

## **Global Partners in Action: NGO Forum on Sexual and Reproductive Health and Development. Invest in Health, Rights and the Future.**

“Relacionando temas importantes en la ICPD con miras al futuro: Vinculación de la salud y los derechos sexuales y reproductivos con temas críticos”

Por Ana Cristina González Vélez.

### **Introducción**

Me gustan la palabra y la metáfora: todos los momentos de conmemoración y celebración son oportunos para volver a pensar, para volver a llenarnos de energía y renovar las decisiones, por qué no, que el cielo no siempre está más allá, es un lugar que tal vez se puede alcanzar. Y esta presentación es una invitación a jugar con las palabras y a convertirlas en metáforas: en lugar de **retocar** las metas, los objetivos, los principios que guiaron el Cairo, hay que **tocar** el fondo de lo que nos llevo a esta plataforma, lo que allí nos propusimos y hagamos de esta una agenda central para los derechos y la equidad por ende para la población. Retocamos o vamos al fondo y tocamos?

Si Cairo es como sostenemos el resultado de un gran movimiento, los años a futuro pueden y deben seguir siendo la concreción de ese esfuerzo. Con el movimiento, impulsando, avanzando, movilizándolo, con los gobiernos asumiendo sus responsabilidades con políticas, recursos y mecanismos de control y los donantes convirtiendo la ayuda en un mecanismo para lograrlo.

Y por qué la equidad: no podemos alcanzar ningún propósito en SDRS si no respondemos enérgicamente a las inequidades: las medidas macro de reformas de los sistemas de salud como el cobro de cuotas por ejemplo, que se promovió desde finales de los años 80 y hasta los 2000<sup>i</sup>. Dos décadas después se indica que las cuotas redujeron el uso de los servicios y que este efecto es más pronunciado en la supresión de la demanda para la atención en salud de las poblaciones más pobres. Las cuotas han sido ineficientes, ineficaces e inequitativas. Esto en el plano de las decisiones macro pero en el de las decisiones más micro, por ejemplo, si no enfocamos en las poblaciones con mayores desventajas y desprotección –mujeres en zonas rurales, adolescentes, migrantes, madres jóvenes por primera vez, etc.- no será posible alcanzar la SDRS para todos y todas.

Para hacer estrategia tenemos que tener un lenguaje lleno de significado, tener información, datos y conceptos que enmarquen el norte de acción, que perfilen la altura de las demandas y muestren el cambio de fondo que buscamos (derechos, género, equidad, pobreza).

Más de 22 sesiones en un día reflejan la riqueza y complejidad de la agenda y nuestras diversidades pero también, algunas veces la dificultad de pensarnos más articuladamente, de expresar realmente los vínculos entre los temas de la agenda, las estrategias, los esfuerzos, los recursos.

Esta reunión, con más de 400 organizaciones no gubernamentales y algunos aliados vitales para esta agenda como el UNFPA, la IPPF, gobiernos como el de Alemania que nos han acogido, suscita dos palabras, parodiando a una querida amiga feminista: **PROVOCA y CONVOCA.**

## **PROVOCA**

### 1. Reflexiones previas

- Es necesario y alentador reconocer los progresos, el esfuerzo de algunos gobiernos, agencias y de las ONG, el movimiento en general
- Necesitamos más argumentos, datos, números, ejemplos, para impulsar la SSR en forma integral
- Medir la eficacia de la ayuda y la cooperación entendiendo las implicaciones financieras y políticas del nuevo ambiente de ayuda para el desarrollo.
- En esta lógica el reto ya no es más el desarrollo de proyectos a corto plazo, hay que fortalecer los sistemas de salud que incluyen no solo la oferta de hospitales públicos sino también actores privados y ONG
- En este contexto, el rol de la sociedad civil tiene que ser para avanzar en la conquista de derechos, ampliar conceptos, fronteras. Una cosa son las alianzas con agencias, gobiernos y otra es subsumirse nuestra fuerza en los roles de los demás y en esto tenemos que estar alertas.
- Un ejemplo sobre uno de los temas de SSR, la MM: aunque debemos velar porque se provea cuidado obstétrico de emergencia, nuestro trabajo es antes que todo, velar para que las mujeres no entren en la ruta de la muerte y la morbilidad materna: seguir luchando para cambiar las inequidades de género (desde aquellas más visibles como el matrimonio temprano hasta las más escondidas como la violencia), invertir las relaciones de poder, brindar poder y recursos a las mujeres, promover la SSR y el ejercicio de derechos: pelear por el cambio sustantivo de las condiciones de vida. La lógica de la emergencia que es la lógica de las metas de milenio nos puede llevar a cambiar la superficie: tener oxitocina para que las mujeres no se mueran es importante pero no resuelve el problema de fondo. Si esa misma mujer que salvamos con la oxitocina luego es una adolescente con fístula, tendremos que entender que su complicación no es un mero acto biológico aislado: nos lleva a pensar por qué fue madre adolescente, no tuvo atención, etc.,

### 2. Recordar algunos los datos:

- En el mundo se calculan 1.2 billones de personas entre 10-19 años (1/5 de población)
- 210 millones de embarazos ocurren cada, y cerca de 80 millones son no planeados. Cada año, aproximadamente 42 millones de mujeres deciden no continuar el embarazo y recurren al aborto. De los cuales un cálculo de 20 millones ocurren en condiciones inseguras. **Y este problema no recibe hoy en día suficiente atención:** es una metáfora de la indiferencia?. A esta altura

del problema que enfrentamos con los embarazos no deseados y embarazos en adolescentes, estos deberían despertar una alarma al menos similar<sup>ii</sup>.

- De acuerdo a las estimaciones de la OMS, los problemas de SSR dan cuenta del 18% de la carga total de enfermedad o el 32% cuando se mira entre las mujeres en edad reproductiva (15-44 años) en el mundo entero]. Nótese que esta estimación deja por fuera a una cantidad muy importante de mujeres que inician su vida sexual antes de los 15 años
- La financiación de los servicios básicos de SR disminuyó del 33% al 17% entre 1997 y 2007 aunque reconocemos la importancia de que los fondos destinados a la lucha contra el VIH/SIDA pasaron de representar el 16% del total de la asistencia para actividades de población en 1997 al 75% en 2007<sup>iii</sup>.

3. Una mirada resignificada a los conceptos clave en el análisis de las inequidades y su impacto sobre las políticas y los recursos con que contamos para llevarlas a cabo: equidad, género, determinantes socio-culturales y derechos

- Hemos recorrido mucho en el camino de las inequidades -desigualdades que son evitables e injustas- y es importante entender que esta puede adoptar diversas formas que pueden expresarse en la SSR<sup>iv</sup> y que siguen sin expresarse en su totalidad en las políticas.
- Discriminación: ausencia de acciones sociales consistentes, en áreas relevantes que afectan a grupos de población específicos. Por ejemplo acceso a SSR de las mujeres que viven bajo alguna condición particular como el desplazamiento o la migración y en general de los grupos más excluidos,
- invisibilidad: no dar relevancia en las políticas y los servicios, por ejemplo respuestas integrales que incluyan la el embarazo no deseado y el aborto
- no reconocimiento: no tener en cuenta las especificidades de los grupos de población, por ejemplo la organización de servicios para adolescentes que respondan a sus necesidades y usen las tecnologías más apropiadas para ellos,
- marginación: dejar en situación de subalternidad, por ejemplo, obligar a las adolescentes al matrimonio temprano, dejándolas por fuera de la educación y perpetuando la pobreza que suele acompañar en estos grupos a la fecundidad elevada,
- exclusión: no atender las particularidades de los grupos sociales, por ejemplo no responder a las necesidades de las poblaciones indígenas,
- sexismo: devaluación de aquellas cosas consideradas como femenino en un universo simbólico masculino, por ejemplo, la violación y los riesgos de embarazos no deseados.
- En conexión con lo anterior la atención en SSR debe prestarse en forma amplia a toda la población, buscando derribar barreras para el acceso. No obstante, el punto de la equidad es atender de manera particular a aquellas poblaciones que por distintas razones puede tener más dificultades para acceder a los servicios. La focalización debe ser vista como una estrategia o medida orientada al objetivo primordial de la universalización y al logro de la equidad y no una limitación para la prestación de un servicio. En todos los contextos, hay grupos de población que se encuentran marginados de los servicios y/o cuyas condiciones de inequidad y

- pobreza terminan por excluirlos de los servicios. Las estrategias para determinar en cada contexto cuáles son estos grupos en situación especial de vulnerabilidad o marginalidad, deben estar orientadas por las siguientes variables y criterios que deben ayudar a entender de la forma más comprensiva *quienes* son esas mujeres y esos hombres.
- Por último la equidad nos lleva a responder a las necesidades actuales de la población: el énfasis en adolescentes: prevenir embarazos, VIH, cáncer, violencia. En relación con la población adolescente es importante entender, no solo por el peso específico que ocupa en este momento de la población mundial –momentum-, sino también por tratarse de un grupo con múltiples barreras para el acceso a servicios, todas las fuentes de sus vulnerabilidades en la forma más amplia posible. para este grupo.
  - El marco de **derechos humanos** tiene dos niveles complementarios: **El respeto y la protección** deben apuntar a que se respete la autonomía de las personas para tomar decisiones relativas a la reproducción y **el cumplimiento**, que implica que se creen condiciones para gozar efectivamente el derecho. Esto es el fortalecimiento de los sistemas de salud y la formulación e implementación –con recursos- de las políticas de SSR,
  - La obligatoriedad que tienen los estados para con sus ciudadanos y la protección de sus derechos, disponiendo de los servicios y recursos que sean necesarios que se traslade el orden simbólico y la práctica de los servicios, de una lógica centrada en el tratamiento y las decisiones basadas en el criterio del profesional, a servicios que existen para el cumplimiento y la realización de los derechos sexuales y reproductivos basados en el criterio de las personas.

## CONVOCA

Esta reunión y los 15 años del Cairo nos convoca a un nuevo pacto, para que cambiemos las múltiples restricciones y barreras que crecen en contextos en que crecen los fundamentalismos, para que fortalezcamos los estados laicos como premisa para la agenda de los derechos sexuales y reproductivos, en la que avancemos en dos niveles: estratégico y concreto. Con el primero se logran los cambios de fondo y largo plazo, con el segundo las acciones urgentes y los temas críticos para la acción asumiendo el gran reto que HOY articula todos los temas abordados esta agenda y atraviesa los más de 22 sesiones que vamos a tener a lo largo del día: el de las inequidades.

### Concreto

- **ABORTO:** No es posible abandonar temas que son cruciales para otorgar voz a las mujeres y sus decisiones: me refiero al aborto, no solo porque articula como ningún otro la conquista por la libertad y el poder para las mujeres sino incluso porque el Cairo nos dio un marco para ello: preocuparnos por los efectos que sobre la salud tienen los abortos practicados en condiciones inseguras y además insta a cambiar el marco legal y a cumplirlo
- **CONTEIDOS SOBRE SEXUALIDAD:** Nuevos temas que no hemos vinculado con la SSR y que esconden inequidades: la situación de las mujeres migrantes,

- desplazadas, el tráfico sexual, los vínculos entre violencia y el embarazo no deseado, el VIH. Y esta misma lógica, mirar a las poblaciones más marginadas: situación desplazamiento, migraciones, refugiadas, rurales, urbanas pobres e indigentes, jóvenes, mujeres con nula o baja escolaridad, emergencias y desastres naturales, bajo influencias religiosas o culturales que están en contra de sus derechos en contra de la PF.
- TEMAS VIEJOS NO RESUELTOS: Las muertes de mujeres prevenibles, no han alcanzado el universo del interés general de la sociedad, no importan literalmente y tampoco son una metáfora de la vida de las mujeres, de la desigualdad, son invisibles y por tanto hablan del poco valor social que tiene este ámbito de la salud de las mujeres. No se transmiten dicen algunos, como si lo hacen las enfermedades contagiosas, sin embargo, esta premisa es falaz porque la pobreza se transmite y se perpetúa.
  - INSUMOS: Acceso a medicamentos: la limitación que somete a las mujeres a una doble discriminación, redes ilegales de compra de medicamentos: inequidad y doble o triple criminalización.
  - ADOLESCENTES: La más larga cohorte de población adolescente y el incremento del embarazo adolescente no deseado y deseado como único proyecto de vida. Esto nos habla de la necesidad de incrementar el acceso a servicios, titularidad de derechos, sexualidad abiertamente, educar a padres y maestros para la calidad de la educación con esta población. Liderazgos jóvenes y relación entre salud y otras temáticas: empleo, educación.

### Estratégico

- NUEVOS CUADROS Y RECURSOS HUMANOS: Promover cambios a nivel de los currículos para que las políticas del recurso humano no se reduzcan a talleres con personal que ya está formado; incrementar la magnitud de las acciones (scale up) integrar y también monitoreo y control –esto es el fortalecimiento de los sistemas de salud. La formación de cuadros: es urgente en la Región. En el estratégico está también la discusión sobre la arquitectura de la ayuda para el desarrollo: como pasan de las iniciativas concretas y apoyos a proyectos al fortalecimiento de los sistemas en los que participen tanto los públicos como los privados. Una base de interés más amplia con otros actores, trabajo intersectorial: educación y salud pero otros sectores para mejorar las posibilidades de proyecto de vida. En el estratégico está también los nuevos cuadros.
- MIRADA REGIONAL: Al no es una prioridad: Región más desigual e inequitativa.
- LA NUEVA COSTO/EFFECTIVIDAD: Como redefinir la costo-efectividad desde la perspectiva de equidad: cuánto cuesta no hacer, hacer integralmente tiene ventajas (hay que tener más estudios) y utilizar casos paradigmáticos como la violencia (suicidio) que muestran la relación en cadena de los diversos componentes de la SSR
- ALIANZAS: con otras redes más allá de salud para población desarrollo y derechos humanos.

- **REACTIVAR EL DEBATE SOCIAL:** impulsar foros nacionales y regionales y entre redes que trabajan una multiplicidad de temas de SSR en los países: consolidar movimientos sociales con mas capacidad de diálogo, articulación, capacidad estratégica. Acá necesitamos que la lógica de la nueva ayuda para el desarrollo, tendiente a fortalecer y consolidar políticas de salud, sistemas y procesos, respalde a los movimientos más estratégicamente y no solo para proyectos y pequeñas acciones concretas. Esto requiere impulsar diálogos con la cooperación es una forma de enfrentar la crisis y ya se viene haciendo: Diálogos consonantes.
- **RECURSOS:** enfrentamos estos 15 años con recursos significativamente menores de lo que se necesita. Es necesario renovar el compromiso con los recursos para alcanzar la equidad. Y de nuevo, como corolario de toda esta historia: la pregunta por cuánto nos va a costar no hacer: limitar los derechos, la autonomía, reproducir pobreza.
- El mensaje fundamental que quiero dejar acá y que está íntimamente ligado con el propósito de la equidad es que YA es hora de no preguntarse más cuánto cuesta hacer -pese a que es necesario saber cuánto cuesta- sino de preguntarse **cuánto cuesta no hacer** –costo de la omisión según Buarquem- todos los esfuerzos que son necesarios para cumplir los propósitos de la agenda del Cairo, para lograr el pleno ejercicio de derechos sexuales y derechos reproductivos para todos y todas: en términos de desprotección de derechos –vida, salud, autonomía-, en términos de vidas humanas, de desarrollo, de las comunidades, de las familias. Se trata de un asunto que es tanto literal –no podemos esperar más- como metafórico – este no esperar significaría que decididamente hay un compromiso con la equidad, la salud, la autonomía y sobre todo con el los derechos. Y este compromiso que es palpable y fuerte entre los movimientos sociales, feminista y ONG, tiene que ser refrendado por los gobiernos y la cooperación.

Corolario: El mensaje fundamental que quiero dejar acá y que está íntimamente ligado con el propósito de la equidad es que YA es hora de no preguntarse más cuánto cuesta hacer -pese a que es necesario saber cuánto cuesta- sino de preguntarse cuánto cuesta no hacer!

---

<sup>i</sup> En 1987 un reporte muy influyente del Banco Mundial sobre el financiamiento de los servicios de salud parecía encontrar la solución: el uso de cuotas. Los tres beneficios que se adujeron en su momento fueron:

---

las cuotas generan ingresos extras para el sector salud y este ingreso puede ser potencialmente de 15-20% de los costos operativos; las cuotas pueden aumentar la eficiencia de los servicios públicos al reducir la demanda innecesaria (frívola); van a mejorar el acceso de los más pobres porque los ingresos de los servicios que se recogen a nivel urbano serán usados para hacer subsidios cruzados con los menos privilegiados (disadvantage) en las zonas rurales,. De esta manera las cuotas se perciben como efectivas (se recogen mas fondos), eficientes (al estimular el uso eficiente de los servicios) y equitativas (porque benefician especialmente a los mas pobres). Dos décadas después se indica que las cuotas redujeron el uso de los servicios y que este efecto es mas pronunciado en la supresión de la demanda para la atención en salud de las poblaciones mas pobres. Las cuotas han sido ineficientes, ineficaces e inequitativas. La ineficiencia de las cuotas se debe a los altos costos administrativos y la falla para redireccionar a las usuarias a servicios costo-efectivos. En Sudán por ejemplo el 70% de las personas en áreas de mayor desventaja que no buscaron atención en salud cuando estaban enfermos reportaron la escasez de dinero como la razón para no acceder. El número de muertes infantiles que pudieron evitarse si se hubieran abolido las cuotas en 20 países africanos es de más de 3 millones. Y estos efectos se pueden evitar en forma simple: abolirlas. Uno de los ejemplos más exitosos de esta decisión fue Uganda que en 2001 removió todas las cuotas de usuarios en los servicios públicos. Esto permitió un mayor uso de los servicios entre los más pobres. Es el caso de la vacunación que ha sido siempre gratuita. Yates Rob. *Universal Health Care and Removal of user fees. Viewpoint. Lancet, 2009; 373: 2078-81.*

<sup>ii</sup> Population Reference Bureau. *Family Planning Saves Lives. Fourth Edition. 2009.*

<sup>iii</sup> Naciones Unidas . Consejo Económico y Social. E/CN.9/2009/5. 21 de enero de 2009.

<sup>iv</sup> Nancy Fraser. *Iustitia Interruptus. Universidad de los Andes. Bogotá.*