

Noruega y la CIPD+10: La asistencia internacional en salud reproductiva no refleja las políticas nacionales

Berit Austveg^a, Johanne Sundby^b
Reproductive Health Matters 2005;13(25):23-33

^a Asesor Senior, Consejo Noruego de Salud, Oslo, Noruega. E-mail: ba@helsetilsynet.no

^b Profesor, Instituto de Medicina Comunitaria, Universidad de Oslo, Noruega

Resumen: En Noruega existe una larga historia de buenos servicios de salud reproductiva, que cuenta con algunos de los mejores indicadores de salud reproductiva del mundo –la disminución temprana de la mortalidad materna, buenos servicios de aborto, anticoncepción y enfermedades de transmisión sexual, una baja tasa de embarazos adolescentes y un bajo índice de VIH– logrados mediante un paquete integrado de atención a la salud suministrado y financiado públicamente. Noruega, uno de los donantes más constantes a los programas de planificación familiar y salud reproductiva, comenzó su asistencia al desarrollo en 1952 y su asistencia a la planificación familiar en 1966. Además, ocupó un lugar destacado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, y apoyó enfáticamente el Programa de Acción. Desde entonces, aunque se ha continuado brindando mucho apoyo multilateral a estas áreas, el apoyo bilateral ha disminuido. En general, la ayuda internacional no refleja el enfoque nacional hacia los servicios de salud reproductiva. Noruega ha brindado poco apoyo para mejorar los servicios de maternidad, evitó los temas de aborto y anticoncepción poscoito y desperdió las oportunidades de apoyar los servicios de adolescentes. La revitalización del discurso de los derechos reproductivos en Noruega podría proporcionar el fundamento para proteger a los servicios nacionales de salud reproductiva y deliberar sobre las políticas y decisiones relacionadas con la asistencia al desarrollo en Noruega. © 2005 *Reproductive Health Matters*. All rights reserved.

Palabras clave: *programas y políticas de salud reproductiva, asistencia al desarrollo, Noruega.*

Este artículo aborda algunas cuestiones de política vinculadas al desarrollo de los servicios de salud reproductiva en Noruega y discute en qué medida la política nacional ha influido en su actuación como donante en el área de población y salud reproductiva. Idealmente, las políticas internas y de cooperación externa de un país debieran estar estrechamente vinculadas; se trata, sin embargo, de complejos procesos imbricados en contextos políticos, culturales y socioeconómicos que involucran a numerosos actores, paradojas y compromisos.

Breve descripción de las políticas de salud reproductiva en Noruega

Reducción de la mortalidad materna, provisión de servicios de maternidad

Junto con los demás países nórdicos y los Países Bajos, Noruega fue pionera en la reducción de la mortalidad por causas vinculadas a la gestación, incluso si la comparamos con otros países desarrollados como Estados Unidos y Gran Bretaña.¹ La información que permite rastrear la historia de esta disminución es razonablemente confiable. Se

utilizó dos tipos de registro de las muertes: los registros médicos que consignan las causas y los registros llevados por los sacerdotes, a cargo de los servicios funerarios.² El Gráfico 1 muestra que los dos grupos de datos tienen el mismo patrón. En 1880, la tasa de mortalidad materna era de aproximadamente 500 por 100,000 nacidos vivos; en 1979, disminuyó a cerca de 10 por 100,000 nacidos vivos. Cerca de la mitad de esta reducción ocurrió tempranamente, entre los años 1885 y 1905, debido a un descenso en la mortalidad por sepsis (ver Gráfico 2). Dado que la tasa caso-fatalidad por sepsis no varió sustancialmente, el cambio en el patrón de mortalidad puede atribuirse a la prevención de infecciones más que a su tratamiento. La mortalidad por infección siguió disminuyendo y a partir de 1940 puede observarse también una reducción en la mortalidad por otras causas (Gráfico 2).

Algunas razones importantes que determinaron esta temprana reducción en la mortalidad materna están vinculadas a la forma que tomó la profesión médica en Noruega, y al hecho que se priorizara el cuidado obstétrico y las salas de parto desde el momento en que empezaron a construirse los hospitales, alrededor de 1800. El propósito de institucionalizar los nacimientos fue educar a las obstetrices para que trabajaran en las áreas rurales

Gráfico 1. Mortalidad materna en Noruega 1880-1979, todas las causas.

Muertes por 1000 nacimientos. Promedios para cinco años²

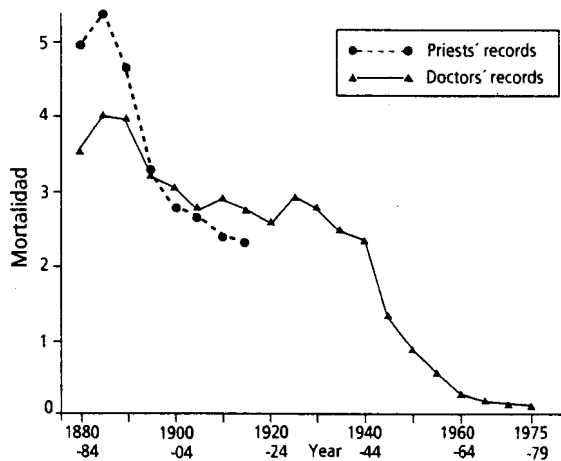
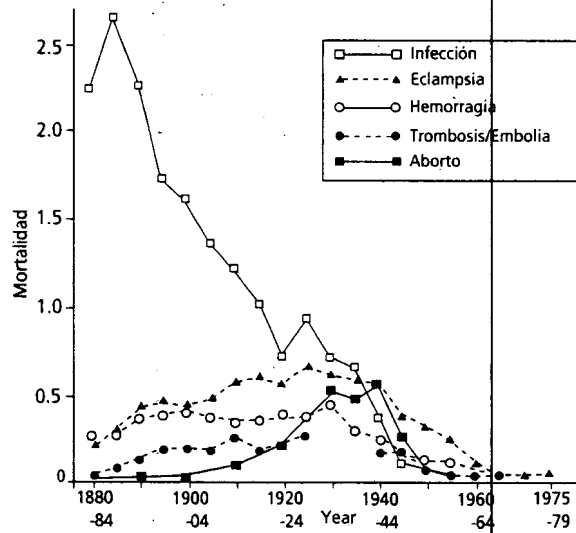


Gráfico 2. Mortalidad Materna en Noruega 1880-1979, según causa.

Muertes por 1000 nacimientos. Promedios para cinco años²



y atendieran a las mujeres pobres. Sin embargo, las clínicas de atención de parto estaban atestadas, eran a menudo antihigiénicas y tenían altas tasas de letalidad, mucho más altas que aquellas ocurridas en los partos domiciliarios. La sepsis era llamada «fiebre por herida» o «fiebre venenosa». Era atribuida a diversas causas, que incluían juicios de valor sobre los estándares morales de las mujeres.³

Las parteras tradicionales supervisadas por el clero fueron reemplazadas por matronas. En 1810, se introdujo una ley que obligaba a utilizar matronas capacitadas en los partos toda vez que estuvieran disponibles. Tanto las parteras tradicionales como las parturientas podían enfrentar cargos si hacían caso omiso a esta ley.⁵ Se dio alta prioridad a este tipo de atención y se solicitó a las autoridades locales que enviaran a mujeres para ser capacitadas como matronas y, de ser necesario, que cubrieran el costo de su educación. El número de matronas aumentó a nivel nacional de 50 en 1810 a 500 en 1860.³

De esta manera, la importancia de la obstetricia fue reconocida tempranamente, siendo la primera profesión en el campo de la salud regulada por las autoridades con el objetivo dual de proporcionar los mejores servicios a las mujeres y asegurar el

interés de las obstetrices.⁶ Aunque no queda claro el porqué de ello, aparentemente los médicos contribuyeron al presionar por el empleo de las obstetrices.⁵ La disminución de la mortalidad relacionada con el embarazo en los países nórdicos y los Países Bajos se explica generalmente por el hecho que los partos normales eran atendidos por obstetrices, y no por médicos.¹

La tasa de mortalidad materna en Noruega es actualmente una de las más bajas del mundo. La información del Instituto Nacional de Estadística de Noruega muestra una ocurrencia de 0-5 muertes maternas por año para el periodo 1980-2000. En la década de 1980, la tasa de mortalidad materna fue de 3.5 por 100,000 nacidos vivos, y de 4.6 en la década de 1990, siendo las complicaciones por hipertensión arterial la causa más frecuente de muerte. No se sabe si es posible reducir aún más la mortalidad materna.⁷ El cuidado prenatal es universal y es provisto gratuitamente por médicos generales y obstetrices. Los partos son también completamente gratuitos. El índice de parto institucional es de casi 100%, con un sistema de centros de maternidad parcialmente descentralizado y un énfasis en la provisión de transporte adecuado para asegurar el acceso al nivel de atención apropiado.

Servicios de aborto

La historia del aborto en Noruega es similar a la de muchos otros países desarrollados. Una ley promulgada en 1687 no establecía ninguna diferencia entre el aborto y el infanticidio, y castigaba ambos con la pena de muerte.⁸ En 1842 se abolió la pena de muerte, la que fue reemplazada por trabajos forzados y luego por encarcelamiento.⁹ El Código Penal de 1902 establecía una pena de prisión de tres años para las mujeres que se hubieran sometido a un aborto ilegal, la que se mantuvo vigente hasta 1964.⁸ Durante este periodo, las mujeres podían acceder a un aborto legal si un médico lo consideraba justificado, basándose en criterios poco claros y subjetivos.¹⁰ El Gráfico 2 muestra el número de muertes por aborto ilegal comparado con otras causas de muerte materna; las muertes registradas fueron particularmente altas entre 1940-1945. Se cree, sin embargo, que esto se debe a una mayor

exactitud de los registros en estos años más que a un incremento real.²

El parlamento adoptó en 1960 una ley distinta a la del Código Penal que entró en vigencia en 1964, según la cual los comités médicos de cada hospital debían decidir sobre cada caso individual. La actual ley de aborto fue aprobada en 1979, permitiendo que el aborto fuera realizado a demanda durante las primeras 12 semanas de gestación y por decisión de un comité médico después de las 12 semanas. Los cambios legislativos de 1979 reflejan las luchas y debates internos, como ocurrió con otros países europeos en la década de los sesenta y los setenta. El principal argumento para quienes defendían la liberalización era la evidencia sobre morbilidad y mortalidad producto de abortos ilegales, que afectaba particularmente a las mujeres pobres.¹¹ Un estudio de 1973 evidenció sesgos de tipo social y diferencias geográficas en torno a las decisiones de médicos y comités médicos sobre si debía o no admitirse un aborto.¹² Además de los investigadores, las ONG y funcionarios públicos ubicados en posiciones estratégicas contribuyeron a preparar el terreno para los cambios legislativos.¹³ Los principales partidos políticos están debatiendo actualmente la posibilidad de extender el periodo límite de 12 a 16 semanas, y es posible que este tema adquiera importancia en el marco de las elecciones parlamentarias de septiembre de 2005.

Cuando se introdujo el aborto a demanda, se alegó que habría un incremento en los índices de aborto, lo cual no ocurrió. La tasa de aborto para la población total de mujeres entre 15 y 49 años fue de 12.6 en 2002. Aunque han habido fluctuaciones, la tendencia general ha sido hacia la disminución. Los abortos en mujeres jóvenes han sido seguidos con especial interés. En general, existen pocos embarazos adolescentes. La tasa de aborto entre adolescentes ha bajado de 21.0 por 1,000 en 1982 a 16.9 en 2002. Muy pocas adolescentes se convierten en madres en Noruega; actualmente, más de 6 de cada 10 embarazos adolescentes terminan en un aborto. Paralelamente, la edad de inicio sexual en mujeres ha disminuido en un año en la última década, siendo actualmente de 16.7 años. Puede concluirse entonces que las políticas y programas dirigidos a prevenir los embarazos no deseados en adolescentes han sido exitosos.¹⁴

Contracepción

En 1924, se abrió la primera clínica que ofrecía consejería en sexualidad y maternidad en Oslo; durante los años siguientes, se implementaron clínicas similares en otros lugares¹⁵, con el respaldo en muchos casos de ONG y del movimiento obrero. Aunque en un inicio podían ofrecer una escasa tecnología anticonceptiva moderna, las clínicas fueron un espacio importante para las mujeres que buscaban información, ayuda o apoyo. Permitieron levantar el tema de la sexualidad y su relación con el poder y las relaciones de género de manera muy práctica, y aportaron a la educación del público en general y al discurso político. Desarrollaron una importante labor de documentación y abogacía, particularmente con relación al desgaste producido por embarazos frecuentes («síndrome de la madre exhausta»), abordando también la situación de las mujeres jóvenes en áreas urbanas que trabajaban en fábricas o como empleadas domésticas.¹¹

Cuando, después de 1960, se amplió la oferta de anticonceptivos modernos, existía ya en el país una tradición de consejería en planificación familiar. Tanto las autoridades como las asociaciones profesionales contribuyeron a asegurar que los servicios de anticoncepción fueran parte integral de la atención primaria de salud, y no solo de los servicios de ginecología y obstetricia. Existía cobertura total a cargo de médicos pagados por el Estado que recibían incentivos económicos importantes por brindar consejería anticonceptiva.

Unas pocas ONG noruegas instalaron clínicas modelo para adolescentes además del sistema de salud ordinario. Desde 1999, la provisión de condones a jóvenes menores de 20 años ha sido gratuita. Esta medida fue adoptada como parte del plan de acción nacional para reducir los embarazos no deseados y la necesidad de recurrir a un aborto, y como parte de la estrategia para reducir el VIH y las infecciones de transmisión sexual. Adicionalmente, desde 2002 los contraceptivos orales para mujeres menores de 20 años son también gratuitos por decisión parlamentaria. Noruega ha sido también uno de los primeros países en el mundo en permitir la venta de contracepción poscoital sin receta médica en el año 2000.

Algunas otras cuestiones de salud reproductiva

Noruega fue pionera en introducir el tratamiento de fertilización *in vitro* en hospitales públicos. Esta política ha sido constantemente amenazada, con intentos reiterados de restringir estos servicios a grupos determinados. Hasta el momento, se han dado dos series de leyes relacionadas con tecnologías reproductivas. En la primera, solo podía brindarse tratamiento a parejas casadas y la donación de gametos era severamente restringida. En la segunda, se permitió el tratamiento de infertilidad para convivientes, así como el congelamiento de ovocitos y embriones. Sin embargo, la donación de ovocitos aún está prohibida. Según el Acta de Biotecnología revisada, la identidad de los donantes de esperma ya no puede ser mantenida en el anonimato.

Los pacientes con infecciones de transmisión sexual reciben desde hace varias décadas consultas y medicamentos gratuitos. Cuando en la década de los ochenta el VIH se convirtió en un problema en Noruega, que afectaba especialmente a los hombres que tenían sexo con otros hombres, las autoridades de salud invitaron a las organizaciones de activistas homosexuales a colaborar con las estrategias. Unos pocos activistas temían que el foco en el VIH reintrodujera el estigma hacia ellos, pero la mayoría sentía la necesidad de abordar este nuevo desafío de manera frontal. La adecuada cooperación entre autoridades de salud y grupos de activistas homosexuales ha mostrado ser fundamental, y se atribuye a este esfuerzo conjunto el que la epidemia de VIH haya sido mucho menor a la que se previó en la década de los 80. Desde 1987, las pruebas de despistaje de VIH son realizadas de manera rutinaria en las clínicas de atención prenatal.¹⁷

Derechos Reproductivos

En la lucha por la liberación de la ley sobre aborto, tanto políticos como ONG pusieron el acento sobre la cuestión de derechos. Los derechos reproductivos cobraron especial relevancia en dos periodos históricos.¹⁸ El primero fue entre 1913 y 1930. Las mujeres adquirieron el derecho al voto en 1913, y en 1915 el parlamento adoptó el Acta de los Niños. John Castberg, el parlamentario que impulsó las leyes y cuyo nombre llevaron, era cuñado de Katti

Anker Moller, la activista por los derechos al aborto más importante de la época. El Acta otorgó a los niños el derecho a heredar y a llevar el nombre del padre independientemente del estatus marital de la madre, lo que permitió mejorar tanto la situación de los niños como la de sus madres. La lucha por los derechos de los niños ha ido de la mano con la lucha por los derechos al aborto.

Después de 1930, el debate sobre el aborto estuvo dominado por la profesión médica, los abogados y algunos políticos. Las ONG de mujeres eran una mezcla de organizaciones cristianas, organizaciones de amas de casa y otros grupos vinculados a la defensa de derechos que estuvieron divididos en torno al tema del aborto por largo tiempo. El segundo periodo, que precedió a los cambios legislativos, fue entre 1960 y 1978, de mayor cohesión y fortalecimiento de los grupos feministas.

El acceso universal a los servicios de anticoncepción, incluyendo a personas jóvenes y solteras, no ha generado mayor controversia desde tiempo atrás en la historia. Podemos remontarnos a 1947, cuando el entonces Director General de Salud, Karl Evang, sugirió que las clínicas de salud materno-infantil proporcionaran educación y métodos de control de la natalidad para mujeres solteras. Las protestas de las organizaciones de mujeres fueron tan intensas que la propuesta fue abandonada.¹⁵

El derecho a una licencia paterna extensa y pagada y el apoyo financiero para el cuidado infantil son a menudo consideradas razones que explican la relativamente alta tasa de fecundidad en Noruega con relación a otros países europeos. Según el Instituto Nacional de Estadística de Noruega, la tasa de fecundidad total es actualmente de 1,8. La licencia por maternidad y paternidad compartida es totalmente pagada en los primeros diez meses, o cubierta en un 80% por doce meses, otorgándose un subsidio adicional en efectivo hasta que el niño cumpla tres años.

En general, el panorama en Noruega es muy favorable, pero existen aún algunos desafíos. La noción de estado de bienestar, una larga y sólida tradición en Noruega, está siendo erosionada. Hace solo algunas décadas, era impensable que se introdujeran servicios de salud privados en forma

paralela al sistema de salud pública. Ahora, la atención de salud privada va en aumento.¹⁹

A pesar de que se formaron dos comisiones para evaluar las prioridades en la atención de salud, no hubo mayores resultados, salvo transferir el subsidio público al pago privado para la esterilización y la fertilización *in vitro*.²⁰ Este fue un paso extraordinario. El éxito de la atención de salud reproductiva en Noruega se debe a que la sociedad ha asumido la responsabilidad de asegurar el acceso, y también el costo. Sin embargo, la privatización de estos servicios socava la ética de la salud pública.

El derecho a acceder al tratamiento para la infertilidad ha sido constantemente cuestionado en Noruega, y la restricción del acceso ha sido promovida por poderosas fuerzas políticas y religiosas. El Acta sobre Biotecnología estipula que solo las mujeres casadas y quienes conviven en relaciones de tipo matrimonial son elegibles. El argumento es que las demás no tienen derecho a tener un hijo y, por lo tanto, tampoco derecho al tratamiento. Noruega tiene una de las leyes de biotecnología más restrictivas del mundo, y cualquier forma de sustitución que vaya más allá de la donación de espermatozoides está prohibida.

Existe también un movimiento contra la liberalización del aborto. Aunque no se han dado ataques directos a la actual ley de aborto, sí intentos sutiles que buscan socavar la confianza en la habilidad de las mujeres de tomar decisiones éticas con respecto a la culminación de su embarazo. Todas las mujeres embarazadas tienen acceso a una ecografía de rutina a las 17 semanas de gestación, a pesar de la controversia sobre el rol de este examen. Ocasionalmente, la ecografía puede realizarse antes si existe indicación médica. Una declaración de política gubernamental emitida el año 2002 creó incertidumbre respecto a si el médico o la obstetra deben informar a las mujeres embarazadas cuando se detecta una anomalía mediante una ecografía temprana.²¹ Tal restricción en el derecho a la información requeriría de un cambio en la ley que regula los derechos de los pacientes. En el Acta sobre Biotecnología revisada en el año 2004, se hace explícito que las mujeres tienen el derecho a recibir dicha información.²²

El rol de Noruega como donante en temas de población y planificación familiar Políticas 1966-94

La cooperación oficial para el desarrollo comenzó en 1952 en Noruega, en forma modesta.²³ El énfasis en la asistencia para planificación familiar se remonta a 1966, por recomendación de una comisión de alto nivel integrada por políticos de varios partidos y por expertos técnicos²⁴ bajo el supuesto de que el crecimiento de la población era un obstáculo para el crecimiento económico en los países en desarrollo. Se hizo un llamado a la colaboración de las autoridades en los países receptores que contaban con respaldo popular para limitar el tamaño de la familia.²⁵ No había consenso en la comisión respecto a este tema. Los miembros del Partido Conservador y los Demócrata Cristianos sentían que se requería mayor experiencia antes de establecer la planificación familiar como una prioridad.²⁶

Dos años después, en 1968, el parlamento Noruego decidió que esta sería un área prioritaria en la cooperación para el desarrollo. Los Demócrata Cristianos votaron en contra, argumentando que la planificación familiar podría ser vista como una educación para la inmoralidad y podía violar la integridad de familias e individuos.²⁴ Norad, la agencia gubernamental para el desarrollo, destinó en 1970 el 10% de la cooperación bilateral a la planificación familiar, única área a la cual se asignó un porcentaje específico.²³ En retrospectiva, la motivación para esta decisión ha sido interpretada como neo-Maltusiana.²⁴

En 1971, el parlamento respaldó una propuesta de política de Norad, debatida inicialmente en 1966, de planificación familiar «extendida», es decir, parte de la atención primaria de salud, con el objetivo de mejorar la salud materno-infantil. Esta propuesta obtuvo amplio respaldo.^{24,25} Las políticas de población serían vistas como políticas de salud, no como intervenciones orientadas a influenciar el comportamiento sexual. Al ofrecer servicios de salud materno-infantil a las mujeres, se esperaba que estas demandaran servicios de planificación familiar, lo que eventualmente pondría freno al crecimiento de la población. Este enfoque permitió superar los desacuerdos previos en el parlamento, aunque la política era ambigua y abierta a la interpretación²⁴.

Esta política se mantuvo hasta 1994, y fue reemplazada por una política sobre salud y derechos reproductivos, luego de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.²⁴

Noruega y la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo

Durante el periodo preparatorio para la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) en 1994, Noruega elaboró un reporte nacional que resumía sus políticas de asistencia en población y desarrollo. Aunque no se «asumía de manera simplista que el tamaño de la población y su crecimiento son dañinos en sí mismos», el reporte enfatizaba «la gravedad del actual crecimiento de la población y la necesidad de contrarrestar sus efectos negativos sobre el medio ambiente». Se consideraba que los asuntos de género eran importantes, junto con el «fortalecimiento de la salud de las mujeres como valor en sí mismo, y no principalmente como medio para reducir el crecimiento de la población».²⁶

Noruega mantuvo un alto perfil durante la CIPD y apoyó decididamente el Programa de Acción. El entonces Primer Ministro del Partido Laborista y luego Director General de la OMS, Dr. Gro Harlem Brundtland, dio una conferencia magistral en la inauguración de El Cairo, donde señaló que Noruega respaldaba el enfoque integral de salud sexual y reproductiva contenido en el Programa preliminar, expresando un apoyo específico a sus aspectos más controversiales –servicios integrales de salud reproductiva, derechos de los y las adolescentes y el aborto como un asunto de salud pública– y rechazó rotundamente el argumento de que promovía el aborto.²⁷ Durante la CIPD+5 en 1999, sin embargo, Noruega tenía un gobierno de coalición y el Ministerio de Asistencia para el Desarrollo era ocupado por los Demócrata Cristianos. Aunque el gobierno mantuvo el apoyo al Programa de Acción en general, no estuvo de acuerdo con que se incluyera la anticoncepción de emergencia en el paquete de insumos y medicinas para refugiados financiado por la ONU, posición que fue criticada por el diario izquierdista Klassekampen.

Asistencia bilateral versus asistencia multilateral antes y después de 1994

Desde 1972 hasta 1994 Noruega brindó apoyo bilateral al Programa Posparto de India, un programa de planificación familiar hospitalario que formaba parte de un esfuerzo más amplio por estabilizar el crecimiento demográfico.²⁸ Noruega era el único donante internacional del programa y contribuyó con aproximadamente 543 millones de coronas noruegas (CN) (6-7 CN = US\$ 1) en ese periodo. En diálogo con el gobierno hindú, Noruega apoyó el principio de planificación familiar integral y de calidad de atención, que brindaba servicios de planificación familiar solo a las mujeres que lo desearan. No obstante, el programa utilizó metas que generan una presión indebida sobre los pobres, tanto usuarios/as como proveedores de servicios.²⁸ Un estudio realizado en 1990 arrojó resultados en general positivos y recomendó que se extendiera el financiamiento, a pesar de perspectivas divergentes en torno al uso de metas e incentivos.²⁹ Esta situación refleja un clásico dilema de los donantes cuando existen desacuerdos sobre la ética de un programa financiado. El donante puede decidir mantener su apoyo a fin de influenciar y reforzar los aspectos que son compatibles con sus propios valores y políticas.

Bangladesh también recibió fondos de Noruega para las actividades de población que empezaron en 1975, motivadas por la densidad y el rápido crecimiento poblacional del país, que se combinaban con una severa pobreza.²⁸ Noruega fue parte de un consorcio de donantes liderados por el Banco Mundial. Nuevamente, consideró su rol como un medio para el diálogo. El énfasis puesto en la esterilización y en los incentivos y desincentivos era una fuente de preocupación. Aunque se admitía que existían problemas en el programa, quienes lo siguieron de cerca desde Norad afirmaban que era posible influir en él. El hecho que Bangladesh dejara de retener los salarios de los proveedores que no cumplían con las metas en 1986, y que revisara el sistema de incentivos y desincentivos, son vistos como ejemplos de tal influencia.²⁸

Zimbabwe empezó a recibir apoyo de Noruega para su Proyecto de Salud Familiar en 1986,²⁸ nuevamente con el Banco Mundial en el rol de

coordinador de la cooperación externa. El proyecto estaba integrado en el sistema de atención primaria de salud, y Zimbabwe proporcionaba más del 50% de los fondos. Además de fortalecer los servicios de planificación familiar, tenía un alcance más amplio, orientado a mejorar la capacidad del gobierno en la provisión y gestión de los servicios de salud reproductiva, con un énfasis en la mejora del acceso y la calidad de atención. El apoyo de Noruega se destinó a mejoras en la infraestructura, tales como la construcción y rehabilitación de hospitales y clínicas distritales, además de vehículos, elaboración de material educativo y entrenamiento de personal.

De acuerdo a Population Action International, Noruega fue el único país en asignar, antes de 1994, al menos 4% de la asistencia para el desarrollo a temas de «población».³⁰ Multilateralmente, Noruega ha sido uno de los principales donantes de UNFPA desde sus comienzos en 1969,²⁷ manteniendo un apoyo estable y elevado.³¹ Noruega es también uno de los principales donantes de la Federación Internacional de Paternidad Responsable.³² Según el Programa Especial de Investigación, Desarrollo y Entrenamiento en Investigación en Reproducción Humana de la OMS, Noruega ha ocupado el tercer lugar en contribución gubernamental entre 1970 y 2003, superado solo por Suecia y el Reino Unido.³³ Siendo un país considerablemente más pequeño que los otros donantes, con aproximadamente 4.5 millones de habitantes, esto muestra la alta prioridad dada a la asistencia multilateral en el área de población y salud reproductiva.

Sin embargo, desde 1991 Noruega ha ido retirando paulatinamente su asistencia bilateral en población, y desde 1994 no ha reportado ninguna asignación a este tipo de programas a la Organización para la Cooperación Económica y Desarrollo (OECD).³⁰ No obstante, ha financiado algunas actividades en salud reproductiva en Malawi, Mozambique y Uganda. En 2003, este apoyo sumó un total de 47 millones de CN para los tres países.³⁴ Sin embargo, comparada con décadas anteriores, esta cifra es baja.

Noruega ha apoyado actividades en VIH/SIDA desde 1986,²⁸ que tienen actualmente una alta y creciente prioridad en la cooperación para el desarrollo tanto bilateral como multilateral.³⁵ El VIH/SIDA es considerado un tema general de desarrollo,³⁶

aunque raramente se hace explícito su vínculo con la salud reproductiva en los documentos oficiales.

Existen algunas ONG que reciben apoyo para actividades contra la mutilación genital femenina, y el gobierno noruego cuenta con un plan de trabajo específico para este tema. Existe también una ONG sombrilla (www.fokuskvinner.no) que actúa como coordinadora de ONG noruegas afiliadas, financiando el trabajo en temas de género y desarrollo en general y de salud y derechos reproductivos en particular en los países en desarrollo. Algunos de sus afiliados han recibido apoyo para ejercer presión sobre sus gobiernos para que implementen el Programa de Acción de la CIPD.

Como otros países donantes de Europa, Noruega intenta retraerse de los programas verticales y los fondos asignados para un uso específico, y se ha embarcado en el apoyo a enfoques integrales y presupuestos generales, dando espacio para que los propios países receptores determinen sus prioridades.

Discusión

El desarrollo de Noruega hasta alcanzar su actual posición como uno de los países con mejores indicadores de salud reproductiva se ha dado en un contexto más amplio, donde los asuntos de género, el desarrollo socioeconómico y el cuidado general de la salud no son sino algunos de los ingredientes más importantes. Sin embargo, a pesar de este éxito, resulta preocupante constatar que existe un desgaste inicial de los servicios de salud pública, con especial énfasis en los servicios de salud reproductiva. Aunque el derecho a la salud reproductiva no parece estar en riesgo, este desgaste muestra la necesidad de proteger aquello que ha sido ganado. Paradójicamente, sin embargo, el tema de derechos raramente sale a la superficie, aunque la noción de derechos subyace a la provisión de servicios de salud reproductiva. Tal vez los servicios se dan por sentado. Sin embargo, una comprensión más profunda de los derechos reproductivos podría ayudar a proteger los elementos de los servicios que se encuentran bajo mayor tensión.

La mayoría de quienes toman las decisiones quisiera creer que existe armonía entre sus políticas de ayuda nacional e internacional. ¿Es esto cierto

para Noruega? La asistencia para el desarrollo en temas de planificación familiar empezó tempranamente con India y Bangladesh, dos países que tenían un «problema de población», tanto desde su propio punto de vista como desde el de la comunidad internacional. En ambos países hubo también acusaciones sobre violación de los derechos de los individuos. La percepción de Norad es que la influencia de Noruega fue positiva para fortalecer la protección de derechos en ambos programas.

Los reportes gubernamentales de Noruega sobre la asistencia para el desarrollo en 1991 y 1995 especificaron respectivamente que el apoyo a los servicios materno-infantiles y a la planificación familiar debería ser canalizado cada vez más a través de organismos multilaterales y que Noruega debería utilizar su influencia en las estructuras de gobierno de estas organizaciones para promover su propia política de desarrollo.³⁷ Se han dado también cambios en las políticas vinculadas a la cooperación bilateral. De acuerdo a un reporte gubernamental de 2004, Noruega es ahora el país de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OECD por sus siglas en inglés) que canaliza la mayor proporción de la asistencia para el desarrollo a través de las ONG. Más del 80% de su apoyo va a ONG noruegas y a sus socios. El monto canalizado a través de estas instituciones excede actualmente el canalizado a través de la asistencia bilateral tradicional.³⁸ Un dato importante es que la mayoría de las ONG noruegas que reciben fondos son religiosas.

Comparado con otros donantes, Noruega fue un país de vanguardia en el financiamiento de actividades de población previas a la CIPD. Más aún, la política de «planificación familiar integral» de 1971 implicaba que la provisión de anticonceptivos se ubicara en un contexto de salud más amplio, con un énfasis en la calidad de atención y a la luz de preocupaciones de género. La asistencia para el desarrollo bilateral y multilateral muestra cómo Noruega ha presionado por colocar temas controversiales en la agenda, tales como el derecho de los y las adolescentes a la educación sexual y a los servicios de salud reproductiva.

En general, sin embargo, no vemos que la asistencia para el desarrollo de Noruega refleje

plenamente el enfoque integral de los servicios de salud reproductiva que está detrás del éxito logrado en los indicadores de salud reproductiva a nivel interno. Se ha dado escaso apoyo para la mejora de los servicios maternos, incluyendo los estudios de mortalidad materna, pieza fundamental en el monitoreo de la calidad de la salud materna en Noruega. De la misma manera, la asistencia para el desarrollo ha evitado por lo general el tema del aborto, incluso el tratamiento de complicaciones de abortos inseguros. El fácil acceso a la anticoncepción poscoital, otra área donde Noruega ha sido pionera, tampoco ha sido, hasta donde sabemos, un tema en el diálogo bilateral. Más aún, no se han utilizado todas las oportunidades de apoyo a servicios para adolescentes, y la prevención y tratamiento de la infertilidad en países en desarrollo han sido escasamente vistos como temas de interés.

Existen múltiples razones que explican la baja prioridad dada actualmente a la salud reproductiva en la cooperación bilateral. El temprano énfasis puesto en el tema de población tenía una doble justificación: su importancia para la salud y para el desarrollo en general. La justificación para apoyar los esfuerzos contra el VIH/SIDA es similar. Es interesante, sin embargo, que no encontremos razones similares que justifiquen las actividades de salud reproductiva en las políticas de asistencia para el desarrollo noruegas.

Las razones para el bajo perfil dado a la salud reproductiva en la cooperación bilateral pueden también ser políticas. Noruega ha pasado por varios cambios de gobierno, desde el Partido Laborista a los gobiernos de coalición. En los gobiernos de coalición, el Ministerio de la Cooperación para el Desarrollo ha estado generalmente en manos del Partido Demócrata Cristiano, oficialmente en desacuerdo con la actual ley sobre aborto. Se reconoce la necesidad de que las políticas de asistencia para el desarrollo de Noruega sean consistentes, incluso si los gobiernos son cambiantes, aunque el manejo puede diferir si se trata de fondos bilaterales o multilaterales. En la cooperación bilateral, es más fácil rastrear los fondos que en las grandes organizaciones multilaterales, y el financiamiento puede estar más fácilmente sujeto a tensiones políticas.

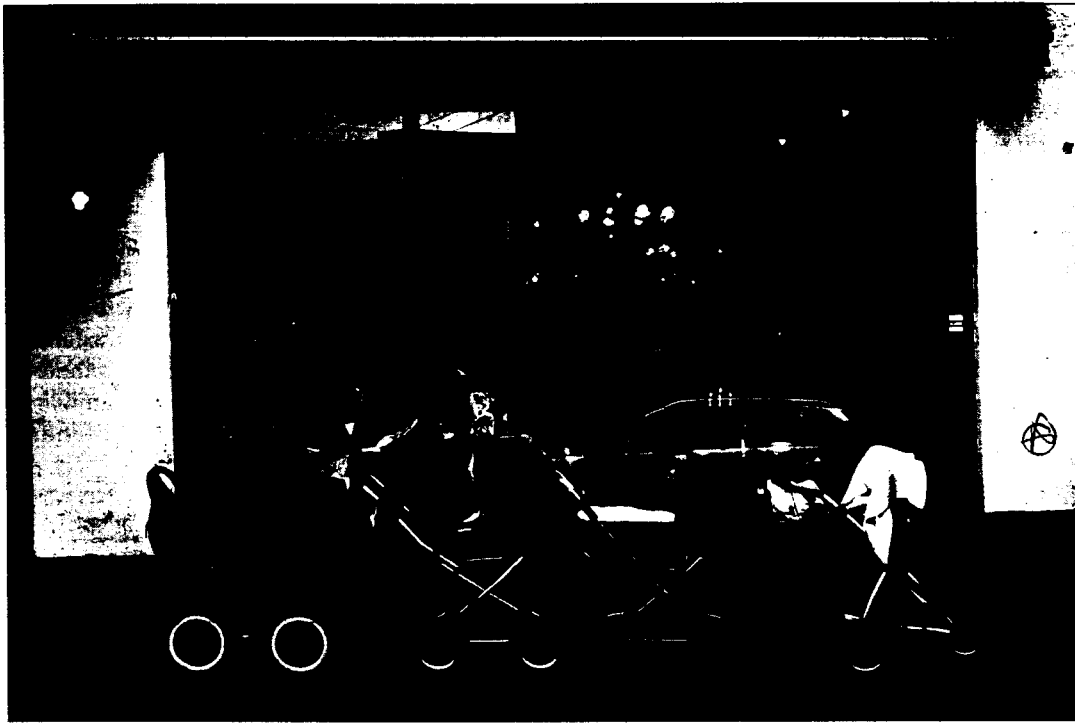
El investigador Armindo Miranda, miembro del equipo de evaluación del Programa Posparto de India en 1990, discutió las razones que motivaron el involucramiento de Noruega en el Programa de Bienestar Familiar de India en un reporte de 1983.³⁹ Aunque hubo acuerdo en el Parlamento Noruego sobre el financiamiento del programa, las motivaciones subyacentes eran bastante diferentes. Miranda también se preguntaba si Noruega tenía la suficiente experiencia técnica y política para involucrarse en este programa, contrastándola con Suecia. Aunque ambos países fueron pioneros en el apoyo a programas de planificación familiar, Suecia mostró una comprensión más profunda de la complejidad de estos programas a nivel político, académico y al interior de las ONG, útil para decisores y administradores de la cooperación para el desarrollo. Una reciente evaluación del rol de Suecia en el apoyo a programas de salud y derechos sexuales y reproductivos confirma una posición clara en temas considerados controversiales por otros donantes, tales como la salud sexual adolescente y el aborto⁴⁰. Aunque Noruega ha apoyado y protegido estas áreas altamente sensibles en su relación con las organizaciones multilaterales, al parecer hubo gran resistencia a hacer lo mismo en las relaciones bilaterales.

Pensamos que a pesar de su involucramiento de largo plazo en actividades de población y salud reproductiva a nivel global, Noruega tiene una experiencia política y académica limitada como para asegurar futuros compromisos, lo que plantea la necesidad de construir capacidades y consolidar las habilidades existentes. Este proceso podría también ser beneficioso para enfrentar los desafíos internos en el tema de salud reproductiva. Los derechos reproductivos pueden ser un común denominador, con el potencial de revitalizar tanto el discurso sobre asistencia para el desarrollo como los propios asuntos de salud reproductiva del país.

Agradecimientos

Nuestro agradecimiento a la Dra. Anne Alvik, ex Directora General de Salud de Noruega, por sus valiosos comentarios.

Traducción: Rossana Vargas



FREDERIK NAUMANN / PANOS PICTURES

Oslo, 2003

Referencias

1. De Brouwere V, Van Lerberghe W. Safe Motherhood Strategies: A Review of the Evidence. Antwerp Studies in Health Services Organisation and Policy, 2001.
2. Maltau J, Grønfeldt B. Mødrebeliigheten i Norge 1880-1979. Et medisinsk historisk tilbakeblikk [Maternal mortality in Norway 1889-1979. A medico-historic review]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1983; 103(5):522-25.
3. Børudahl P. Æres den som æres bør. Navn i norsk gynekologi [Praising the one that deserves the praise. Names in Norwegian gynaecology]. In: Børudahl P, Moen MH, Jerve F, editors. *Midt i livet. Norsk gynekologisk forening 1946-1996* [At Mid-Life. Norwegian Gynaecological Association 1946-1996]. Trondheim Tapir, 1996.
4. Blom I. Den harde Dyst. Fødsler og fødselshjelp gjennom 150 år [The Hard Combat. Deliveries and Obstetrics through 150 Years]. Oslo Cappelen, 1988.
5. Sandvik H. Fødselsomsorgen i Ytre Nordhordland 1858-87. En sammenlikning med nasjonal statistikk [Obstetrics in Peripheral Nordhordland 1858-87. A Comparison with National Statistics]. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1993; 113(30): 3715-17.
6. Moseng OG. Ansvar for undersåttenes helse 1603-850 [Responsibility for the Health of Subordinates]. Oslo Universitetsforlaget, 2003.
7. Vangen S, Bergsjø P. Dør kvinner av graviditet i dag? [Do women die from pregnancy today?] *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123(24):3544-45.
8. Børudahl P, Jerve F. Lovregulert kirurgi. Svangerskapsavbrudd og sterilisering [Law regulated surgery. Pregnancy termination and sterilisation]. In: Børudahl P, Moen MH, Jerve F, editors. *Midt i livet. Norsk gynekologisk forening 1946-1996* [At Mid-Life. Norwegian Gynaecological Association 1946-1996]. Trondheim Tapir, 1996.
9. Blom I, Elvbakken K. Linjer i abortlovgivning og

- abortpolitikk [Outline of abortion legislation and abortion politics]. *Tidsskrift for velferdsforskning* 2001;4(1):30-40.
10. Stenvoll D. Abort og politikk [Abortion and politics]. Bergen Alma Mater, 1998.
 11. Mohr T. Katti Anker Mbller – en banebryter [Katti Anker Mbller – a pioneer]. Oslo Tiden norsk forlag, 1968.
 12. Grønfeld B. Legal abort i Norge [Legal abortion in Norway]. Oslo Universitetsforlaget, 1973.
 13. Nordby T. Karl Evang. En biografi [Karl Evang. A biography]. Oslo Aschehoug, 1989.
 14. Vigran 2, Lappeg3rd T. 25 3r med selvbestemt abort i Norge [25 years of abortion on demand in Norway]. At: <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/200303/07/art-2003-06-20-01.html>.
 15. Schbtz A. Folkets helse – landets styrke 1850–2003 [The people's health – the country's strength 1850–2003]. Oslo Universitetsforlaget, 2003.
 16. Act of 5 December 2003 No. 100 relating to the application of biotechnology in human medicine, etc. At: <http://www.ub.uio.no/cgi-bin/ujur/ulov/sok.cgi>.
 17. Reinar LM, Høtgeland A, Tollefsen MF, et al. HIV screening during pregnancy in Norway. *Tidsskr Nor Lf̄tgeforen* 2000;120(2):221–24.
 18. Aanesen E. Ikke send meg til en "kone", doktor. Fra 3 3rs fengsel til selvbestemt abort [Please don't send me to a quack, doctor. From 3 years imprisonment to abortion on demand]. Oslo Oktober, 1981.
 19. Lian O. N3r helse blir en vare. Medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten [When health becomes a commodity. Medicalisation and market orientation in health care]. Kristiansand Hbyskoleforlaget, 2003.
 20. Alle enige – ingenting gjort [Everybody agrees – nothing is done]. *Dagens medisin*. 25 March 2004.
 21. St. meld. nr. 14 (2001–2002) Evaluering av lov om medisinsk bruk av bioteknologi [White Paper: Evaluation of the Act relating to the application of biotechnology in medicine]. Oslo Ministry of Health, 2002.
 22. Ot.prp.nr.64 (2002–2003) Om lov om medisinsk bruk av bioteknologi m.m. (bioteknologiloven). [Proposition to the Odelsting No. 64 (2002–2003) On the Act relating to the application of biotechnology in medicine (Biotechnology Act)]. Oslo Ministry of Health, 2003.
 23. Simensen J. Norsk utviklingshjelps historie 1. 1952–1975: Norge mbter den tredje verden [The history of Norwegian development assistance 1. 1952–1975: Norway meets the Third World]. Bergen Fagbokforlaget, 2003.
 24. Strbm N. Fra familieplanlegging til reproduktiv helse. En studie av norsk bistand til befolkning og helse i utviklingsland fra 1968 til 1994 [From family planning to reproductive health. A study on Norwegian development assistance 1968–1994]. Master of Sociology thesis, Institute of Sociology and Social Geography. University of Oslo, 1998.
 24. Jensen AM. Fattigdom og befolkningsvekst: Om barnedbdelighet og familieplanlegging [Poverty and population increase. On child mortality and family planning]. In: Austveg B, Sundby J, editors. *Befolkningspolitikk mot 3r 2000* [Population policies towards 2000]. Oslo TANO, 1995.
 25. Royal Ministry of Foreign Affairs, Norway. National Report on Population: Norway. Norwegian Background Paper No.2 for the International Conference on Population and Development 1994. Oslo, 1994.
 26. Singh JS. Creating a New Consensus on Population. London Earthscan Publications, 1998.
 27. Berggrav M. Bilateral befolkningsbistand [Bilateral population assistance]. In: Austveg B, Sundby J, editors. *Befolkningspolitik mot 3r 2000* [Population policies towards 2000]. Oslo TANO, 1995.
 28. Mbgedal S, Miranda A. The All India Hospitals Post Partum Programme (Sub District level). Report of a GOI/NORAD Review Mission, February–March 1990. Bergen7 Centre for Partnership in Development, Oslo/Christian Michelsen Institute, 1990.
 29. Population Action International: Paying Their Fair Share? Donor Countries and International Population Assistance. Norway. At: http://www.populationaction.org/resources/publications/fair_share/dac98/norway.htm
 30. Funding Commitments to UNFPA: Report on contributions by member states to regular and other resources for 2004 and the future years. Report of the Executive Director. Executive Board of the United Nations

- Development Programme and the United Nations Population Fund. 5 May 2004.
31. IPPF Financial Statements 2003. Annual Report to the Governing Council for the year ending 31 December 2003.
 32. UNDP/UNFPA/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP): Financial matters. HRP Financial Report 2002-2003. Policy and Coordination Committee 17th Meeting, 30 June-1 July 2004.
 33. Norad - Kanaler for norsk bistand innen helseomr3det. Oppdatert desember 2004 [Channels for Norwegian development assistance in the area of health. Updated December 2004]. At: http://www.norad.no/default.asp?V_ITEM_ID=2985
 34. Bistanden bker med 1,6 milliarder kroner. Pressemelding, Utenriksdepartementet. Nr: 120/04. 06.10.2004 [Development assistance increases by 1.6 billion Norwegian Kroner. Press Release, Ministry of Foreign Affairs No. 120/04. 6 October 2004].
 35. UD - Grunnlag og profil for intensivert norsk innsats i kampen mot hiv/aids. [MFA - Basis and profile in intensified Norwegian efforts in combating HIV/AIDS] At: http://odin.dep.no/ud/norsk/dok/andre_dok/veiledninger/032001-120005/dok-bu.html
 36. Steen SH, Olsen IT, Kolberg JE. Review of Norwegian Health-Related Co-operation 1988-1997. Oslo Centre for Partnership in Development, 1999.
 37. St. meld. Nr.35 (2003-2004) Felles kamp mot fattigdom. En helhetlig utviklingspolitikk [White Paper No.35 (2003-2004). United fight against poverty. A holistic development policy]. Oslo Ministry of Foreign Affairs, 2004.
 38. Miranda A. Utredning om norsk bistand til det indiske familieplanleggingsprogrammet [Report on Norwegian development assistance to the Indian family planning programme]. Bergen Christian Michelsen Institute, DERAP, 1993.
 39. Geisler G, Austveg B, Bleie T, et al. Sida's work related to sexual and reproductive health and rights 1994-2003. Sida Evaluation 04/14. Stockholm Sida, 2004.