acuerdo en que brindarle a las personas jóvenes acceso a la planificación familiar, en un contexto de salud sexual y reproductiva integral y de calidad, es una prioridad política importante. También estoy de acuerdo en que la información demográfica sobre la verdadera dimensión del superávit juvenil es uno de los muchos aportes esenciales que deben servir de base o inspiración para formular políticas apropiadas. Al mismo tiempo, planteo que las teorías que se basan en números, – como ocurre con las teorías del bono demográfico y superávit juvenil – simplifican demasiado un panorama mucho más complejo y brindan justificaciones lógicas pero problemáticas para la planificación familiar. Reducen nuestras percepciones sobre las poblaciones juveniles y cuando carecen de una comprensión más detallada basada en la experiencia juvenil, tienen el potencial de recortar el alcance de las políticas de salud sexual y reproductiva y de afectar el tipo y calidad de planificación familiar disponible. Esto se da en general y también específicamente como ocurre con las políticas dirigidas especialmente a personas jóvenes. Es necesario que la legislación y el pensamiento sean creativos para brindar políticas de salud sexual y reproductiva que respondan a todo el espectro de necesidades de la población mundial, aprovechar y ampliar los logros de la CIPD y defender los derechos consagrados en ella. La provisión de servicios de salud sexual y reproductiva debe estar disponible para las personas de todas las edades que lo requieran, inclusive para los adolescentes y jóvenes en general.

En este artículo analizaré las populares teorías del “superávit juvenil” y del “bono demográfico” y revisaré cómo las agencias internacionales y los gobiernos las han adoptado como base para las políticas dirigidas a las personas jóvenes. A pesar de su popularidad, yo sostengo que estas teorías subestiman a las personas jóvenes y les ofrecen una mirada muy limitada sobre sus complejas identidades y realidades. Es probable que por ese motivo estas teorías se traduzcan en políticas y servicios que no respondan de manera adecuada a las necesidades de las personas jóvenes. Las teorías plantean particularmente que la baja de la tasa de natalidad es la base de las políticas de promoción y provisión de servicios de planificación familiar, como forma de abordar los problemas globales.

Ponen demasiado énfasis en los métodos anti-conceptivos como solución técnica para resolver problemas económicos y sociales más amplios.* El acceso a los métodos anticonceptivos es parte esencial de la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva y un aspecto importante del empoderamiento de las mujeres. Al mismo tiempo, cualquier política que instrumentaliza los métodos anticonceptivos como medio para lograr metas nacionales e internacionales tiene el potencial de socavar derechos.

El presente documento argumenta a favor de concepciones inclusivas y matizadas de las personas jóvenes, generadas mayormente por promotores de la juventud y sus aliados que defienden un enfoque para la salud sexual y reproductiva basado en los derechos. El trabajo de calidad de los promotores de la juventud nos brinda un punto de partida para generar políticas y servicios que sean favorables a la juventud y que incluyan significativamente a personas jóvenes. Sus visiones sobre los servicios de salud sexual y reproductiva destruyen barreras que han separado por demasiado tiempo la salud sexual y reproductiva de los servicios de VIH y aportan modelos para que la provisión de servicios sea inclusiva.

Las personas jóvenes, ¿cargan con el futuro?

Las tendencias demográficas actuales muestran tanto el crecimiento como el declive demográfico en distintas partes del mundo. Las tasas de crecimiento de la población mundial se han desacelerado notablemente desde 1960, y las tasas de fecundidad total han disminuido. Si bien el tamaño promedio de la familia está disminuyendo, con una tasa global de fecundidad (TGF) estimada de 2.53 hijos por mujer, 33 de los países de África subsahariana tienen una TGF por encima de 4. Sin embargo, las tasas de fecundidad están disminuyendo en estos países también, particularmente en las zonas urbanas. En otros países, especialmente en Asia Oriental y Europa del Este, las tasas de fecundidad han

disminuido bastante por debajo del nivel de reemplazo de aproximadamente 2.1 hijos por mujer, haciendo que la población disminuya. Entre 2005-2010, los 75 países que tienen una tasa de fecundidad por debajo del nivel de reemplazo representaban el 48% de la población mundial.⁸

Las tendencias de las tasas de fecundidad contribuyen a una distribución global de las poblaciones jóvenes y de las poblaciones que envejecen. El envejecimiento de la población, que es cuando el número de personas de mayor edad aumenta y el número de personas jóvenes disminuye, se está dando en todo el mundo. Está más concentrado en el Norte del mundo, por ejemplo: Japón, Rusia e Italia donde el número de personas mayores excede el número de personas menores de 15 años. El UN's World Population Prospects: the 2012 Revision, (Los prospectos demográficos mundiales de la ONU: revisión del 2012) informa que para el 2050 habrá casi el doble de personas mayores (por encima de los 60 años) que de niños en los países desarrollados.⁸ La disminución del número de personas jóvenes en el Norte del mundo causa preocupaciones y preguntas acerca de cómo mantener la riqueza de las economías de los países que envejecen, teniendo en cuenta el descenso en el número de adultos en edad de trabajar, y también el deber de satisfacer las necesidades en materia de salud y otras propias de las poblaciones mayores.⁹ Al mismo tiempo, el envejecimiento en la "Europa que se encoge" ha generado una gran ansiedad sobre el cambio de rostro y de raza de las naciones dado que las personas jóvenes migran hacia ella en busca de oportunidades. El potencial de los jóvenes migrantes para contribuir a las naciones y comunidades con poblaciones que envejecen, se ve a veces eclipsado por los temores nacionalistas y los prejuicios raciales.¹⁰

En contraste, los niños y jóvenes son la mayoría de la población en países del Sur, con 1.7 mil millones de niños menores de 15 años y 1.1 mil millones de personas jóvenes entre 15-24 años,⁸ que juntos hacen el segmento de edad global más grande de la historia. Las poblaciones juveniles más numerosas se encuentran proporcionalmente en los países que son menos desarrollados, como Nigeria, Mali, Zambia y Somalia,⁸ que también tienen las tasas de crecimiento demográfico más altas. Las tasas de fecundidad en estos países son todavía bastante

* Por ejemplo, véase el análisis de Lisa Ann Rickey sobre cómo los programas de planificación familiar en Tanzania buscaban abordar los problemas de desarrollo económico y político, en *Population Politics and Development*.

altas con relación a las tasas de mortalidad (inclusive la tasa de mortalidad infantil) particularmente en el sur de África. Cuando los grupos etarios más jóvenes en sus edades reproductivas contribuyen a las tasas de crecimiento demográfico tanto en sus países como a nivel global se genera un “impulso demográfico”. La revisión estima que la población mundial actual de aproximadamente 7.2 mil millones llegará a los 8.1 mil millones en 2025, 9.6 mil millones en 2050 y 10.9 mil millones para 2100.*

Se dice que las personas jóvenes del Sur pueden determinar el futuro, en gran medida a causa de su fecundidad potencial – no solo las tasas de crecimiento demográfico, sino también el futuro colectivo del planeta. Por ejemplo, un afiche del FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas) nos llama a “Mantener vivas las promesas de la CIPD y cumplir con los puntos pendientes en su agenda. Nunca ha habido tanto en juego”. Pidiendo un mayor acceso a la salud sexual y reproductiva plantea luego que ya que 1.8 mil millones de personas comenzarán su edad reproductiva, sus elecciones en esta materia y el acceso a los servicios decidirán: “si nuestra población seguirá aumentando rápidamente, superando nuestra capacidad de cuidar y alimentar a todos, o si el crecimiento se desacelerará y eventualmente se estabilizará, depende de las opciones que ella elija – y de lo que la ayudemos a hacer.”¹¹

El FNUAP es un gran defensor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos para personas jóvenes y la mezcla de mensajes en este afiche no refleja su estrategia más amplia. Este afiche, sin embargo, sí envía mensajes contradictorios. Por un lado, apoya las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes,[†] y por otro equipara sus decisiones reproductivas y de fecundidad a una potencial

* Estos estimados promedio asumen que los países con las TFG más altas experimentarán un decrecimiento en sus tasas de fecundidad, mientras que los países con una TFG menor a 2 tendrán un incremento en sus tasas de fecundidad.⁸

† Véase, por ejemplo, El Marco de medidas para el seguimiento del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo después de 2014, del FNUAP que contiene una intensa discusión sobre este enfoque para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas jóvenes del sur.

escasez de recursos, hambre e inestabilidad. Esta es una postura común que posiciona la fecundidad de las mujeres como una fuente de problemas globales que ha sido provechosamente criticado por pensadoras feministas en el movimiento internacional por la salud de las mujeres.^{7,13,14} Es una ecuación imprecisa, que no representa bien las complicadas razones políticas y económicas del hambre y la escasez de recursos y presiona para reducir las tasas de crecimiento demográfico como si eso fuera lo único que podría evitarlos.

Los temas relacionados con grandes poblaciones juveniles, crecimiento y desarrollo demográfico, necesidades y derechos de las personas jóvenes e intervenciones normativas adecuadas son complejos e importantes. Las ideas que usamos para entender a las personas jóvenes y dar forma a las políticas son igualmente importantes.

Dos caras de la misma moneda: Las teorías del superávit juvenil y del dividendo demográfico

Teoría del superávit juvenil

A pesar de su compatibilidad las teorías del superávit juvenil, y del dividendo demográfico tienen orígenes y objetivos distintos. La teoría del superávit juvenil se desarrolló por primera vez como una herramienta de inteligencia de los Estados Unidos, para ayudar a los analistas militares a identificar problemas de seguridad internacional causados por grandes poblaciones juveniles, especialmente de hombres jóvenes.¹⁵ En contraste, la teoría del dividendo demográfico es un fundamento económico para reforzar la inversión en planificación familiar internacional, y la flexibilidad económica del mercado laboral.¹⁶

Los geógrafos Gary Fuller y Forrest Pitts definen que una población es joven cuando las personas jóvenes entre 15-19 y 20-24 años equivalen a un 20% o más de la población adulta

* La literatura sobre superávit juvenil se refiere más a menudo a un “gran” o “desproporcionado” segmento de personas jóvenes, porque hay controversias sobre cuál es la proporción exacta de jóvenes en relación a los adultos que se necesita para crear un “bulge”; en inglés la teoría se llama *youth bulge theory*, y no existe una definición o cálculo estándar.

de un país.¹⁷ En los años 90, la Agencia Central de Inteligencia de los EEUU (CIA) financió a Fuller para que desarrollara una teoría, que es considerada el resultado de un corpus de material académico sobre la juventud, el descontento político, y el colapso del Estado, elaborada por intelectuales como Herbert Molles,¹⁸ Jack A. Goldstone,¹⁹ y luego Richard Cincotta.²⁰ El politólogo Henrik Urdal desarrolló la teoría aún más y publicó documentos orientados a la formulación de políticas en conjunto con el Banco Mundial y con la División de la Población de la ONU, y en revistas académicas.^{21,22}

Estos académicos piensan que el superávit juvenil incrementa los disturbios a varios niveles y en distintos grados de intensidad en lugares de África, el Medio Oriente, Asia y Sudamérica. Argumentan que hay una correlación entre la masa joven, las crisis políticas como las revoluciones;¹⁹ disturbios, insurgencia y agresiones por parte de coaliciones;²³ un aumento significativo en la cantidad de conflictos armados²² y revoluciones que terminan en dictaduras.²⁴ La mayoría de defensores de la teoría están de acuerdo en que la violencia de las poblaciones jóvenes no es inevitable, sino que más bien es una combinación de tensiones demográficas y falta de empleo, recursos y educación para personas jóvenes. Por ese motivo, los Estados pueden mitigar o utilizar el impacto de la gran cantidad de jóvenes brindando más educación y oportunidades de empleo.

Si bien algunas versiones de la teoría del superávit juvenil tienen más matices y brindan fundamentos para políticas que apoyen a la juventud, en general el concepto es problemático. Sostiene que la violencia generada por los jóvenes y basada en la población es la norma. La mitigación de la violencia juvenil es la excepción y se limita a casos en los que hay intervención estratégica del gobierno. Aunque las condiciones políticas y económicas disminuyan la amenaza por el momento, la teoría plantea que el potencial de violencia futura no desaparecerá mientras la mayoría de la población sea joven.

Los hombres son los principales sujetos de la teoría del superávit juvenil. Por ejemplo, Urdal dice: “Generalmente, se ha observado que los varones jóvenes son los principales protagonistas de la violencia criminal y de la violencia política.”²¹ Barker y Ricardo sugieren que planteamientos

radicales como los de Urdal no contribuyen a identificar a la minoría de hombres que generan la violencia sino que “*crean profecías destinadas a cumplirse, privan a los hombres jóvenes de su individualidad y subjetividad y no exploran la pluralidad de sus experiencias*”.²⁵ Sin embargo, la afirmación generalizada de que los hombres jóvenes son violentos, especialmente cuando son muchos, genera imágenes mediáticas negativas. Por ejemplo, un artículo en *The Guardian*, un periódico inglés que discute la violencia del superávit juvenil, viene acompañado de un “mapa crítico de violencia juvenil en el mundo” y fotos de hombres jóvenes yemeníes gritando.²⁶ Del mismo modo, un artículo del *Daily News and Analysis India*, “El lado oscuro del dividendo demográfico”, advierte sobre la violencia juvenil masculina y el terrorismo.²⁷ En estos y otros artículos similares, el superávit juvenil es personificado en términos negativos, racializado y de género, como un furioso joven de color de África, Medio Oriente o quizás Asia o América Latina, a menudo etiquetado como terrorista. Este estereotipo es un ejemplo de lo que la antropóloga Nancy Scheper-Hughes llama “discursos peligrosos” que predicen con demasiada frecuencia actos individuales de violencia juvenil, mientras le restan importancia al rol que tienen otros tipos de violencia y las desigualdades estructurales que generan pobreza e impotencia entre los jóvenes.²⁸

Algunos han cuestionado la idea de que la teoría del superávit juvenil sea un fundamento para políticas y programas orientados a la juventud porque promueve la idea de que los hombres jóvenes son un riesgo en potencia, aún en aquellas instancias en las que no hace uso de estereotipos flagrantes. El Administrador Adjunto de USAID, Donald Steinberg, rechaza la noción de que los miembros del superávit juvenil sean “*un grupo volátil, peligroso y carente de propósito, pronto a unirse al primer caudillo que los seduzca con el canto de sirena del empoderamiento*”, y argumenta que, en cambio, deberíamos considerar a las personas jóvenes como “individuos que están tratando de encontrar su camino en la vida, que quieren ser proveedores plenos de sus familias, sus sociedades y su mundo...”²⁹ Del mismo modo, un informe del 2009 preparado para el Equipo sobre Igualdad y Derechos del Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido examina

los límites de la teoría para enmarcar políticas dirigidas a la juventud y concluye que:

“Es importante que los jóvenes no sean vistos generalmente como una amenaza a la seguridad. La mayoría de personas jóvenes no se involucran en acciones violentas, y los gobiernos necesitan reconocer el gran potencial que tiene la juventud para contribuir a la construcción de la paz y el desarrollo y promover políticas de inclusión y desarrollo y no de contención.”³⁰

Otros utilizan la idea de los hombres jóvenes como una amenaza para promover una razón urgente para incrementar las políticas y servicios dirigidos a los jóvenes, como la planificación familiar. Cincotta, Engelman y Anastasion buscan llegar a “las comunidades militares, diplomáticas y de inteligencia” así como a proveedores de servicios tradicionales y agencias internacionales con su influyente informe *La demografía de la seguridad: población y conflicto social después de la Guerra Fría*, con el fin de argumentar a favor de la planificación familiar basada en “las relaciones entre las dinámicas de población y el conflicto armado”. Plantean que la planificación familiar es una herramienta clave para prevenir la violencia presente o futura del superávit juvenil.²⁰ Basándose en esta afirmación, en 2005 el Consejo Estadounidense de Relaciones Exteriores argumentó a favor de que los EEUU asuman el compromiso continuo de brindar ayuda financiera a la planificación familiar internacional a causa del potencial de disturbios por parte del superávit juvenil en países africanos como Etiopía y Nigeria.³¹ Del mismo modo, la especialista en relaciones internacionales, Jennifer Dabb Sciubba recomienda en su trabajo *The Future Faces of War (Las Futuras Caras de la Guerra)*, que la planificación familiar sea una intervención estratégica de las fuerzas militares estadounidenses para abordar la inseguridad demográfica al mismo tiempo que ayuda al empoderamiento de las mujeres.³² Hasta donde tengo conocimiento, estas preocupantes prescripciones en materia de políticas por lo menos no han generado aún ningún programa directo.

Más recientemente, el Banco de Desarrollo Africano sostuvo una reunión de política en 2013 sobre cómo “captar el dividendo demográfico en África” que incluía la perspectiva de que

la planificación familiar puede reducir el impacto del superávit juvenil. Durante la reunión, el demógrafo Jean-Pierre Guengant, Director de Investigación en el Institut de Recherche pour le Développement, planteó que “El mayor problema de los próximos 20 años será cómo satisfacer las aspiraciones de esta población joven.” Para brindarles apoyo en educación y salud, “es necesario estabilizar el número de nacimientos – preferiblemente reducir la fecundidad- a través de más métodos anticonceptivos”.³³

Como Guengant, muchos de los que utilizan el superávit juvenil para argumentar a favor de una mayor planificación familiar usan el término para referirse a una gran población juvenil, sin evocar explícitamente la violencia juvenil o sugerir una intervención militar. En cambio, argumentan que la planificación familiar y disminuir los tasas de natalidad son precursores necesarios para el desarrollo. Estos argumentos son más parecidos a la fundamentación de que la planificación familiar crea un dividendo demográfico.

La teoría del dividendo demográfico

La teoría del dividendo demográfico es la cara opuesta de la teoría del superávit juvenil. Es un fundamento económico que sugiere que, cuando el número de los adultos en edad de trabajar supera al de la población de personas mayores y niños dependientes, existe una “gran oportunidad” donde los niveles de producción y consumo de los adultos pueden aumentar, lo que beneficiaría a la economía.³⁴ Cuaresma, Lutz y Sanderson ven el análisis de estructura etaria y crecimiento económico en Asia, realizado por Bloom y Williamson en 1998, como el origen de la teoría y revisan otros modelos de dividendo demográfico.³⁵ Los economistas David Bloom y David Canning han ampliado esta teoría en su informe de 2003 junto a Jaypee Sevilla, publicado por la Corporación Rand, un grupo estadounidense de investigación,³⁴ y en un documento que plantea la relación positiva que existe entre la reducción de la fecundidad, el incremento en la productividad laboral de las mujeres y el ingreso per cápita, escrito con sus colegas.³⁶ Asia oriental a menudo es citada como ejemplo de una región donde la actividad del dividendo demográfico contribuyó directamente

al crecimiento económico. El éxito de este es atribuido al tamaño y distribución de la población y también a los servicios de apoyo del gobierno. Estos incluyen servicios de salud, un mayor acceso a la educación y políticas económicas que apoyan el libre comercio.³⁴ El ejemplo de los logros del dividendo demográfico en Asia oriental a menudo se contrasta con África subsahariana, donde los demógrafos deducen que la lenta transición demográfica y la alta tasa de fecundidad han estancado el crecimiento económico.³⁷ En respuesta a estos análisis y otros similares sobre la demografía africana y el estancamiento económico, la búsqueda de dividendos demográficos africanos y la reducción de la tasa de fecundidad se han vuelto prioridades políticas. Por ejemplo, en la reunión ministerial de alto nivel en la tercera Conferencia Internacional sobre Planificación Familiar de 2013, la discusión se centró en cómo usar la planificación familiar para generar un dividendo demográfico para África que ayudara a las naciones africanas a gozar de un *“crecimiento económico acelerado que podría resultar de una rápida caída de la tasa de fecundidad de un país, y complementado por inversiones inteligentes en salud, educación y creación de empleo”*.³⁸

Los intelectuales postulan que los servicios del gobierno orientados específicamente a los jóvenes son necesarios para apoyar y beneficiarse de un dividendo demográfico. Tal como ocurre con la teoría del superávit juvenil, la mayoría de los defensores del dividendo demográfico enfatizan que los impactos de las grandes poblaciones jóvenes no son automáticos, sino que dependen de políticas nacionales apropiadas. Por ejemplo, Dramani y Ndiaye sugieren que para que Senegal se beneficie de su población juvenil, el gobierno debe introducir reformas que apoyen una mejora en la productividad de los trabajadores y un aumento de las oportunidades de empleo.³⁹

La planificación familiar es vista como una prioridad clave del gobierno para reducir la fecundidad y crear la estructura de edad adecuada para generar el dividendo. Los defensores de la teoría afirman que las políticas de población son una herramienta básica para lograr esta estructura etaria ya que influye en determinar en qué momento o período se dará una transición demográfica.* Bloom, Canning y Sevilla,³⁴ así

como Guengant y May,³⁷ sugieren que un descenso rápido de la tasa de fecundidad tiene el potencial para convertirse en el catalizador de un crecimiento económico más pronunciado.

La igualdad de género también es vista como un factor determinante del éxito del dividendo y el empoderamiento de las mujeres es una meta declarada de muchas de las prescripciones normativas del dividendo demográfico. Por ejemplo, un informe de la FIPF de 2013 muestra imágenes positivas de mujeres jóvenes con el objetivo de “empoderar a las mujeres para que tomen decisiones autónomas sobre la planificación familiar, enfrentando barreras económicas, sociales, culturales, políticas y geográficas” para lograr el dividendo demográfico.⁶ En concordancia con este enfoque sobre las mujeres y el empoderamiento, el dividendo demográfico, particularmente en el material bibliográfico relacionado al desarrollo, tiene el rostro de mujeres jóvenes. Imágenes como estas son mucho más positivas que las de los “hombres jóvenes enojados” de la teoría del superávit juvenil. Sin embargo, estas imágenes también son criticables. La estudiosa de temas de género, Kalpana Wilson sugiere que muchas de estas imágenes de mujeres en la literatura del desarrollo muestran problemáticamente a la mujer como un objeto de desarrollo.⁴⁰ Los comentarios de Wilson sugieren que las imágenes de mujeres jóvenes como la cara del dividendo demográfico ocupan un terreno altamente politizado y pueden potencialmente proyectar múltiples significados, aun cuando la intención es que sean imágenes positivas.

Principalmente, si bien hay un corpus considerable de trabajos sobre el dividendo demográfico, hay muchas menos críticas, particularmente desde una perspectiva feminista. Este es un vacío de la bibliografía. Algunas críticas se construyen sobre el concepto, aun cuando ofrecen otra perspectiva sobre el mismo. Por ejemplo, Cuaresma, Lutxs y Sanderson argumentan que las ganancias generadas por el dividendo demográfico no deberían atribuirse

* La transición demográfica se refiere a un cambio en las dinámicas de población que va de tasas altas de mortalidad y natalidad a tasas bajas de mortalidad y natalidad. Durante esta transición, a menudo hay un boom demográfico antes de que disminuyan las tasas de fecundidad.

a la demografía sino a un mayor logro educativo.³⁵ Mishra sugiere que las inversiones en infraestructura son la clave para el éxito del dividendo en la India.⁴¹

La investigación crítica de la teoría y su impacto en las políticas debería cuestionar una serie de temas. Primero, el énfasis que pone la teoría en reducir la fecundidad para lograr una ganancia económica es una prescripción normativa problemática, ya que puede generar metas cuantitativas para la planificación familiar y puede ocasionar que se reduzcan las opciones anticonceptivas socavando metas más amplias de salud y derechos sexuales y reproductivos. Este no es un desenlace automático para todas las políticas basadas en la teoría del dividendo demográfico, especialmente desde que hay versiones de la teoría que le quitan énfasis al papel que juega la reducción de la tasa de fecundidad. Sin embargo, reducir las opciones de planificación familiar, es un resultado posible cuando son los objetivos nacionales de reducción de la población los que determinan las políticas. Esto es particularmente cierto cuando las políticas y programas no reflejan el Plan de Acción de la CIPD.

Por ejemplo, surgió una disposición preocupante sobre planificación familiar, en una conferencia nacional sobre el potencial y el riesgo que presentaban las personas jóvenes en Pakistán: un demógrafo que hizo una presentación durante la reunión planteó que *“la fecundidad debe seguir disminuyendo”* para que haya crecimiento económico, salud pública y para aminorar la tensión de la población sobre los recursos. Según él, Pakistán debería “eliminar” los embarazos de las mujeres menores de 18 años y por encima de los 34, y reducir la fecundidad de las mujeres entre los 20 y 34 años.⁴² Semejante disposición determinaría tajantemente la libertad sexual y reproductiva de las mujeres y su acceso a los servicios, y quizás también los reduzca. Estos pueden incluir el acceso a una variedad de opciones anticonceptivas, a un aborto seguro y legal, y a cuidados prenatales para aquellas que sí quieren continuar con su embarazo.

La mentalidad que dice que la planificación familiar es clave para el desarrollo ha contribuido a la presión actual por parte de las agencias internacionales y los donantes para que se usen anticonceptivos hormonales y de larga duración en

África subsahariana y el sur de Asia. Por ejemplo, en la Cumbre sobre Planificación Familiar de Londres en 2012, la Fundación Bill y Melinda Gates, junto a socios de USAID, el Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido, UNFPA, la compañía farmacéutica Pfizer y la organización sin fines de lucro PATH, desplegaron una nueva colaboración que busca “llegar” a tres millones de mujeres en África subsahariana y Asia del sur en tres años, con 12 millones de dosis de Depo-Provera.⁴³ Esta promoción es problemática porque se diseminarán métodos de larga duración sin una atención adecuada a cuestiones de salud y seguridad, y sin acceso a una atención sanitaria regular, a una variedad de otros anticonceptivos y abortos seguros.⁴⁴ También podría perjudicar el buen trabajo que están realizando estas agencias para promover una agenda de salud y derechos sexuales y reproductivos más amplia.

En suma, las dos teorías de dividendo demográfico y superávit juvenil plantean fundamentos problemáticos para la planificación familiar dirigida a personas jóvenes. Ambas se enfocan en reducir la tasa de fecundidad – una para el crecimiento económico y la otra para mitigar la violencia – y ponen énfasis en reducir números.

Existe claramente una tendencia a reducir las opciones de anticonceptivos a aquellos que se consideran más efectivos en reducir la tasa de fecundidad, derribando décadas de evidencia que muestra que cuantas más opciones haya, más probable es que las personas encuentren un método que se adapte a ellas. Las teorías también limitan el entendimiento de lo que son las personas jóvenes, y especialmente en el caso del superávit juvenil, promueven un estereotipo lesivo de los hombres jóvenes. Se necesita un enfoque distinto para mantener una gama de opciones de planificación familiar de calidad, en un contexto que requiere salud sexual y reproductiva integral, uno que se nutra de las perspectivas de las personas jóvenes.

Más allá de los bonos y las bombas

Los jóvenes activistas y aliados de las redes y organizaciones internacionales como los de la Youth Coalition,⁴⁵ se movilizan en torno al derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva de buena calidad, que sean favorables para la juventud, que formen parte de

un servicio sanitario integral disponible en una amplia gama de contextos y que responda a la diversidad que existe entre la población juvenil. Las políticas de salud sexual y reproductiva para personas jóvenes deberían basarse en sus visiones y realidades. Dada la popularidad de las coaliciones de jóvenes de las agencias internacionales, y el número de redes y organizaciones de promoción de la juventud, hay muchos espacios de donde nutrirse.

Implementar esta visión implica expandir la salud sexual y reproductiva más allá de la agenda de difusión de anticonceptivos que se concentra en reducir la tasa de fecundidad pero no apoya el acceso a contracepción y al aborto seguro. No basta con escuchar a las personas jóvenes sino que también hay que anticipar que tienen muchas identidades interseccionales.* Las consultas e iniciativas lideradas por personas jóvenes permiten avizorar la gama de experiencias que atraviesan las jóvenes, y los prejuicios relacionados con la edad que deben enfrentar aquellas con VIH, como descubrieron la red ANTHENA y la Coalición Global de jóvenes contra el VIH/SIDA cuando consultaron a más de 800 jóvenes de todas las regiones del mundo:

“Las personas jóvenes que viven con VIH y ven afectadas por él, especialmente las mujeres jóvenes que viven con VIH, las personas jóvenes que son trabajadoras sexuales, los hombres jóvenes que tienen relaciones con otros hombres, las personas jóvenes transgénero y las personas jóvenes que usan drogas, entre otras, a menudo no tienen acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, ni siquiera a la planificación familiar, y deben enfrentar el estigma y la discriminación relacionados a su edad, género, estado serológico y orientación sexual así como a actitudes y normas de lo que sería un comportamiento sexual ‘apropiado’.”⁴⁷

El reconocimiento de la gama de géneros y sexualidades que existen entre las personas jóvenes puede facilitar una integración transformadora

* Véase el trabajo de Nancy Lesko, Act Your Age! A Cultural Construction of Adolescence, 2001 para una concepción teórica alternativa de las personas jóvenes basada en el pensamiento feminista y en críticas al imperialismo y al colonialismo.⁴⁶

de los servicios y desechar la idea asumida de que la prevención del embarazo y la reducción de la tasa de fecundidad sean el único objetivo. Al mismo tiempo, romper y refutar los estereotipos de género (como el del hombre joven enojado o el de las mujeres jóvenes como objeto de desarrollo) tiene el potencial de lograr que los servicios sean abiertos y apropiados para usuarios de todos los géneros.

Los jóvenes activistas exigen que la salud y servicios sexuales y reproductivos sean un derecho, libre de discriminación y coerción. Las recomendaciones de las personas jóvenes para un servicio integral incluyen: el acceso a una gama completa de anticonceptivos, el acceso a un aborto seguro y legal y a anticonceptivos de emergencia; pruebas de VIH, tratamiento y apoyo; educación sexual que reconozca una variedad de orientaciones y expresiones sexuales; y educación sobre violencia de género, como la violencia contra las mujeres y/o causada por orientación sexual o identidad de género.^{45,47,48}

Link Up reclama servicios combinados que sean brindados por *“proveedores de salud que tengan conocimientos, sean éticos y brinden apoyo”*.⁴⁷ Esto es esencial para llegar a las personas jóvenes infectadas con VIH, especialmente a aquellas que frecuentemente encuentran dificultades para acceder a los servicios y apoyo a causa de su edad, y de leyes punitivas que criminalizan el trabajo sexual, a hombres que tengan relaciones con otros hombres, a personas jóvenes que usan drogas y a jóvenes miembros de la comunidad LGBTQI. Una evaluación de 2013 sobre los problemas que deben encarar los adolescentes con VIH (de edades entre 10-19 años) que viven en la región de Asia y el Pacífico subrayó la importancia de abordar *“las ansiedades, temores y emociones complejas que deben enfrentar los adolescentes con VIH en relación a la sexualidad y a sus opciones reproductivas a través de consejería, apoyo entre pares y programas de mentores”*.⁴⁸

Estas ideas brindan oportunidades para que las personas jóvenes se conecten con sus aliados superando fronteras, en parte porque sus recomendaciones para los enfoques de las políticas y los servicios se basan en evaluaciones comunitarias de las necesidades de las personas jóvenes, en vez de basarse en las agendas internacionales sobre población. Los jóvenes promo-

tores ya están activos tanto a nivel local como global. Incrementar la colaboración con ellos podría ayudar a afinar y fortalecer los esfuerzos locales. Finalmente, los enfoques sobre la salud sexual y reproductiva que son favorables para los

jóvenes, inclusivos e integrales, pueden y deben servir de inspiración a los de otros segmentos etarios para crear un enfoque transformador de la salud y derechos sexuales y reproductivos de todas las edades.

Referencias

1. Urdal H. Youth bulges and violence. In: Goldstone JA, Kaufmann E, Duffy Toft M, editors. *Political demography: how population changes are reshaping international security and national politics*. Boulder, CO: Paradigm Publishers, 2012. p.117-32.
2. Lin JY. Youth bulge: a demographic dividend or a demographic bomb in developing countries? 5 January 2012. <http://blogs.worldbank.org/developmenttalk/youth-bulge-a-demographic-dividend-or-a-demographic-bomb-in-developing-countries>
3. Masese W. Youth bulge: a demographic time bomb or blessing? Standard Media Kenya, 16 October 2013. <http://www.standardmedia.co.ke/business/article/2000095685/youth-bulge-a-demographic-time-bomb-or-blessing>
4. Markham V. Live from Rio+20, day four: 'plenary floor, demographic dividend and the youth bulge'. RH Reality Check, 22 June 2012. <http://www.rhrealitycheck.org/article/2012/06/22/live-from-rio20-day-four-plenary-floor-demographic-dividend-and-youth-bulge>
5. Bongaarts J. The case for family planning programs. 18 January 2013. <http://www.worldwewant2015.org/node/301923>
6. International Planned Parenthood Federation. *Family planning and the demographic dividend*. October 2013. http://www.fpconference2013.org/wp-content/uploads/2013/07/IPPF-Demographic_Dividend_briefingpaper.pdf
7. Richey LA. *Population politics and development: from the policies to the clinics*. New York: Palgrave MacMillan, 2008.
8. United Nations. *World Population Prospects: the 2012 Revision*. ESA/P/WP.228. New York: UN, 2013.
9. Crampton A. Population aging as the social body in representation and real life. *Anthropology and Aging Quarterly* 2013;34(3):100-12.
10. Krause E. Dangerous demographics and the scientific manufacture of fear. Corner House Briefing. Sturminster Newton (Dorset): The Corner House 2006:36 <http://www.thecornerhouse.org.uk/sites/thecornerhouse.org.uk/files/36dangerous.pdf>
11. UN Population Fund. *Deliver the promise*. New York: UNFPA, 2012. <http://www.unfpa.org/public/home/publications/pid/14975>
12. UN Population Fund. *Framework of actions for the follow-up to the Programme of Action of the International Conference on Population and Development*. New York: UNFPA, 2014. http://icpdbeyond2014.org/uploads/browser/files/icpd_global_review_report.pdf
13. Hartmann B. *Reproductive Rights and Wrongs: the global politics of population control*. Boston: South End Press, 1995.
14. Bandarage A. *Women, Population and Global Crisis: a political-economic analysis*. London: Zed Books, 1997.
15. Hartmann B, Hendrixson A. *Pernicious peasants and angry young men: the strategic demography of threat*. In: Hartmann B, Subramaniam B, Zerner C, editors. *Making Threats: biofears and environmental anxieties*. Lanham: Rowman & Littlefield Publishers, 2005.
16. Hendrixson A. In: What's wrong with the "demographic dividend" concept? *DifferenTakes*. Amherst, MA: Hampshire College Population and Development Program, 2007. p.44. http://popdev.hampshire.edu/sites/default/files/uploads/u4763/DT_44_-_Hendrixson.pdf
17. Fuller G, Pitts FR. Youth cohorts and political unrest in South Korea. *Political Geography Quarterly* 1990;9(1):9-22.
18. Moller H. Youth as a force in the modern world. *Comparative Studies in Society and History* 1968;10(3):237-60.
19. Goldstone JA. *Revolution and rebellion in the early modern world*. Berkeley: University of California Press, 1991.
20. Cincotta RP, Engelman R, Anastasion D. *The security demographic: population and*

- civil conflict after the Cold War. Washington, DC: Population Action International, 2003.
21. Urdal H. The devil in the demographics: the effect of youth bulges on domestic armed conflict, 1950–2000. *Social development papers: conflict prevention and reconstruction*. Washington, DC: World Bank, 2004. p.4.
 22. Urdal H. A clash of generations? Youth bulges and political violence. New York: UN Population Division, 2012. http://www.un.org/esa/population/publications/expertpapers/Urdal_Expert_Paper.pdf
 23. Mesquida CG, Weiner NI. Male age composition and the severity of conflicts. *Politics and the Life Sciences* 1999;18(2):181–89.
 24. Weber H. Demography and democracy: the impact of youth cohort size on democratic stability in the world. *Democratization* 2013;20(2):335–57.
 25. Barker G, Ricardo C. Young men and the construction of masculinity in sub-Saharan Africa: implications for HIV/AIDS, conflict, and violence. *Social development papers: conflict prevention and reconstruction*. Washington, DC: World Bank, 2005. p.26.
 26. Kingsley P. Does a growing global youth population fuel political unrest? *The Guardian*, 19 March 2014. <http://www.theguardian.com/world/2014/mar/19/growing-youth-population-fuel-political-unrest-middleeast-south-america>
 27. Pai N. The dark side of the demographic dividend. *DNA*, 3 February 2011. <http://www.dnaindia.com/india/columnthe-dark-side-of-the-demographic-dividend-1502365>
 28. Scheper-Hughes N. Dangerous and endangered youth: social structures and determinants of violence. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2004;1036:13–46.
 29. USAID. Remarks by Deputy Administrator Donald Steinberg on the USAID youth policy. 29 November 2012. <http://www.usaid.gov/news-information/speeches/remarks-deputy-administrator-donald-steinberg-usaidyouth-policy>
 30. Hilker LM, Fraser E. Youth exclusion, violence, conflict and fragile states. London: Social Development Direct, 30 April 2009. <http://www.gsdr.org/docs/open/CON66.pdf>
 31. Council on Foreign Relations. More than humanitarianism: a strategic approach toward Africa. Task Force Report. New York: Council on Foreign Relations January 2006 p56.
 32. Sciubba JD. The future faces of war. Westport: Praeger Security International, 2011.
 33. Harmonization for Health in Africa. The role of family planning for growth in Africa underlined during AfDB annual meetings. 2012. <http://www.hha-online.org/hso/hso/news/3795/role-familyplanning-growth-africa-underlined-during-afdbannual-meetings>
 34. Bloom DE, Canning D, Sevilla J. The demographic dividend: a new perspective on the economic consequences of population change. Santa Monica: Rand, 2003. http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2007/MR1274.pdf
 35. Cuaresma JC, Lutz W, Sanderson W. Is the demographic dividend an education dividend? *Demography* 2014;51:299–315.
 36. Bloom DE, Canning D, Fink G, et al. Fertility, female labor force participation, and the demographic dividend. *Journal of Economic Growth* 2009;14:79–101.
 37. Guengant J, May J. African demographics. *Global Journal of Emerging Market Economies* 2013;5:215–67.
 38. International Conference on Family Planning. Government ministers convene ahead of ICFP 2013 to examine returns on investment in family planning. 7 November 2013. <http://www.fpconference2013.org/wp-content/uploads/2013/07/FINAL-ICFP-2013-HLMMPress-Release-11-7-13.pdf>
 39. Dramani L, Ndiaye F. Estimating the first demographic dividend in Senegal: the national transfers account approach. *British Journal of Economics, Management and Trade* 2012;2(2):39–59.
 40. Wilson K. Race, racism and development: interrogating history, discourse and practice. London: Zed Books, 2012.
 41. Mishra VK. Social Infrastructure: A Key Factor in Harnessing Demographic Dividend. *The Icfai Journal of Infrastructure* 2007;5(4):45–57.
 42. Butt IH, Khan SI. Report: National Youth Conference on Risks & Dividends of Youth Bulge in Pakistan. BARGAD: Organization for Youth Development, 10 August 2010. <http://www.bargad.org.pk/downloads/NationalYouth.pdf>
 43. Hartmann B. Converging on disaster: climate security and the Malthusian anticipatory regime for Africa. *Geopolitics*, published online 18 February 2014. <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14650045.2013.847433> - .U2qODscwLIA

44. Singh S, Darroch JE. Adding it up: costs and benefits of contraceptive services. New York: Guttmacher Institute and UNFPA, 2012. <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-2012-estimates.pdf>
45. Youth Coalition. Principles and values. http://youthcoalition.org/html/index.php?id_art=22&tid_cat=2
46. Lesko N. Act Your Age! A cultural construction of adolescence. New York: RoutledgeFalmer, 2001.
47. Link Up. Family planning 2013: vision, voices and priorities of young people living with and affected by HIV. 2013. <http://www.aidsalliance.org/publicationsdetails.aspx?id=90666>
48. Chandler CL, Ngoksin AE. Lost in transitions: current issues faced by adolescents living with HIV in Asia-Pacific. Bangkok: Asia-Pacific Network of People Living with HIV/AIDS, 2013. http://www.apnplus.org/main/share/publication/Lost_in_transitions.pdf



GARY CALTON / PANOS PICTURES

Young boy on a youth project, Nottingham UK, 2006

Actuar globalmente pero pensar localmente: la responsabilidad en la primera línea

P Freedman,^a Marta Schaaf^b

- a Directora, Programa de Prevención de Mortalidad y Discapacidad Materna, Facultad de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EEUU.
b Oficial Superior del Programa de Prevención de Mortalidad y Discapacidad Materna, Facultad de Salud Pública Mailman, Universidad de Columbia, Nueva York, NY, EEUU. Correspondencia: MLS2014@columbia.edu

Resumen: *Existe una preocupante divergencia entre la manera en que los problemas y las soluciones relacionados con la salud y los derechos sexuales y reproductivos son planteados en el área de promoción y defensa a nivel mundial, y la compleja realidad que las personas presencian en los servicios de salud en el terreno. Un análisis de enfoques en responsabilidad utilizados en actividades de promoción y defensa en estos diferentes niveles destaca las diferentes suposiciones en juego en cuanto a cómo suceden los cambios. Este artículo argumenta a favor de un enfoque revigorizado en responsabilidad, que empieza con la dinámica de poder en primera línea, donde las personas encuentran a los prestadores de servicios y a las instituciones. Los enfoques convencionales en responsabilidad evitan abordar esta dinámica; por consiguiente, muchos esfuerzos por imputar la responsabilidad no producen cambios transformativos. La ciencia de implementación y la ciencia de sistemas son fuentes prometedoras para nuevos enfoques, comenzando por entender los sistemas de salud como sistemas adaptativos complejos arraigados en la dinámica política más amplia de la sociedad. Al adquirir conocimientos de disciplinas como la economía política, etnografía y gestión del cambio organizacional –y al aplicarlos de manera creativa a la experiencia de las personas en los sistemas de salud– se puede empezar a revelar y abordar el funcionamiento del poder y agudizar la responsabilidad hacia las personas cuya salud y cuyos derechos están en juego y generar cambios significativos.* © 2015 edición en español, 2013 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Los espacios donde se formulan las políticas globales se están abriendo a la sociedad civil, aunque sea todavía en forma tentativa. Esta apertura nos da la oportunidad de evaluar el potencial que tiene la promoción y defensa (*advocacy*) en estos espacios para contribuir a que se produzcan cambios en el terreno. Desde la cúspide del cambio de paradigma de la CIDP en 1994, hasta el punto más bajo que fue cuando se excluyeron la salud y los derechos sexuales y reproductivos (DDSSRR) en los originales Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) en el 2001, pasando por el resurgimiento de algunos aspectos de DDSSRR con la Iniciativa de Planificación

Familiar 2020 en 2012, estamos actualmente a punto de iniciar una nueva era de actividad a nivel mundial, al formularse y lanzarse los Objetivos de Desarrollo Sostenible post-2015. Si bien las nuevas tecnologías permiten nuevos tipos de participación, la proliferación de foros, instituciones e iniciativas mundiales implica que los promotores cuenten con un creciente número de herramientas para navegar estos espacios de manera efectiva y dediquen una enorme cantidad de tiempo y energía para hacerlo.

Esta situación plantea preguntas complicadas sobre cómo debe movilizarse un movimiento social para influir en los procesos mundiales, e

incluso si debe hacerlo.* Las preguntas incluyen cómo estructurar la participación, competir por fondos y utilizarlos, involucrar a los medios, priorizar los objetivos, negociar y hacer alianzas. Además, y quizás esto sea lo más importante, los promotores no se ponen de acuerdo internamente sobre cómo describir la forma de exigir los cambios y las estrategias que los cambios ameritan.

En nuestro rol de activistas por la salud y los derechos humanos, trabajando en un entorno universitario en la ciudad de Nueva York, hemos tenido el privilegio de acceder fácilmente al escenario mundial mientras que al mismo tiempo dirigíamos la mayoría de nuestros esfuerzos a iniciativas para fortalecer los servicios de salud en el terreno, particularmente en países con altas tasas de mortalidad materna. Desde esta doble perspectiva vemos una divergencia preocupante entre la forma como se encuadran los problemas y las soluciones a nivel mundial y lo que ocurre en realidad en el terreno. Obviamente, en cada contexto donde se hace *advocacy* debe abordarse estratégicamente y deben aplicarse propuestas adecuadas a sus respectivas condiciones. Pero para que una estrategia se aplique coherentemente en distintos contextos es preciso que todos los involucrados comprendan por igual cómo ocurre el cambio. El poder y el glamour que transitan por las reuniones mundiales pueden ser seductores. Con demasiada frecuencia hacen creer a los promotores que los cambios acordados en las más altas esferas, en la cima de las relaciones intergubernamentales y de las relaciones entre el Estado y la sociedad civil, donde se crean los objetivos mundiales, generarán cambios en las bases, donde las personas sienten la mano del Estado en sus vidas cotidianas a través del uso del sistema de salud y otras instituciones.

En este artículo argumentaremos a favor de un cambio elemental en nuestro entendimiento de dónde y cómo se generan cambios en los derechos sexuales y reproductivos, y en las técnicas que usamos para estudiarlos, promoverlos y crearlos. Usamos la idea de responsabilidad como principio organizativo que puede causar

una transformación más amplia en la práctica de la salud pública y los derechos humanos. La responsabilidad no es la única respuesta. Pero puede despertar otros procesos y transformaciones que son necesarios para la siguiente fase de desarrollo mundial.

Limitamos nuestro análisis a ese sector de la salud y los derechos sexuales y reproductivos ligados a los servicios de salud. Si bien los DDSSRR comprenden una gama mucho más amplia de condiciones que influyen en las vidas de las mujeres, no es cierto que los servicios de salud presenten un conjunto reducido de problemas esencialmente técnicos. De hecho, una parte fundamental de nuestro argumento es que los servicios de salud, si bien tienen una dimensión técnica, son siempre profundamente políticos. Cumplen la función de ser instituciones sociales básicas: las interacciones de las personas con las jerarquías de poder que dan forma a estas instituciones, a menudo crean o refuerzan la misma exclusión y desempoderamiento que están en el centro de las violaciones a la salud y a los derechos reproductivos y sexuales. Por otro lado, como reflejo de la presencia del Estado- y, cada vez más, de la alianza entre el Estado y actores del sector privado también – el sistema de salud puede ser un entorno donde los privilegios se articulan, se afirman y se reivindican.

La responsabilidad no es en absoluto una idea nueva en la práctica del trabajo orientado al desarrollo mundial. Pero el modo en que se la ha concebido y operado mundialmente está profundamente desconectado de la realidad de las interacciones de las mujeres con las fuerzas que le dan forma a sus vidas en el terreno. Estamos a favor de un enfoque revitalizado sobre la responsabilidad, que comienza con las dinámicas de poder en la primera línea del sistema de salud, profundamente arraigadas en las dinámicas sociales y políticas más amplias de la vida local. Planteamos que esta realidad necesita inspirar y definir las formas como proceden las estrategias de desarrollo mundial, forzando a que se repiense el motor de cambio en los DDSSRR. En resumen, proponemos adoptar una postura con respecto a los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el futuro, y la dirección del CIDP más allá del 2014; los activistas de los DDSSRR todavía tienen que actuar mundialmente pero sus acciones en el escenario mundial requieren que ellos se informen de un modo diferente sobre sus realidades locales.

* De hecho, la pregunta misma de si una iniciativa poco organizada, dominada por expertos profesionales en promoción y defensa (*advocacy*), puede llegar a ser considerada un movimiento social mundial, tiene repercusiones sobre los principios que lo guían.

Definición de rendición de cuentas

La forma como se define la rendición de cuentas determina cómo esta se operacionaliza y, finalmente, el cambio que genera. Definimos la rendición de cuentas como las “restricciones en el ejercicio del poder por medios externos o normas internas”.¹ Esta definición es más amplia que otros enfoques más prevalentes que se refieren a los mecanismos de la rendición de cuentas, por ejemplo, los sistemas de responsabilidad y su aplicación, y sanciones entre las dos partes.²

Definir la rendición de cuentas como lo proponemos ofrece conceptos indispensables para pensar sobre un cambio en la salud y en los derechos sexuales y reproductivos. Primero, pone el poder en un lugar central, lo que marca la diferencia entre las demostraciones superficiales de responsabilidad y las que son potencialmente transformadoras.

Segundo, se aplica a cualquiera que esté ejerciendo poder, no solo a quienes se encuentran en el gobierno. Algunos actores no gubernamentales, tales como las fundaciones privadas y las instituciones religiosas, desempeñan un papel determinante cuando se da forma al panorama de los DDSSRR en los pasillos de la ONU y en el seno de cada país. Algunos servicios de salud reproductiva tales como el aborto, para comenzar, pueden carecer de opciones en el sector público. En otros servicios, el estado lamentable del sector público a menudo lleva a las mujeres al sector privado no reglamentado y potencialmente peligroso. Finalmente, la concentración creciente, en el campo de la salud mundial, de las asociaciones público-privadas y, particularmente, la concesión a franquicias para que brinden cuidados de salud reproductiva torna crucial la inclusión de actores no estatales en un marco de rendición de cuentas para la salud y los derechos sexuales y reproductivos.³

Tercero, la definición de responsabilidad que usamos reconoce la relevancia de las normas internas tanto para los individuos como para las instituciones – sean o no apoyadas por políticas – como una forma en que se expresa y se retiene el poder. Por ejemplo, un comportamiento abusivo por parte de los proveedores del servicio puede persistir no por falta de leyes o estándares profesionales que dictan otra cosa, sino porque tal comportamiento está

normalizado en el sistema y se ha convertido en una rutina, aceptada y esperada, y hasta naturalizada.⁴ Entender y reconocer la influencia de tales normas es por lo tanto central para descubrir las fuerzas que modelan las experiencias de las mujeres en el propio sistema de salud.

Finalmente, es importante reconocer que nuestra definición no plantea de qué deben ser responsables aquellos que ejercen poder. De hecho, en este sentido la responsabilidad (o la falta de la misma) puede ser una característica de cualquier organización, esté o no relacionada con los derechos. Tomemos, por ejemplo, a la mafia o a un departamento de policía corrupto. Todos los “soldados” que están en el sistema conocen, aceptan y a menudo interiorizan las reglas de la actividad criminal de la que se benefician y esas reglas se aplican constantemente y, a menudo, en forma brutal. La responsabilidad se está ejerciendo. Pero la eficiente organización que resulta de ella es exactamente lo contrario de lo que deber ser una organización basada en derechos.

Nuestro planteamiento es el siguiente: el contenido de la rendición de cuentas no es inherente al mecanismo de esta; el contenido debe ser suministrado a través de un proceso político en el cual la visión de un sistema que funciona bien es negociada y acordada. Es aquí donde la visión bien desarrollada de los DDSSRR continúa siendo central para la rendición de cuentas.⁵ Dos aspectos del cambio de paradigma expresado en el Programa de Acción de la CIDP son de particular relevancia al respecto:

(1) La primacía de la experiencia de vida de las mujeres, a saber, que la comprensión de que el contenido de la salud y los derechos sexuales y reproductivos debería ser definido por las experiencias de la mujer en el sistema de salud, las relaciones de género y otras dinámicas sociales, políticas y económicas; y (2) una concepción de derechos que vaya más allá de una lista de “libertad de” y “libertad para” que cuestione los significados sociales fundamentales imperantes sobre género y reproducción. En resumen, es una concepción que va más allá de la taxonomía legal para describir cómo se vería el ejercicio de los derechos. Las relaciones de poder político, social, económico y de género serán inevitablemente debatidas.

Una concepción de la rendición de cuentas, que se adecúa y aprovecha el cambio de paradigma en

el Programa de Acción nos acercará a su realización. El cambio vendrá cuando vayamos más allá de los análisis convencionales de la brecha entre práctica y política y preguntemos en profundidad qué es lo que le da forma a las experiencias reales de las mujeres en los establecimientos de salud; es decir, cuando “repoliticemos la salud y los derechos sexuales y reproductivos”.⁶ Esencialmente, significa traer un análisis crítico de los mecanismos de poder de regreso al meollo de lo que hacemos tanto en la salud pública como en los derechos humanos. Cuando un análisis de poder es reintroducido en la base de los esfuerzos de la salud y los derechos sexuales y reproductivos la pregunta: “¿cómo se da el cambio?” genera una práctica de rendición de cuentas- y una práctica de implementación – que es cualitativamente distinta a los enfoques convencionales que actualmente prevalecen en la salud mundial.

Enfoques convencionales de la rendición de cuentas a nivel mundial

La mayoría de los enfoques convencionales sobre la rendición de cuentas evitan lidiar con las dinámicas de poder que fluyen a través del sistema de salud.

De un lado del espectro, se ha vuelto rutina casi obligatoria que en cada declaración, informe de reunión, comunicado de prensa o discurso se haga un llamado a “exigirle cuentas a [.....]” sin que medie prácticamente ninguna discusión sobre para qué, para quién o cómo debe ser esta exigencia de cuentas. La responsabilidad se vuelve poco más que una “palabra de moda sin contenido”.^{7,8} En un nivel un poco más alto está la responsabilidad como gasto eficiente, mientras que los donantes gubernamentales y los países beneficiarios recortan los costos y exigen que los administradores de salud hagan cada vez más con menos recursos. Un uso legítimo de la responsabilidad, pero bastante más débil, es el enfoque casi exclusivo en la corrupción, con una lógica subyacente que puede ir desde la eficiencia pura hasta una exigencia de justicia más matizada. Se pueden solucionar los abusos más atroces, pero las estructuras esenciales de poder que los permiten permanecen inalteradas.

Este artículo se concentra en las formas convencionales en las que se usa la rendición de cuentas en foros mundiales por aquellos que

buscan genuinamente promover la salud y los derechos sexuales y reproductivos. El activismo en las conferencias de la ONU en la década de 1990 se organizó alrededor de la negociación de contenidos de los acuerdos intergubernamentales, con poquísima atención a su aplicación. La práctica de rendición de cuentas que ha aumentado alrededor de los comunicados de las reuniones desde adentro de las instituciones mundiales que las monitorean, es un refinado enfoque de exposición y denuncia ejemplificado en los procesos CIPD +5, +10, +15 y +20 y en los informes paralelos de las ONG. Estos esfuerzos mundiales para registrar y difundir los progresos con relación a los objetivos de las declaraciones, se basan en la idea de que la vergüenza y la presión de pares generará cambios en las políticas, y que estos cambios a su vez propiciarán cambios en los logros de salud y derechos.

En el año 2000, los gobiernos adoptaron la Declaración del Milenio, que a su vez dio lugar a los ODM. El diseño y contenido de estos objetivos – con metas delimitadas, cuantitativas y específicas al problema – facilitaba la medición del progreso, pero no aportaban en sí mismas gran cosa para encontrar el camino hacia un cambio transformador. Los esfuerzos de la comunidad internacional para fortalecer los compromisos de los gobiernos han sido llevados adelante con la esperanza de que al tener objetivos audaces y combinarlos con voluntad política y recursos económicos adecuados se generará progreso.

Para ser justos, un enfoque que plantea metas y trata de alinear incentivos, pero deja que los gobiernos tomen las decisiones sobre cómo realmente cumplir con las metas, representa un avance con respecto al enfoque colonialista que cree que todas las respuestas están en el Norte y que la imposición de asistencia técnica desde ahí hará avanzar a los Estados subdesarrollados del Sur.** Pero las técnicas de la rendición de cuentas detalladas por los ODM y las ideas subyacentes sobre cómo se da el cambio son herramientas débiles en la lucha por los cambios requeridos.

** De hecho, la pregunta misma de si una iniciativa poco organizada, dominada por expertos profesionales en promoción y defensa (*advocacy*), puede llegar a ser considerada un movimiento social mundial, tiene repercusiones sobre los principios que lo guían.

Primero, se invierte mucho en generar una voluntad política que actualmente se limita a promocionar líderes políticos a través de declaraciones públicas de compromiso, con muchas oportunidades para fotografiarse con celebridades. Estas también se combinan con esfuerzos de buena fe para generar responsabilidad. La campaña del Secretario General “Todas las mujeres, todos los niños” creó la Comisión sobre la Información y la Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño. El nombre en sí señala la idea que animó esta iniciativa. Si se combina la voluntad política con el seguimiento y difusión de los avances se generará responsabilidad. La fórmula de rendición de cuentas de la Comisión de “monitorear, revisar y remediar” se aplica a los resultados, no a los procesos- una fórmula notoriamente más débil que alternativas como la “responsabilidad, rendición de cuentas, aplicabilidad” promovidas por los defensores de los derechos humanos.

La “Cuenta Regresiva para 2015”, iniciativa que monitorea el progreso en los ODM 4 y 5 asumió el encargo de la Secretaría General con aplomo y adaptó muy rápidamente su metodología para incluir la información específica recomendada por la comisión. Cuenta Regresiva es el prototipo del enfoque sobre rendición de cuentas, tan favorecido en la salud pública, y se centra en el desarrollo de indicadores cuantitativos e inversión en la recolección de los datos necesarios para medirlos. Si bien las buenas prácticas en salud pública deberían hacer buen uso de los datos e indicadores obtenidos, la credibilidad de las propias estadísticas para generar la cadena de acciones que creará el cambio carece de garantías, sobre todo en lo que se refiere a los derechos. Este enfoque de rendición de cuentas asume que la exposición y el seguimiento- esta vez un seguimiento mejor y más de cerca con evidencia cuantitativa sólida- lo logrará.

Por supuesto, los defensores de la Cuenta Regresiva saben que para lograr el cambio no basta con comprender el alcance cuantitativo del problema; también se necesita una estrategia para resolverlo. Los ODM inspiraron múltiples esfuerzos mundiales para identificar estrategias efectivas, como el Proyecto del Milenio de la ONU, un portal del conocimiento para la Alianza para la Salud de la Madre, el Recién Nacido y el Niño, y en cierto sentido, la serie múltiple

de la revista Lancet sobre salud reproductiva, materna, neonatal e infantil. En conjunto, estas iniciativas han sido una contribución extraordinaria particularmente al organizar y analizar las pruebas sobre intervenciones clínicas. Pero todas utilizan, en gran medida, un enfoque de “mejores prácticas” en la aplicación - y para merecer la etiqueta de “mejor” (o incluso de “buena”) deben tener pruebas generadas por estudios con diseños experimentales. Pero dichos estudios, deben anular precisamente las mismas dinámicas de poder que son tan cruciales para entender la salud y los derechos sexuales y reproductivos. De hecho, las cuestiones de poder que modelan en la práctica el ejercicio de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, son intencionalmente “controladas” o canceladas en los enfoques experimentales.

Mientras tanto, en el terreno, la energía, el dinero y glamour producidos (escogidos) por estos esfuerzos de responsabilidad a nivel mundial apenas dejan rastros. La discriminación y exclusión continúan en gran medida incólumes. Muchos servicios estipulados en los documentos de las políticas no existen en las comunidades ni en las unidades de salud. Donde sí existen los servicios, la calidad de la atención es a menudo pésima, con faltas de respeto y abusos generalizados. Los tipos de “corrupción silenciosa” tales como el ausentismo, el trabajo desganado y el hurto de bienes erosionan la confianza de los usuarios y desmotivan el uso del servicio.⁹ Y la corrupción a gran escala también está presente.¹⁰

Enfoques convencionales la rendición de cuentas a nivel local

Los textos que analizan la forma como se practica actualmente la responsabilidad en los servicios públicos revela algunos de los mismos problemas que afectan a los ejercicios de rendición de cuentas a nivel global: cuando los planificadores e implementadores de programas comienzan con un concepto limitado de la rendición de cuentas, solo consiguen una aplicación débil. Aun si actúan según lo planeado, los “mecanismos” no necesariamente generan cambio.

En la práctica, muchos mecanismos de rendición de cuentas están diseñados para que los individuos agraviados tengan acceso a ellos.

Mecanismos tales como buzones para quejas, investigación y litigación individual, e instituciones de defensoría pueden jugar un papel clave al identificar una solución para una persona afectada, pero la rendición de cuentas solo se logra en parte. Si bien estos mecanismos individuales pueden crear un aura de “sistema que responde”, a menudo carecen de significado para los menos empoderados, que se ven disuadidos por los costos y riesgos de expresar sus preferencias o quejas o porque simplemente carecen de acceso a los servicios.¹¹

Dada la frustración continua con los esfuerzos por reformar y mejorar el sector público, los académicos y promotores apuntan, en mayor medida, a la intervención de la sociedad civil^{12,13} y el rol de los grupos organizados de ciudadanos para promover la “responsabilidad social” en la prestación de servicios aprovechando “los costos políticos y de reputación”.¹⁴ Los ejemplos mencionados se basan frecuentemente en “libretas de notas” ciudadanas sobre cómo percibieron la calidad del servicio, auditorías sociales y seguimiento de gastos públicos. Estos esfuerzos son más exitosos pero solo en algunas situaciones, como cuando un dirigente político es sensible a la vergüenza, los proveedores tienen un compromiso con mejorar su reputación y los pacientes están interesados en un mejor desempeño clínico y en una prestación de servicios basada en derechos.^{14,15}

A veces los donantes y quienes ejecutan las iniciativas de responsabilidad social, no realizan un análisis contextual serio, que resulta necesario para saber si las condiciones son adecuadas. También puede ocurrir que no estén en condiciones de planificar cómo lograr el cambio con la información que producen los esfuerzos de responsabilidad social. Ya sea evaluando la aplicación de CIDP a nivel nacional o local, las tácticas de “exponer y denunciar” no producen cambios inminentes. De hecho, dos metainformes de esfuerzos de responsabilidad social concluyen en que la relación asumida entre transparencia, voz, empoderamiento y sistemas de responsabilidad no siempre se mantiene.^{16,17}

Tanto las intervenciones de responsabilidad individual como las de responsabilidad social pueden transformarse en fines en sí mismas – lo que Joshi y Houtzager han llamado “*widgets*”,¹⁴ es decir, procesos formales sin significado que no hacen nada para transformar un sistema

desigual. De hecho, en los peores casos funcionan como procesos *Potemkin* – maniobras que crean una apariencia superficial y engañosa de que hay servicios que responden, y al hacerlo desvían la atención de las causas de los malos servicios de DDSSRR y las mantienen intactas.

Parte de este problema se encuentra en la concepción del funcionamiento del sistema de salud, subyacente en estas iniciativas. La compleja relación que existe entre los mecanismos de poder que modelan la realidad de los sistemas de salud es ignorada por un modelo simplista de oferta y demanda, en el cual el lado de la oferta lo forman los legisladores y los proveedores, y el lado de la demanda está formado por los usuarios. Este modelo ignora la diversidad de intereses entre quienes hacen las políticas de salud, los proveedores y los pacientes.¹⁸ No se puede asumir que estos tres “grupos” tengan intereses unificadores. Existen diferenciaciones críticas de poder entre ellos que deben ser desagregados para poder discernir y explicar la multiplicidad de relaciones de responsabilidad que hay. Aparecen preguntas importantes como ¿Cuáles son las responsabilidades de los profesionales y trabajadores de la salud de primera línea? ¿De quiénes son ellos responsables? ¿Ante quiénes son ellos responsables? ¿Los mecanismos de responsabilidad privilegian a ciertos usuarios de los servicios?

Mientras que la responsabilidad social y los mecanismos de queja individuales son intervenciones frecuentes “del lado de la demanda”, nuevas leyes, políticas, y mecanismos de cumplimiento de objetivos a menudo son los puntos de entrada para las intervenciones del “lado de la oferta”. Los cambios en estos dominios pueden promover la responsabilidad pero no deberían ser las únicas esferas de intervención. Hay muchas evaluaciones de programa y estudios de caso que recitan la muy usada queja de una brecha entre las políticas y la práctica, aunque es raro que brinden una crítica lo suficientemente política al problema.

De hecho, suelen ser las normas- más que las políticas y los procedimientos- las que modelan de manera decisiva el comportamiento individual y la cultura organizativa. Puede ser que las políticas modelen las normas, pero también carecen de influencia sobre valores y prácticas muy arraigadas. Puede que las normas informales sean intransigentes en parte porque

reflejan las necesidades sociales, materiales o de otro tipo, de quienes están encargados de brindar servicios públicos, como lo ha ilustrado la literatura burocrática a nivel de la calle. Por ejemplo, un estudio sobre el programa de planificación familiar basado en la comunidad, en Kenia, descubrió que los agentes comunitarios estaban motivados no solo por los objetivos del programa sino también por su deseo de obtener prestigio y respeto entre los miembros de la comunidad lo que generaba comportamientos que eran inconsistentes con los objetivos del programa.¹⁹

Otro ejemplo se da en los casos de rendición de cuentas en los que se enfatiza particularmente el monitoreo, lo que hace que el seguimiento mismo se vuelva la pauta más resaltante, como cuando en un estudio etnográfico de los servicios de salud distritales de Nepal se estableció que “era más importante hacer informes sobre los objetivos que cumplir los objetivos”.²⁰ En esencia: “vale más lo que se cuenta que lo que se hace”.²¹

Replanteándonos la rendición de cuentas: ¿La ciencia de la aplicación y la teoría de sistemas pueden hacer más efectivo el ejercicio de la rendición de cuentas?

Se requieren otros marcos conceptuales para comprender qué es lo que realmente viene ocurriendo en los sistemas de salud para volverlos tan resistentes al tipo de cambio que se necesita para los derechos y la salud sexual y reproductiva, y para apoyar el diseño y la aplicación de mecanismos de responsabilidad que sí funcionen. La ciencia de la aplicación y la teoría de sistemas pueden ser fuentes de métodos novedosos, comenzando por una mejor comprensión de los sistemas de salud en tanto complejos sistemas adaptables, insertos en la dinámica política más amplia de las sociedades a cuyo servicio se encuentran.

La ciencia de la aplicación estudia cómo se logra introducir en un sistema de prestación de servicios las innovaciones; es decir, las nuevas ideas, estrategias, tecnologías. Esto empieza con una útil distinción entre los grados de aplicación: papel, proceso y desempeño.²² La “aplicación en papel” se da cuando la innovación se codifica en políticas, como cuando se añade un nuevo anticonceptivo a la lista de medicamentos

esenciales. La “aplicación en proceso” ocurre cuando se crean los cambios de sistema necesarios para facilitar la innovación: se compra el anticonceptivo y se pone a disposición de los usuarios, se cambian los currículos, se capacita a los proveedores. La “aplicación en desempeño” ocurre cuando se logra el objetivo deseado: los pacientes pueden acceder al anticonceptivo y recibir orientación de buena calidad acerca de su empleo.

Aunque aquí la lógica es lineal, la operacionalización no se da porque la aplicación de desempeño tenga su propia dinámica en un sistema complejo y adaptable. El pensamiento sistémico, una vertiente de la teoría de sistemas, especifica tres conceptos pertinentes: contexto, resistencia a las políticas y emergencia.^{23,24} Si bien la importancia del contexto es evidente, sorprende que este se suela definir pocas veces, y siempre en términos muy limitados. Los métodos epidemiológicos se concentraban en medir los cambios que se podían atribuir a una intervención – por ejemplo, la prueba mediante control aleatorio – y procedían controlando el contexto en vez de explicar su papel. Enfocar los determinantes sociales de la salud desencadena muchas dinámicas sociales y políticas, pero aun así se puede seguir considerando el uso de variables independientes en un modelo factorial, en vez de considerar lo que modela el funcionamiento del propio sistema de salud. Cuando adaptemos metodologías de otras disciplinas, como el análisis de economía política, la etnografía y la gestión de cambio organizacional, y las apliquemos a la experiencia de las personas en los sistemas de salud, nos será posible poner al descubierto los mecanismos del poder.²⁵⁻²⁷

La “resistencia a las políticas” es un fenómeno ampliamente difundido pero rara vez documentado en el campo de la salud. Se presenta cuando el sistema reacciona ante una intervención en una forma que neutraliza su efecto.²⁸ Un estudio realizado por el Laboratorio sobre Pobreza del MIT brinda un ejemplo excelente. Una ONG implementó un sistema de incentivos financieros para mejorar la asistencia de enfermeras que se ausentaban crónicamente del trabajo en Rayastán, India. Al comienzo, el programa fue efectivo, pero a los 18 meses de iniciarse ya las enfermeras habían encontrado una manera de cumplir con las reglas del sistema y,

sin embargo, seguir ausentándose.²⁹ La mayoría de iniciativas de salud pública con plazos breves y estrategias exhaustivas de monitoreo y evaluación pueden no detectar en absoluto la ocurrencia y los efectos de la resistencia a las políticas.

“Emergencia” es un concepto que se opone a los modelos convencionales de salud pública que intentan separar y medir cada uno de los factores causales en lugar de reconocer que el sistema completo es algo más que la suma de sus partes y no se puede desagregar en los elementos que lo constituyen.³⁰ Sostenemos que se puede lograr una mejor rendición de cuentas cuando se la considera como propiedad emergente de un sistema con múltiples relaciones de rendición de cuentas, al interior de una cultura general de transparencia, derechos, responsabilidad y solidaridad. Se requiere una perspectiva que capte la totalidad del paisaje político así como las actividades y negociaciones que se dan entre todos los actores.

La incapacidad o la renuencia a entender y lidiar con la naturaleza de estas dinámicas ha llevado a los modelos de “falla persistente en la aplicación” que vemos una y otra vez en el campo de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como en otros campos de la salud a nivel mundial.³¹ Por ejemplo, el entusiasta empeño en seguir y promover (o imponer) las denominadas mejores prácticas, respaldadas con pruebas, ha llevado con frecuencia a un “mimetismo isomorfo”: países que adoptan la forma de la práctica escogida – se redactan correctamente documentos de política, se cambian los currículos, se identifican los indicadores – pero las (dis)funciones subyacentes no cambian.³²

En realidad, las causas de la disfunción suelen ser complejas, pues presentan carencias de capacidad cuyo origen se remonta a la historia del colonialismo, y que luego continuaron con las iniciativas de modernización.³³ Las iniciativas basadas en resultados, que ponen énfasis en lograr objetivos en vez de contar insumos y que son muy populares hoy en todo el mundo en el campo de la salud, no aportan mucho a la solución de problemas relacionados con falta de capacidad, especialmente cuando los resultados que son recompensados no conocen la dinámica de poder utilizada para alcanzarlos. El programa Janani Suraksha Yojana (Maternidad sin riesgos)

de India es un ejemplo de ello. Brinda un incentivo monetario a las mujeres y a los trabajadores de salud de la comunidad si las mujeres embarazadas dan a luz en un establecimiento de salud, con muy poca preocupación en la calidad de la atención en ese servicio o en la manera cómo ese incentivo pudiera derivar en un trato abusivo u otras consecuencias “involuntarias”.³⁴

Concentrarse en los resultados sin estudiar el proceso también resulta problemático desde la perspectiva de los derechos humanos. Los acontecimientos recientes en el campo de la mortalidad materna muestran de qué manera los enfoques basados en los derechos pueden incorporar una comprensión más profunda de la responsabilidad. En las “Orientaciones técnicas sobre la aplicación de un enfoque basado en los derechos humanos a la ejecución de las políticas y los programas destinados a reducir la mortalidad y morbilidad prevenibles asociadas a la maternidad” de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos,³⁵ en lugar de prepararse solamente como un sistema que asegure su cumplimiento, la responsabilidad se presenta como “fundamental en cada etapa del proceso” – pasa por la planificación, la asignación de recursos, “la comunicación de resultados del terreno y llega hasta la aplicación en la práctica”.³⁵

Está claro que debemos reorientar nuestra atención. En nuestra calidad de colectivo mundial hemos invertido nuestra energía y nuestros recursos en objetivos mundiales sin tener una idea clara de lo que se necesita en las primeras líneas para que se den los cambios y se logre una aplicación de desempeño. Si no hay una estrategia clara para identificar y encarar esas dinámicas, la “responsabilidad” puede convertirse en un arma más empuñada por los poderosos, en vez de ser una herramienta para transformar las relaciones de poder.

Conclusiones

Es necesario que haya más claridad acerca de la manera como ocurre el cambio, en particular para la gente excluida y marginada, que deben ser la preocupación principal de los nuevos Objetivos de Desarrollo Sostenible. La experiencia nos muestra que tanto la aplicación como la responsabilidad se negocian – y lo mismo ocurre con el disfrute de los derechos y la salud sexual

y reproductiva.³⁶ Las políticas y programas que se implementan finalmente son mucho más heterogéneos que su expresión en el papel; son adaptados, trastocados y filtrados por jerarquías de poder formales e informales. El resultado es un producto negociado.^{18,37,38} Para lograr la aplicación de desempeño es preciso anticiparse, adaptarse e intervenir directamente en este proceso de negociación. De modo similar, para lograr un sistema donde la responsabilidad sea emergente es necesario mediar entre valores en conflicto en muchos niveles y “repolitizar” el proceso.⁶ Los conflictos de intereses no se pueden comprometer ni negociar si no se conoce a los más poderosos o si los desafíos se consideran algo exclusivamente técnico, pues con ello cualquier progreso se vuelve vulnerable a la resistencia a las políticas.

¿Qué significa esto para el trabajo de los promotores y de los implementadores? Es necesario construir la responsabilidad de abajo hacia arriba con nuevos conceptos y herramientas que ayuden a modelar el cambio. La reorientación que proponemos se basa en algunas tendencias emergentes en la salud mundial, la evaluación de programas y el desarrollo que se enfoca en la expresión del poder y enfatiza las experiencias vividas por aquellas personas cuya salud y cuyos derechos están en juego.

Por ejemplo, los métodos antropológicos como la observación participante no solo son valiosos por sí mismos, sino que se pueden combinar estratégicamente con métodos cuantitativos estándar que son utilizados en la investigación clínica.³⁹ Metodologías para el desarrollo de estrategias, como la de Andrews et al la “Adaptación Iterativa Impulsada por Problemas” se mueven desde abajo hacia arriba para considerar sistemáticamente el contexto y anticipar la resistencia a las políticas, involucrando a un amplio espectro de actores para que participen en un proceso iterativo y permanente de identificación de programas, corrección y aprendizaje.⁴⁰ Una evaluación realista y otros enfoques teóricos aportan un nuevo reconocimiento de la importancia del contexto, y también ayudan a esclarecer el mecanismo de cambio real, en vez de solo detectar una asociación estadística entre la exposición a una intervención y un resultado deseado.⁴¹ El uso disciplinado de los marcos de trabajo de la teoría del cambio, tal como lo ha

propuesto Klugman para que haya promoción y defensa efectivas de la justicia social, asegura que se preste atención a todos los elementos esenciales de un proceso de cambio cuidadosamente construido.⁴² Finalmente, los instructores de activistas han desarrollado modelos, como el cubo de poder de Gaventa o las tipologías del poder de VeneKlasen, para orientar a los activistas cuando tengan que decidir cómo exigirán y cómo usarán ellos mismos el poder en forma constructiva.^{43,44}

Estas técnicas no son una respuesta sino solo herramientas sencillas para guiar al investigador, planificador, implementador o activista empeñado, en la aplicación sistemática de lo que finalmente es una opción política: poner el forcejeo con los mecanismos del poder de vuelta en el centro de la comprensión de cómo se da el cambio – y realizar el trabajo en salud pública o derechos humanos sobre esa base. No nos engañamos a nosotros mismos pretendiendo que la “participación” o “la negociación en el terreno” pueden, por sí solas, superar las diferencias de poder en primera línea; de hecho, estos procesos a veces pueden realmente engendrar y reproducir la exclusión. Pero si usamos estas herramientas con “ojos bien abiertos”, en un enfoque fundamentado que aproveche el conocimiento y la mediación de actores en el seno del sistema de salud, tendremos el potencial para generar cambios. Y el campo está abierto: si quienes influyen en los medios académicos y editoriales, en las donaciones y ayuda para el desarrollo y en el diseño de políticas y programas asumen estos puntos fundamentales, habrá espacio y apoyo para metodologías nuevas y creativas.

Esto puede significar una nueva y creativa forma de pensar sobre los parámetros clave para el seguimiento del monitoreo mundial de los próximos Objetivos de Desarrollo Sostenible. También significaría que iniciativas mundiales, como el Grupo de Expertos de Evaluación en materia de Rendición de Cuentas para la Salud de la Mujer y el Niño que ha lanzado un llamado para que haya sistemas de salud centrados en las personas (en vez de centrarse en la intervención),⁴⁵ amplíen sus enfoques trascendiendo los niveles nacional y mundial para destacar las dinámicas, bien distintas, que operan en el nivel local para impedir el acceso y la equidad.

Referencias

1. Chandler RC, Plano JC. *The Public Administration Dictionary*. 2nd ed. Santa Barbara: ABC-Clio, 1988.
2. World Bank Institute. *Social Accountability in the Public Sector: A Conceptual Discussion and Learning Module*. Washington, DC: World Bank, 2005. http://siteresources.worldbank.org/WBI/Resources/Social_Accountability_in_the_Public_Sector_with_cover.pdf.
3. Ravindran TKS, Fonn S. Are social franchises contributing to universal access to reproductive health services in low-income countries? *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):85-101.
4. Kruk M, Kujawski S, Mbaruku G, et al. Disrespectful and abusive treatment during facility delivery in Tanzania: a community and facility survey. 2013 (submitted)
5. George A. Using accountability to improve reproductive health care. *Reproductive Health Matters* 2003;11(21):161-70.
6. Berer M. Repoliticising sexual and reproductive health and rights. *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):4-10.
7. Easterly W. Democratic accountability in development: the double standard. *Social Research: An International Quarterly* 2010;77(4):1075-104.
8. Brinkerhoff DW. Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance. *Health Policy and Planning* 2004;19(6):371-79.
9. World Bank. *Silent and Lethal: How Quiet Corruption Undermines Africa's Development Efforts*. Washington, DC: World Bank, 2010.
10. Times of India. CBI files second charge sheet in NRHM scam. 4 April 2012. http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2012-04-04/india/31286817_1_charge-sheetchargesheet-nrhm.
11. Joshi A, Lavalle AG. Collective action around service delivery 'how social accountability can improve service delivery for poor people'. Sussex: Institute of Development Studies. http://www.sasnet.org/documents/Resources/How%20SA%20can%20improve%20SD%20for%20Poor_IDS.pdf.
12. Booth D. Working with the grain and swimming against the tide: barriers to uptake of research findings on governance and public services in low-income Africa. *Public Management Review* 2012;14(12):163-80.
13. Mansuri G, Rao V. *Localizing Development: Does Participation Work?* Washington, DC: World Bank, 2013.
14. Joshi A, Houtzager P. Widgets or watchdogs? *Public Management Review* 2012;14(2):145-62.
15. Holland J, Ruedin R, Scott-Villiers P, et al. Tackling the governance of socially inclusive service delivery. *Public Management Review* 2012;14(2):181-96.
16. Rocha Menocal A, Sharma B. *Joint evaluation of citizens' voice and accountability: synthesis report*. London: DFID, 2008. <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/3425.pdf>.
17. Gaventa J, McGee R. The impact of transparency and accountability initiatives. *Development Policy Review* 2013;31(s1):s3-s28.
18. Lehmann U, Gilson L. Actor interfaces and practices of power in a community health worker programme: a South African study of unintended policy outcomes. *Health Policy and Planning* 2012;28(4):358-66.
19. Kaler A, Watkins SC. Disobedient distributors: street-level bureaucrats and would-be patrons in community-based family planning programs in rural Kenya. *Studies in Family Planning* 2001;32(3):254-69.
20. Aitken JM. Voices from the inside: managing district health services in Nepal. *International Journal of Health Planning and Management* 1994;9(4):309-40.
21. Schofield J, Sausman C. *Symposium on implementing public policy: learning from theory and practice*. Public Administration 2004;82(2):235-48.
22. Fixsen DL, et al. *Implementation research: a synthesis of the literature*. FMHI Publication No.231. Tampa: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, National Implementation Research Network, 2005. <http://nirn.fpg.unc.edu/sites/nirn.fpg.unc.edu/files/resources/NIRN-MonographFull-01-2005.pdf>.
23. De Savigny D, Adams T, editors. *Systems thinking for health systems strengthening*. Geneva: Alliance for Health Policy and Systems Research, World Health Organization, 2009.

24. Paina L, Peters D. Understanding pathways for scaling up health services through the lens of complex adaptive systems. *Health Policy and Planning* 2012;27:365–73.
25. Penn-Kekana L, McPake B, Parkhurst J. Improving maternal health: getting what works to happen. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):28–37.
26. Erasmus E, Gilson L. How to start thinking about investigating power in the organizational settings of policy implementation. *Health Policy and Planning* 2008;23:361–68.
27. Thomas LS, Jina R, Tint KS, Fonn S. Making systems work: the hard part of improving maternal health services in South Africa. *Reproductive Health Matters* 2007;15(30):38–49.
28. Sterman JD. Learning from evidence in a complex world. *American Journal of Public Health* 2006;96(3):505–14.
29. Banerjee AV, Duflo E, Glennerster R. Putting a band-aid on a corpse: incentives for nurses in the Indian public health care system. *Journal of the European Economic Association* 2008;6(2–3):487–500.
30. O'Connell L. Program accountability as an emergent property: the role of stakeholders in a program's field. *Public Administration Review* 2005;65(1):85–93.
31. Pritchett L, Woolcock M, Andrews M. *Capability traps? The mechanisms of persistent implementation failure.* Washington, DC: Center for Global Development, 2011.
32. Freedman LP. Integrating HIV and maternal health services: will organizational culture clash sow the seeds of a new and improved implementation practice? *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2011;57:S80–S82.
33. Pritchett L, Woolcock M. Solutions when the solution is the problem: arraying the disarray in development. *World Development* 2004;32(2):191–212.
34. Dasgupta J. Ten years of negotiating rights around maternal health in Uttar Pradesh, India. *BMC International Health and Human Rights* 2011;11(Suppl 3):S4.
35. United Nations High Commissioner for Human Rights. *Technical guidance on the application of a human rights-based approach to the implementation of policies and programmes to reduce preventable maternal morbidity and mortality.* A/HRC/21/22. Geneva: UN General Assembly, 2012. http://www2.ohchr.org/english/issues/women/docs/A.HRC.21.22_en.pdf.
36. Petchesky R, Judd K. *Negotiating Reproductive Rights: Women's Perspectives across Countries and Cultures.* New York: Zed Books, 1998.
37. Barrett SM. Implementation studies: time for a revival? Personal reflections on 20 years of implementation studies. *Public Administration* 2004;82(2):249–62.
38. George A. 'By paper and pens, you can only do so much': views about accountability and human resource management from Indian health administrators and workers. *International Journal of Health Planning and Management* 2009;24(3):205–24.
39. Messac L, Ciccarone D, Draine J, et al. The good-enough science-and-politics of anthropological collaboration with evidence-based clinical research: four ethnographic case studies. *Social Science and Medicine* 2013; Doi: 10.1016/j.socscimed.2013.04.009.
40. Andrews M, Pritchett L, Woolcock M. *Escaping capability traps through problem-driven iterative adaptation (PDIA).* Working Paper 299. Washington, DC: Center for Global Development, 2012. <http://www.cgdev.org/publication/escaping-capability-traps-throughproblem-driven-iterative-adaptation-pdia-working-paper>.
41. Pawson R, Tilley N. *Realistic Evaluation.* London: Sage, 1997.
42. Klugman B. *Effective social justice advocacy: a theory-of-change framework for assessing progress.* *Reproductive Health Matters* 2011;19(38):146–62.
43. Gaventa J. *The Powercube.* www.powercube.net.
44. VeneKlasen L, Miller V. *Power and empowerment.* In: *A New Weave of Power, People & Politics: The Action Guide for Advocacy and Citizen Participation.* JASS, March 2007. <http://www.justassociates.org/en/resources/new-weave-power-people-politics-action-guideadvocacy-and-citizen-participation>.
45. *Every Woman, Every Child: Strengthening Equity and Dignity through Health.* 2nd Report of the Independent Expert Review Group on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: WHO, 2013.

ARTÍCULO

Objeción de conciencia, trabas y aborto en caso de violación: un estudio entre médicos de Brasil

Debora Diniz,^a Alberto Madeiro,^b Cristiano Rosas^c

- a Catedrática, Programa de Estudios Superiores sobre Políticas Sociales, Universidad de Brasilia (UnB)/Anis, Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género, Brasilia, Brasil. Contacto: anis@anis.org.br
- b Catedrático, Centro de Investigación y Programa de Extensión sobre Salud de la Mujer. Universidad Estatal de Piauí (Uespi), Teresina, Brasil/Anis. Instituto de Bioética, Derechos Humanos y Género, Brasilia, Brasil.
- c Médico, Comisión de Violencia Sexual, Federación Brasileña de Obstetricia y Ginecología (FEBRASGO), Sao Paulo, Brasil

Resumen: *En Brasil, para tener un aborto legal en el caso de una violación, la declaración de la mujer de que fue violada es suficiente para garantizar su derecho al aborto. El objetivo de este estudio fue entender la práctica y las opiniones de ginecobstetras en Brasil con relación a la prestación de servicios de aborto en el caso de violación. Desde abril hasta julio de 2012 se realizó un estudio de métodos combinados, con 1690 gineco-obstetras que respondieron a un cuestionario electrónico estructurado. En la fase cuantitativa, el 81.6% de los médicos requerían una denuncia policial o autorización judicial para garantizar los servicios solicitados. Las entrevistas telefónicas a profundidad con 50 de estos médicos mostraron que a menudo verificaban la declaración de violación por parte de las mujeres, pidiéndoles que repitieran su historia a varios profesionales de la salud; el 43.5% de estos invocaron objeción de conciencia cuando no estaban seguros de que la mujer estuviera diciendo la verdad. El ambiente moral del aborto ilegal cambia el propósito de escuchar a una paciente: de brindarle atención a juzgarla. Los datos indican que el acceso de las mujeres a los servicios de aborto legal está siendo bloqueado por estas barreras a pesar de lo que señala la ley. Recomendamos que FEBRASGO y el Ministerio de Salud trabajen conjuntamente para aclararles a los médicos que la declaración de violación por parte de la mujer debe permitirle acceso a un aborto legal.* © 2015, edición en español, 2014 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: objeción de conciencia, ley y políticas de aborto, barreras al aborto, violación, violencia sexual, relaciones médico-paciente, Brasil.

El Código Penal de Brasil, 1940, solo autoriza el aborto en caso de violación o cuando la vida de la mujer está en riesgo.¹ En 2012, una resolución de la Corte Suprema de Brasil legalizó el aborto también en casos de anencefalia fetal.² A pesar de las restricciones penales, la magnitud de los abortos clandestinos en el país es alta. Un estudio nacional con métodos directos de recopilación de información, llevado a cabo en 2010, reveló que el 15% de las mujeres entre la edad de 18

y 39 años había abortado por lo menos una vez.³

La normativa vigente para los servicios de aborto fue formulada en los años noventa; sin embargo, en 1996 solo había cuatro centros de salud pública que practicaban abortos legales en el país.⁴ En 1999, el Ministerio de Salud de Brasil publicó una serie de directrices técnicas para la *Prevención y tratamiento de lesiones causadas por violencia sexual contra mujeres y adolescentes*, las cuales estimularon la organización

de nuevos servicios. En 2001, se registraron 63 hospitales en 24 de los 27 estados de Brasil para practicar abortos siguiendo estas directrices. Aun así, la mayoría se concentró en las capitales de Estado y en las grandes ciudades, lo que constituye una barrera al acceso del servicio en un país que tiene las dimensiones de un continente.^{4,5}

El acceso de las mujeres a servicios de aborto legal puede hacerse difícil por varias razones: desde la objeción de conciencia de los profesionales de la salud hasta la exigencia de exámenes médicos adicionales, documentos policiales, o autorizaciones judiciales, las cuales consideramos como “barreras”. La imposición de barreras puede causar daño a las mujeres, principalmente al postergar su acceso a la atención médica.^{6,7} En Brasil, las normativas del Ministerio de Salud, exigen a las víctimas de tener que presentar una denuncia policial, un dictamen médico o una autorización judicial. El único documento necesario para el aborto en caso de violación es la autorización firmada por la mujer.⁸

Al igual que ocurre con normativas internacionales, el Código Brasileño de ética médica y las normas técnicas del Ministerio de Salud, reconocen el derecho del médico a la objeción de conciencia.^{8,9} La base moral para la objeción de conciencia en casos de aborto parece ser distinta en países con tradición católica/cristiana, como Brasil, donde la ley es restrictiva y los servicios de derivación de aborto son públicos y están disponibles principalmente en las grandes ciudades.¹⁰ En esta situación, la negativa a practicar un aborto puede ser una barrera adicional para las mujeres que han sido violadas.⁶

Los estudios sobre los conocimientos y opiniones de los gineco-obstetras sobre el aborto a principios de la década del 2000 en Brasil no investigaron sus prácticas concretas en la prestación de servicios de aborto. Sin embargo, un estudio de 2003 entre 4,323 gineco-obstetras sobre la normativa nacional de aborto, reveló que alrededor de dos tercios de los médicos pensaban que era necesaria una autorización judicial para practicar un aborto.¹¹ Otro estudio entre 572 gineco-obstetras lanzó hallazgos similares, ya que solo el 48% demostró tener un conocimiento adecuado sobre los requerimientos legales para la realización de un aborto.¹² En lo que respecta a

la opinión pública, un estudio reciente ha demostrado que, aunque los brasileños difieren respecto a cuándo el aborto debería ser legal, la mayoría está de acuerdo en que las mujeres no deberían ser encarceladas por dicha práctica.¹³

Los gineco-obstetras brasileños son profesionales con un rol central en lo que respecta a la salud sexual y reproductiva de las mujeres, ya que solo los médicos pueden practicar abortos. Los estudios internacionales demuestran que el principal motivo que aducen los médicos para alegar objeción de conciencia en casos de aborto son las creencias religiosas.^{14, 15} Han sido pocos los estudios que analizan la realidad de las objeciones de conciencia en Brasil. En 2012, un estudio cualitativo con gineco-obstetras de un servicio de derivación para abortos legales en Salvador, una ciudad en el noreste brasileño, demostró que las principales razones para que los médicos se nieguen a practicar abortos son el temor a ser enjuiciados y el estigma relacionado al aborto.¹⁶

No hay información nacional sobre cómo proceden moralmente estos profesionales de la salud cuando una mujer violada pide abortar. No hay evidencia sobre las barreras que deben afrontar las mujeres ni, lo que es más importante, del impacto que tiene la negativa de un médico para brindar el servicio. Este artículo, describe los resultados de un estudio nacional que busca entender las opiniones y prácticas de los gineco-obstetras brasileños con respecto al aborto en el caso de violación.

Metodología

Se realizó un estudio de método mixto entre médicos afiliados a la Federación Brasileña de Obstetras y Ginecólogos (FEBRASGO), la organización médica de obstetras y ginecólogos más grande del país. El estudio se llevó a cabo en dos fases entre abril y julio de 2012 – primero, la fase cuantitativa utilizando un cuestionario electrónico, luego, la fase cualitativa a través de entrevistas telefónicas más detalladas.

En la primera fase, los 15, 000 miembros de FEBRASGO recibieron una invitación electrónica a participar, enviada por

dicha federación, y se obtuvo un muestreo por conveniencia de encuestados. Se subió un cuestionario para ser completado por los mismos encuestados a un sitio web donde estuvo disponible durante tres meses, entre abril y junio 2012. Cada mes, durante los siguientes tres meses, se volvió a enviar la invitación. La encuesta electrónica era estructurada y anónima e incluía preguntas sobre la edad, sexo, lugar de residencia, religión, tiempo que llevan ejerciendo la profesión y experiencia brindando atención a mujeres que habían sido violadas. Luego, el instrumento tenía dos preguntas sobre los documentos que una mujer debe presentar para poder acceder a un servicio de aborto y sobre la objeción de conciencia del médico. Estas dos preguntas permitían múltiples alternativas. Una prueba previa del cuestionario o pre-test se logró en dos etapas con la participación de especialistas académicos y 35 gineco-obstetras. Los datos obtenidos del pre-test fueron descartados.

En esta fase cuantitativa la información se tabuló en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2007 para el análisis descriptivo de la información sociodemográfica.

Las preguntas que permitían múltiples respuestas fueron categorizadas con valores: 0 (no) y 1 (sí) y las respuestas fueron tabuladas (solo la declaración de la mujer, solo una denuncia policial, la declaración de la mujer más una denuncia policial, etc.). Se computaron la frecuencia y el porcentaje de las respuestas y las que fueron nombradas más veces se presentaron en cuadros.

En la segunda fase, los médicos de la fase cuantitativa fueron invitados a participar en entrevistas cualitativas y más detalladas y se les pidió que proporcionaran su correo electrónico y/o número de teléfono para un contacto posterior. De los 582 médicos, sobre el total de 1690 que manifestaron estar interesados en seguir participando, fueron seleccionados 50 basados en el criterio de que anteriormente habían brindado servicios de aborto a mujeres violadas, pertenecían a distintas edades, (por encima y por debajo de los 50 años de edad), sexos y regiones geográficas distintas (diez de cada una de las cinco regiones más importantes del país)

CUADRO 1. Características socio-demográficas de los/as gineco-obstetras (n = 1 690)

Características	Nº.	%
Sexo		
Femenino	904	53.5
Masculino	786	46.5
Edad (rango de 25 – 84 años)		
< 50 años	989	58.5
≥ 50 años	701	41.5
Tiempo de ejercicio de la especialidad		
< 10 años	441	26.1
10 – 20 años	389	23.0
>20 años	860	50.9
Religión		
No	453	26.8
Sí	1 237	73.2
Católica	846	50.1
Espírita	219	12.9
Evangélica	115	6.8
Otras	45	2.7
No especificada	12	0.7
Atendió a mujeres víctimas de violación		
No	902	57
Sí	788	43

En junio y julio de 2012, se realizaron las entrevistas telefónicas detalladas con los 50 encuestados. Se utilizó un instrumento semiestructurado con todos los participantes. Los datos fueron recopilados utilizando 15 preguntas organizadas en tres secciones: “¿Qué documentos debe proporcionar una mujer para que se le practique un aborto?”; 2) “¿Cuál es su postura con relación a la objeción de conciencia en casos de aborto?”; y 3) “¿Se ha negado usted en alguna ocasión a practicar un aborto legal?”

En esta fase cualitativa, las entrevistas fueron grabadas y transcritas. Dos investigadores se dedicaron a leer y codificar las transcripciones (un médico y un científico social) independientemente. La información fue tabulada utilizando un instrumento de cinco preguntas sobre la experiencia de los médicos en atención sanitaria a mujeres víctimas de violación, los documentos requeridos para el aborto y la objeción de conciencia. Los investigadores

compararon la información y cuando hubo discrepancias, se discutieron los análisis.

Se obtuvo consentimiento informado en ambas fases de la investigación. En la fase cuantitativa, este fue solicitado electrónicamente, y durante la entrevista telefónica los participantes manifestaron su acuerdo de forma oral. En los cuestionarios electrónicos, así como en las entrevistas, los participantes mantuvieron el anonimato. Para garantizarlo, las respuestas de los participantes no fueron separadas por Estados o regiones del país. El estudio fue autorizado por FEBRASGO y aprobado por el Comité de ética de la Universidad de Brasilia.

Conclusiones y discusión

Fase 1: Características de los encuestados.

El cuestionario fue contestado por 1690 médicos (11.3% de ellos había recibido una invitación a participar del estudio). Poco más de la mitad (Cuadro 1) eran mujeres (53.5%), 58.5% tenían menos de 50 años, y 50.9% practicaban la profesión desde hacía más de 20 años. La mitad eran de religión católica (50.1%); 26.8% no practicaban ninguna religión. Venían de todos los Estados del país, y la mayoría (57.2%) residía en la Región Sudeste, que tiene la mayor concentración de médicos de Brasil. El 43% manifestó haber brindado anteriormente atención en abortos a mujeres violadas.

Creando barreras al aborto en caso de violación

Solo el 13.7% de los médicos confiaba en que la declaración de la mujer sobre la violación bastaba para garantizar su derecho a un aborto. Casi la mitad (44.1%) solicitó por lo menos un documento, no requerido por ley, para acceder a practicar el aborto, tal como una denuncia policial (18.7%), autorización judicial (9.5%), el dictamen médico externo (9.3%) o incluso la autorización de un comité institucional de ética (6.6%). Para el 37% de los médicos, la mujer debía obtener y presentar dos o más de estos documentos para acceder al aborto (Cuadro 2).

Aún en los países donde el aborto es legal con una variedad más amplia de fundamentos, a menudo existe una serie de barreras que bloquean o dificultan el acceso de las mujeres al

aborto. Existen barreras logísticas (tales como la falta de servicios en zonas rurales y falta de personal capacitado).¹⁷ Barreras sociales (tales como que las mujeres no sepan qué servicios están a su disposición y que tienen el derecho a un aborto)⁶ y barreras administrativas (tales como un período de espera de 24 horas o asistencia psicológica obligatoria, a menudo brindada por otros profesionales, que discuten los “riesgos” del procedimiento o la adopción como alternativa).^{18,19}

Cuadro 2. ¿Qué exigieron los médicos para realizar un aborto en caso de violación? (n = 1 690)

Requisitos	No	%
Solo el relato de la mujer	232	13.7
Solo una denuncia policial (DP)	317	18.7
Solo un dictamen médico externo (DE)	157	9.3
Solo la autorización judicial (AJ)	160	9.5
Solo la autorización del Comité institucional de ética (CE)	112	6.6
Más de un requisito		
DP + DE	153	9.1
DP + DE + AJ	96	5.7
DP + DE + AJ + CE	103	6.1
Otros ^a	281	16.6
No sabe/ no expresó una opinión	79	4.7

^a Otros fueron: DP + DE + AJ (4.9%); DP + AJ (3.2%); DE + AJ (3.1%); DP + AJ + CE (2.1%); DP - DE (2.1%) CE + AJ (0.9%); CE + DE (0.3%)

El hecho de que un porcentaje tan alto de médicos (81.6%) dijera que exigía documentos no requeridos por la normativa nacional de aborto puede ser considerado un gran obstáculo para el acceso. Si bien el estudio no explora en detalle por qué los médicos sienten que deben imponer estas barreras, algunos de ellos sí mencionaron el miedo a ser estigmatizados a causa del restrictivo contexto nacional en materia de aborto. La posibilidad de que actúen deliberadamente para bloquear el derecho legal de las mujeres a acceder a un aborto legal no puede ser ignorada, pero probablemente no lo expresarían libremente en una entrevista telefónica. Aunque conocer sus razones es importante

para poder influenciar en su forma de pensar, el resultado es que barreras como estas pueden dañar a las mujeres, incluyendo los riesgos a su salud mental y el estrés ocasionado por el retraso mientras consigue las autorizaciones.²⁰

Cuadro 3 Disposición del médico a realizar abortos con sustento legal de acuerdo a la legislación brasileña o qué harían si no realizan un aborto (n = 1690)		
	N°	%
Realizarían un aborto		
En caso de violación	353	20.9
En caso de violación solo con autorización judicial	305	18.0
Solo si la vida de la mujer está en riesgo	43	2.5
Solo si hay malformación fetal	28	1.7
Por malformación fetal + riesgo para la vida de la mujer	119	7.0
Otras razones	83	4.9
No realizarían un aborto por motivos religiosos	76	4.5
No realizarían un aborto en caso de violación pero sí:		
Derivarían a la mujer a otro profesional	460	27.2
Tratarían de convencer a la mujer para que no aborte	106	6.3
Derivarían a la mujer pero tratarían de convencerla para que no aborte	46	2.7
Otros	47	2.8
No sabe/ no expresó una opinión	24	1.4

Disposición a practicar abortos legales en caso de violación

El cuadro 3 muestra que casi la mitad (43.5%) de los 1690 médicos dijo que no practicarían un aborto en caso de violación. Solo 4.5% de las negativas fueron justificadas con motivos religiosos. Para el 27.2% de ellos, la negativa de realizar el aborto ellos mismos no les impediría derivar a la mujer a otro médico. Por otro lado, 20.9% de ellos indicaron que sí practicarían el

aborto si el embarazo fuera resultado de una violación. Un 18% adicional también dijo que lo haría pero solo con una autorización judicial (Cuadro 3). Más aún, solo 11.2% dijeron que practicarían el aborto legal solamente en los otros casos en los que es legal, vale decir, feto con anencefalia (1.7%), riesgo de muerte para la mujer (2.5%), o ambos (7.0%).

La objeción de conciencia puede ser entendida como un derecho individual del médico. Sin embargo, el deber de brindar cuidados es también una responsabilidad profesional – y las mujeres tienen el derecho a recibir atención médica adecuada cuando busquen servicios de aborto en caso de violación.^{7,21} Estudios empíricos realizados en otros países han demostrado que la mayoría de médicos que se niegan a practicar abortos invocando objeciones de conciencia creen que deberían también justificar sus motivos y referir a la mujer a otro servicio o profesional.^{22,23} Los médicos varones y aquellos que declaran practicar alguna religión son los que, con más frecuencia, no le informan a la mujer sobre todas las opciones que tiene a su disposición, y hasta se rehúsan a derivarla a otro profesional.^{14,15}

Un estudio de 2004 entre 4261 gineco-obstetras brasileños mostró que el 65% piensa que debería haber una revisión liberal de la normativa brasileña sobre aborto.¹¹ Se obtuvo información similar en otro estudio de 2005, donde se demostró que los médicos que apoyaban leyes de aborto más liberales eran también quienes manejaban más información de las normativas sobre aborto.¹² Sin embargo, no hay información sobre la objeción de conciencia en casos de aborto entre los gineco-obstetras brasileños. Puede ser que muchos médicos estén de acuerdo con que la legislación sobre aborto sea más liberal, pero también se niegan a practicar los abortos.

Fase 2: Entrevistas cualitativas

El 81.6% de los 1690 médicos manifestó que ellos exigían documentos no requeridos por reglamentos nacionales a las mujeres que querían abortar por haber sido víctimas de violación. De las tres situaciones en la que es legal practicarse un aborto, es en el caso de la violación sexual donde se encuentran las mayores barreras de parte de los médicos. Por

el contrario, en el caso en que la vida de la mujer estuviera amenazada, los médicos entrevistados coincidieron en señalar que era una obligación brindar el servicio de aborto. Por lo tanto, en las entrevistas exploramos las razones que dieron los médicos para poner barreras al aborto en caso de violación. Para averiguarlo les hicimos una pregunta fundamental: “¿Cómo podemos saber si en verdad hubo violación?” Al responder, los médicos describieron las barreras que establecieron como estrategias para verificar la veracidad de la denuncia de violación.

Los médicos comprendían que los reglamentos exigen solo el consentimiento de la mujer y un embarazo no mayor de 20 semanas. En general, no hubo malos entendidos sobre este marco legal, lo que sugiere que no es una falta de información lo que los lleva a crear obstáculos para el acceso al aborto. Nuestra tesis es que estas barreras representan un traslape de la responsabilidad de las autoridades médicas y de las policiales respecto a la *veracidad de la violación*. En un contexto legal de excepciones para el aborto ilegal, que caracteriza a la prestación de servicios de aborto en Brasil, las barreras permiten que el doctor actúe como policía y no solo como un médico profesional. Vale decir que cuando no es necesaria una denuncia policial obligatoria, los médicos encarnan el papel de la policía imponiendo sus propias barreras a las mujeres y que ellas tendrán que superar.

Con excepción de unos pocos médicos que se describen a sí mismos como profesionales sensibles al género, la narración de una mujer no bastaba para mitigar lo que ellos consideraban un “riesgo de ser enjuiciados por creer en una falsa historia de violación”. Sin embargo, aquí cabe aclarar su expresión de temor: tenía más que ver realmente con su sentido del honor profesional que con el temor a una intimidación penal concreta. Los doctores saben que no hay una sanción profesional si la historia de la mujer no es verdadera, y ninguno de ellos había tenido una experiencia de ese tipo. Sin embargo, muchos de ellos sí expresaron su convicción personal de que el médico tiene la obligación de investigar la historia de la violación para intimidar a las mujeres que intenten engañarlos. No basta la inspección visual del médico para evitar ese riesgo, todo el equipo

de salud debía participar en la reconstrucción de la historia de la violación para asegurar que la mujer estuviera diciendo la verdad:

“Mi equipo tuvo la precaución de que cada miembro escuchara la historia de la mujer por separado para determinar si realmente hubo violación.”

Los 23 médicos describieron que en las entrevistas realizadas por sus equipos de salud la forma de investigación más utilizada consistió en escuchar la “confesión” de la mujer en las circunstancias que establecían los profesionales. El médico era el último en escuchar su historia ya que él era la pieza clave de acceso al servicio. Además de justificar que el conocimiento y el poder son compartidos por todos los miembros del equipo, las “confesiones” consecutivas también son una táctica investigativa. La historia clínica de la mujer se usa para dejar asentada la evidencia y cualquier contradicción que escuche cada uno de los oyentes –errores menores en fechas o eventos– pueden despertar sospechas sobre la veracidad de la violación.

“Tres personas la escuchan [a la víctima]. Ella debe contar la misma historia a la enfermera, después al trabajador social y después a mí. Por consiguiente hay tres ocasiones en que ella debe narrar exactamente la misma historia y dar los datos de la hora y la fecha de la violación.”

Ese traslape entre la prestación de servicios de salud y la ejecución de un trabajo de investigación policial se da en la exigencia de documentos legales, una ecografía para confirmar la cronología de los hechos y que la mujer presente un trauma psicológico. Los médicos señalaron que los equipos de salud no consideraban que estos múltiples escollos (pruebas) que las mujeres debían sortear fueran barreras, sino que eran más bien indicios de “cautela profesional”.

Los médicos tienen sentimientos encontrados y ambiguos en este entorno moral del aborto ilegal, como son el temor, el estigma y la vergüenza, que alteran el propósito de escuchar a la paciente pues ya no lo hacen para atenderla sino para juzgarla: “una mujer podría tratar

de usar los servicios para un aborto que no es legal... aun cuando sí es legal en caso de violación". Buscar la verdad se convierte en una obligación moral, autoimpuesta por el personal, puesto que hay un contexto legal en el cual el aborto es un delito. Las barreras se explican como actos responsables, como precauciones para evitar "ser engañados por mujeres imprudentes", y también para proteger a los servicios ofreciendo una imagen de seriedad antes de aceptar una historia de violación. Por ello, el delito de aborto exige que los médicos se den un nuevo perfil convirtiéndose en expertos en trauma y violación.

La cronología de la violencia es una parte fundamental para establecer la veracidad - "a veces la historia no concuerda con la fecha [de un embarazo], con la fecha de la última menstruación, con la fecha del coito". Para resolver el enigma se divide el trabajo. Cada miembro del equipo busca una prueba diferente - el doctor observa el cuerpo de la embarazada, el psicólogo y el trabajador social examinan el trauma y las relaciones sociales entre la víctima y el agresor. La reglamentación sobre el aborto en Brasil limita la posibilidad de realizar un aborto legal después de las 20 semanas de gestación. Debido a este límite la duración del embarazo es una pieza clave de información para que una mujer pueda tener acceso al servicio y para componer lo que se denomina una "historia clínica adecuada".

La ecografía se considera una prueba irrefutable, como si se tratara de un documento técnico oficial que reconoce que la narración de la mujer es legítima y protege al equipo de salud contra un enjuiciamiento penal. Sin embargo, la imagen de un feto también tiene un carácter ambiguo - a los médicos sensibles los tranquiliza pero también les atormenta su impulso de brindar atención médica. De otro lado, es una prueba técnica del relato cronológico de la mujer; sin embargo, se pueden aceptar pequeños errores en la cronología por la falibilidad de la técnica - "dos semanas más o menos son errores comunes". Pero también puede ser un padecimiento para los doctores: uno de los síntomas psicológicos del trauma es la dificultad de recordar los hechos cronológicamente; vale decir, que los errores de la memoria pueden indicar la veracidad de la violencia. Es más, muchos casos de abuso en

el seno de la familia se rigen por el silencio y las víctimas, cuando llegan a los servicios de salud, suelen estar en una etapa avanzada del embarazo. La imagen de un feto mayor de 20 semanas se convierte en un obstáculo para realizar el aborto, a pesar de que médicamente se comprenda que el aborto es necesario para la salud de las niñas y adolescentes.

Sin embargo, el hecho de que los médicos establezcan una distinción entre rehusarse a brindar atención médica e imponer barreras de rutina es fundamental para nuestras conclusiones, y es lo que explica la imposición rutinaria de estas barreras: ninguno de ellos se negaría a "atender" pero "atender" o brindar cuidados de salud tienen un significado especial en sus servicios clínicos. Brindar atención médica no es lo mismo que brindar servicios médicos de aborto - 44% de los 50 médicos con experiencia en "atender" mujeres víctimas de violación declaró estar en contra de los servicios de aborto. Aceptaban la obligación moral de "brindar cuidados de salud" a una mujer violada; consulta clínica y prevención de enfermedades de transmisión sexual, que describen como prácticas neutrales, pero el procedimiento médico del aborto estaba sujeto al rechazo moral; es decir, que no se entendía como una obligación médica. Por todo esto, para estos médicos había una separación entre la ética médica de la atención y la moralidad del aborto - todos los médicos brindaban atención pero solo algunos de ellos practicaban un aborto en caso de violación. Esta tensión entre atender a una mujer y practicarle un aborto, dependía de las creencias individuales del médico; ninguno de ellos consideraba que el derecho a negarse a "atender" incluye una negativa de la institución.

En los servicios públicos de Brasil la objeción de conciencia se moldea en cada localidad debido a la ambigüedad que hay entre el derecho que tiene cada médico a negarse a realizar un aborto y la obligación individual e institucional de brindar asistencia y atención médica como tarea obligatoria. El sistema de salud pública permite derivar a los pacientes a otros servicios y los médicos que tienen a su cargo los servicios de aborto no están moralmente en contra de brindar atención y practicar el aborto. Sin embargo, en casos específicos,

en los cuales la rutina de la investigación los hace sentirse inseguros sobre la veracidad de la violación, el médico exige el derecho a la objeción de conciencia:

“Muchas veces me he negado a practicar el aborto porque, al menos para mí, era muy claro que había sido una relación sexual consensual y no un coito violento.”

Como la sospecha no es un motivo razonable para negarse a brindar atención, 34% de los 50 médicos declararon que se negaron a realizar el aborto por motivos religiosos. Entonces, la religión convierte la sospecha en algo razonable y hace que la negativa a practicar el aborto no parezca un acto discriminatorio contra la mujer.

Consideraciones finales

Los resultados que hemos obtenido sugieren que las mujeres brasileñas que han sido víctimas de violación y que piden que se les practique un aborto tienen muchas posibilidades de enfrentarse con múltiples barreras. Las dificultades surgen sobre todo porque a las mujeres se les exige documentos médicos y/o judiciales que no son requeridos por las políticas del Ministerio de Salud. Un obstáculo

adicional se presenta cuando los médicos apelan a la objeción de conciencia. Los relatos de la mayoría de doctores en este estudio indican que ellos reconocen el derecho legal a recibir servicios de aborto en caso de violación pero, al mismo tiempo, postulan su derecho a hacer excepciones cuando falta una larga lista de pruebas que la mujer debe presentar para probar la veracidad de la violación. Varios médicos antepusieron la intención de protegerse del estigma y la deshonra profesional, lo cual refleja la ambigüedad de la sociedad brasileña respecto al derecho al aborto en caso de violación en un contexto de ilegalidad. Recomendamos que FEBRASGO y el Ministerio de Salud unan esfuerzos para que aclaren a los médicos que cuando una mujer declara que ha ocurrido una violación se le debe permitir acceder a un aborto legal.

Agradecimientos

Los autores agradecen al equipo de entrevistadores: Brenda Abreu, Érica Quinágua, Lina Vilela, Miryam Mastrella y Vanessa Dios; a Fabiana Paranhos por la supervisión logística; y a João Neves por crear el cuestionario electrónico y tabular los datos. También agradecemos a FEBRASGO por enviar los cuestionarios a sus miembros. El estudio fue financiado por el Safe Abortion Action Fund.

Referencias

1. Presidência da República. Casa Civil. Decreto-Lei n° 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Código Penal [internet]. Diário Oficial da União; 31 dez. 1940. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del2848.htm.
2. Supremo Tribunal Federal. Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental n° 54. Diário da Justiça Eletrônico n° 78/2012. <http://www.stf.jus.br/portal/diario-Justica/verDiarioProcesso.asp?numDj=77&dataPublicacaoDj=20/04/2012&incidente=2226954&codCapitulo=2&numMateria=10&codMateria=4>.
3. Diniz D, Medeiros M. Aborto no Brasil: uma pesquisa domiciliar com técnica de urna. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010;15(Suppl.1):959–66.
4. Faúndes A, Leocádio E, Andalaft J. Making legal abortion accessible in Brazil. *Reproductive Health Matters* 2002;10(19):120–27.
5. Villela WV, Araújo MJO. Making legal abortion available in Brazil: partnerships in practice. *Reproductive Health Matters* 2000;8(16):77–82.
6. Finer L, Fine JB. Abortion law around the world: progress and pushback. *American Journal of Public Health* 2013;103(4):585–89.
7. Cook RJ, Olaya MA, Dickens BM. Healthcare responsibilities and conscientious objection. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2009;104(3):249–52.
8. Ministério da Saúde do Brasil. Norma Técnica: Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. 2.ed. Brasília; 2005.
9. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica. Brasília; 2009. http://www.cremers.org.br/pdf/codigodeetica/codigo_etica.pdf.
10. Diniz D. Conscientious objection and abortion: rights and duties of public sector physicians. *Revista de Saúde Pública* 2011;45(5):981–85.
11. Faúndes A, Duarte GA, Andalaft-Neto J, et al. Conhecimento, opinião e conduta de ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto induzido. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria* 2004;26(2):89–96.
12. Goldman LA, García SG, Díaz J, et al. Brazilian obstetrician-gynecologists and abortion: a survey of knowledge, opinions and practice. *Reproductive Health* 2005;2:10.
13. Faúndes A, Duarte GA, Sousa MH, et al. Brazilians have different views on when abortion should be legal, but most do not agree with imprisoning women for abortion. *Reproductive Health Matters* 2013;21(42):1–9.
14. Harris LH, Cooper A, Rasinski KA, et al. Obstetriciangynecologists' objections to and willingness to help patients obtain an abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2011;118(4):905–12.
15. Rasinski KA, Yoon JD, Kalad YG, et al. Obstetriciangynecologists' opinions about conscientious refusal of a request for abortion: results from a national vignette experiment. *Journal of Medical Ethics* 2011;37(12):711–12.
16. Zordo S. Representações e experiências sobre aborto ilegal e legal dos ginecologistas-obstetras trabalhando em dois hospitais maternidade de Salvador da Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva* 2012;17(7):1745–54.
17. Greenberg M, Herbitter C, Gawinski B, et al. Barriers and enablers to becoming abortion providers: the Reproductive Health Program. *Family Medicine* 2011;44(7):493–500.
18. Donohoe M. Increase in obstacles to abortion: the American perspective in 2004. *Journal of American Medical Women's Association* 2005;60(1):16–25.
19. Downie J, Nassar C. Barriers to access to abortion through a legal lens. *Health Law Journal* 2007;15:143–73.
20. Grimes DA. Estimating of pregnancy-related mortality risk by pregnancy outcome, United States, 1991 to 1999. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2006;194(1):92–94.
21. Magelssen M. When should conscientious objection be accepted? *Journal of Medical Ethics* 2012;38(1):18–21.
22. Amado ED, García MCC, Crisancho KR, et al. Obstacles and challenges following the partial decriminalisation of abortion in Colombia. *Reproductive Health Matters* 2010;18(36):118–26.
23. Curlin FA, Lawrence RE, Chin MH, et al. Religion, conscience, and controversial clinical practices. *New England Journal of Medicine* 2007;356:593–600.

Bien por los avances en políticas y programas sobre VIH y violencia de género, y las investigaciones sobre el tema ¿están a su altura?

Sofía Gruskin,^a Kelly Safreed - Harmon,^b Chelsea L Moore,^c Riley J Steiner,^d Shari L Dworkin^e

- a Profesora de Medicina Preventiva, Facultad de Medicina de Keck; Profesora de Derecho y Medicina Preventiva, Facultad de Derecho de Gould; Directora del Programa sobre Salud y Derechos Humanos Mundiales, Instituto para la Salud Mundial, Universidad de California del Sur (USC), Los Ángeles, CA, EEUU. Contacto: gruskin@med.usc.edu
- b Consultora Independiente, afiliada al Programa sobre Salud y Derechos Humanos Mundiales, Instituto para la Salud Mundial, USC, Los Ángeles, CA, EEUU
- c Estudiante de Doctorado, Universidad de Washington, Facultad de Humanidades y Ciencias, Departamento de Ciencias Políticas, Seattle, WA, EEUU
- d Estudiante de doctorado, Universidad de Emory, Facultad Rollins de Salud Pública, Departamento de Ciencias del Comportamiento y Educación Sanitaria, Atlanta, GA, EEUU
- e Profesora, Departamento de Ciencias Sociales y del Comportamiento, Decana adjunta, Asuntos Académicos, Universidad de California en San Francisco, Facultad de Enfermería, San Francisco, CA, EEUU

Resumen: *La arena mundial de políticas referentes al VIH ha visto un repentino aumento de interés en las dimensiones de género relacionadas con la vulnerabilidad al VIH y la violencia. ONUSIDA y otros actores prominentes han nombrado la violencia de género como una prioridad clave, y parece haber un genuino entendimiento y compromiso para abordar las desigualdades de género, ya que afectan a las poblaciones clave en la respuesta al SIDA. En la búsqueda de intervenciones informadas por evidencia, generalmente existe una gran conexión entre las investigaciones realizadas y las políticas y programas subsiguientes. ¿Es este el caso con respecto al género, el VIH y la violencia? Este artículo de análisis pregunta si la literatura relevante revisada por pares representa adecuadamente a todas las poblaciones afectadas –incluidos los hombres heterosexuales, hombres y mujeres transgénero, mujeres que tienen relaciones sexuales con otras mujeres, y hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres– así como si considera lo suficiente la dinámica y normas de género en la manera en que se define la investigación. Las conclusiones sobre la violencia en el contexto de las relaciones heterosexuales, y con atención específica a las mujeres heterosexuales, no deben presentarse como algo que nos permitiría comprender mejor la violencia de género de manera más general, con poca atención a la dinámica de género. La investigación definida por un entendimiento más integral de lo que significa violencia de género con relación a todas las diversas poblaciones afectadas por el VIH posiblemente guiará las políticas y programas con mayor eficacia.* © 2015, edición en español, 2014, edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: VIH, SIDA, género, violencia, violencia de género

La violencia de género como causa y también como consecuencia del VIH suscita grandes e importantes preocupaciones relacionadas con la salud y los derechos humanos. En los últimos años, en el entorno de políticas mundiales relacionadas con el VIH, ha surgido un enorme interés en las dimensiones de género que afectan la vulnerabilidad frente al VIH y a la violencia. Este interés ha generado cambios notables en las políticas y programas que luchan contra la violencia de género. Al parecer, las directrices normativas que abordan temáticas de VIH, género y violencia necesitan sustentarse en evidencias o contar con una base factual que aclare cómo influyen los estereotipos, las normativas y las dinámicas de género en la violencia relacionada con el VIH. Sin embargo, parece que la mayoría de las investigaciones empíricas no han podido seguirle el ritmo a estas cuestiones. Dentro del mundo de las políticas mundiales se entiende que el concepto de género, en realidad, consiste en una serie de normas, un sistema de relaciones sociales sostenidas estructural e institucionalmente, una identidad construida socialmente y no el concepto de sexo biológico. Si bien el término violencia de género, reconoce implícitamente esta distinción, la cuestión crucial es si los investigadores están publicando estudios que ayuden a entender cómo y por qué es importante el género en relación al VIH y la violencia. El propósito de este documento es manifestar dos preocupaciones con relación al material revisado por expertos que discuten el punto donde confluyen los temas de VIH con los de violencia. Primero, nos preguntamos si la literatura representa adecuadamente a todas las poblaciones afectadas – mujeres y niñas; hombres y niños; hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH); y las poblaciones transgénero. Luego, analizamos cómo el concepto de violencia de género ligado a la investigación sobre VIH puede confundirse con el concepto de violencia contra las mujeres y cómo la falta de claridad sobre el significado de violencia de género puede socavar la base factual.

Llevamos a cabo dos análisis de literatura que ilustran esta discusión: el primero, para evaluar en qué medida los investigadores que estudian VIH y violencia se han concentrado en la diversidad de las poblaciones afectadas

por el problema, y la segunda, para dar una idea sobre cómo usan los investigadores el término “violencia de género”. Ambos análisis se restringieron a artículos originales de investigación revisados por pares. Para el primer análisis, se usaron los métodos estándar de análisis de literatura para examinar 174 artículos en inglés que brindaban datos de investigaciones cuantitativas y cualitativas sobre VIH y violencia. Los artículos se pueden encontrar en las siguientes bases de datos: EconLit, LegalTrac, LexisNexis, Medline, PAIS International, PolicyFile y Social Science Citation Index. El segundo análisis identificaba artículos recientes que incluían el término “violencia de género” en sus títulos. Se obtuvo una muestra de artículos al efectuar una búsqueda en PubMed usando la siguiente cadena de búsqueda: (“VIH” [MeSH Terms] O “VIH” [Todos los Campos]) Y violencia de género [Título]. La búsqueda se redujo aún más para identificar investigaciones originales realizadas entre los años 2008 y 2013, período de tiempo cuya información es la que probablemente ha tenido mayor influencia en las medidas programáticas y políticas actuales. Se examinaron los resúmenes de los artículos y los artículos que no se enfocaban principalmente en VIH fueron eliminados.

Comenzamos con una sección de antecedentes que resume el estado actual del conocimiento con relación al VIH, género y violencia, y luego pasamos a discutir cuáles son las poblaciones representadas en la literatura y cómo se comunica el significado de “violencia de género”. El documento concluye con reflexiones sobre temas clave y recomendaciones sobre cómo pueden las investigaciones ilustrar y servir mejor de sustento para futuros trabajos de programas y políticas sobre VIH y violencia.

Antecedentes

VIH y género

Cerca de 35.3 millones de personas en el mundo vivían con el virus de VIH a finales de 2012, con un estimado de 2.3 millones de nuevas infecciones durante ese año.¹ La epidemia mundial de VIH genera desafíos complejos para las mujeres, los HSH y las poblaciones transgénero.

El 57% de las personas que viven con VIH en el mundo, son mujeres y es la principal causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva.² Una investigación sistemática de 2007 encontró que los HSH de países de ingresos bajos a medio tienen 19 veces más riesgo de infectarse con VIH que la población en general.³ Más recientemente, ONUSIDA informó que se estima que los HSH a nivel mundial tienen 13 veces más probabilidad de estar viviendo con el virus que la población en general.¹ Si bien no se suelen recolectar los datos de vigilancia nacional en el caso de personas transgénero, los estudios también han demostrado una alta prevalencia de VIH en esta población.⁴⁻⁶

El entendimiento de la relación entre género y vulnerabilidad al VIH ha evolucionado, y las grandes instituciones internacionales ahora reconocen explícitamente las formas en que las normas de género y la desigualdad de género propician las infecciones de VIH.^{7,8} Simultáneamente, la comunidad global de VIH ha mostrado cada vez mayor preocupación por el tema del VIH y la violencia ya que no solo afecta a las mujeres sino también a los HSH y personas transgénero. Todo esto se refleja en una proliferación de políticas e iniciativas programáticas que buscan ser sensibles a las preocupaciones de género en todo el espectro del VIH: prevención, tratamiento, cuidado y apoyo.

ONUSIDA recalca la importancia de abordar la desigualdad de género como parte de una intervención estructural dentro de la combinación de prevención de VIH, y enfoques de comportamiento y biomédicos.⁹ Además, se recomienda que se preste atención a las cuestiones de género al combinar iniciativas nacionales y subnacionales de planificación de prevención del VIH y en las actividades de monitoreo y evaluación. La prevención combinada, tal como la articularon ONUSIDA y el Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos contra el SIDA (PEPFAR) incluye la violencia de género.^{9,10}

Por lo tanto, es cada vez más claro que se considera esencial afrontar las consideraciones relacionadas al género y promover la igualdad de género para lograr que los beneficios proporcionados por los últimos avances en tratamiento y prevención del VIH sean completos.⁷ En este sentido, existen pruebas programáticas de que las intervenciones que son sensibles a cuestiones de género y transformativas sobre

VIH y contra la violencia realizadas con hombres heterosexuales activos son más eficaces que los programas neutrales respecto al género.¹¹⁻¹³ Tales programas buscan modificar los aspectos cerrados y limitantes de las normas hegemónicas masculinas para reducir el riesgo de VIH, tanto en hombres como en mujeres. Estos programas también intentaban democratizar las relaciones entre hombres y mujeres, buscando más igualdad de género.¹⁴ También se ha demostrado que los programas de prevención del VIH que toman en cuenta los contextos de las vidas de las mujeres, inclusive los contextos estructurales y de relaciones donde se forman los riesgos, son más efectivos que aquellos que se concentran únicamente en reducir el riesgo individual.¹⁵

Violencia y género

La violencia contra las mujeres, con sus componentes de violencia emocional, económica, física, sexual y social, constituye un enorme problema mundial de salud pública y derechos humanos.¹⁶ Un estudio sin precedentes que realizó la Organización Mundial de la Salud en varios países en 2005 sobre la Salud de las Mujeres y la Violencia contra las Mujeres dio pruebas irrefutables de que la violencia contra las mujeres está generalizada a nivel mundial y contribuye altamente a la mala salud de las mujeres. Datos de 15 lugares en diez países revelaron que “la proporción de mujeres que alguna vez ha estado en pareja y que experimentó violencia física, sexual o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida iba del 15% al 71% situándose entre el 29% y 62% en la mayoría de lugares”.¹⁶

Aunque se asume vaga y a menudo implícitamente en la literatura sobre violencia que el género es importante, la atención a lo que esto significa más allá de los datos desglosados por sexo ha sido limitada, con algunas notables excepciones. Como en otras áreas de la investigación de la salud pública, el género a menudo se confunde con el sexo, o la biología de ser femenino o masculino.¹⁷ Mientras tanto, las construcciones socio-culturales relacionadas a cómo el género da forma al riesgo y al comportamiento han sido mucho menos estudiadas.¹⁸

La atención a los estereotipos y normas de género en las investigaciones sobre violencia es crítica para enriquecer nuestro entendimiento sobre cómo abordar estos determinantes sociales

de la violencia. Un pequeño cúmulo de trabajo reciente ha examinado cómo se puede reducir el número de eventos de violencia de género sufridos por mujeres si se reducen las desigualdades estructurales entre hombres y mujeres. Por ejemplo, Grabe y Miliar *et al.*, descubrieron que las intervenciones diseñadas para abordar las violaciones de los derechos de propiedad de las mujeres y asegurar su acceso y control sobre la tierra pueden disminuir la violencia contra las mujeres a través de caminos ligados directamente a las relaciones de poder entre géneros, como el control dentro de las relaciones, el poder de decisión en el hogar y la toma de decisiones financieras.^{19,20} Esta literatura emergente subraya las formas en que las relaciones de género y la violencia están ligadas a través de intersecciones entre los recursos, organismos y resultados de salud, brindando perspectivas que son pertinentes no solo para las mujeres sino también para los hombres y las personas transgénero.

VIH y violencia

Los primeros estudios revisados que daban información sobre las pandemias sinérgicas de VIH y violencia parecen ser de principios de los 90,²¹⁻²⁸ aunque algunos de estos estudios tomaron la relación entre VIH y violencia como su objetivo principal.^{27,28} Maman *et al.*, publicaron, en el año 2000, una investigación sin precedentes sobre la relación entre el VIH y la violencia. Los autores postularon varias relaciones causales que siguen brindando una forma útil de categorizar este trabajo. El primer punto reconoce que la violencia es un factor de riesgo para contagiarse de VIH. Los mecanismos para esta relación incluyen: a) la violencia en forma de relaciones sexuales coercitivas o forzadas, en las que no se utilizan condones, aumentando el riesgo de contagio de VIH a causa de lesiones o daños en las paredes vaginales y/o anales; b) violencia o la amenaza de violencia que limita la capacidad de la persona para negociar comportamientos sexuales más seguros y, por lo tanto, aumentan el riesgo de transmisión de VIH; y/o c) violencia sufrida en la niñez, adolescencia o adultez que contribuye a que se tomen riesgos más adelante en la vida que, por lo tanto, aumentan el riesgo de contraer VIH.²⁹ Estos vínculos están mejor documentados en los Estados Unidos. Por ejemplo, Machingter *et al.*, desarrollaron un meta-análisis de todos los

estudios estadounidenses sobre tasas de violencia y trauma entre mujeres seropositivas y encontraron que aproximadamente el 55% de las mujeres seropositivas habían sufrido violencia por parte de sus parejas, es decir, el doble de la tasa nacional de violencia contra las mujeres.³⁰

El segundo punto considera a los individuos que ya están infectados con VIH y postula que ser seropositivo es un factor de riesgo para la violencia. Los individuos que viven (o que se piensa que viven) con VIH pueden correr más riesgo de estar en situaciones de violencia como resultado del estigma y la discriminación que, a su vez, son generadas por normas de género negativas.²⁹ Algunas investigaciones sobre personas que viven con VIH y violencia están comenzando a explorar otras facetas de esta intersección, tales como el impacto que tiene la violencia en el cumplimiento de la terapia antirretroviral. Por ejemplo, López *et al.*, investigaron si existía una relación entre sufrir violencia por parte de la pareja y no tomar la medicación, usando los mismos enfoques metodológicos para evaluar esta cuestión tanto en mujeres como en hombres. Descubrieron que si bien tanto mujeres como hombres declaraban sufrir violencia interpersonal, solo existía una correlación entre la violencia y no tomar la medicación en el caso de las mujeres, no así entre los hombres.³¹ El equipo de Machingter citó un análisis de más de 30 datos de un programa de prevención con mujeres seropositivas y mujeres transgénero que vivían con VIH y encontraron que aquellas con traumas recientes (abuso sexual o físico) tenían tres veces más posibilidades de tener relaciones sexuales no seguras con su pareja y cuatro veces más posibilidades de no tomar su medicación antirretroviral, que aquellos que no habían vivido estas experiencias.³²

Otros trabajos se concentran en la complejidad de las interacciones entre la violencia y el VIH subrayando, por ejemplo, el principio de que la violencia y el VIH son reconocidos como factores de mutuo riesgo y juntos crean un círculo vicioso para todos los implicados. Otros factores mencionados como propensos a influenciar la relación entre violencia y VIH incluyen el uso de drogas y alcohol; las situaciones de conflicto y emergencia; y el ambiente social, cultural, económico, político y legal; por ejemplo, el estigma y criminalización de algunos comportamientos y orientaciones sexuales.^{19,20,33}

Las iniciativas de las políticas y programas relacionados con la violencia y el VIH buscan incluir cada vez más intervenciones que aborden las normas y dinámicas de género. Estas iniciativas tienen un interés particular en cómo las normas de género negativas aumentan el riesgo de violencia para varias poblaciones, reconociendo que esto tiene implicancias para la prevención, tratamiento y cuidado del VIH. Las llamadas “poblaciones clave” a quienes estas iniciativas están dirigidas incluyen a las mujeres como una categoría general (sin prestar suficiente atención a quiénes son sus parejas), a los HSH y a las personas transgénero. Lo preocupante es que la única población que no se considera “clave” son los hombres que tienen relaciones heterosexuales. En efecto, los hombres que tienen relaciones heterosexuales han sido llamados “el grupo olvidado”^{34–36}

Destacados personajes mundiales, como el Secretario General de la ONU, ONUSIDA y PEPFAR han manifestado que la violencia de género es una prioridad clave en la respuesta al VIH.^{37–39} Hay un reconocimiento generalizado de las dinámicas de género que existen entre la violencia y el VIH para las poblaciones clave, aún con relación a la cuestión de identidades y comportamientos de género que están en conflicto con las normas de género.^{12,19,34}

A través del tiempo, varias iniciativas han generado pautas sobre cómo integrar servicios asociados a la violencia en los programas y servicios de VIH,^{10,40} enfatizando el estigma de género, la discriminación y la amenaza de violencia que algunas personas que viven con VIH, deben enfrentar por parte de los proveedores de servicios de salud, así como de la comunidad en general.⁴¹ Las iniciativas se han concentrado en la violencia como tema de prevención del VIH, además de la amenaza de violencia a causa de su estado serológico, buscando abordar las formas en que la violencia y las normas de género negativas asociadas aumentan la vulnerabilidad de contraer VIH.¹⁰ De hecho, este último punto se convirtió en el ímpetu para el desarrollo de dos pruebas aleatorias, el programa *Intervention for Microfinance and Gender Equity in South Africa* (IMAGE por sus siglas en inglés)^{42,43} y el programa *Shaping the Health of Adolescents in Zimbabwe* (SHAZI!).⁴⁴ Estos programas fueron diseñados para intervenir en los contextos de pobreza, desigualdad de género y violencia que,

relacionados entre sí, dan forma a los riesgos de contraer VIH en las mujeres. A pesar de algunos ejemplos programáticos excelentes, este tipo de intervenciones no se han aplicado en mayor escala y en general no son una parte significativa de la respuesta general al VIH.

VIH y violencia: ¿qué dice la literatura sobre las personas estudiadas por los investigadores?

Si nos enfocamos en el primero de los dos temas centrales que vamos a analizar en el presente documento; cuando los investigadores empezaron a considerar el rol de la violencia en la epidemia de VIH, parece que la violencia contra las mujeres era la preocupación predominante. Esto se ve reflejado en las conclusiones del artículo revisado del año 2000 sobre la relación entre el VIH y la violencia: la gran mayoría de estudios identificados por los autores se concentraban en las mujeres, mientras que solo unos cuantos incluían a ambos, hombres y mujeres, como sujetos de estudio. Solo un estudio involucraba a los HSH y ninguno contemplaba a las poblaciones transgénero.²⁹ Además, pocos estudios consideraban las normas o dinámicas de género con relación a las poblaciones estudiadas y ninguno mencionaba a lesbianas (mujeres que tienen relaciones sexuales con mujeres).

Uno de los propósitos de este estudio es cuestionar si la base factual ha evolucionado para reflejar a todas las poblaciones que han sido reconocidas en las esferas programáticas y políticas como acreedoras de apoyo con relación al VIH y la violencia de género. Tratamos de abordar esta cuestión a través de una visión panorámica de la literatura revisada en inglés sobre VIH y violencia en un período de aproximadamente 12 años; desde 2000 (cuando Maman *et al.* publicó su informe) hasta mayo de 2013. Los artículos que hemos identificado en nuestra búsqueda de literatura estuvieron inicialmente divididos en cuatro categorías basándonos en los resúmenes: estudios de mujeres o niñas: estudios sobre hombres o niños; estudios que incluían tanto a mujeres/niñas como a hombres/niños; y estudios de mujeres y hombres transgénero. Noventa y nueve de los 174 estudios se concentraban en mujeres o niñas y otros 36 incluían tanto a mujeres como a hombres. De los 39 estudios que se concentraban en hombres o mujeres, 21 identificaban a la

población estudiada como gay (5) o HSH (16). Ninguno daba información sobre la población transgénero.

Si bien es necesaria una evaluación más sistemática, con análisis de los textos completos de los artículos, para situar más definitivamente lo que ha sido publicado sobre este tema, los resultados de nuestro ejercicio sugieren lo siguiente. Primero, que las mujeres y niñas siguen siendo el tema principal de la literatura revisada que busca dar información sobre la relación entre VIH y violencia. Segundo, que hay un cúmulo de trabajo mucho más pequeño sobre la experiencia de los HSH, por más que esta población se haya convertido en punto importante de atención para las iniciativas programáticas y de políticas que trabajan temas de VIH y violencia a nivel mundial. Sorprendentemente solo 12% de los 174 artículos que revisamos inicialmente parecían dar información sobre los HSH. La gran mayoría de estos estudios analizan cómo los hombres que han sido atacados sexualmente durante la niñez caen posteriormente en comportamientos de riesgo sexuales como el uso de drogas relacionadas con el sexo y practicar relaciones anales serodiscordantes sin protección. Tercero, las investigaciones publicadas sobre VIH y violencia que afectan a las poblaciones transgénero son escasas si bien existe la preocupación de que las poblaciones transgénero corren un riesgo desproporcionado de contraer VIH y ser víctimas de violencia.

¿Cómo usan los investigadores el término “violencia de género”?

Nuestra estrategia para explorar cuanta claridad conceptual existe con relación al término “violencia de género” consistió en analizar textos completos de artículos revisados recientemente que incluían el término en su título. Este proceso identificó seis artículos como resumimos en el cuadro 1: tres de 2013, 45-47 dos de 2012^{48,49} y uno de 2009.⁵⁰ Todos los artículos presentaban estudios realizados en países de ingresos bajos y medios, hay un estudio por país en Armenia, Tanzania, Zambia, y tres en Sudáfrica.

En la medida en que estos artículos son representativos del cúmulo de investigaciones publicadas sobre violencia de género y VIH, se confirma nuestra preocupación sobre la falta de claridad conceptual. La mayoría de estos seis

artículos llaman la atención sobre las necesidades de las mujeres heterosexuales en su calidad de sobrevivientes de la violencia de parte de la pareja o de violencia doméstica, y hay uno que se concentra en el rol de los hombres como perpetradores de esta violencia.⁵⁰ Si bien los títulos de los artículos indican que el investigador está interesado en la violencia de género y no solo en la violencia contra las mujeres, a menudo carece de una explicación directa sobre lo que significa este concepto, y de las dinámicas de género relevantes, dentro del contexto del estudio que se está presentando. Ya sea que la definición de violencia de género sea explícita o – como en la mayoría de casos – implícita, el significado parece variar de un artículo a otro.

Por lo tanto, las conclusiones sobre violencia de género en el contexto de las relaciones heterosexuales a menudo se presentan como una perspectiva sobre la violencia de género en general, sin reconocer las experiencias de los hombres heterosexuales, los HSH y las mujeres y hombres transgénero. (Una excepción sobre este tema es el estudio de Mboya *et al.*, que incluye tanto a mujeres como a hombres en su estudio de sobrevivientes de violencia de género, aunque no define claramente a quiénes considera miembros de esta población.⁴⁸) Tampoco suele reconocerse que la violencia contra mujeres heterosexuales asociada al VIH, si bien es un gran problema, es solo un componente de lo que es la violencia de género. Más aún, los seis artículos que analizamos no ofrecen mucha información sobre normas o dinámicas de género – un vacío notable y que puede ser sintomático de la literatura en general, a pesar que se presta atención a ambos en el discurso político sobre VIH y violencia de género.

Presentamos estas observaciones con el entendimiento de que se basan en lo que puede llamarse una “muestra de conveniencia” de la literatura. Los estudios publicados relacionados al VIH y a la violencia de género solo fueron incluidos en nuestra búsqueda si contenían las palabras “violencia de género” en el título – una estrategia de búsqueda que elegimos porque la “violencia de género” no es un término de PubMed MeSH. Un estudio de gran escala de varias bases de datos debería realizarse para lograr una perspectiva más integral, aunque semejante esfuerzo pueda ser un desafío a nivel logístico si los artículos relevantes no están indexados de una forma que permita su fácil ubicación. Ante

la ausencia de un análisis exhaustivo de la literatura revisada por expertos, nuestro propósito es plantear como interrogante si acaso los inves-

tigadores deben prestar más atención a explicar lo que quieren decir con “violencia de género” y otros conceptos similares.

Cuadro 1. Artículos recientes (2009-2013) analizados con las palabras “violencia de género” en el título

Artículo	Diseño del estudio	Población estudiada	Resumen del estudio
<p>VIH testing and tolerance to gender-based violence: a cross-sectional study in Zambia</p> <p>Gari <i>et al</i>; 2013 ⁴⁵</p>	Transversal	Hombres y mujeres de 18 años y más	Este estudio examina la relación entre las relaciones sociales, la tolerancia a la violencia de género y la aceptación de las pruebas de VIH en hombres y mujeres. La tolerancia a la violencia se mide en dos cuestiones (“si alguien en el hogar usa mal el dinero, es aceptable golpearlo/la”; “si una esposa vuelve a casa tarde sin permiso de su marido, será golpeada.”) Las conclusiones sugieren que la desigualdad de género y la violencia de género siguen poniendo obstáculos.
<p>Gender-based violence as a risk factor for VIH-associated behaviours among female sex workers in Armenia.</p> <p>Lang <i>et al</i>; 2013 ⁴⁵</p>	Transversal	Trabajadoras sexuales	Este estudio analiza la relación entre la violencia de género y el comportamiento sexual de riesgo entre trabajadoras sexuales. Las medidas de violencia de género incluyen: que los hombres con los que las participantes hayan tenido relaciones sexuales: a) las hayan amenazado, maltratado de palabra o insultado; b) las hayan golpeado, dado puñetes, pateado, dado bofetadas, tirado del pelo y dañado físicamente y/o c) las hayan obligado a tener relaciones contra su voluntad. El estudio también evaluaba el temor a la reacción de los clientes frente al pedido de que usaran preservativos. Los autores mencionan brevemente el impacto de las desigualdades económicas de género y la necesidad de abordar las actitudes sociales hacia las mujeres.
<p>Gender-based violence, alcohol use, and sexual risk among female patrons of drinking venues in Cape Town, South Africa.</p> <p>Pitpitan <i>et al</i>; 2013 ⁴⁷</p>	Transversal	Mujeres que atienden <i>shebeens</i> (cantinas)	Este estudio analiza la relación entre el abuso físico por parte de la pareja, el consumo de alcohol y el comportamiento sexual de riesgo. Considera específicamente si la violencia de género y el riesgo sexual están vinculados al controlar el uso de alcohol. Menciona como principal elemento de interés a “la violencia de género”. Los autores de los abusos físicos son definidos como parejas sexuales, pero no se identifica su género.

Cuadro 1. continua

Artículo	Diseño del estudio	Población estudiada	Resumen del estudio
<p>Access to VIH prevention services among gender-based violence survivors in Tanzania</p> <p>Mboya <i>et al</i>; 2012 ⁴⁸</p>	Transversal, cuantitativo y cualitativo	Sobrevivientes de violencia de género, tanto femeninas (n=266) como masculinos (n=6)	Este estudio de métodos mixtos analiza el acceso a la prevención, tratamiento y apoyo de VIH, entre los sobrevivientes de violencia de género que incluyen mujeres, niñas y niños. El estudio discute las normas relacionadas al género como una causa potencial de violencia de género. El criterio de inclusión en el término "sobreviviente de violencia de género" no queda claro, pero los ejemplos en los resultados incluyen "golpeadas por sus maridos, insultadas, negadas a ejercer el derecho a tomar sus propias decisiones, violadas y a veces obligadas a ser heredadas según las costumbres locales." También se mencionan el acoso sexual y el tráfico de personas. Las "normas tradicionales (cultura de la dominación masculina)" se mencionan como causantes de violencia de género.
<p>Gender-based violence and VIH sexual risk behaviour; alcohol use and mental health problems as mediators among women in drinking venues, Cape Town.</p> <p>Pitpitan <i>et al</i>; 2012 ⁴⁹</p>	Prospectivo	Mujeres que atienden <i>Shabeens</i> (cantinas)	Este estudio analiza el consumo de alcohol y los problemas de salud mental como posibles mediadores de la relación entre la violencia de género y los comportamientos sexuales de riesgo. También considera que la violencia de género y la salud mental sean mediadores. Se define a los autores de abuso físico como parejas sexuales; pero no se especifica su género.
<p>Integrated and gender-based violence and VIH risk reduction intervention for South African men: results of a quasiexperimental field trials.</p> <p>Kalichman <i>et al</i>; 2009 ⁵⁰</p>	Cuasi experimental	Hombres (como autores o autores potenciales de violencia de género)	Esta intervención casi experimental de campo evalúa la efectividad de una iniciativa integrada de prevención de VIH y de violencia de género dirigida a los hombres. Plantea la cuestión de los desequilibrios de poder en las relaciones heterosexuales, las actitudes negativas de los hombres hacia las mujeres, y los desequilibrios estructurales de género como la pobreza. Los resultados incluyen los efectos de la intervención sobre el conocimiento sobre SIDA y estigma; las intenciones de reducción de riesgos; el riesgo sexual y el uso de sustancias; la violencia doméstica y las actitudes frente a la violencia contra las mujeres.

Conclusiones

Nuestras observaciones sobre los fundamentos conceptuales de nuestra investigación acerca de violencia y VIH plantean la pregunta de si el término “violencia de género” se está usando en el campo del VIH como sinónimo de “violencia contra las mujeres”, tergiversando el significado de violencia de género y dejando a importantes poblaciones fuera del alcance de la investigación. No es esencial, ni siquiera necesariamente conveniente, que todos los investigadores trabajen sobre una definición común de lo que es violencia de género – pero si los investigadores no explican cómo entienden este concepto con relación a las preguntas centrales de sus investigaciones, entonces seguirá siendo difícil hacer comparaciones válidas e integrar las conclusiones de los estudios individuales a las iniciativas de programas y políticas.

Una recomendación que surge de nuestras observaciones es que los investigadores deberían considerar el VIH, la violencia y el género abarcando un rango más amplio de lugares y poblaciones. Muchos de los 174 estudios que identificamos en nuestro examen de la literatura son de Sudáfrica y de Estados Unidos. El carácter de la identidad de género y de las relaciones de género en estos países puede generar preguntas particulares, pero difícilmente son los únicos lugares donde el género tiene implicancias con relación al VIH y a la violencia. Además, si bien se han

hecho algunas investigaciones sobre el riesgo de VIH en la población transgénero, especialmente en las mujeres transgénero,^{51,52} y también otras investigaciones que muestran que las poblaciones transgénero corren un mayor riesgo de sufrir violencia,⁵³⁻⁵⁵ casi no se ha hecho ningún trabajo que analice cómo el género contribuye a formar la violencia y el riesgo de VIH entre las poblaciones transgénero.

El tema de cómo el género contribuye a dar forma a la violencia y al riesgo de VIH necesita en realidad abordarse con más cuidado al extrapolarse a todas las poblaciones. Por ejemplo, ¿qué aspectos de la violencia que sufren los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, están relacionados a las dinámicas de género en vez de reflejar una discriminación manifiesta contra una minoría sexual?, ¿Los hombres y mujeres transgénero viven violencia de género en formas distintas y relevantes a su riesgo de VIH y son ellas atribuibles a distintas causas, o tienen cosas en común? ¿Qué hay de los hombres heterosexuales?, ¿cómo puede estar la violencia de VIH, que ellos viven, relacionada con el género? Nuestras conclusiones sugieren que se debería incentivar a los investigadores que buscan generar más conocimiento sobre la relación entre VIH y violencia de género para que tomen en cuenta cuestiones como estas y así contribuir a una respuesta más inclusiva e informada.

Referencias

1. UNAIDS. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Geneva; 2013. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf.
2. UNAIDS. Global Fact Sheet: HIV/AIDS. Geneva; 2014. http://www.aids2014.org/webcontent/file/AIDS2014_Global_Factsheet_April_2014.pdf.
3. Baral S, Sifakis F, Cleghorn F, et al. Elevated risk for HIV infection among men who have sex with men in low- and middle-income countries 2000–2006: a systematic review. *PLoS Medicine* 2007;4(12):e339. Doi: 10.1371/journal.pmed.0040339.
4. UNAIDS. UNAIDS action framework: universal access for men who have sex with men and transgender people. Geneva; 2009. http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf.
5. Baral SD, Poteat T, Strömdahl S, et al. Worldwide burden of HIV in transgender women: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infectious Diseases* 2013;13(3):214–22. Doi: 10.1016/S1473-3099(12)70315-8.
6. Reisner S, Lloyd J, Baral S. Technical report: the global health needs of transgender populations. Arlington, VA, USA: USAID; 2013. http://www.aidstar-two.org/upload/AIDS-TAR-Two-Transgender-Technical-Report_FINAL_09-30-13.pdf.
7. UNAIDS. Women out loud: how women living with HIV will help the world end AIDS. Geneva; 2012. <http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/>

- documents/unaidspublication/2012/20121211_Women_Out_Loud_en.pdf.
8. United Nations Population Fund [website]. Promoting gender equality: the gender dimensions of the AIDS epidemic. <http://www.unfpa.org/gender/aids.htm>.
 9. UNAIDS. Combination HIV prevention: tailoring and coordinating biomedical, behavioural and structural strategies to reduce new HIV infections: a UNAIDS discussion paper. Geneva; 2010. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC2007_Combination_Prevention_paper_en.pdf.
 10. United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. Gender-based violence and HIV: a program guide for integrating gender-based violence prevention and response in PEPFAR programmes. Washington, DC; 2011. http://www.aidstar-one.com/sites/default/files/AIDSTAROne_GBV_Guidance_Sept2012.pdf.
 11. Barker G. Promoting gender equity as a strategy to reduce HIV risk and gender-based violence among young men in India. Washington, DC: Population Council; 2008. http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/horizons/India_GenderNorms.pdf.
 12. Barker G, Ricardo C, Nascimeto M, et al. Questioning gender norms with men to improve health outcomes: evidence of impact. *Global Public Health* 2010;5(5):539–553. Doi: 10.1080/17441690902942464.
 13. Dworkin SL, Treves-Kagan S, Lippman SA. Gendertransformative interventions to reduce HIV risks and violence with heterosexually-active men: a review of the global evidence. *AIDS and Behavior* 2013;17(9):2845–63. Doi: 10.1007/s10461-013-0565-2.
 14. Pulerwitz J, Barker G. Measuring attitudes towards gender norms in Brazil: development and psychometric evaluation of the GEM scale. *Men and Masculinities* 2008;10:322–38. Doi: 10.1177/1097184X06298778.
 15. Pronyk PM, Hargreaves JR, Kim JC, et al. Effect of a structural intervention for the prevention of intimate-partner violence and HIV in rural South Africa: a cluster randomised trial. *Lancet* 2006;368(9551):1973–83. Doi: 10.1016/S0140-6736(06)69744-4.
 16. World Health Organization. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva; 2005. http://www.who.int/gender/violence/who_multi-country_study/summary_report/summary_report_English2.pdf.
 17. Krieger N. Genders, sexes, and health: what are the connections – and why does it matter? *International Journal of Epidemiology* 2003;32(4):652–57. Doi: 10.1093/ije/dyg156.
 18. Phillips SP. Including gender in public health research. *Public Health Reports* 2011;126(Suppl):16–21. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3150124/pdf/phr126s30016.pdf>.
 19. Grabe S. Promoting gender equality: The role of ideology, power, and control in the link between land ownership and violence in Nicaragua. *Analyses of Social Issues and Public Policy* 2010;10:146–70. Doi: 10.1111/j.1530-2415.2010.01221.x.
 20. Hilliard S, Bukusi E, Grabe S, et al. Perceived impact of a land and property rights program on violence against women in rural Kenya. *Violence Against Women*; forthcoming.
 21. Brown V, Melchior L, Reback C, et al. Mandatory partner notification of HIV test results: psychological and social issues for women. *AIDS and Public Policy* 1994;9:86–92.
 22. Glaser JB, Schachter J, Benes S, et al. Sexually transmitted diseases in postpubertal female rape victims. *Journal of Infectious Diseases* 1991;164(4):726–30. Doi: 10.1093/infdis/164.4.726.
 23. Handwerker W. Gender power differences between parents and high-risk sexual behavior by their children: AIDS/STD risk factors extend to a prior generation. *Journal of Women's Health* 1993;2(3):301–16. Doi: 10.1089/jwh.1993.2.301.
 24. Heyward WL, Batter VL, Malulu M, et al. Impact of HIV counseling and testing among child-bearing women in Kinshasa, Zaire. *AIDS* 1993;7(12):1633–37. Doi: 10.1097/00002030-199312000-00014.
 25. Jenny C, Hooton TM, Bowers A, et al. Sexually transmitted diseases in victims of rape. *New England Journal of Medicine* 1990;322(11):713–16. Doi: 10.1056/NEJM199003153221101.
 26. Keogh P, Allen S, Almedal C, et al. The social impact of HIV infection on women in Kigali, Rwanda: a prospective study. *Social Science and Medicine* 1994;38(8):1047–53. Doi: 10.1016/0277-9536(94)90221-6.
 27. Lodico MA, DiClemente RJ. The association between childhood sexual abuse and prevalence of HIV-related risk

- behaviors. *Clinical Pediatrics* 1994;33(8):498–502. Doi: 10.1177/000992289403300810.
28. Zierler S, Feingold L, Laufer D, et al. Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health* 1991;81(5):572–75. Doi: 10.2105/AJPH.81.5.572.
 29. Maman S, Campbell J, Sweat MD, et al. The intersections of HIV and violence: directions for future research and interventions. *Social Science and Medicine* 2000;50(4):459–78. Doi: 10.1016/S0277-9536(99)00270-1.
 30. Machtinger EL, Wilson TC, Haberer JE, et al. Psychological trauma and PTSD in HIV-positive women: a meta-analysis. *AIDS and Behavior* 2012;16(8):2091–100. Doi: 10.1007/s10461-011-0127-4.
 31. Lopez EJ, Jones DL, Villar-Loubet OM, et al. Violence, coping, and consistent medication adherence in HIV-positive couples. *AIDS Education and Prevention* 2010;22(1):61–68. Doi: 10.1521/aep.2010.22.1.61.
 32. Machtinger EL, Haberer JE, Wilson TC, et al. Recent trauma is associated with antiretroviral failure and HIV transmission risk behavior among HIV-positive women and female-identified transgenders. *AIDS and Behavior* 2012;16(8):2160–70. Doi: 10.1007/s10461-012-0158-5.
 33. Wong FY, Huang ZJ, DiGangi JA, et al. Gender differences in intimate partner violence on substance abuse, sexual risks, and depression among a sample of South Africans in Cape Town. *South Africa. AIDS Education and Prevention* 2008;20(1):56–64. Doi: 10.1177/0886260510390960.
 34. Dworkin SL. Men at risk: Masculinity, heterosexuality, and HIV prevention. New York: NYU Press; in press, 2015.
 35. Exner TM, Gardos PS, Seal DW, et al. HIV sexual risk reduction interventions with heterosexual men: the forgotten group. *AIDS and Behavior* 1999 Dec1;3(4):347–58. Doi: 10.1023/A:1025493503255.
 36. Raj A, Bowleg L. Heterosexual risk for HIV among black men in the United States: a call to action against a neglected crisis in black communities. *American Journal of Men's Health* 2012;6(3):178–81. Doi: 10.1177/1557988311416496.
 37. United States President's Emergency Plan for AIDS Relief. PEPFAR blueprint: creating an AIDS-free generation. Washington, DC; 2012. <http://www.pepfar.gov/documents/organization/201386.pdf>.
 38. UNAIDS. Uniting against violence and HIV [website]. 2014. <http://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2014/march/20140312xcsw>.
 39. UNAIDS. Getting to zero: 2011–2015 strategy Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Geneva; 2010. http://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf.
 40. International HIV/AIDS Alliance. Sex work, violence and HIV: a guide for programmes with sex workers. United Kingdom: Hove; 2008. http://www.aidsalliance.org/includes/Publication/Sex_work_violence_and_HIV.pdf.
 41. Egremy G, Betron M, Eckman A. Identifying violence against most-at-risk populations: a focus on MSM and transgenders: training manual for health providers. Washington, DC: Futures Group; 2009. http://www.healthpolicyinitiative.com/Publications/Documents/1097_1_GBV_MARPs_Workshop_Manual_FINAL_4_27_10_acc.pdf.
 42. Pronyk P, Kim J, Hargreaves J, et al. Microfinance and HIV prevention: perspectives and emerging lessons from rural South Africa. *Small Enterprise Development* 2005;16:26–38. Doi: 10.1016/S0140-6736(06)69744-4.
 43. Pronyk PM, Kim JC, Abramsky T, et al. A combined microfinance and training intervention can reduce HIV risk behaviour in young female participants. *AIDS* 2008;22(13):1659–65. Doi: 10.1097/QAD.0b013e328307a040.
 44. Dunbar MS, Maternowska MC, Kang M-SJ, et al. Findings from SHAZ!: a feasibility study of a microcredit and life-skills HIV prevention intervention to reduce risk among adolescent female orphans in Zimbabwe. *Journal of Prevention and Intervention in the Community* 2010;38(2):147–61. Doi: 10.1080/10852351003640849.
 45. Gari S, Malungo JRS, Martin-Hilber A, et al. HIV testing and tolerance to gender based violence: a cross-sectional study in Zambia. *PloS One* 2013;8(8):e71922. Doi: 10.1371/journal.pone.0071922.
 46. Lang DL, Salazar LF, DiClemente RJ, et al. Gender based violence as a risk factor for HIV-associated risk behaviors among female sex workers in Armenia. *AIDS and Behavior* 2013;17(2):551–58. Doi: 10.1007/s10461-012-0245-7.
 47. Pitpitan EV, Kalichman SC, Eaton LA, et al. Gender-based violence, alcohol use, and sexual risk among female patrons of drinking venues in Cape Town. *South Africa. Journal of Behavioral Medicine* 2013;36(3):295–304. Doi: 10.1007/s10865-012-9423-3.
 48. Mboya B, Temu F, Awadhi B, et al. Access to HIV prevention services among gender based violence survivors in Tanzania. *Pan African Medical Journal* 2012;13 Suppl1:5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

- pmc/articles/PMC3589254/pdf/PAMJ-SUPP-13-1-05.pdf.
49. Pitpitan EV, Kalichman SC, Eaton LA, et al. Gender-based violence and HIV sexual risk behavior: alcohol use and mental health problems as mediators among women in drinking venues, Cape Town. *Social Science and Medicine* 2012;75(8):1417–25. Doi: 10.1016/j.socsci-med.2012.06.020.
50. Kalichman SC, Simbayi LC, Cloete A, et al. Integrated gender-based violence and HIV Risk reduction intervention for South African men: results of a quasi-experimental field trial. *Prevention Science* 2009;10(3):260–69. Doi: 10.1007/s11121-009-0129-x.
51. Herbst JH, Jacobs ED, Finlayson TJ, et al. Estimating HIV prevalence and risk behaviors of transgender persons in the United States: a systematic review. *AIDS and Behavior* 2008;12(1):1–17. Doi: 10.1007/s10461-007-9299-3.
52. Melendez RM, Exner TA, Ehrhardt AA, et al. Health and health care among male-to-female transgender persons who are HIV positive. *American Journal of Public Health* 2006;96(6):1034–37. Doi: 10.2105/AJPH.2004.042010.
53. Heinz A, Melendez R. Intimate partner violence and HIV/STD risk among lesbian, gay, and transgender individuals. *Interpersonal Violence* 21:193–208. Doi: 10.1177/0886260505282104.
54. Nemoto T, Operario D, Keatley J, et al. HIV risk behaviors among male-to-female transgender persons of color in San Francisco. *American Journal of Public Health* 2004;94(7):1193–99. Doi: 10.2105/AJPH.94.7.1193.
55. Stotzer R. Violence against transgender people: a review of United States data. *Aggression and Violent Behavior* 2009;14:170–79. Doi: 10.1016/j.avb.2009.01.006.

ABBIE TRAYLER-SMITH / PANOS PICTURES



Programa para HSH en el Centro Naz Drop, Nueva Delhi, India, 2009.

Barreras estructurales para la detección y tratamiento del cáncer cervical en el Perú

Valerie A Paz-Soldán,^a Ángela M Bayer,^b Lauren Nussbaum,^c Lilia Cabrera^d

- a Profesora Asistente de Investigación, Departamento de Sistemas de Salud Global y Desarrollo, Universidad de Tulane, Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical, Nueva Orleans, LA, EEUU; e Investigadora Asociada, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú. Correspondencia: vpazsold@tulane.edu
- b Becaria de Post-doctorado, Universidad de California, Los Angeles, CA, EEUU; e Investigadora Asociada, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.
- c Candidata al Departamento de Justicia, Facultad de Derecho Washington, Universidad Americana, Washington, DC, EEUU.
- d Coordinadora de Investigación, Centro de Investigación Pampas, Asociación Benéfica PRISMA, Lima, Perú.

Resumen: *Mediante entrevistas a profundidad con 30 informantes clave de 19 instituciones del sistema de salud en cuatro regiones de Perú, este estudio identifica numerosas barreras para obtener pruebas de detección, seguimiento y tratamiento del cáncer (o cáncer del cuello uterino). Algunas unidades de salud fuera de Lima no tienen la capacidad para tomar muestras de Papanicolaou; otras no pueden hacerlo de manera continua. La variación en los procedimientos utilizados por las unidades de salud y entre regiones, las diferencias en la capacidad de las mujeres para pagar, así como los diversos niveles de capacitación del personal de laboratorio, afectan la calidad y el tiempo de la prestación de servicios y los resultados. En algunos ámbitos, los incentivos para acumular pagos por horas extra aumentan las demoras entre la recolección de muestras y la rendición de informes de los resultados. A algunas pacientes con resultados anormales no se les da seguimiento; para otras, el tratamiento que necesitan resulta estar fuera de su alcance financiero o geográfico. Para aumentar la cobertura para la detección del cáncer cervical y el seguimiento, se necesitan intervenciones en todos los niveles, así como una revisión institucional para asegurar que los mecanismos de referencia sean apropiados y que el tratamiento sea accesible y a precios razonables. Las parteras y ginecólogos/as necesitan capacitación en la recolección y corrección de muestras, y control de calidad de las muestras. Además, es necesario capacitar a otros citotecnólogos, especialmente en las provincias, y ofrecer incentivos para procesar las muestras de Papanicolaou de una manera apropiada y oportuna.* © 2015, edición en español, 2012 edición en inglés, Reproductive Health Matters.

Palabras clave: detección de cáncer cervical y tratamiento, barreras, políticas y programas de salud para mujeres, Perú.

Aunque la detección y el tratamiento cervical han logrado disminuir la incidencia y mortalidad del cáncer cervical en países desarrollados, estos no han sido tan efectivos en el Perú y otros países en vías de desarrollo porque existen barreras para la implementación total del programa.¹⁻³ El cáncer cervical es el cáncer más común y la segunda

causa de muerte relacionada con el cáncer entre las mujeres peruanas.⁴⁻⁷ En 2008, la tasa de incidencia estandarizada por edad en el Perú: 34.5 por 100, 000 mujeres y su tasa de mortalidad específica por esta causa: 16.3 por cada 100, 000 mujeres fueron, cada una, superiores al doble de las mismas tasas en todo el resto de las Américas.^{8,9} Según estudios recientes, los

estimados de cobertura para el Papanicolaou en el Perú oscilaron entre 7.0% y 42.9%.¹⁰⁻¹²

La organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que los programas exitosos de detección y tratamiento de cáncer cervical deben alcanzar una gran cobertura de la población en riesgo, gestionar apropiadamente el seguimiento a pacientes con resultados anormales en sus exámenes, establecer lazos efectivos entre los componentes del programa y contar con recursos apropiados y de alta calidad.^{13,14} El Ministerio de Salud del Perú (MINSA) declaró como prioridad nacional en 1998 la reducción del cáncer cervical con el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer Cervical en 1998 que fue actualizado en 2007. El Manual de Estándares y Procedimientos para la Prevención del Cáncer Cervical de 2008^{15,16} del Instituto Nacional del Cáncer dictaba que todas las mujeres sexualmente activas cuyas edades se encuentren entre los 30 y los 49 años o las que cuenten con al menos un factor de riesgo (incluyendo la presencia de VPH, actividad sexual antes de cumplir los 18 años, múltiples parejas sexuales, cervicitis crónica, haber contraído una Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS), uso de tabaco y nivel socio-económico bajo) deben hacerse un Papanicolaou cada tres años.¹⁵ A pesar de estas políticas, todavía muchas mujeres nunca se hacen esta prueba debido, en parte, a una implementación inadecuada del programa.^{1,2,11-13,17,18}

Un procedimiento de consulta de la OMS en 2001¹³ asoció el hecho de que no se haya logrado reducir la incidencia y mortalidad del cáncer cervical con barreras políticas; individuales y de la comunidad; económicas y técnicas; y organizativas. Estas también pueden aplicarse en el caso del Perú. Muchas mujeres no saben para qué sirve el Papanicolaou o no saben que el cáncer cervical puede ser tratado si se detecta a tiempo.¹⁹ Es más, solo algunas mujeres peruanas cuyas pruebas arrojaron resultados anormales adoptan el seguimiento y/o tratamiento recomendado.^{5,20} Esto puede deberse a que no está disponible el tratamiento para lesiones cervicales preinvasivas o incluso para el cáncer. No todos los tratamientos para el cáncer están disponibles fuera de Lima y, sin embargo, muchas mujeres no pueden permitirse ir a Lima para el tratamiento.²⁰ El programa de detección de cáncer cervical no podrá ser exitoso mientras existan estas limitaciones.^{11, 17,21-23}

El objetivo de este estudio fue explorar las barreras estructurales que impiden la detección, seguimiento y tratamiento del cáncer cervical en el Perú, para así poder proponer recomendaciones que puedan reducir la morbilidad y mortalidad asociada al cáncer cervical en este país. Entrevistamos a informantes clave de diversas instituciones y que desempeñan distintas funciones, relacionadas con la detección temprana y el tratamiento del cáncer cervical en cuatro regiones del Perú.

Metodología

La triangulación fue clave para entender la información y sintetizar los resultados aquí presentados. Entrevistamos a individuos que desempeñan distintos roles en varias organizaciones y que trabajan en diversas regiones del país. Además, como parte de un estudio mayor presentado en otro contexto, también llevamos a cabo discusiones en grupos focales con mujeres de distintas procedencias, a fin de explorar su conocimiento y las percepciones que tenían sobre el cáncer cervical y el Papanicolaou;¹⁹ y observamos la educación sanitaria que los proveedores de servicios de salud daban a las mujeres durante las visitas que ellas realizaban a los consultorios.²⁴

El estudio fue realizado en cuatro ciudades peruanas con diversidad geográfica y cultural, y factores socioeconómicos y demográficos relevantes para el cáncer cervical: Iquitos (selva tropical, región de Loreto), Huancayo (sierra, región de Junín), Chíncha (costa región de Ica) y Lima metropolitana (costa, ciudad capital, donde habita un tercio de la población). La pobreza por región variaba en 2007 de la siguiente manera: 19% en Lima metropolitana y 15% en Ica, versus 43% en Junín y 55% en Loreto.²⁵ En 2011, la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, revelaba que el 35% de las mujeres en Lima había completado la educación secundaria en comparación con un 27% en Ica, 22% en Junín y 19% en Loreto. La edad mediana de la primera relación sexual entre mujeres de 20-49 años era de 16.6 años en Loreto, 18.4 en Junín, 18.8 en Ica y 19.5 en Lima. La proporción de mujeres sin conviviente que reportaron haber tenido dos o más parejas el año anterior era de 7% en Loreto, 3% en Lima y 2% en Ica y Junín.²⁶

El sistema de salud peruano cuenta con tres sectores principales: el sistema público del Ministerio de Salud (MINSA), el sistema de seguridad social semipúblico a cargo del empleador (EsSalud) y el sistema privado. Cada sector está organizado y administrado independientemente y cuenta con sus propios establecimientos: puestos de salud, centros de salud, hospitales e institutos especializados que incluyen al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (Instituto Nacional del Cáncer) en MINSA, centros de salud y hospitales en EsSalud y clínicas privadas. Todos los sistemas cuentan también con laboratorios dentro de las instituciones y además hay laboratorios independientes.²⁷

Treinta profesionales de la salud participaron en este estudio (Cuadro 1). Dado que MINSA brinda servicios de salud al 76% de los peruanos, nos enfocamos en este sector.²⁷ Identificamos a los informantes clave entre los funcionarios nacionales y regionales encargados de las políticas de salud del gobierno, personal administrativo y profesionales de la salud que brindan servicios directos a las mujeres, y los técnicos de laboratorio que realizan la citología. Durante las entrevistas iniciales, utilizamos el muestreo dirigido para identificar a otros informantes clave sobre temas que precisaban una exploración más profunda. La clave fue la saturación: cuando logramos entender lo que ocurre durante cada etapa de los procesos de detección y seguimiento de cáncer cervical.²⁸

Realizamos una entrevista semiestructurada con cada participante desde junio hasta agosto de 2007, usando una guía temática con preguntas abiertas, que variaban según el puesto y experiencia del entrevistado. Los temas incluían cuestiones cruciales sobre la salud de las mujeres; sus percepciones respecto a la detección y el tratamiento del cáncer cervical; sus recomendaciones para mejorar los procesos de detección y tratamiento, incluyendo la toma de muestras, análisis de las mismas, rendición de informes de los resultados y seguimiento o tratamiento; y las fortalezas y desafíos relacionados con cada etapa del proceso.

Las entrevistas en Lima fueron realizadas por tres de las autoras (AMB, LN, VAPS); las entrevistas en los otros lugares fueron realizadas por AMB y LN. Todas las entrevistadoras

hablan fluidamente castellano y están familiarizadas con el país, VAPS es peruana. La mayoría de las entrevistas fueron grabadas en audio y luego transcritas literalmente; fueron pocos los casos en que los entrevistados prefirieron no ser grabados, y en lugar de ello, se tomaron notas detalladas.

Los participantes accedían a ser entrevistados y a que se grabara el audio antes de iniciar las entrevistas. Se obtuvo la aprobación de la Facultad de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane y de la ONG peruana, Asociación Benéfica PRISMA, a la que estaban asociadas todas las coautoras cuando se realizó este estudio.

Se analizaron todas las entrevistas para identificar los temas más importantes que fueron codificados en ATLAS.ti.²⁹ Los resultados más importantes están relacionados con los siguientes temas: conciencia de la necesidad de una detección, recolección de muestra cervical, análisis de la muestra, y seguimiento y tratamiento de resultados anormales. Se incluyen citas de los informantes clave para reforzar mensajes significativos.

Cuadro 1. Informantes clave por institución y por especialidad profesional

Institución	Especialidad profesional
Instituto Nacional de Cáncer	Oncólogo Cirujano oncólogo Patólogo
Hospital público regional (2) o local (3)	Partera Biólogo Patólogo Ginecólogo Oncólogo
Médico de la Dirección Regional de Salud (2)	Educador Ginecólogo
Centro de salud público (5) y posta de salud (1) en zona periurbana	Oncólogo Partera
Clínicas privadas (3) especializadas en cáncer	Oncólogo/investigador Ginecólogo Administrador
Laboratorio privado de patología y biología molecular	Patólogo

Hallazgos

Conciencia de la necesidad de la detección

Casi todos los informantes clave percibían que las mujeres sabían que existe el Papanicolaou, pero que no se lo hacen a causa de sus tabúes, miedos y vergüenzas; experiencias pasadas negativas vividas dentro del sistema de salud; y la ausencia de una cultura de prevención. Enfatizaron que el costo no era un problema para las mujeres ya que el Papanicolaou es de bajo costo o se da de forma gratuita para aquellas que tienen un Seguro Integral de Salud (SIS) en la cobertura de MINSA o EsSalud. Sin embargo, una partera de Lima periurbana sugirió que la economía sí importa, ya que las mujeres de bajos recursos se encuentran tan preocupadas con la supervivencia diaria de su familia que la prevención pasa a un plano muy secundario. Otra partera de un centro de salud del sector público en Chíncha periurbana dijo que las mujeres sabían de la existencia del Papanicolaou, pero que no habían recibido una información amigable y fácil de entender sobre lo que era esa prueba en realidad:

“No... no es resistencia... es falta de conocimiento sobre lo que es. Así que le explicamos lo que se le tiene que hacer, cómo tomamos [la muestra] y que no le va a doler... porque la mayoría piensa ‘Uyy me va a doler, van a cortar un pedazo, van a pellizcarme por dentro.’ Les explicamos de forma sencilla. ‘Vamos a introducir un espéculo, es un poco incómodo, pero no va a doler’... Cada vez que tomamos una [muestra] les decimos, ‘es mejor saberlo antes que después.’”

Toma de muestras de Papanicolaou

Si bien muchos establecimientos de salud afirmaron que toman y analizan muestras de Papanicolaou, esto no siempre es cierto. Primero, hubo inconsistencias sobre el tipo de establecimientos donde se ofrecía el Papanicolaou en todos los lugares estudiados. El Papanicolaou se ofrece rutinariamente en la mayoría de los centros de salud de Lima, Chíncha y Huancaayo, pero en Iquitos las mujeres debían ir a un hospital para recibir este servicio ya que los establecimientos locales no contaban con los equipos necesarios. Segundo, aún en los

establecimientos que afirmaban ofrecer el Papanicolaou es posible que no estuviera disponible todo el tiempo, particularmente fuera de Lima. Algunos establecimientos no realizan el Papanicolaou a menos que las mujeres acudan un día al establecimiento para sacar una cita y regresen otro día a que les hagan ese examen. Tercero, muchos de los establecimientos no cuentan con los elementos necesarios para hacer el Papanicolaou, aun en Lima. También existían barreras administrativas, como que a las pacientes se les niegue un Papanicolaou en un establecimiento de salud pública fuera de su propio distrito.

Muchos informantes – en su mayoría aquellos que trabajaban en laboratorios pero también algunos proveedores de servicios de salud – se quejaban de la mala calidad de las muestras. Hubo consenso general en que es necesario hacer capacitación de seguimiento y/o controles de calidad para los proveedores que toman muestras.

Otro problema es que las muestras a menudo llegaban sin una historia clínica. Por lo tanto, el personal que analizaba la muestra no sabía si este era el primer Papanicolaou de la paciente o un Papanicolaou de seguimiento luego de un resultado anormal o uno, luego de un tratamiento para determinar si había sido exitoso. Preguntamos si tenían problemas durante la toma de muestras o su lectura o en ambas:

“En ambas... tenemos laboratorios en todo el Perú... Trabajamos para [EsSalud]... a veces se les acumulan tantas muestras que llaman a licitaciones... El Ministerio de Salud también... El año pasado ganamos una licitación para hacer todas las detecciones para un Departamento cercano a Lima... Lo hicimos... pero las muestras eran horribles... estaban mal tomadas, mal corregidas... No podíamos leer al menos el 40% de ellas.” (Patólogo, Laboratorio privado de patología y biología molecular, Lima)

“El problema es que al educar a los profesionales de la salud en este método... [los capacitadores] les dicen: ‘Toma la muestra, ponla en el portaobjeto y guárdala’. ‘No se toman el tiempo de observar el cuello uterino, ver si hay alguna lesión, si hay sangrado, qué características tiene... Ese es el problema.’ (Oncólogo, programa piloto de detección de cáncer cervi-

cal, centro de salud del sector público, Huancaayo periurbano)

Si bien el tema de inspección visual con ácido acético (IVA) no estaba en la guía de nuestra entrevista, unos cuantos informantes mencionaron la posibilidad de practicar la IVA como una alternativa al Papanicolaou o agregado al mismo. Los informantes que la mencionaron consideraban que es más efectiva que un Papanicolaou, sugiriendo que podría eliminar algunos de los retrasos burocráticos asociados con el Papanicolaou puesto que el diagnóstico y el tratamiento son simultáneos. Un informante explicó que la IVA era una buena opción para las pacientes que quizás no vayan a volver por sus resultados: “No puedes perder ninguna oportunidad, debes aprovechar todas las oportunidades que tienes.” Otro informante especuló que la IVA no está siendo usada sistemáticamente ni en una mayor escala en el Perú porque los cambiantes protocolos institucionales requerirían una inversión substancial, aunque la IVA resulta ser más económica que el Papanicolaou.

Análisis de las muestras en laboratorio

Algunas muestras eran analizadas en el laboratorio del establecimiento mientras que en otros casos se enviaban a otros lugares, dependiendo de cuán bien equipada estuviera la institución y de la capacidad financiera de las mujeres. Varios informantes mencionaron el dilema que planteaba dónde se analizar las muestras: en el establecimiento donde se tomaron, subcontratando este servicio en Lima o en un establecimiento local privado. Enviar las muestras a Lima tomaba tiempo e implicaba costos de transporte; pero algunos consideraban que la calidad del análisis era superior allí; subcontratar un establecimiento local privado costaba menos y usualmente entregaba los resultados en menos tiempo.

Sin embargo, en algunos casos, las muestras de las pacientes que podían pagarlas se analizaban localmente en el hospital, de modo que se recibían los resultados más rápidamente, en contraste, por ejemplo, con las pacientes indigentes cuyas muestras eran derivadas, por lo que sus resultados tomaban más tiempo en llegar. Los informantes de todas las regiones mencionaron que las mujeres a menudo no

regresaban para buscar sus resultados y hasta perdían el interés por hacerse el Papanicolaou cuando se enteraban de que los resultados podrían tardar un mes o más.

“El problema que hemos tenido con los resultados es que a veces se demoran mucho... Es en esos casos cuando las mujeres no regresan por ellos. El laboratorio de la red es el punto de referencia para todos... A veces, se toman hasta dos meses para entregar los resultados... Esto debe ser más rápido.” (Proveedor de servicio, Centro de salud del sector público, Lima periurbana).

La coordinación entre instituciones de distinto nivel también puede obstaculizar la eficiencia. Varios informantes confirmaron que las muestras y resultados se perdían frecuentemente durante la fase de procesamiento y análisis. Los hospitales a menudo servían como primer punto de contacto con la población y también como lugar de referencia para los centros y puestos de salud periurbanos y rurales. El Instituto Nacional del Cáncer en Lima sirve como lugar de referencia nacional cuando existen dudas sobre un diagnóstico.

“No hemos tenido un patólogo en varios meses. Hemos tenido que derivar las muestras. Se pierden... Tenemos miles de problemas... Hemos tratado de hacer cosas y lograr nuestras metas, pero en el proceso de recibir los resultados, fallan muchas cosas.” (Proveedor de servicio, hospital del sector semipúblico, Chincha)

Las muestras de Papanicolaou eran analizadas por profesionales de distinto nivel, dependiendo de la región e institución. En Lima, citotecnólogos con educación universitaria realizaban la detección inicial y enviaban las muestras anormales a los patólogos, que están concentrados en Lima, para obtener una confirmación. En las provincias, los citotecnólogos analizaban las muestras sin consultar a un patólogo. Varios informantes lamentaban la ausencia de un programa de capacitación en citotecnología, el cual solía existir, como lo mencionó un informante, y cuya creación era defendida por varios. Algunos proveedores, particularmente aquellos capacitados en

el Instituto Nacional del Cáncer, sostenían que solo los patólogos pueden brindar análisis confiables de Papanicolaou. Un oncólogo del hospital regional de Iquitos, del sector público, que enviaba todas sus muestras al Instituto Nacional del Cáncer para ser analizadas declaró:

“Lo que hemos demostrado es que el Papanicolaou no es confiable... Yo fui capacitado en el Instituto Nacional del Cáncer y ... mi capacitación me dice que... una muestra de Papanicolaou debe ser leída por un patólogo... y si no lo es, no tiene validez.”

Hay pocos incentivos para que los técnicos analicen las muestras rápidamente, y algunos técnicos se las arreglan para aumentar sus salarios nominalmente a través de prácticas que no benefician a las pacientes. Específicamente, según lo mencionaron informantes de las cuatro regiones, muchos técnicos esperan que se acumulen las muestras antes de analizarlas y así se aseguran de cobrar por horas extraordinarias de trabajo. Más aún, muchos doctores del sector público admitieron haber referido a sus pacientes más pudientes para que se atendieran en sus propias clínicas privadas, explicándoles que sus resultados les serían entregados en dos días y no dentro de un mes, pero con un mayor costo para las pacientes (y generando una mayor ganancia para el doctor). Finalmente, un informante comentó la necesidad de supervisar o realizar un control de calidad al procesamiento de los resultados de Papanicolaou, porque en su región no existía ninguno.

Seguimiento y tratamiento de condiciones anormales

Muchos informantes de las cuatro regiones se quejaron de que las pacientes no reciben el tratamiento adecuado ya que ni el sistema de referencia de pacientes ni los procedimientos de tratamiento eran sistemáticos. Los informantes dieron rangos muy amplios que iban del 30% al 100% sobre el porcentaje estimado de mujeres que necesitaron tratamiento y efectivamente lo recibieron. Un informante comentó que las mujeres no se practicaban un Papanicolaou de rutina cada tres años como se

recomienda; por lo tanto, cuando se detectaba un resultado anormal a menudo el mal era grave porque había transcurrido mucho tiempo desde el último Papanicolaou, suponiendo que hubiera habido uno antes, permitiendo que el cáncer prospere. Cuando una paciente de un establecimiento pequeño o rural tenía un resultado anormal, la referían al hospital urbano más cercano para que la viera un especialista; esto no garantizaba que la paciente fuera a ser tratada, o que llegaría al establecimiento del tratamiento. Es más, las referencias a menudo exacerban las brechas en el tratamiento creando nuevos obstáculos para la paciente en una institución diferente, en un sistema donde no es fácil orientarse. Un informante admitió: *“Sólo vuelven cuando se encuentran gravemente enfermas.”*

Algunas instituciones o individuos compensaban con algunas acciones la falta de procedimientos de seguimiento. Por ejemplo, algunos proveedores de servicios de salud cubrían el transporte de las pacientes, las acompañaban al hospital o las visitaban en el hospital para garantizar que las mujeres accedieran al tratamiento. Otros informantes mencionaron que si la paciente no volvía para el seguimiento, ellos iban a su casa.

Como rara vez se subsidian los costos del tratamiento este queda fuera del alcance de la mayoría de pacientes. Según muchos informantes, el sistema para el cuidado de las personas indigentes solo cubre la detección, mas no el tratamiento, así que el seguimiento para estas pacientes termina cuando se les comunican los resultados. Un oncólogo del hospital regional de Iquitos describió así su percepción de la respuesta de una paciente común:

“[Le explicamos que] tiene cáncer, pero se puede tratar, con cirugía, por ejemplo. Pero la psicología de la paciente no es “quiero curarme, no tengo dinero, pero quiero curarme.” No, la psicología es más bien del tipo “Bueno, no tengo dinero, así que mejor me voy a casa.” (Oncólogo, hospital regional, Iquitos)

En vista de que los profesionales se preocupaban por la retención de las pacientes, podían llegar a economizar o tomar acciones más agresivas de lo necesario si llegaban a temer que la paciente no volvería. Por ejemplo, algunos

informantes describieron cómo algunos profesionales buscaban atajos, eludían la biopsia y realizaban conizaciones o histerectomías, o trataban inflamaciones de forma preventiva, si pensaban que las pacientes no regresarían por más atención médica.

Hubo consenso general en que tanto los conocimientos sobre el tratamiento como los equipos estaban fuertemente centralizados en Lima. Algunas veces los hospitales de las provincias no tenían los equipos adecuados o suficientes para tratar los CIN más avanzados o persistentes y, menos aún, el cáncer cervical. En otros casos, contaban con los equipos pero las barreras administrativas generaban un uso inadecuado de los recursos. Por ejemplo, el departamento de ginecología de un hospital tenía equipos para realizar conizaciones, pero no lo compartían con el departamento de oncología. Un informante mencionó que el hospital local de Iquitos no tenía un laboratorio de patología (a pesar del interés que hay en tenerlo), y no había cirujanos especializados en oncología en toda la región.

Si el cáncer avanza, la paciente debe ser derivada al Instituto Nacional del Cáncer, dificultando aún más el tratamiento de la mujer promedio, que vive fuera de Lima, especialmente si su tratamiento necesita de muchas sesiones (vale decir, radioterapia). El Instituto Nacional del Cáncer tiene un hotel de bajo costo para mitigar los gastos de las pacientes de provincias, pero como comentó un informante, siempre está lleno. Otro informante, de Iquitos, contó como había sido su último mes de trabajo, como ejemplo de las dificultades del seguimiento a las pacientes: cinco de ellas habían sido diagnosticadas con cáncer cervical; dos fueron a Lima para el tratamiento, las otras tres desaparecieron.

Finalmente, algunos informantes atribuyeron los problemas asociados con la detección temprana a una falta de conocimientos básicos de las pacientes y médicos, acerca de todas las etapas del proceso. Varios informantes se quejaron de que los proveedores de salud que trabajan en la detección de cáncer cervical desconocían la incidencia local del virus de papiloma humano (VPH) y su vinculación con el cáncer cervical, y no estaban familiarizados con el protocolo nacional para el CIN1, que ordena que se haga un Papanicolaou de seguimiento cada seis meses.

Otros informantes mencionaron que los médicos generales – que son a menudo el punto de entrada de una mujer al sistema de salud – frecuentemente no les hacen ver a las mujeres la gran importancia que tiene la detección del cáncer para ellas

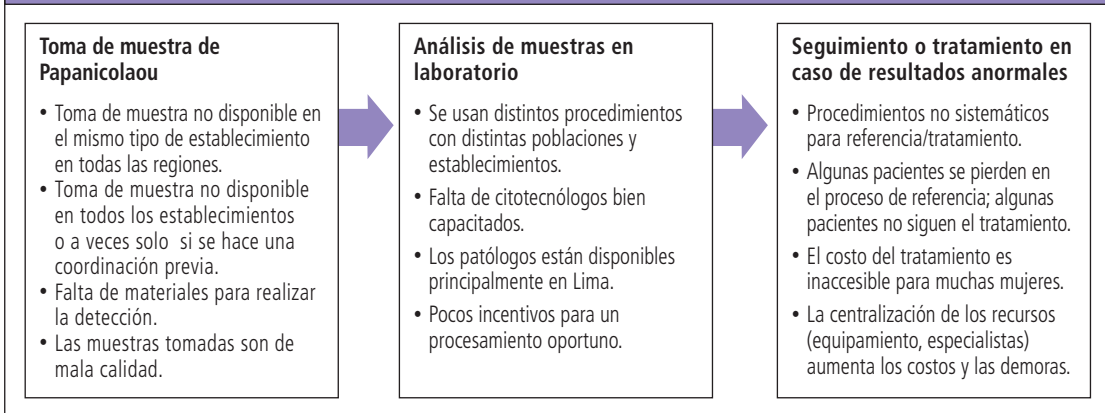
“La solución para los países como el Perú no se da capacitando a los especialistas, sino mejorando la “cultura del cáncer” de los médicos de medicina general... Mientras los médicos de medicina general no tengan conocimiento sobre el cáncer estomacal, cáncer de pulmón, cáncer de mama, cáncer cervical... 80% de los pacientes cancerosos llegarán al Instituto Nacional del Cáncer solamente cuando estén muy avanzados. La primera persona en ver al paciente no es el especialista. Es el doctor de medicina general. El doctor... tiene que entender que una paciente no le va a decir ‘Doctor, detecte el cáncer de mama que tengo’.. Es el médico quien debe decirle eso a la paciente.”

Discusión

Los informantes describieron las barreras que impiden aumentar la cobertura de Papanicolaou y que frenan el seguimiento y tratamiento de resultados anormales, esta descripción se resume en la Figura 1 para cada etapa del proceso. Los dos problemas predominantes en todo el sistema de salud fueron la falta generalizada de recursos y la centralización en Lima del tratamiento de cáncer cervical e incluso de los servicios de citología.

La falta de una cultura de prevención en materia de salud reproductiva en el Perú ya se ha documentado anteriormente en términos más generales.² En una fase de este estudio, las mujeres peruanas señalaron el temor y la vergüenza como los obstáculos más comunes para hacerse el Papanicolaou.¹⁹ En otra fase observamos que se perdían muchas oportunidades de brindar educación sanitaria sobre la prevención del cáncer cervical en los servicios de salud sexual y reproductiva durante las interacciones médico-paciente.²⁴ Algunos informantes clave dieron muchas razones para explicar la falta de prácticas preventivas en una amplia gama que va desde el hecho de que las mujeres no saben nada acerca del Papanicolaou, que hay mujeres que no se toman la molestia de averiguar más al

Figura 1. Resumen de las barreras para la detección de cáncer cervical, su seguimiento y proceso de tratamiento



respecto porque el tratamiento tendrá un costo prohibitivo, hasta el hecho que los médicos no educan a las mujeres. Creemos que el Ministerio de Salud debe crear conciencia y brindar educación pública a nivel nacional para fomentar conductas preventivas; este esfuerzo debe incluir la detección de cáncer cervical en un contexto más amplio de prevención y relacionarlo con todos los servicios de salud sexual y salud reproductiva, como son la planificación familiar y la atención prenatal. En la medida que el Perú siga basándose en el Papanicolaou para detectar condiciones anormales, se tendrá que establecer un sistema nacional de convocatoria y recordatorio que detecte a todas las mujeres que reúnen las condiciones del caso, tal como sucede en los países que tienen abundantes recursos.

En cuanto a las muestras, es necesario cambiar el sistema de pago para incentivar que la toma y análisis de muestras sean óptimos y que los resultados se entreguen en un plazo breve. Además de capacitar a los citotecnólogos altamente calificados que permanecen en Lima, debe capacitarse a técnicos de nivel intermedio y básico en otras regiones para que no tengan que enviarse las muestras a Lima sin haberlas analizado primero en el propio establecimiento.

Las normas del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) especifican los procedimientos de seguimiento para lesiones precancerosas o neoplasia intraepitelial cervical.¹⁶ No basta

asegurar que haya profesionales capacitados en los puestos necesarios y que cumplan estas normas; se precisa también contar con procedimientos para asegurar que las mujeres puedan recibir tratamiento y tener el seguimiento necesario. Esto significa reducir los obstáculos burocráticos en instituciones que las pacientes no conocen y en una ciudad que no les resulta familiar. Podrían establecerse protocolos estándar de referencia, con un funcionario de enlace con la paciente para que haga el seguimiento con ella y la ayude a orientarse en el sistema. Las barreras para el tratamiento son peores para las mujeres que vienen de otras ciudades, pues tienen que asumir costos y dificultades adicionales vinculados con el transporte hasta Lima y el alojamiento en esa ciudad para seguir el tratamiento.

Lamentablemente, como dijo una informante: *“El cáncer cervical ataca a las pobres.”* Si bien el cáncer mismo no discrimina por estatus socioeconómico, cuando este se presenta hay factores estructurales que provocan las disparidades sanitarias relacionadas con la clase social de las pacientes. Por ejemplo, la motivación de una persona para hacerse un despistaje en una lesión precancerosa puede pesar menos que su conocimiento o creencia de que ese tratamiento puede no estar disponible o puede no serle asequible. Las pacientes indigentes, que están en mayor riesgo de sufrir cáncer cervical debido a la mayor demora entre pruebas de Papanicolaou o por la falta total de

Papanicolaou, con frecuencia tienen que esperar más tiempo para tener el resultado de sus pruebas. El sistema de atención sanitaria debe compensar estas desigualdades buscando estrategias que hagan ampliamente disponible el tratamiento (especialmente en caso de precánceres y cáncer en las etapas tempranas) en todo el sistema y priorizando el análisis y la rendición de informes con los resultados del despistaje. Posiblemente las unidades de salud periurbanas y rurales no tengan los equipos ni la experiencia para analizar por sí solas los resultados, pero es necesario que sus presupuestos incluyan servicios de extensión para hacer el seguimiento de pacientes y comunicar los resultados a aquellas que no regresan para recoger sus informes. Algunos médicos ya están cumpliendo de más con el protocolo para llegar a las pacientes y tratarlas a pesar de los obstáculos; estas prácticas deben estandarizarse e incentivarse.

También hay otra opción: establecer alternativas para el Papanicolaou, como la provisión universal de vacunas contra el virus del papiloma humano. El Instituto de Investigación Nutricional, PATH y MINSA implementaron un proyecto de demostración de vacunación de VPH para alumnas del quinto grado en escuelas de la costa norte del Perú, en 2008.^{30,31} La tasa de cobertura fue 83%, y los casos de no vacunación se debieron principalmente a que esas alumnas estuvieron ausentes de la escuela. Si bien en el pasado hubo la preocupación de que no se aceptara la vacuna por su carácter experimental³², ese no fue el problema en esta oportunidad. En febrero de 2011, el MINSA aprobó una Resolución Ministerial para dar, libre de costo, el esquema completo de vacuna de VPH a todas las niñas de 10 años de edad; su implementación empezó poco después.³³⁻³⁵

Esta investigación planteó otra problemática al preguntar si sería apropiado añadir IVA al protocolo de prevención de cáncer cervical en el caso del Perú. Un análisis de los obstáculos para prevenir el cáncer cervical, realizado recientemente en países en desarrollo demostró que, si bien algunos investigadores consideran que las nuevas tecnologías de detección son la solución, ese énfasis se basa más en la ideología que en la realidad encontrada en el terreno. Por consiguiente, los autores recomiendan

un esfuerzo concertado de colaboración entre los trabajadores de salud pública y los funcionarios gubernamentales de los países para introducir nuevas estrategias y tecnologías en conjunto con las existentes y no necesariamente en su remplazo, para aprovechar la infraestructura que ya existe.³⁶

Los resultados de una intervención reciente de prevención de cáncer cervical en la Amazonía peruana (TATI) que utilizó pruebas de VPH, IVA y citología convencional confirmaron algunos inconvenientes de remplazar simplemente el Papanicolaou con IVA. Demostró, por ejemplo, que las pruebas de VPH son más precisas que la citología convencional sumada a la IVA, y que si se utilizara la IVA como estrategia, sería necesario invertir en capacitación regular y supervisión.³⁷

TATI-2 permitió hacer el seguimiento de TATI usando la histología para ensayos que prueben CIN 2 y 3, así como cáncer cervical invasivo, en mujeres que hubieran tenido anteriormente resultados negativos con IVA y Papanicolaou, y en mujeres que no fueron anteriormente examinadas con IVA. Los resultados indicaron una menor prevalencia de CIN 2-3 y de cáncer cervical invasivo en mujeres previamente examinadas, lo que implica que un solo examen con IVA puede reducir el riesgo de cáncer cervical en la población.³⁸ Estos resultados son muy importantes. Sin embargo, hay problemas considerables en la referencia y los costos del seguimiento y el tratamiento de resultados anormales, que no se solucionarán remplazando el Papanicolaou con IVA. Se precisa de un estudio que determine qué componentes serían los más económicos para invertir en ellos usando en la forma más óptima los limitados recursos disponibles.

A pesar de que el Perú se clasifica como un país de ingreso mediano en la franja superior,³⁹ hay una desproporción en la disponibilidad de recursos en sus distintas regiones. Este estudio cualitativo no ha sido representativo de las regiones del Perú ni de todos los profesionales de la salud que están trabajando para prevenir, detectar y tratar el cáncer cervical; por consiguiente, no podemos hacer generalizaciones. Sin embargo, hay claros indicios de que las tres regiones de la periferia comparten

problemas similares en comparación con Lima. Tampoco entrevistamos a las personas responsables de la política y los programas de cáncer cervical del Ministerio de Salud. Finalmente, nos concentramos en las barreras que existen para el despistaje y tratamiento de cáncer cervical en el Perú, mas no en los logros obtenidos en el sistema desde que este fue declarado una prioridad nacional de salud en 1998 y se desarrollaron las guías nacionales. Si bien los datos de la Oficina de Epidemiología del Ministerio de Salud del Perú revelan que en realidad ha aumentado la mortalidad relacionada con el cáncer cervical entre 1987 y 2007 (pasó de 9.6 a 11.4 por 100,000), es probable que esto refleje un aumento en la detección de casos.⁴⁰

Podemos llegar a la conclusión de que ninguna intervención individual será suficiente para superar las barreras que existen para la detección y tratamiento temprano del cáncer cervical. Es necesario realizar una revisión institucional que encare cada etapa del proceso, tomando en cuenta las nuevas estrategias y tecnologías, las discrepancias sanitarias entre Lima y el resto del país, las necesidades de las mujeres y los recursos disponibles.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a los informantes clave por su tiempo y sus conocimientos. Esta investigación fue posible gracias al financiamiento de Tulane Research Enhancement Funds.

Referencias

1. Albuja P. Cobertura citológica de la población femenina a riesgo de cancer cérvico uterino en la región La Libertad. *Acta Cancerológica* 1995;3:113-15.
2. Garcia PJ, Chavez S, Feringa B, et al. Reproductive tract infections in rural women from the highlands, jungle and coastal regions of Peru. *Bulletin of World Health Organization* 2004;82:483-92.
3. Solidoro A, Olivares L, Castellano C, et al. Cáncer de cuello uterino en el Perú. *Diagnóstico* 2004;43:29-33.
4. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Perfil epidemiológico 2004. www.inen.sld.pe/portal/estadisticas/datos-epidemiologicos.html.
5. Luciani S, Winkler J. Cervical cancer prevention in Peru: lessons learned from the TATI demonstration project. Washington, DC: PAHO; 2006.
6. Pan American Health Organization. *Health in the Americas*: 2007. Washington, DC: PAHO; 2007.
7. WHO/ICO Information Centre on HPV and Cervical Cancer (HPV Information Centre). *Human papilloma virus and related cancers in Peru. Summary report 2010*. Barcelona: WHO/ICO; 2010.
8. Ferlay J, Shin HR, Bray F, et al. *GLOBOCAN 2008 v2.0, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: International Agency for Research on Cancer CancerBase No.10*. Lyon.: IARC; 2010. <http://globocan.iarc.fr>.
9. GLOBOCAN, World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. Section of cancer information, country fast stat 2008. <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=604>.
10. World Health Organization, International Agency for Research on Cancer. *IARC Handbooks of Cancer Prevention. Vol.10: Cervix cancer screening*. Lyon: IARC Press; 2005.
11. Lewis MJ. A situational analysis of cervical cancer in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2004.
12. Paz Soldán VA, Lee F, Cárcamo C, et al. Who is getting Pap smears in urban Peru? *International Journal of Epidemiology* 2008;37:862-69.
13. Programme on Cancer Control; WHO Department of Reproductive Health and Research. *Cervical cancer screening in developing countries, report of a WHO consultation*. Geneva: WHO; 2002.
14. World Health Organization. *Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice*. Geneva: WHO; 2006.
15. Ministerio de Salud. *Manual de normas y procedimientos para la prevención del cáncer del cuello uterino*. Lima: Dirección de Programas Sociales, Programa Nacional de Planificación Familiar; 2000.
16. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. *Plan nacional para el fortalecimiento de la prevención y control del cáncer en el Perú*. Norma técnico-on-

- cológica para la prevención, detección y manejo de lesiones premalignas del cuello uterino al nivel nacional. Lima: INEN; 2008.
17. Sankaranarayanan R, Madhukar BA, Rajkumar R. Effective screening programmes for cervical cancer in low- and middle-income developing countries. *Bulletin of World Health Organization* 2001;79(10):954-62.
 18. Arrossi S, Sankaranarayanan R, Maxwell Parkin D. Incidence and mortality of cervical cancer in Latin America. *Salud Pública de México* 2003;45(S3):S306-S314.
 19. Paz Soldán VA, Nussbaum L, Bayer A, et al. Low knowledge of cervical cancer and cervical Pap smears among women in Peru, and their ideas of how this could be improved. *International Quarterly of Community Health Education* 2010-2011;31(3):245-63.
 20. Hunter JL. Cervical cancer in Iquitos, Peru: local realities to guide prevention planning. *Caderno Saúde Pública* 2004;20(1):160-71.
 21. Alliance for Cervical Cancer Prevention. Planning and implementing cervical cancer prevention and control programs: a manual for managers. Seattle: ACCP; 2004.
 22. Bradley J, Barone M, Mahe C, et al. Delivering cervical cancer prevention services in low-resource settings. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005;89(S2):S21-S29.
 23. Goldhaber-Fiebert JD, Denny LE, De Souza M, et al. The costs of reducing loss to follow-up in South African cervical cancer screening. *Cost Effectiveness and Resource Allocation* 2005;3(11).
 24. Bayer AM, Nussbaum L, Cabrera L, et al. Missed opportunities for health education on Pap smears in Peru. *Health Education & Behavior* 2011;38(2):198-209.
 25. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil de la Pobreza por departamentos, 2005-2007. Lima: INEI; 2008.
 26. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011 (ENDES). Lima: INEI; 2012. <http://proyectos.inei.gob.pe/endes/2011/>.
 27. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G. The health system of Peru. *Salud Pública de México* 2011;53(Suppl 2):S243-S254.
 28. Miles MB, Huberman AM. *Qualitative Data Analysis: An Expanded Sourcebook*. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.
 29. ATLAS.ti, Version 5 [Computer Software]. Berlin: Scientific Software Development; 1999.
 30. Penny M, Bartolini R, Mosqueira NR, et al. Strategies to vaccinate against cancer of the cervix: feasibility of a school-based HPV vaccination program in Peru. *Vaccine* 2011;29(31):5022-30.
 31. Bartolini RM, Drake JK, Creed-Kanashiro HM, et al. Formative research to shape HPV vaccine introduction strategies in Peru. *Salud Publica de Mexico* 2010;52(3):226-33.
 32. LaMontagne DS, Barge S, Le NT, et al. Human papillomavirus vaccine delivery strategies that achieved high coverage in low- and middle-income countries. *Bulletin of World Health Organization* 2011;89(11):821-830B.
 33. Ministerio de Salud (MINSA). Resolución Ministerial No. 070-2011. El Peruano. 2 February 2011. www.elperuano.pe/.
 34. Ministerio de Salud. MINSA recomienda vacunar a niñas contra papiloma virus para evitar cáncer de cuello uterino. 2011 17 October. http://www.minsa.gob.pe/portada/prensa/notas_auxiliar.asp?nota=10702.
 35. El Peruano. Inmunización avanzó 30%. 2012 12 May. <http://www.elperuano.com.pe/edicion/noticiainmunizacion-avanzo-30-19319.aspx>.
 36. Suba EJ, Murphy SK, Donnelly AD, et al. Systems analysis of real-world obstacles to successful cervical cancer prevention in developing countries. *American Journal of Public Health* 2006;96(3):480-87.
 37. Almonte M, Ferreccio C, Winkler JL, et al. Cervical screening by visual inspection, HPV testing, liquid-based and conventional cytology in Amazonian Peru. *International Journal of Cancer* 2007;121(4):796-802.
 38. Luciani S, Munoz S, Gonzales M, et al. Effectiveness of cervical cancer screening using visual inspection with acetic acid in Peru. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2011;115(1):53-56.
 39. World Bank. Data by country: Peru 2011. <http://data.worldbank.org/country/peru>.
 40. Dirección General de Epidemiología, Ministerio de Salud. Análisis de la situación de salud del Perú 2010. Lima: MINSA; 2010. www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis25.pdf.

DIARIO

La mayor epidemia de Ébola de la historia

1 de octubre 2014

Paul Farmer

Profesor de Salud Mundial, Facultad de Salud Pública de Harvard, Universidad de Harvard; Médico Especialista en Enfermedades Infecciosas, Brigham and Women's Hospital; y Co-fundador de Partners in Health, Boston MA, EEUU.g Estudiante de Maestría en Salud Pública University of Wollongong, Palmerston ACT, Australia

Acabo de volver de Liberia con un grupo de médicos y activistas de la salud. Regresaremos a ese país dentro de unos días. Liberia está sumida en la mayor epidemia de fiebre hemorrágica del Ébola. Se trata de una dolencia aguda y brutal. El Ébola es una zoonosis – transmitida de animales a seres humanos – y causada por un filovirus (un virus filiforme que causa sangrado interno y externo). Este mal fue descrito por primera vez en 1976 en zonas rurales de la República Democrática del Congo, cerca del río Ébola, como un síndrome que aparece súbitamente y se caracteriza por una sensación de debilidad, seguido de fiebre y dolor abdominal. Los pacientes pueden deshidratarse debido a la fiebre, los vómitos y la diarrea que acompañan a la enfermedad. Muchos pueden padecer delirios y presentan hemorragia nasal, bucal o vaginal, también puede haber hemorragia en los lugares donde se les ha aplicado vías intravenosas, e incluso en los ojos.

El virus Ébola es aterrador porque infecta a la mayoría de las personas que atienden a los que padecen este mal y causa la muerte de la mayoría de personas que lo contraen: al menos eso es lo que se cree generalmente. Pero la veracidad de esa creencia no está muy clara. Es cierto que muchas de sus víctimas fatales eran profesionales médicos. La epidemia de 1976, por ejemplo, empezó en un hospital de una misión religiosa donde las enfermeras eran monjas belgas que trabajaban con colegas

congolesas. Pero, incluso entonces, era bien sabido que el virus se podía transmitir si no se cumplían las reglas modernas para control de infecciones. Sin embargo, las enfermeras reutilizaban agujas inyectables y no usaban guantes, batas ni mascarillas pues tenían muy pocos disponibles. Tampoco recibieron, y menos aún sus pacientes, lo que en Bruselas, Boston o París podría considerarse como una atención médica moderna.

El tratamiento para el shock hipovolémico, que ocurre cuando no hay suficiente sangre para que el corazón la bombee a través del cuerpo, debido a las numerosas infecciones causadas por bacterias y algunas causadas por virus hemorrágicos – incluso sin aplicar una terapia antiviral específica – es la reanimación con fluidos agresivos. Cuando los pacientes pueden tomar fluidos oralmente, frecuentemente se puede evitar el shock con litros de sales de rehidratación oral. A los pacientes que sufren delirios o vomitan se les trata con fluidos intravenosos y los síntomas hemorrágicos se tratan con productos hemoderivados. Este tipo de atención se brinda en EEUU o en Europa en cualquier sala de emergencia y también se puede tratar pacientes en salas de aislamiento.

En las regiones más fuertemente golpeadas por el Ébola son escasos los médicos y las enfermeras. Incluso antes de que la crisis actual matara a muchos profesionales de la salud de Liberia, había menos de cincuenta doctores

trabajando en el sistema de salud pública, en un país con más de cuatro millones de habitantes, la mayoría de los cuales viven lejos de la capital. Vale decir que hay un médico por cada 100 000 habitantes, en comparación con los 240 por 100 000 en los Estados Unidos o los 670 por 100 000 en Cuba. Los hospitales equipados apropiadamente son aún más escasos que el personal y esto es válido en todas las regiones más afectadas por el Ébola. Otro elemento que escasea es el equipo de protección personal (EPP): batas, guantes, mascarillas o protectores faciales; etc. En Liberia no se cuenta ni con el personal, ni con el material ni con el espacio para detener las infecciones transmitidas por fluidos corporales como sangre, orina, leche materna, sudor, semen, vómito y diarrea. El virus se elimina durante la enfermedad clínica y sigue después del fallecimiento de la persona afectada: continúa siendo viable y contagioso mucho después de que sus portadores han exhalado su último suspiro. Cientos de deudos que prepararon a sus seres queridos para la sepultura se convirtieron también en víctimas del Ébola.

La región tuvo recientemente muchos avances en salud, como fue el notable descenso en la mortalidad infantil pero estos logros han sido ya revertidos, en gran parte, debido al cierre de servicios médicos básicos como producto de la crisis. Es muy posible que la muerte de la mayoría de víctimas del Ébola se deba a otras causas: mujeres durante el parto, niños por diarrea, víctimas de accidentes de carretera o de otros tipos de trauma. Pocos dudan de que la actual epidemia no se pueda detener, pero nadie sabe cuándo o cómo se le pondrá freno. Como dijo Barack Obama, cuando tomó la palabra en una sesión especial de las Naciones Unidas, "No debemos quedarnos cruzados de brazos pensando que de alguna manera, por algo que hemos hecho, esto ya se solucionó. Porque no es así". Prevenir la próxima erupción es un objetivo aún más distante.

Al 1 de octubre, un tercio de todos los casos del Ébola documentados fueron registrados en setiembre 2014. Desde marzo se han registrado más de siete mil casos, más de la mitad de ellos con desenlace fatal. En términos epidemiológicos, el tiempo de duplicación del brote actual de Ébola es de 15.7 días en Guinea, 23.6 días en Liberia y 30.2 días en Sierra Leona.

Los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU sugirieron a fines de setiembre que, a menos que se tomen acciones urgentes, en los próximos meses más de un millón de personas podrían contagiarse de esta enfermedad.

Pero aún falta lo peor, especialmente si tomamos en cuenta el impacto social y económico de la epidemia, que hasta el momento solo ha atacado a un reducido número de pacientes (en cambio, el número de víctimas mortales combinando SIDA, tuberculosis y malaria, los 'tres grandes' patógenos infecciosos, llegó a seis millones por año, tan recientemente como el año 2000). Los efectos han sido graves para el comercio en África Occidental. Y el Ébola ha golpeado en el núcleo del gobierno de Liberia, dirigido por la primera mujer que ha ganado una elección presidencial en una democracia africana. Corrían rumores de que la presidenta Ellen Johnson Sirleaf no asistió a una reunión de la ONU porque estaba ocupada con la crisis o porque enfrentaba inestabilidad política en su país. Pero nosotros sabíamos que una persona de su entorno había enfermado de Ébola. Hace pocos días oímos que otro de nuestros anfitriones liberianos, una alta funcionaria de salud se había puesto en cuarentena por 21 días. Aunque ella no presenta síntomas, su asistente principal murió de Ébola el 25 de setiembre. Estos hechos, sumados al ritmo veloz y a las características espectaculares de la enfermedad, han llevado a un nivel de temor y estigmatización que parece mayor aún que los que causa normalmente una pandemia.

Pero es innegable que la debilidad de los sistemas de salud es la verdadera causa de la rápida difusión de este mal y no su virulencia sin precedentes ni una forma de transmisión anteriormente desconocida. Los débiles sistemas de salud también son culpables de la alta tasa de mortalidad en la pandemia actual, que es causada por la cepa de Zaire de este virus. Pero la contrapartida de este hecho – y es un hecho – es la buena noticia de que se puede evitar la diseminación de la enfermedad si se une un mejor control de la infección (para proteger a los no infectados) con una mejor atención clínica (para salvar a los enfermos). El diagnóstico del Ébola ya no tiene que ser una sentencia de muerte. Como especialista en enfermedades infecciosas puedo afirmar lo

siguiente: si los pacientes tienen un diagnóstico con prontitud y reciben terapia complementaria en forma agresiva – incluyendo reanimación con fluidos, remplazo de electrolitos y productos hemoderivados – la gran mayoría, incluso hasta el 90 por ciento de ellos, debería sobrevivir.

Los efectos de carácter más general del Ébola también dañan los esfuerzos que se realizan para tratar la enfermedad. El cierre de fronteras nacionales significa, entre muchas otras cosas, que será más difícil que el personal y el material lleguen a quienes más los necesitan. Muchas aerolíneas han suspendido sus servicios. Las escuelas se han cerrado; hasta las facultades de medicina y enfermería han sido cerradas. Empiezan a escasear los alimentos y el combustible, que en su mayoría es importado. Exxon ha anunciado que va a postergar sus planes de perforación en alta mar. Se han cortado las cadenas de suministro. Se han cerrado hospitales y clínicas.

Han ocurrido incidentes de violencia relacionados con el temor y el estigma. En Liberia – donde nos dieron una cálida bienvenida – mis colegas y yo escuchamos que siete trabajadores de salud que atacaban la epidemia de Ébola, aparentemente entre ellos dos funcionarios locales de salud pública, habían sido asesinados a machetazos en una zona rural de Guinea. Sus cuerpos fueron descubiertos en el tanque séptico de una escuela primaria de la localidad. Hace once años, cuatro profesores de escuela congolese, que participaban en una campaña de concientización sobre el Ébola también fueron asesinados. Hay una compleja relación entre el contagio, la letalidad, el estigma y el largo abandono – la mayoría de los habitantes rurales de África Occidental nunca ha tenido acceso a una atención médica integral – es un problema que todavía no se discute.

En más de una ocasión me han preguntado cuál podría ser la fórmula para actuar en forma eficaz contra el Ébola.

A menudo los que piden soluciones estándar y fáciles son precisamente quienes están renuentes a invertir en un modelo integral de prevención y cuidado para los pobres. ¿Qué entienden por el ‘modelo’ o el ‘paquete básico mínimo’? ¿Cuáles son los ‘parámetros’ para evaluar la ‘relación costo-eficacia? Cualquiera

que desee prestar servicios integrales para los pobres –que necesariamente incluyen prevención y cuidados, con demasiada frecuencia compitiendo entre sí–, desea soluciones fáciles y que prueben que tendrán un alto ‘rendimiento de la inversión’. Aquel cuyos parámetros o pruebas sean consideradas insuficientes posiblemente tendrá un frío recibimiento, a pesar de que la crisis del Ébola debería servir como una lección objetiva y reprender a aquellos que toleran que el Estado asigne ínfimos recursos a la salud pública y a la prestación de servicios de salud y que incluso se atreva a recortarlos. Sin personal, material, espacio y sistemas, no se puede hacer absolutamente nada.

Si estos recursos eran escasos en Monrovia y Freetown, en las regiones rurales son casi inexistentes. Zwedru es la capital del condado de Grand Gedeh en la zona sudoriental de Liberia; es una región cubierta en su mayor parte por bosques lluviosos. Cuando uno vuela de Monrovia a Zwedru uno recuerda lo vasto y verde – y lluvioso – que es este país, especialmente en setiembre. Fuera de la capital, las carreteras asfaltadas son tan escasas como la electricidad: en 2013 se estimó que menos de uno por ciento de Liberia tiene suministro eléctrico. Como lo señaló recientemente Sirleaf, el estadio de fútbol americano de los Dallas Cowboys consume cada año más energía que toda Liberia. Es muy difícil atender a oscuras a pacientes gravemente enfermos; la reanimación con fluidos depende de que se puedan colocar y remplazar las vías intravenosas.

En Zwedru visitamos el único hospital de Grand Gedeh. Aunque han circulado rumores de médicos y enfermeras que abandonaron sus puestos, el hecho es que muchos de ellos han permanecido en el hospital. Pero sin equipos de protección personal y otros insumos, no es mucho lo que pueden hacer. No vimos a ningún paciente de Ébola en el hospital. Oímos rumores de que la administración del hospital acababa de despachar a un montón de presuntos enfermos. En Ziah Town, una pequeña aldea que queda a un par de horas de distancia, nos reunimos con algunos trabajadores de salud de la comunidad. Era un grupo bien informado, en su mayoría hombres y mujeres jóvenes. Su idioma nativo es el kru o craví, aunque hablaban inglés muy bien. Estaban en primera fila en la lucha contra el Ébola, eran

los que podían llevar información y servicios a los pobres del campo. Pero estaban aislados y mal equipados. El sol caliente inmisericordemente los inmensos bosques y los caminos de tierra que los atraviesan. Estábamos programados para salir de Monrovia la siguiente tarde; sin embargo, nubes negras, de tormenta, oscurecían el cielo y no estábamos seguros de llegar a tiempo para tomar el avión; los vehículos, de doble tracción, avanzaban a duras penas. Atrapados en el barro nos preguntábamos cómo podían, estos trabajadores de salud de la comunidad, llevar pacientes enfermos a los centros de atención de Ébola, que no son más que una serie de casas planificadas que ni siquiera están construidas a medias.

Aunque se ha declarado a Grand Gedeh libre de Ébola, también está desprovista de pruebas de diagnóstico; y de electricidad, y de caminos pavimentados. Sin embargo, los trabajadores de salud de la comunidad, al igual que los pobladores de Ziah Town, estaban insertados en la economía monetaria: la gente tenía teléfonos celulares (con una señal muy débil) y usaban camisetas (una de ellas tenía grabado el escudo de una pequeña universidad del Medio Oeste de los EEUU); unos niños pateaban una pelota de fútbol; un niño bebía una lata de Red Bull. '¿Cómo se ganan la vida?' le pregunté a una de las jóvenes voluntarias norteamericanas. Ella dudó, aunque ha vivido y ha trabajado en Zwedru más de un año. 'Son formidables cazadores,' me dijo. Luego de escuchar pacientemente la conversación con que llenábamos la obligada pausa, el chofer del jeep – estábamos esperando que nuestro convoy saliera del barro – intervino para ayudarla con la respuesta. Él era de Monrovia, nos dijo. Había estado trabajando en Grand Gedeh durante más de diez años, primero como oficial en el programa de desarme, y después como chófer y técnico de logística. 'No sólo nos dedicamos a la caza y a la pequeña agricultura,' nos dijo. También había minería, remesas del extranjero y comercio internacional. Muchos de los tenderos del pueblo eran de Guinea, Sierra Leona o Costa de Marfil. Tal vez se vea como un bosque lluvioso tropical aislado, pero es un lugar conectado con el resto de África Occidental.

Eso significa que también está conectado con el resto del mundo. Y cualquiera que fuera

el origen de la epidemia – por la ingestión de carne de animales silvestres o de un pedazo de fruta infectada, arrojado por un torpe murciélago de fruta – lo que está muy claro es que los intentos por sellar las fronteras nacionales no la detendrán. No hay puntos de control ni barreras en los bosques tropicales. Los días en que estos encierros pudieron servir de algo pertenecen al pasado. Un entrevistador de la CNN me preguntó si el Ébola podría llegar a Europa y Norte América. 'Por supuesto que lo hará,' le respondí. 'Vivimos en una economía globalizada.'

El 30 de setiembre, los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los EEUU confirmaron el primer diagnóstico de la enfermedad en los Estados Unidos. Un viajero que llegó de Liberia, asintomático (según su propio informe) al abordar un vuelo de Monrovia a los Estados Unidos el 19 de setiembre (cuando nuestro equipo salía de Zwedru rumbo a Monrovia), se enfermó en Dallas pocos días después. Sus síntomas eran similares a los descritos en todos los casos de Ébola: 40°C de fiebre, debilidad, dolor abdominal. Tenía antecedentes de haber estado expuesto al contagio pues había conducido en un vehículo a una mujer joven, embarazada y sangrante, a un hospital en Monrovia; fue rechazada y después murió. Pero en su primera visita a una sala de emergencia, sus síntomas fueron juzgados como 'no-específicos' y no fue diagnosticado a pesar de haber llegado de Liberia. Dos días después, con una infección aguda y gravemente enfermo, fue llevado en ambulancia de regreso al mismo hospital e internado en cuidados intensivos. En pocas horas se confirmó que la causa de su mal era el Ébola, cepa de Zaire. Ahora se está muriendo. Es poco probable que este sea el final del episodio norteamericano. El ciclo de temor y estigmatización, exagerado por los medios, seguirá aumentando, aunque caben pocas dudas de que se pondrá freno a la epidemia en los EEUU, que sí tiene el personal, el material, el espacio y los sistemas necesarios.

Ébola es sobre todo un síntoma de que el sistema de atención de salud es débil. Pero hasta que se llegue a un acuerdo sobre este diagnóstico pueden darse otras explicaciones, más exóticas. El palabreo (como dicen los liberianos) incluye mucho sobre las 'creencias y conductas culturales' a las que se atribuye la propagación del brote. En la lista suelen aparecer actividades que no son realmente

‘conductas’, como cazar y comer carne de animales silvestres, participar en extrañas prácticas funerarias o los estrafalarios rituales de ‘sociedades secretas’ como las del Leopardo Humano o de los Poro. La antropología del siglo XIX en adelante estaba obsesionada con los ritos funerarios – sobre todo con los más escabrosos. El libro *Tribes of the Liberian Hinterland* (1947), escrito en voz pasiva y en el tono realista típico de ese género, dedica más de quinientas páginas a este tipo de cosas:

‘Antiguamente, solo se lavaban los cuerpos de los jefes y de los hombres notables cuando morían. En Half-Grebo el cuerpo de un guerrero que fallecía a consecuencia de un disparo se llevaba al arroyo y se lavaba. Tanto en Grebo como en Sapa, se extraía la bala para evitar que el guerrero se reencarnara con una herida.’ ‘Ahora se lavan todos los muertos. Luego el cuerpo se coloca en una estera y se enrolla con ella. Junto al cuerpo se colocan algunas prendas de vestir, y la cantidad varía de acuerdo al rango que tuvo la persona.’

Aunque a los antropólogos les encanta narrar estas prácticas, no hay sospechas de que estos ritos hayan tenido un papel importante en las epidemias de Ébola en Congo, Uganda y Sudán en los últimos cuarenta años. Los habitantes de las costas de África Occidental han comido carne de animales silvestres durante siglos y han preparado a sus muertos para enterrarlos sin tomar precauciones para evitar la transmisión de un patógeno como el Ébola. A pesar de ello, no es improbable que estas prácticas hayan contribuido a desatar esta epidemia que empezó en la selva húmeda guineana y luego a extenderla.

¿Cómo se explica que la propagación del Ébola desde Guéckédou hasta Monrovia y Freetown, y ahora a Dallas? Larry Brilliant, que ayudó a erradicar la viruela hace casi cuarenta años, y que actualmente encabeza el *Skoll Foundation’s Global Threats Fund*, ha declarado cuando se estaba descubriendo el Ébola: ‘Los brotes epidémicos son inevitables. Las pandemias son optativas.’ El hecho de que se consuma carne de animales silvestres no puede explicar la epidemia, pero las crecientes y grotescas desigualdades en el acceso a la atención – en el contexto de una economía política globalizada – sí la pueden explicar.

Hay un lazo que une firmemente la transmisión del virus con el intento de tratar a pacientes de Ébola en un sistema de salud débil – o en el hogar. En varios hospitales de África Occidental, el Ébola ha arrasado con el personal: profesionales de la salud, auxiliares de enfermería, asistentes de la morgue. Con poco personal y pocos suministros, los trabajadores de la salud, de primera línea en África Occidental tienen buenas razones para estar asustados. Nosotros, que queremos ayudarlos, aunque mejor equipados, también tenemos miedo.

Las otras personas que corren un gran riesgo, evidentemente, son los primeros en atender a los enfermos: no son los profesionales sanitarios sino los familiares, especialmente las mujeres. *Associated Press* reportó la historia de un niño liberiano de 14 años: ‘Demasiado débil para estar de pie, lo metieron a empellones en un taxi con su mochila y un balde amarillo de plástico para vomitar... “Hace una semana que está enfermo, con el estómago suelto,” dice su afligida madre, secando el sudor de la frente del niño con sus manos sin protección. “Llamamos tratando de conseguir una ambulancia hace días, pero no vino nadie.’

¿Quién vendrá cuando nosotros llamemos? ¿Quién se aparecerá no solo si es conveniente o eficiente y de costo mínimo, o si ya está presupuestado? No está claro que todas esas responsabilidades deban entregarse a contratistas o a las ONG. Los tres países más asolados por el Ébola también son los que tienen la menor inversión pública en atención de la salud y en salud pública en África. Han sido devastados por la guerra y por industrias extractivas, que nunca dejaron de obtener grandes ganancias. Esta es una de las razones por las cuales Liberia pudo alardear, hace apenas unos años, de tener el PBI de crecimiento más rápido en el mundo.

Durante casi un siglo, la *Firestone Rubber Company* ha sido el mayor contribuyente en Liberia. En 1926 negoció una concesión de un millón de acres* a seis centavos por acre, por un plazo de noventa años. Durante la Segunda Guerra Mundial, en muchos automóviles norteamericanos o en la mayoría de ellos, había un pedacito de la selva liberiana. Firestone sigue

* Aproximadamente 405 000 hectáreas. N. de la T.

operando en Liberia. Prometió crear 350,000 puestos de trabajo pero nunca creó más de una cuarta parte de esa cifra. Durante décadas los trabajadores de la plantación han exigido mejores salarios, una escuela secundaria y atención médica. En los últimos años tuvieron algunos logros. Pero la epidemia también los ha afectado. A fines de marzo la esposa de un trabajador de Firestone salió del Condado de Lofa, vecino a Guinea, no muy lejos del lugar donde se reportó el primer caso. Tuvo una súbita sensación generalizada de debilidad y fiebre. Ocho de cada diez veces, los patógenos responsables son los que causan malaria, neumonía neumocócica, fiebre tifoidea, gripe o una complicación del SIDA. La fiebre de Lassa, otra fiebre hemorrágica, estaría en la lista en Liberia, pero entonces el Ébola aún no era conocido en la región. El 31 de marzo, la mujer fue en taxi a Monrovia con otros cinco pasajeros, entre ellos su bebé, pero fue enviada de vuelta a la plantación de Firestone, al hospital de Duside. Recién entonces, enferma, con intensas diarreas y vómitos, se le diagnosticó que tenía Ébola. Continuó perdiendo fluidos vitales y electrolitos, y cayó en shock hipovolémico. Con el agudo descenso de su presión arterial las enfermeras hicieron todo lo posible por reanimarla. En una hora todo había acabado.

Excepto que no terminó ahí. Cuatro meses más tarde, en Duside se diagnosticaron, en rápida sucesión, 72 casos de Ébola; solamente sobrevivieron 18 pacientes. Y sin embargo, la respuesta de Firestone se consideró todo un éxito porque el control de la infección mejoró durante esos meses y la transmisión dentro del hospital disminuyó rápidamente. En ese tipo de vaivenes, el Ébola llegó a la ciudad y a sus establecimientos hospitalarios. El hospital católico San José, en una barriada de Monrovia, ha perdido a la mayoría del personal que atendía a los enfermos, y también ha perdido a la mayoría de sus pacientes. Dos semanas después de recibir sus primeros casos, el director del hospital enfermó con síntomas similares. Esta vez ya sabían qué se les venía. Pero careciendo de todo, el hospital no pudo hacer milagros para dar atención médica apropiada ni siquiera para tratar a sus profesionales más valiosos. Otras dos enfermeras, dos laboratoristas y un trabajador social fallecieron apenas dos meses después de haberse dado los dos primeros casos en la

ciudad. Igualmente fallecieron varios de los sacerdotes y monjas que trabajaban ahí. El padre Miguel Pajares fue evacuado por avión a España; igual ocurrió después con el padre García Viejo, que trabajaba en un pueblito de Sierra Leona. Ambos fallecieron en Madrid. También es probable que estos no sean los últimos casos que conozcamos en España.

¿Qué debemos hacer? Hasta el momento solo se nos ha ocurrido una fórmula y es la siguiente: no podemos detener el Ébola si no tenemos personal, material, espacio y sistemas. Y todo esto no solo debe llegar a las ciudades sino también a las zonas rurales donde aún vive la mayoría de la población de África Occidental. En primer lugar, tenemos que frenar la transmisión de la enfermedad. El origen de los primeros casos en humanos ya no es nuestra principal preocupación. La enfermedad se contagia de una persona a otra persona, y cuando no hay un sistema médico eficaz, se transmite en el lugar donde se cuida a los enfermos: en los hogares, clínicas y hospitales, así como en el lugar donde se atiende a los muertos. El control de la infección debe reforzarse en todos estos lugares y durante los entierros. Para esto no solo es necesario capacitar y exhortar (que ya se viene haciendo en ciudades de toda el África Occidental, en afiches y por la radio, y en reuniones comunitarias) sino que además hay que asegurar el suministro ininterrumpido de equipos de protección personal. Los trabajadores de salud de la comunidad, también tienen que estar mejor equipados, capacitados y remunerados para cumplir con su función de detectar, contactar y diagnosticar con prontitud además de tratar de luchar contra el aumento de fallecimientos causados por otras razones.

En segundo lugar, debemos evitar que haya una competencia entre la prevención y el tratamiento. Ambos son importantes y necesarios. Adam Levine ayudó a abrir la primera Unidad de Tratamiento de Ébola (ETU por sus siglas en inglés) en el condado de Bong, Liberia, después de haber trabajado en una ETU en Monrovia. Él es especialista en medicina de emergencia y describe cómo se siente al trabajar sin las terapias apropiadas vestido con un sudario sofocante:

El tercer día de capacitación encuentro a un hombre mayor, que también está echado sin

moverse, en su colchón. Al comienzo pienso que está muerto, pero al posar suavemente en su hombro mi mano cubierta con doble guante, él voltea su cabeza para mirarme. Sus ojos están hundidos y sus labios resecos, deshidratados, su piel solo se aplana lentamente al pinzarla. Está gravemente deshidratado a consecuencia de una intensa diarrea común en los casos de Ébola. Normalmente ya se le debería haber iniciado la aplicación de fluidos intravenosos, pero la [ETU] carece del personal suficiente para colocar catéteres intravenosos a los pacientes en forma segura. Por eso, yo volteo lentamente al paciente para echarlo de espaldas, agarro la botella completa con la solución de rehidratación oral que está a su lado, y lleno la pequeña tapa con un poco de la solución. Vierto el contenido en sus labios, que están ligeramente abiertos y me sorprende ver qué la pasa. Lleno otra vez la tapita y luego otra vez, y él sigue pasándola. Sé que sólo necesita unas cien tapitas más para rehidratarse, pero también sé que con el calor asfixiante yo no voy a durar mucho más con todo mi EPP.

La mayoría de expertos opinan que el personal no debe pasar más de dos o tres horas con el EPP. Mareados por el calor, hasta los profesionales más cautos empiezan a cometer errores.

Para convencer a los enfermos que entren en cuarentena es importante que haya igualdad de acceso a los cuidados de salud. Hace dos semanas, un médico liberiano me contó una historia que no me resultará fácil de olvidar. Él, con algunos colegas liberianos y ugandeses, planeaban abrir una ETU en Monrovia después de que las otras clínicas habían dejado de darles fluidos intravenosos a los pacientes quienes morían porque no se les daba tratamiento para el shock. Cuando una persona del grupo de europeos que estaba atendiendo pacientes en su ETU enfermó y estaba a punto de ser evacuada por avión a su país, el director de la ETU le pidió al médico liberiano que encontrara una bomba de infusión. Él pasó horas buscándola hasta que finalmente encontró una, pero no la encontró antes de que la voluntaria extranjera fuera evacuada. Ella sobrevivió.

En tercer lugar, la atención primaria se debe reconfigurar y para ello hay que usar la información aprendida de la respuesta a esta

epidemia. El hospital que visitamos en Zwedru, que tiene 140 camas, estaba técnicamente en funcionamiento; el personal, con el único médico que atendía, estaba presente. Pero no había muchos pacientes en los pabellones, ni tampoco había pacientes externos o ambulatorios. La farmacia no tenía medicamentos ni suministros, no había EPP. En el laboratorio escaseaban los reactivos; les habían donado recientemente una unidad digital de radiografía pero no la habían instalado porque no había baterías. No había control de infección, y es por eso que sacaron del hospital a cinco presuntos pacientes de Ébola (dos de ellos murieron poco después de que se les confirmara el diagnóstico de Ébola).

En cuarto lugar, debe aprovecharse el conocimiento adquirido de estas respuestas a la epidemia. Todos los intentos para evitar la propagación del Ébola deben implicar atención apropiada para los pacientes que estén en cuarentena. Aun si no se tiene una vacuna o terapias específicas para el Ébola, es posible imaginar que estos cuidados en cuarentena harán que se reduzcan notablemente las tasas de letalidad. Pero necesitamos terapia específica, mejores y más rápidos diagnósticos, y vacunas efectivas. Las vacunas y medicamentos necesarios para tratar las denominadas 'nuevas enfermedades infecciosas' no existen debido a lo que James Surowiecki ha llamado 'economía del Ébola'. 'Cuando las víctimas de una enfermedad son pobres y además no muy numerosas' él sostiene, 'es una desgracia por partida doble. En ambos casos, un medicamento para el Ébola parece una mala inversión.' Hace unos días *The Onion* publicó el siguiente titular: '(Dicen los) Expertos: la vacuna para el Ébola está al menos a cincuenta personas blancas de distancia.' (Para que produzcan la vacuna tendría que haber al menos cincuenta blancos enfermos).

Pero no tiene que ser así. Varias vacunas ya están listas para los ensayos clínicos; una serie de tratamientos – como el ZMapp, una combinación de anticuerpos monoclonales, desarrollados por una compañía farmacéutica y de una compañía dedicada a la bio-defensa, y los Agentes del ARN de interferencia (RNAi) – también están listos para las pruebas. El proceso debe acelerarse y miles de sobrevivientes de Ébola que estén dispuestos (y deben ser

inmunes) deben reclutarse para este trabajo y también para brindar cuidados clínicos.

En quinto lugar, deben crearse programas formales de capacitación para liberianos, guineanos y sierraleoneses. Las vacunas, diagnósticos y tratamientos no se descubrirán ni desarrollarán si no se vincula la investigación con el cuidado clínico: los nuevos avances no llegarán a toda el África Occidental si no se capacita a la próxima generación de investigadores, clínicos y gestores. África Occidental

necesita centros de enseñanza médica y de enfermería, bien diseñados y bien provistos de recursos, así como laboratorios que puedan llevar a cabo la vigilancia y responder más pronto y más eficazmente. Menos palabreo y más acción.

Nota

Reimpresión del *London Review of Books* 36(20), 23 de octubre 2014, con la amable autorización del autor y del *London Review of Books*.



SAMUEL ARANDA / PANOS PICTURES

Estudiantes de enfermería esperan afuera del Hospital de Connaught, Freetown, Sierra Leona, para rendir sus exámenes finales y ser enfermeras tituladas. Una de ellas, de 25 años de edad, dice: "El Ébola nos da miedo, pero hoy es un día importante para nosotras, queremos aprobar el examen para poder empezar a luchar contra él. Es importante para nuestro país." Agosto 2014

Número 1 2003



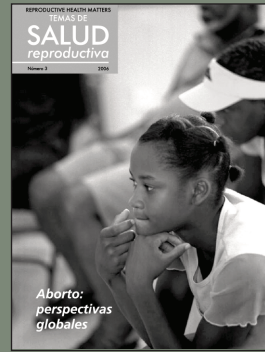
Reformas en el sector salud

Número 2 2005



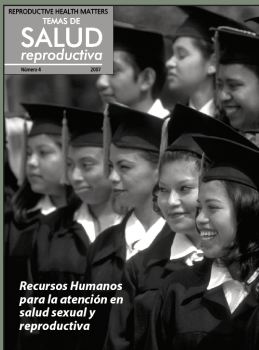
VIH/SIDA y servicios de salud sexual y reproductiva

Número 3 2006



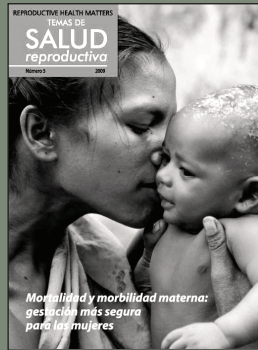
Aborto: perspectivas globales

Número 4 2007



Recursos Humanos para la atención en salud sexual y reproductiva

Número 5 2009



Mortalidad y morbilidad materna: gestación más segura para las mujeres

Número 6 2011



Sexualidad: derechos humanos y salud sexual

Número 7 2013



Repolitizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Av. Honorio Delgado 430
Lima 31, Perú
T: 51-1 319 0041
F: 51-1 381 9072

REPRODUCTIVE
HEALTH
matters

444 Highgate Studios
53-79 Highgate Road
London NW5 1TL, UK
T: +44-20-7267-6567
F: +44-20-7267-2551